



Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi – Journal of Social Sciences
Cilt / Volume: 2008-2 Sayı / Issue: 17

SEÇİCİ KONUŞMAMAZLIK (SELECTİVE MUTİZM): SEBEPLERİ VE TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Sefa BULUT*

ÖZET

Selektif mutizm çok ender görülen bir bozukluk olduğundan bazen de zaman içinde kendiliğinden ortadan kalktığı için dikkat çekmemekte ve kolaylıkla gözden kaçabilmektedir. Bu nedenle şimdiye kadar hakkında çok fazla şey yazılmamıştır. Bu derlemenin amacı, selektif mutizm bozukluğunu incelemek, alandaki uzmanlara ve okuyuculara tanıtmak ve yeni bilgiler sunmaktır. Önce bu bozukluğun temel özelliklerine, tanı kriterlerine bakılmış, yaygınlık oranları, ailesel sebepleri ve birlikte görülen bozukluklar incelenmiştir. Daha sonra ise bu rahatsızlığı oluşturan etiyolojik sebepler ve tedavi yöntemleri, en son bilimsel bulgularla birlikte, değişik kuram ve yaklaşımlar ışığında incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Selektif Mutizm, Seçici Konuşmamazlık, Tedavi yöntemleri, Nedenleri, Yaygınlık Oranları.

ABSTRACT

Because selective mutism is a very rare disorder and it disappears by itself over time, it did not draw attention of many mental health professionals. Thus, there have been not been many written texts regarding this topic. The purpose of this literature review is to examine selective mutism and introduce it to the professionals. First, the core features of the disorder, prevalence rates, family etiologies, and co-morbid disorders are examined. Then, the etiological reasons for the disorder, assessments, interventions and treatment options were discussed in lights of the most recent theories and evidence-based findings.

Key Words: Selective Mutism, Treatment techniques, Etiology, Prevalence Rates,

SEÇİCİ KONUŞMAMAZLIK (SELEKTİF MUTİZM) SORUNU

İlk defa on dokuzuncu yüzyılın sonlarına doğru Alman doktor, Kussmaul (1877) sağlıklı ve doğal bir şekilde konuşabilecek olan birisinin belli ortamlarda konuşmaması durumunu tanımlamak için “aphasia voluntaria” (gönüllü konuşmama) terimini kullanmıştır ve bunu gönüllü olarak konuşmamayı tercih etme olarak yorumlamıştır. 1934’te İsviçreli çocuk psikiyatristi Moritz Tramer belirli yerlerde, belirli insanlarla konuşmamayı tercih eden çocukları tanımlamak için “elektif mutizm” terimi kullanmıştır

* Yrd. Doç. Dr., AİBÜ, Eğt. Fak., Rehb. ve Psik. Danış. ABD. BOLU sefabulut22@hotmail.com

(Leonard ve Topol,1993). Daha sonra Amerikan Psikiatri Birliği (1994) tarafından DSM IV' te (Ruhsal Bozukluklar Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı) "selective mutizm" olarak adlandırılmıştır.

TANIMLANMASI

DSM IV' ün tanımlamasına göre; selective mutizm (SM), konuşmanın normal ve doğal olduğu sosyal ortamlarda sürekli olarak konuşmıyor, fakat başka ortamlarda konuşuyor olabilmek olarak tanımlanmıştır (4th ed., Amerikan Psikiatri Birliği, 1994). Selektif mutizmde, çocuk kaygı uyandıracak ortamlarda olduğunda mute olmayı yani konuşmamayı seçmektedir (Black, 1996). Diğer yandan Steinhausen ve Juzi (1996) SM'li çocukların normalde konuşmaları gereken ortamlarda, tanımadıkları insanlarla konuşmadıklarına dikkati çekmektedir. Bu çocuklar evlerinde anne-baba ve kardeşleriyle, dışarıda oyun arkadaşlarıyla konuşurken; okula başladıklarında öğretmenleriyle konuşmamaktadırlar ya da tanımadıkları ortamlarda ve tanımadıkları yetişkinlerle konuşmamaktadırlar (Black, 1996). Resmi olarak bu tanının konulabilmesi için çocuğun konuşmama durumunun en az bir ay sürmesi ve bu sürenin de özellikle çocukların okula başladıkları -ilk ayda utangaç ve çekingen olabileceklerinden dolayı- ilk bir aydan sonraki bir ay olması gerekmektedir. Konuşmama durumu göçmen çocuklarında olduğu gibi, konuşulan lisanı kullanamama ve kullanılan lisan hakkındaki yetersiz bilgilerden kaynaklanıyorsa bu mutizm sayılmaz ve çocuğa tanı konmaz. İletişim bozuklukları, yaygın gelişimsel bozukluklar ve psikotik bozukluklardaki suskunluklar mutizm olarak değerlendirilmez.(Krysanski, 2003).

Bu çocuklarda sözel olarak konuşmak yerine, jest ve mimik kullanımı, kafa sallama, çekme, itme ve tek heceli kelimeleri mırıldanma ya da fısıltılı konuşmalar görülmektedir. Aşırı derecede utangaçlık, sosyal ortamlarda küçük düşmekten korkma, sosyal izolasyon, geri çekilme, anneden ayrılmama, kompulsive özellikler, olumsuz duygular, mutsuzluk, öfke nöbetleri, özellikle evdeki bireyleri kontrol altında tutma ve karşı gelme davranışları bu bozukluğun en temel özelliklerindedir (Dow, Sonies, Scheib, Moss ve Leonard, 1995).

