

Selektif Mutizm Olgusu

The Case of Selective Mutism

Öz

Selektif mutizm (SM) normal ve sosyal ortamlarda konuşmama fakat ebeveyn ve kardeş gibi yakın ilişkilerin olduğu ortamlarda konuşma olarak tanımlanabilir. Nedeni tam olarak belirlenememiştir fakat çekingenlik ve utangaçlık özellikleri, travmatik yaşantılar, olumsuz ebeveyn tutumları ve dil gelişimi sorunlarının SM'ye yol açabileceği bildirilmiştir. Yaygınlık oranları çeşitli çalışmalarda farklılık göstermekte ise de yaklaşık %2 olduğu belirtilmiştir ve kızlarda daha fazla görülür. SM'nin dört alt türü bulunmaktadır ve tanıya genellikle okul başlangıcında gidilir. SM'nin tedavisi oldukça zordur. Multimodal bir yaklaşım ile bilişsel-davranışçı yaklaşım temelli uygulamaların başarılı sonuçlar verdiği bildirilmiştir. Çalışmada 11 yaşında ki SM'li kız çocuğuna yönelik uygulamalar gerçekleştirilmiştir. Bu çerçevede okul-aile işbirliği doğrultusunda bilişsel-davranışsal yaklaşım temelli strateji uygulanmıştır. Çalışmanın diğer olgu sunumlarından farkı, vakanın ilgi ve yeteneğine göre değişik bir çevrede grup dinamiğine girmesi yönünde ki uygulamalardır. SM olgusu 2 aylık süreçte çözümlenmiş ve takip eden 2 aylık izlemede problem tekrar etmemiştir.

Absract

The Selective mutism (SM) can be defined as not to speak in the normal and social environments but to speak in an environment where there are close relationships such as parents and siblings. The cause has not been fully determined, but it has been reported that the shyness and shyness characteristics, traumatic experiences, negative parental attitudes and language development problems can lead to the SM. Although the prevalence rates vary from one study to another, it has been reported to be about 2% and it is more common in girls. here are four subtypes of SM and the diagnosis is usually made at the beginning of the school. The treatment of SM is very difficult. It has been reported that the practices based on a multimodal approach and cognitive-behavioral approach have successful results. In the study, treatments were performed for the 11-year-old girl child with SM. In this framework, a strategy based on cognitive-behavioral approach was applied in the direction of school-family cooperation. The difference of the work from the other case presentations is the applications in the direction of entering to the group dynamics in a different environment according to the interest and ability of the case. The SM case was resolved in a 2-month period and it did not occurred again in the following 2-month follow-up.

Dr. Ömer KARAMAN

*Ordu Üniversitesi, Eğitim Fakültesi,
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık
Anabilim Dalı*

Yazışma Adresleri /Address for

Correspondence:

*Cumhuriyet Mahallesi, 52200 Ordu
Merkez/Ordu*

Tel/phone: +90 452 226 52 50

E-mail: okaraman44@hotmail.com

Anahtar Kelimeler:

Selektif mutizm, Mutlidisipliner yaklaşım, bilişsel-davranışsal uygulamalar

Keywords:

Selective mutism, Multidisciplinary approach, cognitive-behavioral practices

Geliş Tarihi - Received
12/01/2018

Kabul Tarihi - Accepted
13/02/2018

Giriş

Selektif mutizm (SM) normal ve sosyal ortamlarda konuşmama fakat ebeveyn ve kardeş gibi yakın ilişkilerin olduğu ortamlarda konuşma olarak tanımlanabilir. SM'nin nedenleri ile ilgili çeşitli görüşler ileri sürülmüştür. Buna göre doğuştan getirilen mizaç olarak çekingen ve utangaç yapı, sosyal öğrenmeler, travmatik yaşantılar, yanlış anne- baba tutumları ve dil gelişimi sürecinde yaşanan olumsuzluklar SM'ye neden olabilir (1,2). Sonuç olarak SM'nin nedeni tam olarak açıklanamamıştır (3). Yaygınlığı ise çok azdır ve farklı çalışmalarda değişik sonuçlar alınmıştır. Örneğin Finlandiya'da ikinci sınıf öğrencilerinde yapılan taramada %2, Almanya'da 1-12 sınıf öğrencilerin yer aldığı klinik popülasyonda %2,6 fakat İngiltere'de ilkökul çocuklarında binde 7,4 oranlarına ulaşılmıştır (4-6). Diğer taraftan yaygınlığı belirlemeye yönelik yapılan başka çalışmalarda %0,18-2 arasında oranlar tespit edilmiştir (7). Türkiye'de yaygınlık oranları ile ilgili bilgiler bulunmamaktadır. Cinsiyet olarak SM kızlarda erkeklere göre 1,5-2,5 kat daha fazla görülür (8, 9).

Hayden (1) yaptığı araştırma sonucu SM'yi çocuk ile anne arasında gelişen çok güçlü ilişkiler nedeni ile simbiyotik, kendi sesini duyma ile belirginleşen konuşma fobisi, travmatik yaşantılar temelli tepkisel ve manipülasyon endeksli pasif-agresif olmak üzere dörde ayırmıştır.

SM tanısı okulöncesi dönemde başlar fakat fark edilmesi okul başlangıcında olur (10). Tanıda çocuğun kullanılan dil ile ilgili eksik yaşantılarına dikkat edilmelidir. Örneğin göçmen çocuklarda lisans bilmeme nedeni ile mutizm yaşanabilir. Diğer taraftan yaygın gelişimsel bozukluklar ve psikotik hastalıklar mutizme yol açabilir. Bunların dışında çocuğun bir aydan fazla sosyal ortamda ve özellikle okulda konuşmaması ile tanıya gidilir. Ayrıca okula yeni başlayanlarda ilk bir ay utangaçlık ve çekingenlik gibi nedenlerle konuşmama olabilir. Bu nedenle okul başlangıcından sonra ki iki aylık konuşmama durumu değerlendirilmelidir (11). Perçinel ve Yazıcı'nın bildirdiğine göre Tanı kriterleri olarak SM'de değişikliklere gidilmiş ve DSM-5'te SM anksiyete bozuklukları altında yer almıştır (10).

SM'nin tedavisi çocuklarda ki direnç nedeni ile çok zordur (12). Literatürde psikodinamik terapi, psikanaliz ve hipnozun tedavide etkili olmadığı ile ilgili veriler bulunmaktadır (13). Bununla birlikte davranışsal teknikler, grup ve aile terapileri, farmakolojik tedavi ile multidisipliner yaklaşımın etkili olduğu belirtilmektedir (14). SM tedavisinde ilaç ile birlikte psikoterapileri uygulamalarının etkili olduğu bildirilmiştir (15).

Olgu

Çalışmada 11 yaşında ilkökul 4.sınıfta öğrenim gören bir kız çocuğunun selektif mutizm olgusu değerlendirilmiştir. Alınan anamnez bilgilere göre olgu normal doğum ile 3500 gr ağırlığında doğmuştur. Gelişimsel olarak gerek fizyolo-

jik gerek psikolojik olarak bir gerilik gözlenmemiştir. Gelişim olarak 1 yaşında yürümeye ve 2 yaş civarında konuşmaya başlamış ve 1,5 yaş civarında tuvalet alışkanlığı kazanmıştır. Daha önce ağır bir hastalık geçirmemiştir. Olgunun 5 yaşında bir erkek kardeşi vardır. Baba ortaokul mezunu olup çiftçilikle uğraşmaktadır. Anne ilkökul mezundur ve ev hanımıdır. Aile sosyo-ekonomik olarak orta düzeydedir.