Eşlik Eden Bozukluklar (Comorbidity):

Selektif mutizme eşlik edebilecek rahatsızlıklar arasında en çok; sosyal fobi, kaçınma bozukluğu, basit fobi (Roberts, 2002), enürezis (altını ıslatma), enkoprezis (dışkı kaçırma), obsesif-kompulsif bozukluk, konuşma ve dil bozuklukları (Kolvin ve Fundudis, 1981) görülür. Bunun yanında sıkça depresyon (Wilkins, 1985), yaygın gelişimsel bozukluk, psikotik bozukluklar ve anksiyete bozuklukları (Roberts, 2002), gelişme geriliği (Kristensen, 2000), Asperger bozukluğu (Gilberg, 1995), karşı gelme davranışı, somatik semptomlar (Kristensen, 2001), okulda düşük akademik başarı, arkadaşları tarafından reddedilme, şiddete maruz kalma ve boyun eğme davranışları

(Kumpulainen, Rasanen, Raaska, ve Somppi, 1998), okula gitmek istememe ve reddetme, çevresini ve yetişkinleri kontrol etme davranışları (Hayden, 1980), ve mental retardasyon (zeka geriliği) da görülmektedir (Remschmidt, Poller, Herpertz-Dahlmann, Hennighausen ve Gutenbrunner, 2001).

Bergman, Piacentini, McCracken (2002) ve Kristensen (2001) SM'li çocuklarda yüksek oranlarda kaygı ve kaygıyla ilişkili bozukluklar olduğunu belirtmişlerdir. Çünkü SM'li çocuklar tanısız açıdan çoğunlukla sosyal fobi kriterlerine de uymaktadırlar (Kopp ve Gilberg 1997). Hatta Black ve Uhde (1995) SM'in sosyal fobi, Anstendig (1999) ise kaygı bozukluğu olarak yeniden sınıflandırılması gerektiğini savunmuşlardır.

Alt Tipleri:

Diğer bazı araştırmacılar da SM'i işlevselliği açısından farklı tiplere ayırmışlardır (Cunningham, Mc.Holm ve Boyle, 2006).

Selektif mutizmin geniş ve kapsamlı bir şekilde incelendiği klasik bir çalışmada Hayden (1980) dört çeşit alt-tip ve bunlara neden olabilecek olası nedenleri belirtmiştir. Hayden, Amerika Birleşik Devletlerinin doğusundan ve batısından, değişik etnik ve sosyo-ekonomik gruplardan olan, 3 yaşından 14 yaşına kadar 68 çocuğun özelliklerini, gözlem, video, kaset kaydı, yazılı raporlar, anketler, çeşitli okul ve psikolojik değerlendirme kayıtlarını inceleyerek selective mutizmi dört kategoriye ayırmıştır. Bunlar;

- 1) Simbiyotik mutizm en yaygın olanıdır. Bu tipte çocuk dominant, sözel yeteneği güçlü olan, annesi ile çok sıkı bir simbiyotik ilişki geliştiren bir çocuktur. Bu ailelerde babalar genellikle konuşmayan pasif bireylerdir ya da bu aileler babaların hiç olmadığı ailelerdir. Anneler çocuklarının üzerine çok düşerler ve onların her istediğini yaparlar. Bu anneler aynı zamanda çocuklarının ev dışında başkaları ile ilişki kurmalarını da kısınırlar. Diğer taraftan mute çocuklar da kendilerini sürekli kontrol altında tutan bu yetişkinlere karşı olumsuz davranmakta ve sessizliği bir manipülasyon aracı olarak kullanılmaktadırlar.
- 2) Konuşma fobisi olan mutizm ise en az görülenidir ve çocukların kendi seslerini kendilerinin duyması şeklinde ortaya çıkmaktadır. Çocuk konuşma üzerinde kontrol sağlamak için bir takım tekrarlayıcı davranışlar yapmaktadır.
- 3) Tepkisel (reactive) mutisimde ise çocuğun mute durumu, tecavüz, ölüm gibi travmatik yaşantılardan sonra ya da “kapa çeneni”, “ağzını açma” gibi azarlamalardan sonra gelişmiştir.
- 4) Pasif-agresif (edilgen-saldırgan) mutisimde ise çocuk çok güçlü bir şekilde ve düşmanca bir tavırla sessizliği bir silah olarak kullanmakta, etrafını böyle manipüle etmekte ve cezalandırmaktadır. Bu çocuklarda sık sık şiddet davranışı ve antisosyal davranış gözlenmiştir. Kolvin ve Fundudis (1981) ise iki tür psikolojik mutizm olduğundan bahseder, birincisi “travmatik mutizm”, ikincisi ise “elektif mutizm”dir (Haris, 1996).

YAYGINLIK ORANLARI: (PREVALANCE RATES)

SM'in normal popülasyonda görülme sıklığı oldukça azdır. Klinik popülasyonda da %1'den daha az görülmektedir (APA, 2000). Okul öncesi erken dönem için yaygınlık oranı, %1-3 arasında verilmiştir (Essau, Conrard ve Peterman, 2000). Epidemiyolojik bir çalışmada Fundudis, Kolvin ve Garside (1979) yaygınlık oranı, ilkökul çocuklarında her 1000 çocukta 0.38 ile 0.69 arasında vermiştir. Fakat Hultquist (1995) belirtilen bu oranların gerçekten çok az olduğunu savunmuştur. Daha sonra yapılan çalışmalar ise daha yüksek oranlar vermiştir. Klin ve Volkmar (1993) yaygınlık oranını, her 10.000 çocukta 3 ile 8 arasında olarak belirtmiştir. Kumpulainen ve ark. (1998) Finlandiya için SM'nin yaygınlık oranını, ikinci sınıf öğrencilerinde %2 kadar yüksek vermiştir. Kopp ve Gilberg, (1997) ise İsveç'te 7 ile 15 yaş öğrencileri arasında yaygınlık oranını, %1,8 olarak vermiştir. Almanya'da yapılan bir çalışmada da Melfsen, Walitza ve Warnke (2006) , psikiyatri kliniğine başvuran, 1. ve 12. sınıflara giden öğrencilerden oluşan, klinik popülasyonda bu oranı, %2,6 gibi yüksek bir oran olarak vermiştir. Brown ve Llyod (1975) , İngiltere'de ilkökul çağındaki tüm çocuklarda bu oranı %07,4 olarak bulmuştur. Böylesine farklı oranlar verilmesinin nedenleri arasında; göçmen sayısının, verilen okul öncesi eğitimin, resmi olarak ilkökula başlama yaşının farklı olması ve müdahale programlarının ülkeden ülkeye değişmesi gösterilebilir (Cunningham, McHolm, Boyle ve Patel, 2004). Yapılan taramalarda ülkemizde bu rahatsızlığın yaygınlık oranlarını veren istatistiksel bilgilere rastlanmamıştır.

Cinsiyetler açısından karşılaştırıldığında ise çalışmaların çoğunluğunda kızlarda daha yüksek oranlar çıktığı verilmiştir. Kopp ve Gilberg (1997) kız ve erkek oranını 1,5'e karşı 1 olarak, Steinhausen ve Juzi (1996) ise 1,6'ya karşılık 1 olarak vermiştir. Hayden (1980) ise 2 kıza karşı 1 erkek belirtmiştir.

NEDENLERİ (ETİOLOJİSİ)

SM'in etiolojisi tam olarak anlaşılamamıştır (Steinhausen ve ark. 2006). SM'in oluşumu zaman içinde farklı uzmanlar tarafından farklı şekillerde açıklanmıştır (Leonard & Topol, 1993). Erken dönemde yapılan araştırmalarda (Hayden, 1980) düşük öz saygı, güvensiz ev ortamı, duygusal sorunlar ve geçmişte yaşanan tek ya da bir seri travmatik deneyimleri SM nedenleri arasında görmektedir. Bozigar ve Hansen (1984) SM'in öğrenilmiş bir durum ya da dikkat çekme davranışı olarak sebep gösterilirken, bazıları da bunu çocuğun iki yaşına kadar anne çocuk arasındaki başarısız dil gelişimine bağlamaktadır (Hultquist, 1995). Diğer taraftan SM'i depresyonun konuşulmayan ve dile getirilmeyen bir belirtisi olarak görenlerde vardır (Shreeve, 1991). Başka bir neden olarak da, konuşma ve seslendirme bozukluğu gösterilmiştir (Krohn ve ark.1992). Göçmen ailelerde olduğu gibi, iki dilli olmak (bilingual), evde başka okulda başka bir dil kullanmak, travmatik yaşantılar ve diğer önemli yaşam olayları da oluşum nedenleri arasında bahsedilmiştir (Steinhausen ve ark. 2006).

Psikanalitik eğilimli uzmanlar SM'i daha çok fiziksel ve duygusal bir

travmanın ürünü olarak görmüşlerdir. Buna göre SM psişik çatışmalar ve çözümlenmemiş gelişimsel çatışmalar sonucu meydana gelmektedir (Dow ve ark., 1995). Örneğin oral ya da anal döneme saplantısı olan çocuk anne-babasını cezalandırmak amacıyla konuşmayabilir. Aile sırlarını saklayan çocuklarda, bir önceki gelişimsel döneme gerilerler ve konuşmayarak kızgınlık ve öfkelerini ebeveynlere yansıtabilir (Giddan ve ark.1997). Yine mutismin fiziksel ya da ruhsal bir travmadan sonrada ortaya çıkabileceği belirtilmiştir (Black ve Uhde, 1995). Kylon ve Fundudis (1981) bu durumları “travmatik mutism” olarak tanımlamıştır.

Son yıllarda mutismin gelişimini inceleyen etiolojik bakış açısı geleneksel psikodinamik yaklaşımlardan davranışsal yaklaşım, bilişsel-davranışçı ve farmakolojik yaklaşımlara doğru kaymaktadır (Krysanski, 2003). Davranışçı teoriler ise mutismi, uzun süren olumsuz pekiştiricilerle oluşan bir öğrenme kalıbı olarak görmektedirler (Leonard ve Topol, 1993). Bu anlayışa göre mutism çocuğun çevresiyle olan etkileşiminden doğmuştur ve çocuğun çevreyi manipule etmek için kullandığı öğrenilmiş tepkilerdir (Anstending, 1999). Bundan dolayı da çocuğun tepkileri patolojik olmaktan ziyade uyum sağlayıcı olarak görülmektedir (Powell ve Dalley, 1995).

Aile sistem yaklaşımçılarına göre ise mutism çocuğun aile ile olan ilişkilerinden kaynaklanmaktadır (Anstending, 1998). Diğer yazarlar ise mutismin anne-baba ya da çocuk-ebeveynler arasında aşırı derece kontrol ihtiyacından kaynaklanan, bağımlı ve çelişkili nitelikleri olan nörotik bir ilişkiden doğduğunu belirtmektedirler (Subak, West ve Carlin, 1982). Ebeveynlerle gelişen bu nörotik ilişki tarzı, çocuk tarafından başkalarıyla olan ilişkilerine de yansımaktadır. Öyle ki çocukları olan ailelerde, baskın, aşırı koruyucu, aşırı katı nitelikleri olan sıkı bağlanmalar, karşılıklı bağımlılıklar, dış dünyaya ve yabancılara karşı güvensizlik, dil ve kültürleşme zorlukları, evlilik sorunları ve anne ya da baba tarafından zaman zaman konuşmama gibi özellikler sık görülmektedir (Meyers, 1994).

Şu andaki bilgiler bu rahatsızlığın neden ya da nedenlerini kesin olarak açıklayacak derecede değildir (Kolvin ve Fundudis, 1981). Öyle görülüyor ki SM'e sebep olan pek çok olası etken vardır. Bu nedenle, SM'in nitelik olarak birbirinden farklı birden fazla nedeni olduğu düşünülmektedir (Hultquist, 1995).