Olguda SM ilkökula başladığında fark edilmiştir. Anneden alınan bilgilere göre olgu küçük yaşlardan itibaren aile dışında ki kimselerle konuşmamıştır. Fakat bu durum çocuğun utangaçlığı nedenine bağlanarak normal kabul edilmiştir. Çocuk ilkökula başlamadan önce köyde yaşamış, okula başlamak için aile kente göç etmiştir. Sınıf öğretmeninden alınan bilgilere göre çocuğun akademik başarısı yüksek düzeydedir ve resim dersine karşı özel bir ilgi ve yeteneği bulunmaktadır. Fakat çocuk okula başladığından itibaren konuşmamaya başlamıştır. Öğretmenin tüm çabalarına rağmen direnç gösteren olgu, ebeveyni tarafından çocuk psikiyatrisine tedavi için götürülmüş fakat yapılan farmakolojik tedaviden sonuç alınmamıştır. Yapılan gözlemlerde çocuğun mutizminin çevresi tarafından kabul edildiği ve buna göre yaşamsal düzenlemeler yapıldığı belirlenmiştir. Örneğin okulda sınıf dışı iletişim gerektiren bir durumda, arkadaşlarının çocuğun konuşmadığını belirterek onun yerine gerekeni yapmaya çalışması, öğretmenin öğrencisi ile olan iletişimini konuşmamaya göre düzenlemesi ve bu duruma alışması, kantinde arkadaşlarının çocuğun yerine alışveriş yapması vb. Ayrıca öğretmen öğrencisinin tuvalete okulda gitmediğini yakın olan evlerine gittiğini ve çok düzenli, titiz olduğunu belirtmiştir. Annesinden alınan bilgilerde de benzer olarak temizlik, düzen ve titizlikle ilgili bilgilere ulaşılmıştır. Evde annesinin temizlik, düzen ve titizlikle ilgili bir problemi olmadığı ve hatta bu nedenle çocuğuyla tartıştığı belirtilmiştir. Çocuğun evde bu konuda babası dahil herkesle tartıştığı ve evi düzenleme ile ilgili baskın davranışlarının bir süre sonra kabul gördüğü tespit edilmiştir.

Anneden alınan bilgilere göre çocuğun ilk yıllarında köyde geçen günlerde, aile geniş aile olarak halası, babaannesi ve dedesi ile birlikte yaşamıştır. Bu dönemde ailede ciddi problemler yaşanmış ve çocuk bunlara tanık olmuştur. Yapılan görüşme ve gözlemlere göre annenin evde baskın bir kişilik sergilediği ve eşini suçlayıcı davranışlarla birlikte çocuğuyla simbiyotik bir bağ kurduğu belirlenmiştir. Baba da ise sosyal çekinme ve utangaçlık tespit edilmiştir.

Ebeveyn çocuğun ortaokula başladığında yeni arkadaş grubu, farklı öğretmenler ve değişik dersler nedeni ile ciddi sorunlar yaşayacağını düşündüğünden dolayı psikolojik yardım için başvurmuştur.

Tartışma

Çalışmada, olgu ile ilgili öğretmen ve ebeveynlerden görüşme tekniği aracılığıyla bilgiler toplanmıştır. Ayrıca göz-

lem formları oluşturularak ayrıntılı gözlem verilerine ulaşılmıştır. Elde edilen bilgilere göre yapılan literatür destekli değerlendirme şöyledir;