Aile Özellikleri:

Literatür incelendiğinde SM'li çocukların ailelerinde belli özelliklere rastlanmaktadır. Anstending (1999) aile içerisinde iletişim eksikliğinden bahseder. Hayden (1980) mute çocukları olan tüm ailelerde ciddi derecede patoloji ve çocuk istismarının var olduğunu yazmıştır. Krohn, Weckstein ve Wright (1992) ise çocuğun aşırı derecede korunduğu, her isteğinin yerine getirildiği ve anne çocuk ilişkisinin çok fazla iç içe geçtiği durumlardan bahseder. Aynı yazarlar, bu ailelerde ebeveynlerden birisinin sessizliği, düşmanlığı göstermek için kullandığını, patolojik derecede utangaçlık ve kaygılı

olduklarını ve evlilik sorunlarının var olduğunu belirtmişlerdir. Bazen de anneler, gururla çocuklarının yalnızca kendileriyle konuştuklarını söyleyerek kendi narsistik ihtiyaçlarını karşılar ve çocuğun böyle davranmasını pekiştirirler. Böylece sadece çocuk ve anneden oluşan bir ilişki (klik) olmaktadır (Shreeve, 1991). Bazen de SM'li çocukların anneleri depresyonda olabilir, bu durumda çocuğun konuşmaması, anne adına babaya yöneltilen düşmanca duygulara dönüşebilmektedir (Harris, 1996). Diğer bazı durumlarda ise çocuklar konuşmama durumlarını sürdürerek ebeveynlerini cezalandırmak isteyebilirler, herhangi bir gizli sırrın saklanmasını sürdürebilirler ya da düşmanca duygularını her hangi bir ebeveyne yansıtabilirler (Giddan, Ross, Sechler ve Becker, 1997).

SM'li çocukların büyük bir kısmında bu rahatsızlık başlamadan önce ailelerinde stresli olaylar yaşadıkları (Steinhausen ve Juzi, 1996), göçmen ailelerden geldikleri (Brown ve Llyod, 1975), ve ailelerinde ruhsal rahatsızlıkların olduğu (Black ve Uhde, 1995) görülmüştür. Benzer şekilde, Remschmidt ve ark. (2001) mute çocukların ailelerinde patolojik belirtiler, mutizm, yoksulluk, aile içi çatışmalar, kontrol eksikliği ya da yanlış anne baba tutumları, ceza ve eleştiri kullandıkları görülmüştür. Annelerde duygusal dalgalanmalar, çabuk öfkelenme ve kızgınlık, yorgunluk, bıkkınlık, sosyal çekilme gibi depresyon belirtileri; babalarda ise alkolizm, ciddi kişilik bozuklukları, kronik depresyon, tamamlanmış intihar, sosyal çekilme, utangaçlık, kaygı bozukluğu ve saldırgan davranışlar gözlemlenmiştir.

Steinhausen Wachter, Laimböck ve Metzke (2006) SM'li çocuklarda genetik faktörlerden kaynaklanıyor olabilecek utangaçlık, aşırı derecede sessizlik ve çekimserlik gibi kişilik özelliklerinin bu çocukların ebeveynlerinde de var olduğunu belirtmişlerdir. Diğer taraftan Dow ve arkadaşları da (1995) SM'in utangaç ve kaygılı bir ebeveynden biyolojik olarak geçmiş olabileceğinden bahseder. Fakat, SM'in genetik olduğu yönündeki iddialar henüz kanıtlanmamıştır (Kristensen, 2000). Yine aynı yazar, SM'li çocuğu olan ailelerde sık sık taşınmaların ve kreş ya da okul değişmelerinin gözlemlendiğini belirtmiştir. Yine bu ailelerde fiziksel ve sosyal yalıtılmışlık, komşularla yaşanan sorunlar, sosyal iletişim eksikliği oldukça yaygındır (Remschmidt ve ark., 2001). Bu ailelerin diğer bir özelliği de, boşanma sonucu çocukların tek ebeveynli (çoğunlukla anne) ve düşük gelirli olmaları ve bunun sonucunda çocuk arkadaşlarıyla gerekli sosyal aktiviteleri yapamadığı, çocuğun arkadaşlarından yalıtılmış olduğu, yalnızlığa itildiği ve en sonunda da depresyon geliştirdiğidir (Cunningham ve ark. 2006).

DEĞERLENDİRME

Bu bozukluk genellikle 3-4 yaşlarından önce ortaya çıkmakta ve çoğunlukla aileler tarafından fark edilememektedir. Genellikle çocuklar ilk defa okula başladıklarında öğretmenleri tarafından fark edilmektedir. Fakat bazen öğretmenler de mute çocukları hemen fark edememekte ve çocuğu bir yere

yönlendirmekte geç kalabilmektedir. (Hultquist, 1995).

Genellikle bozukluğun süresi 5-7 yıl arasında değişmektedir (Remschmidt ve ark. 2001). O nedenle çocuk daha tedaviye gönderilmeden önce, uzun bir süre geçmiş olmaktadır. Sağaltımın başlangıcında geniş kapsamlı bir değerlendirme mutlaka gereklidir. Öncelikle, çocuğun bilişsel, duygusal, davranışsal ve akademik alanlardaki yeterliliklerini ölçen değerlendirmeler yapılmalıdır. Mute durumuna eşlik edebilecek olan diğer psikiyatrik ve nörolojik bozukluklar, özel öğrenme güçlükleri, dil ve konuşma bozuklukları dikkatle incelenmeli ve bertaraf edilmelidir (Krysanski, 2003; Roberts, 2002). Eğer çocuk bulunduğu tüm ortamlarda konuşmıyorsa bulaşıcı hastalıklar, afazi, beyin lezyonu, ve fiziksel travma gibi durumlardan doğan nörolojik olasılıklar düşünülmelidir (Dow ve ark. 1995).

Mute çocuklar konuşmadıklarından dolayı onlar hakkındaki bilgiler anne-babalardan ve öğretmenlerden alınır. Belirtilerin ilk defa ne zaman ortaya çıktığı, belirtilerin süresi, hangi olaylarla başladığı, çocuğun yaşı, dil gelişimi, herhangi bir nörolojik bozukluğun olup olmadığı, geçmişteki tedaviler ve etkinliği, çocuğun kimle ve nerelerde konuştuğu ve mute durumunun nerelerde ortaya çıktığı dikkatlice araştırılmalıdır. Eğer gerekiyorsa çocuğun evdeki iletişim ve etkileşimi videoya kaydedilerek incelenmelidir (Roberts, 2002). Çocuğun sosyal ortamlarda ilişkilerinin izlenmesi, çocuğun kendi ihtiyaçlarını söyleyip söyleyememesine bakılması, arkadaşlarının olup olmadığı, sosyal etkinliklere katılıp katılmaması, çocuğun alışıktığı ve olmadığı ortamlardaki tepkileri ilk değerlendirmeler için zengin bilgiler sağlar (Krysanski, 2003). Bununla beraber konuşmama durumlarına yol açabilen psikiyatrik bozuklukların ve zihinsel geriliğinde elenmiş olması gerekir. Diğer taraftan çocuğun akademik başarılarına da bakılmalıdır. Çocuğun notları, öğretmenin değerlendirme ve çocuklara uygulanan zekâ testleri, sorun hakkında çok köklü bilgiler sağlamaktadır. Gene çocukların evlerinde kullandıkları dil, dilin zenginliği, karmaşıklığı, akıcılığı, sözsüz iletişim kalıpları ve dilde görülen gelişimsel gerilikler aile bağlamında incelenmelidir. Sonuç olarak diyebiliriz ki sebebi ne olursa olsun, mute çocukların değerlendirmesi bireysel bir vaka olarak ele alınmalı ve çocuğun gelişimi dikkatle incelenmelidir (Brown ve Llyod, 1975).

TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Mute çocukların tedaviye dirençli olmalarından dolayı sağaltımlarının zor olacağı belirtilmiştir (Kolvin ve Fundudis, 1981). Fakat bununla beraber, otoriteler tarafından birçok tedavi yöntemi önerilmiştir. Konuşmayan çocukların tedavisinde klasik psikodinamik yönelimli psikoterapiden, psikanalizden ve hipnozdan yararlı sonuçlar alınamamıştır (Richburg ve Cobia, 1994). Başarılı olan tedavi teknikleri arasında davranışsal, farmakolojik terapiler, grup, aile terapileri ve çoklu (multimodal) tedavi yöntemleri gösterilmektedir (Spasaro ve Schaefer, 1999).

Tarihsel olarak bakıldığında ilk defa SM'in tedavisinde psikodinamik yaklaşımın kullanıldığı görülmektedir. Bu yaklaşımda ruh sağlığı uzmanları SM'li çocuklarla bireysel olarak çalışmaktadırlar (Shreeve, 1991). Son zamanlarda bu yaklaşım daha çok bireysel oyun terapisi şeklinde kullanılmaktadır (Anstending, 1998). Oyun terapisi çocuklara konuşmaları için herhangi bir baskı oluşturmayan güvenli bir ortam ve çocuğa oyun aracılığı ile iletişim kurma fırsatı vermektedir (Weininger, 1987). Bu nedenle çok yararlı sonuçlar doğurmaktadır.

Psikodinamik yaklaşımın sınırlılıklarından birisi çok uzun zaman almasıdır. O nedenle bu terapi döneminde çocukta kaydedilen gelişmelerin zaman içinde kendiliğinden mi yoksa tedaviden mi kaynaklandığını ayırt etmek çok zordur. Bazı yazarlar da psikodinamik yönelimli yaklaşımları, SM'in sağaltımında etkili olmadığını yönünde eleştirmişlerdir (Kolvin ve Fundudis, 1981). Diğer yandan bazı uzmanlarda, psikanalitik terapinin çok zaman ve enerji aldığını bu nedenle bazı terapistler tarafından tercih edilmediğini söylemişlerdir (Wergeland, 1980).

Davranışçı yaklaşımlar bilimsel yönelimi güçlü olan ve en sık kullanılan müdahale yöntemleridir. Başarılı olan tekniklere bakıldığında ise uyarıcı söndürme (stimulus fading) (Rye ve Ullman, 1999), davranış biçimlendirme (shaping) (Haris, 1996), kendi kendine model olma (self-modeling) (Kehle, Madaus, Baratta ve Bray, 1998), sistematik duyarsızlaştırma (systematic desensitization) (Hultquist, 1995), pekiştirme (reinforcement), jeton biriktirme yöntemi (token economy) ve tepki uyandırma (response initiation) (Giddan ve ark. 1997) gibi davranışçı yöntemler vardır. Çok etkili olduğu savunulan davranışçı teknikler sırasıyla açıklanacaktır. Bunlar;

Kademeli yaklaşım (Contingency management): Bu yöntemle, sözel davranışlar için olumlu pekiştireç verilirken, sözel olmayan davranışlar içinse ödüllendirmeme ya da söndürme yöntemi kullanılmaktadır (Gidon ve ark. 1997). Bu yöntemin zaman içinde çok başarılı sonuçlar verdiği belirtilmiştir.

Kendi kendini model olma (Self modeling): Uygun davranışların sergilendiği, çocuk için tutumsal ve davranışsal kazanımları olan ve çocuğun içersinde kendisinin de olduğu kaydedilen ve daha sonra düzenlenen video görüntülerinin çocuk tarafından seyredilmesidir (Kehle, Owen ve Cressy 1990).

Gizemli güdüleyici (Mystery motivator): Bu yöntemde çocukta beklentiyi ve pekiştirecin gücünü arttırmayı hedefleyen gizli bir ödüllendirme şekli vardır. Üzerinde bir soru işareti olan ve çocuğun adının yazıldığı bir zarf sınıfta herkesin göreceği bir yere konulur. Zarfın içersinde de çocuğun hoşuna gidebilecek bir ödül vardır. Daha sonra çocuk sınıfta herkes tarafından duyulacak kadar yüksek bir ses tonuyla konuştuğu zaman bu kendisine verilir.