- Gelişimsel olarak SM'ye neden olabilecek bir neden bulunamamıştır,
- SM'de sosyo-ekonomik olarak yoksulluk önemlidir (16). Fakat olgunun ailesi orta düzeyde ekonomik yapıdadır,
- Olgunun akademik başarısı iyi düzeydedir ve resme yönelik ilgi ve yeteneği vardır,
- Öğretmeni ve arkadaşları mutizm ile ilgili durumu kabul etmiş ve okul yaşamı rutine binmiştir,
- Her türlü psikolojik ve psikiyatrik girişimler çözüme ulaşmadığından bıkkınlık oluşmuştur,
- Öğrenci teneffüslerde sınıftan hiç dışarı çıkmamakta ve sınıfın grup dinamiğine girmemektedir,
- SM'ye eşlik eden birçok bozukluktan biride obsesif-kompulsif bozukluktur (9,11,12,17). Olguda da obsesif-kompulsif davranışlar tespit edilmiştir,
- SM'de çevreyi ve yetişkinleri kontrol etme davranışı görülebilir (1). Olgu ev yaşamında baskın bir davranış sergilemektedir.
- SM'nin nedenleri arasında problemlili aile ilişkileri önemlidir. Hayden (1) anne ile çocuk arasında gelişen patolojik bir ilişkinin simbiyotik bir yapıya dönüştüğünü ve bu durumun SM'ye yol açtığını belirtmiştir. Benzer olarak Meyers (18) ile Krohn ve ark. (19) ailede karşılıklı sıkı bağlanmaların ve bağımlılıkların SM'ye neden olabileceğini vurgulamışlar. Subak ve ark. (20) yine aile arasında bağımlılığın etkisini belirterek bununla birlikte kontrol gereksinimi ve çelişkili durumların nörotik bağlanmalar aracılığı ile SM'ye neden olduğunu bildirmişlerdir. Olguda da anne ile çocuk arasında simbiyotik bir ilişkinin varlığı görülmüştür. Bu gibi durumlarda babalar pasif bireylerdir (1) ve sosyal çekilme ile utangaçlık davranışları sergileyebilirler (16). Çalışmada da benzer baba profili tespit edilmiştir.
- Ailede yaşanan stresli olaylar SM'nin oluşumunda etkili olabilir (21). Olguda da çocuğun kente göçmeden önce köyde, aile içerisinde stresli bir yaşam olduğu bilgisine ulaşılmıştır.

Değerlendirme sonrası çözüme yönelik strateji geliştirilerek uygulanmıştır. Buna göre;

- Ebeveyn aile danışmanlığı hizmeti verilmiştir. Çünkü olumsuz aile dinamikleri için aile terapisi etkilidir (11). Aile terapilerinin etkili olduğu uygulamalar mevcuttur (22).
- Öğretmen ve ebeveyn eğitimi problemin çözüm sürecinde destekleyici, hoş görülme ve motive edici bir eğitsel ortam oluşturacağından (23) öğretmen ve aileye SM hakkında bilgi verilmiş okul- aile işbirliğinin önemi aktarılmıştır.
- Öğrencinin resme karşı ilgi ve yeteneği kullanılarak okul yaşamında grup dinamiğine girilmesi hedeflenmiştir. Bu doğrultuda öğrenci okulun resim kulübüne üye yapılmış ve kulüp çalışmaları etkinleştirilerek öğrenciye

- önemli görevler verilmiştir. Öğrencinin belirli gün ve haftalar çerçevesinde yaklaşan 23 Nisan Ulusal Egemenlik ve Çocuk Bayramı etkinliklerinde resim sergisi ve yarışmasına katılımı sağlanmış, resim sergisi düzenlemelerine yönelik grupla birlikte yapması gereken sorumluluklar verilmiştir. Bu süreçte 23 Nisan Ulusal Egemenlik ve Çocuk Bayramı etkinliklerinden sorumlu öğretmene, sınıf öğretmenine ve resim kulübü sorumlusu öğretmene çocuğun konuşmasına yönelik hiçbir baskı yapmalarını istenmiştir. Çünkü SM'li çocuklara yönelik konuşma ile ilgili baskılar, içerisinde geri çekilmenin olduğu olumsuz sonuçlar doğurmaktadır (24). Ayrıca öğrenciye verilen görevlerin onun yapabileceği nitelikte olması gerektiği belirtilmiş ve sıkı takip edilerek sözel pekiştireler verilmesi, olumsuz durumlarda ise nötr davranılması istenmiştir.
- Öğrenci çocuk psikiyatrisine obsesif-kompulsif sağaltımı için sevk edilmiştir.
- Ailenin tüm bireylerinin yer aldığı etkinlikler düzenlenmiş ve kaliteli zaman geçirilmesine yönelik planlamalar yapılmış ve ödevler verilmiştir. Örneğin birlikte sinemaya gitme, alışveriş etkinlikleri, piknik vb.
- Öğrencilere ve öğretmenlere kulüp çalışmalarında çocuğun mutizmi yokmuş gibi davranılması, görevlerin yerine getirilmesi hususunda sözel iletişim ile birlikte beklenti içerisine girilmesi, çocuğun iletişime geçmemesi durumunda nötr davranılması fakat iletişime geçmesi halinde hiçbir sözel pekiştireç verilmeden normal yaşama devam edilmesi istenmiştir.