Kendini ödüllendirme (Self-reinforcement): Bir kişinin uygun davranışlardan sonra kendi kendisini ödüllendirmesi olarak tanımlanır (Kehle ve ark. 1998).

Tepki uyandırma (Response initiation): Bu teknikte çocuğa

konuşmasının gerekli olduğu mesajı verilir. Sonra çocuğun terapistle tam bir gün beraber olacağı bir buluşma hazırlanır. Eğer çocuk bir ya da birkaç kelime söylerse ödüllendirilir ve gitmesine izin verilir, aksi takdirde bütün gün terapistin odasında kalır. Böyle durumlarda çocukların çoğunluğunun ilk bir-iki saat içinde konuştukları görülmüştür. Daha sonra çocuğun konuşmadığı sınıf ya da diğer ortamlarda öğretmeni ve arkadaşlarıyla konuşması için yeni hedefler belirlenir (Giddan ve ark. 1997).

Genel olarak davranışçı müdahaleler çocuğun çevresinde mute durumunu oluşturan ve sürdüren ortam ve koşulların değerlendirmesi üzerine kurulmuştur. Fakat tek bir davranışçı yöntemin de, tek başına yeterli olmadığı görülmektedir. Çoklu yöntemle yapılan (multimodal), değişik davranışsal tekniklerin, yalnız ya da diğer tekniklerle beraber, kullanılması önerilmektedir (Krysanski, 2003). Bunun daha etkili sonuçlar doğurduğu görülmüştür.

Bilişsel-davranışçı tedaviler de, SM'de başarılı teknikler olarak önerilmektedir (Roberts, 2002). Bu yaklaşımın özellikle sözel ve sözel olmayan iletişim şekillerini teşvik ettiği belirtilmiştir (Black, 1996). Terapist evde ve okulda iletişimi ve sosyal etkileşimi ödüllendiren ve kaygı yaratan davranışları söndürmeyi amaçlayan bir program hazırlar. En küçük sözel gelişmeler yavaş yavaş ödüllendirilir ve istenilen değişiklikler yavaş yavaş gerçekleştirilir. Bu programın nasıl uygulanacağı konusunda ailenin ve öğretmenin işbirliği içerisinde bulunması ve yapılan etkinliklerde tutarlı olmaları gerekmektedir (Roberts, 2002).

Grup terapisinin SM'li çocuklarda uygulanması çok yaygın değildir ve literatürde bu konuda fazla bilgi bulunmamaktadır (Bozigar ve Hansen 1984). Ender olmakla beraber birkaç başarılı çalışma bulunmaktadır. Bunlardan birisi kardeşlerle grup olarak yapılan oyun terapisi (Spasaro ve Shafer, 1999). Diğer bir çalışmada ise SM'li dört çocuktan oluşan grup terapileri yapılmıştır (Bozigar ve Hansen 1984). Başka bir çalışmada da ilkokula yeni başlayan iki kız öğrenciyle başarılı bir şekilde oyun terapisi yapılmıştır (Hultquist, 1995).

Aile terapisi de, SM'de sağlıklı ve fonksiyonel olmayan aile ilişkilerini belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. Burada amaç aile üyelerine sağlıklı olmayan iletişim kalıpları ve davranışları hakkında farkındalık kazandırmaktır. Eğer mute durumu aile dinamiklerinden kaynaklanıyorsa, geleneksel iç görüşü geliştirmeyi amaçlayan aile terapisi önerilmektedir (Krysanski, 2003). Bir çalışmada, Lazarus, Gauilo ve Moore (1983), Murray Bowen'in aile terapisi teorisini kullanarak, birer saatten olmak üzere, üç oturumda yedi yaşında bir çocuğun aile içi ilişkilerini düzenlemiş ve tüm aile bireylerinin aile dışında bir kimlik geliştirmesine yardım ederek başarılı bir tedavi programı gerçekleştirmişlerdir (akt: Hultquist, 1995). Başka bir uygulamada da aile terapisi bireysel terapi ile beraber kullanılmış ve 6 yaşında bir kız çocuğu başarılı bir şekilde iyileştirilmiştir (Carr ve Afnan, 1989).

Krohn ve ark. (1992) aile terapisi ve davranış değiştirmeden (behavior medication) oluşan kombinasyonun çok yararlı sonuçlar verdiğini belirtmiştir.

Yine aynı uzmanlar tarafından uygulanan diğer bir kombinasyon ise, ciddi davranışsal beklentilerin oluşturulduğu, ailenin tedaviye katıldığı ve okulun da yakın işbirliğinin sağlandığı bir yöntemdir. Diğer bir başarılı uygulamada ise, aile terapisi, davranış terapisi, oyun terapisi, ve ilaç tedavisi (fluoxetine) dört yaşındaki bir kızın tedavisinde eş zamanlı olarak kullanılmıştır.

Son on yılda farmakolojik tedavilerin SM'e uygulanmasında oldukça yenilikler olmuştur (Roberts, 2002). Özellikle sosyal fobinin tedavisinde kullanılan ilaçlar artarak SM tedavisinde de kullanılmaktadır (Dow ve ark. 1995). Yeni kuşak anti depressantlar olarak bilinen selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) grubundan fluoxetinein kullanılması birkaç çalışmada başarılı sonuçlar vermiştir. Başka bir çalışmada da, Black ve Uhde (1992) "fluoxetine" (prozac) kullanılarak SM'li bir çocuğun konuşmasını sağlamıştır. Roberts (2002) 5 yaşındaki evde ve arkadaşlarıyla konuşan bir kızın anaokuluna başladığında öğretmeniyle konuşmadığı bir vakada yaklaşık iki yıl kadar fluoxetine kullanmış, başarılı sonuçlar alınca da bunu derece derece düşürerek kesmiştir. Benzer şekilde, Kehle ve ark. (1998) davranışçı tekniklerle beraber prozac kullanmış ve tedavi başarı ile sonlanmıştır. Yine diğer bazı yazarlarda fluoxetinein ve bilişsel-davranışçı tedavilerin beraber kullanılmasını önermişlerdir (Kolvin ve Fundudis, 1981).

Mutismin en çok ortaya çıktığı yerlerden birisi okul ortamlarıdır (Hultquist, 1995). Bu nedenle okul temelli bir tedavi yaklaşımından da burada bahsetmekte fayda vardır. Bu programların amacı çocukta sosyal ortamlarda konuşurken kaygı yaratan durumları azaltmak, sosyal iletişim ve etkileşimlere teşvik etmektir. Bunlar yapılırken de a) çocuk konuşması için zorlanmamalı, b) çocuklar sınıf arkadaşlarıyla normal sınıflarda tutulmalı, c) sözel iletişime daha az vurgu yapılmalı, d) arkadaşlarla ilişkileri teşvik edilmeli ve e) bilişsel-davranışçı teknikler kullanılmalı. Ayrıca, öğretmenler öğrencilere destek olabilecek arkadaşlar bulabilir ve onların sosyal becerilerini geliştirecek etkinliklere yönlenebilirler. Ayrıca eğer gerekli ise bir konuşma terapisti de çocuğun telaffuz becerisini arttırarak ve konuşma kurallarını öğretmekle çocuğa yardımcı olabilir (Krysanski, 2003).

Ebeveynlerin ve öğretmenlerin de, çocuğun rahatsızlığı hakkında eğitilmesi gerekmektedir. Çocuğun bir kaygı durumundan rahatsız olduğu, isteyerek konuşmayı reddetmediği şeklinde bozukluğun doğası tanıtılmalıdır. Bu eğitim, ailenin ve öğretmenin çocuğa karşı daha destekleyici, anlayışlı bir yaklaşım benimsemesini sağlar. Psiko-eğitim aynı zamanda anne babanın, öğretmenlerin ve okuldaki diğer personelin yaşayabilecekleri karışıklığı ve engellenmişlik duygularını azaltacak ve çocuğa daha iyi bir eğitim verebilmek için motive olmalarına yardım edecektir (Roberts, 2002).

Rye ve Ullman (1999) ise sosyal beceri eğitiminin diğer yöntemlerle beraber kullanılmasını önermiştir. Bu yaklaşımın varsayımı ise; okulda konuşmayan çocukların sosyal becerilerini geliştirebilecekleri ve bunları uygulayacakları fırsatları kaçırdıklarından arkadaşlarıyla konuşacak düzeyde

konuşma becerilerine ulaşamamalarıdır. Bu yüzden SM çocuklara sosyal beceri eğitimi verilmesi, onların sosyal ortamlarda konuşmalarına yardım edecektir.

SM çocuklar çoğunlukla konuşmaları için yapılan yoğun baskıdan dolayı geri çekilme yaşamaktadırlar öyle ki, bu da onların olumsuz pekiştirilmesine yol açmaktadır. Bundan dolayı da tedaviye oldukça dirençlidirler (Kehle ve ark. 1998). Benzer şekilde başka yazarlarda başarılı tedavilerin çok fazla zaman aldığından yakınmışlardır (Rye ve Ullman, 1999). Bu bağlamda, bazı müdahalelerin 4 yıla kadar uzadığı görülmüştür (Krohn ve ark, 1992).

Yine bazı durumlarda da rahatsızlığın belirtileri çevrenin değişmesiyle kendiliğinden azalmaktadır. Bu nedenle de okul ortamının değiştirilmesi önerilmektedir (Wergeland, 1980). Bunun tersine Hayden (1980) ise, mute durumunun kendiliğinden azalması ve ortadan kalkmasının çoğunlukla orta derecedeki mute çocuklarda görüldüğü ve daha sonra tekrardan konuşmamaya başladıklarını iddia etmektedir. Tamamen iyileşme oranları batı Avrupa, Amerika ve İskandinav ülkelerinde %39-100 olarak verilmiştir. İleriki yaşlarda, asıl temel semptomlar azalsa bile bireylerde iletişim sorunları, sosyal çekilme, psiko-sosyal sorunlar ve yüksek derecede işsizlik görünmektedir. Bir izleme çalışmasında Remschmidt ve ark (2001), bu bireyleri bağımlı, düşük motivasyonlu, kendilerine güvensiz ve daha az olgun, dikkat bozukluğu problemleri, duygusal sorunları olan ve depresyon, çabuk kızma ve aşırı duygusal dalgalanmalar yaşayan bireyler olarak tanımlamıştır. Bu rahatsızlığın gelişimi (prognoz) çok sistematik olarak incelenmemiştir. Fakat ailede yoksulluk, ebeveynlerde ruhsal bozuklukların olması, ailenin tedavi için işbirlikçi olmaması, düşük zeka düzeyi ve aile üyelerinde gözlemlenen mutism, bu rahatsızlığın tedavisini olumsuz etkileyen faktörler arasındadır (Steinhausen ve ark. 2006).

Bazı yazarlar tek bir müdahale yönteminin diğerine olan üstünlüğünü tartışırken, bazıları da tek bir yöntemin etkili olmadığını ve en etkili yöntemin diğer yaklaşımlarla beraber kullanıldığında (multimodal) daha başarılı olacağını savunmuşlardır (Kehle ve ark. 1998). Bu nedenle seçilecek olan yöntem ya da yöntemler dikkatlice çocuğun ve ailenin nitelikleri göz önüne alınarak yapılmalıdır. En uygun tedavi yaklaşımı olarak ise aile katılımının sağlandığı, okul ortamlarını da içine alan, ilaçlardan da yararlanan davranış değiştirme yöntemidir.