Uygulama sürecinde bilişsel-davranışçı temelli aile danışmanlığı 6 hafta sürmüş ve aile içi düzenlemelere yönelik ödevler (aile içi sorumluluklar, bireysel sorumluluk izlemleri, ödül ve ceza uygulamaları vb.) verilmiş ve takip edilmiştir.

Okulda öğretmen mutizm ile ilgili verilen bilgi çerçevesinde hareket etmiş ve bu süreçte konuşmama ile ilgili öğrenciye hiç dönüt vermemiş, nötr davranmıştır. Resim kulübü sorumlusu öğretmen öğrencinin mutizm sorunu yokmuş gibi davranarak hareket etmiş ve kulüpte görev alan 6 öğrenciyi de benzer davranması yönünde koordine etmiştir. Khorn ve ark. (19) okul aile işbirliğinin birlikte olduğu ve bilişsel- davranışçı temelli uygulamaların iyi sonuçlar verdiğini, çalışmalarında belirlemişlerdir.

Uygulamada öğrenci 1,5 ay sonra sesi düşük olmakla birlikte kulüp arkadaşlarına 23 Nisan Ulusal Egemenlik ve Çocuk Bayramı etkinliklerinin düzenlenmesi ile ilgili öneriler sunmuştur. Öğretmene söz konusu öneriler ile birlikte yeni öneriler hakkında çocuktan dönüt alması doğrultusunda bilgi verilmiştir. Öğretmenin öğrenciden öneri almak için iletişime yönelik girişimlerde bulunması karşılık almış ve öğrenci konuşmaya başlamıştır. Daha sonra kulüp çalışması esnasında çocuğun aktif olduğu bir dönemde sınıf öğretmeni uygulamanın ortasında sürece katılmış ve öğrenci ko-

nuşmaya devam etmiş, sınıf öğretmeninin öğrenci ile konuşma girişimleri karşılık bulmuştur. Daha sonra öğrencinin sınıf içinde konuşmak için cesaretlendirici uygulamalar 2 hafta süreyle yapılmış ve öğrenci konuşmaya başlamıştır. Öğrenci problemi tam çözünce, kulüp sorumlusu öğretmenin ve öğrencilerinin de katıldığı bir toplantı yapılarak öğrencinin kulüp çalışmalarında ki başarısı nedeni ile diğer 6 öğrenci ile birlikte hediye verilerek ödüllendirilmiştir. Daha sonra ki 2 aylık izlemde problem gözlemlenmemiştir. Bu aşamada ki uygulamada öğrencin farklı bir ortamda yer alması etkili olmuş olabilir. Çünkü Wergeland (25) çevre değişikliklerinin SM'nin tedavisinde etki olacağını belirtmiştir.

Olguya obsesif- kompulsif tanısı konmuş ve tedavisi devam etmiştir.

Sonuç olarak her SM vakasının çözümünde bilişsel- davranışsal temelli okul-aile işbirliğinin olduğu çok yönlü uygulama başarılı sonuç vermiştir. Benzer olarak Kehle ve ark. (24) multimodal çalışmaların etkili olduğunu bildirmişlerdir. Uygulamanın diğer çalışmalardan farkı, SM'li çocuğun ilgi ve yeteneklerinin belirlenerek okul yaşamında belirli gün ve haftalar ile kulüp çalışmaları doğrultusunda etkin kullanımıdır.