KAYNAKÇA

- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4th ed.). Washington, DC.
- Anstendig, K. D. (1999). Is selective mutism an anxiety disorder? Rethinking its DSM-IV classification. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(4), 417-434.
- Bergman, R. L., Piacentini, J., ve McCracken, J. T. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school based sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 938-946.

- Black, B. B., & Uhde, T.W. (1992). Elective mutism as a variant of social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(6), 1090-1094.
- Black, B. B., & Uhde, T.W. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 847-855.
- Black, B. B. (1996). Social anxiety and selective mutism. American Psychiatric Press Review of Psychiatry. Washington, DC. American Psychiatric Association Press.
- Brown, G. J. ve Llyod, M. A. (1975). A controlled study of children not speaking at school. *Journal of Workers for Maladjusted Children*, 3, 49-63.
- Bozigar, J. A., & Hansen, R.A. (1984). Group treatment for elective mute children. *Social Work*, 29(5), 478-480.
- Carr, A. & Afnan, S. (1989). Concurrent individual and family therapy in a case of elective mutism. *Journal of Family Therapy*, 11, 29-44.
- Cunningham, C. E., McHolm, A., Boyle, M. H., ve Patel, S. (2004). Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academic performance, and social relationships in children with selective mutism. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 45(8), 1363-1372.
- Cunningham, C. E., McHolm, A., & Boyle, M. H. (2004). Social phobia, anxiety, oppositional behavior, social skills, and self-concept in children with specific selective mutism, generalized selective mutism, and community controls. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 10, 245-255.
- Dow, S. P., Sonies, B. B., Scheib, D., Moss, S. E., Leonard, H. L. (1995). Practical guidelines for the assessment and treatment of selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 836-845.
- Essau, C.A., Conradt, J. & Peterman, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 263-279.
- Fundudis, T., Kolvin, I. & Garside, R. F. (1979). Speech retarded and deaf children: The psychological development. London, England. Academic Press
- Giddan, J. J., Ross, G. J., Sechler, L. L., & Becker, B. R. (1997). Selective mutism in elementary school: Multidisciplinary interventions. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 28(2), 127-133.
- Gillberg, C. (1995). Clinical Child Neuropsychology. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Hayden, T. L. (1980). The classification of elective mutism. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 19(1), 118-133.
- Harris, H. F. (1996). Elective mutism: A tutorial. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 27(1), 10-15.
- Hultquist, A. M. (1995) Selective mutism: Causes and interventions. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 3(2), 100-107.
- Kehle, T. J., Owen, S. V., & Cressy, E. T. (1990). The Use of self modeling as an intervention in school psychology: A case study of an elective mute. *School Psychology Review*, 19, 115-121.
- Kehle, T. J., Madaus, M. R., Baratta, V. S., & Bray, M. J. (1998). Augmented self-modeling as a treatment for children with selective mutism. *Journal of School Psychology*, 36(3), 247-260.

- Klin, A., Volkmar, F.R. (1993). Elective mutism and mental retardation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(4), 860-864.
- Kolvin, I., & Fundudis, T. (1981). Elective mute children: Psychological development and background factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 219-232.
- Kopp, S. & Gilberg, C. (1997). Selective mutism: A population based study: A research note: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(2), 257-62.
- Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(2), 249-256.
- Kristensen, H. (2001). Multiple informants' report of emotional and behavioral problems in a nation-wide sample of selective mute children and controls. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 10, 135-142.
- Krohn, D. D., Weckstein, S.M., Wright, H.L. (1992). A study of the effectiveness of a specific treatment for elective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(4), 711-718.
- Krysanski, V. L. (2003). A Brief Review of Selective Mutism Literature. *The Journal of Psychology*, 137(1), 29-40.
- Kumpulainen, K., Rasanen, E., Raaska, H., ve Somppi, V. (1998). Selective mutism among second-graders in elementary schools. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 24-29.
- Leonard, H. L., & Topol, D. A. (1993). Elective mutism: *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2, 695-707.
- Melfsen, S., Walitza, S., & Warnke, A. (2006). The extent of social anxiety in combination with mental disorders. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry* 15(2), 111-117.
- Meyers, S. (1994). Elective mutism in children: A family system approach. *The American Journal of Family Therapy*, 12, 39-45.
- ReSMchmidt, H., Poller, M., Herpertz-Dahlmann, B., Hennighausen, K., Gutenbrunner, C. (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 251,284-296.,
- Richburg, M. L., Cobia, D. C. (1994). Using behavioral techniques to treat elective mutism: A case study. *Elementary School Guidance & Counseling*, 28(3), 214-220.
- Roberts, S. J. (2002). Identifying mutism's etiology in a child. *The Nurse Practitioner*, 27(10), 44-48.
- Rye, M.S., & Ullman, D. (1999). The successful treatment of long-term selective mutism: A case study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 30(4), 313-323.
- Shreeve, D. F. (1991). Elective mutism: Origins in stranger anxiety and selective attention. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 55(4), 491-504.
- Spasaro, S. A., & Schaefer, C.E. (Eds.). (1999). *Refusal to speak: Treatment of selective mutism in children*. Northvale, NJ: Jason Aranson Inc.
- Subak, M., West, M., & Carlin, M. (1982). Elective mutism: An expression of family psychopathology. *International Journal of Family Psychiatry*, 3,335-344.
- Steinhausen, H., & Juzi, C. (1996). Elective mutism: An analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(5), 606-614.
- Steinhausen, H.C., Wachter, M, Laimböck, K., & Metzke, W. (2006). A Long-term outcome study of selective mutism in childhood. *Journal of Psychology and*

Psychiatry, 47(7), 751-756.

Weininger, O. (1987). Elective mute children: A therapeutic approach. *Journal of the Melanie Klein Society*, 5, 25-42.

Wergeland, H. (1980). Elective mutism. *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development*, 373-385.

Wilkins, R. (1985). A comparison of elective mutism and emotional disorders in children. *British Journal of Psychiatry*, 146, 196-203.