Uygulamada elde edilen deneyimlere göre SM'li vakalarda okul- aile işbirliği çerçevesinde bir strateji düzenlenmesi ve vakaların kendi çevresi içerisinde değişikliklerle birlikte, ilgi ve yetenekleri doğrultusunda etkinliklerle çözüme gidilebileceği, önerisi sunulabilir.

Kaynaklar

1. Hayden TL. The classification of elective mutism. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 191.1980:118-133.
2. Hultquist AM. Selective mutism: Causes and interventions. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 3.1995.(2): 100-107.
3. Steinhausen HC, Wachter M, Laimböck K, & Metzke W. A Long-term outcome study of selective mutism in childhood. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 47. 2006. (7): 751-756.
4. Kumpulainen K, Rasanen E, Raaska H, Somppi V. Selective mutism among second-graders in elementary schools. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 7. 1998: 24-29.
5. Melfsen S, Walitza S, Warnke A. The extent of social anxiety in combination with mental disorders. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry* 15. 2006. (2): 111-117.
6. Brown GJ, Llyod MA. A controlled study of children not speaking at school. *Journal of Workers for Maladjusted Children*, 3. 1975: 49-63.
7. Bergman RL, Piacentini J, McCracken JT. Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 41. 2002: 938-46.
8. Kumpulainen K. Phenomenology and treatment of selective mutism. *CNS Drugs*. 16. 2002: 175-80.
9. Kristensen H. Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 39. 2000: 249-56.
10. Perçinel İ, Yazıcı KU. Okul Öncesi Dönem Selektif Mutizm Vakalarında Fluoksetin Tedavisi: İki Olgu Eşliğinde Tartışma Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 21 (2) 2014: 123-130
11. Krysanski VL. A Brief Review of Selective Mutism Literature. *The Journal of Psychology*, 137. 2003. (1): 29-40.
12. Kolvin I, Fundudis T. Elective mute children: Psychological development and background factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22. 1981: 219-232.
13. Richburg ML, Cobia, DC. Using behavioral techniques to treat elective mutism: A case study. *Elementary School Guidance & Counseling*, 28. 1994. (3): 214-220.
14. Bulut S. Seçici Konuşmamazlık (Slective Mutizm): Sebepleri ve tedavi yaklaşımları. *Abant İzzet Baysal Üniv Sos bilim Enst Derg.* 2. 2008. (17): 52-65
15. Manassis K. Silent suffering: understanding and treating children with selective mutism. *Expert Rev Neurother* 9. 2009: 235-243.
16. ReSMchmidt H, Poller M, Herpertz-Dahlmann B, Hennighausen K, Gutenbrunner C. A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 251. 2001. 284-296.
17. Sharp WG, Sherman C, Gross AM. Selective mutism and anxiety: a review of the current conceptualization of the disorder. *J Anxiety Disord*. 21. 2007. (4): 568-79.
18. Meyers S. Elective mutism in children: A family system approach. *The American Journal of Family Therapy*, 12. 1994: 39-45.
19. Krohn DD, Weckstein SM, Wright HL. A study of the effectiveness of a specific treatment for elective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31. 1992. (4): 711-718.
20. Subak M, West M, Carlin M. Elective mutism: An expression of family psychopathology. *International Journal of Family Psychiatry*. 3. 1982: 335-344.
21. Steinhausen H, Juzi C. Elective mutism: An analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 35. 1996. (5): 606-614.
22. Hultquist AM. (1995) Selective mutism: Causes and interventions. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 3. 1995. (2): 100-107.
23. Roberts S J. Identifying mutism s etiology in a child. *The Nurse Practitioner*, 27. 2002. (10): 44-48.
24. Kehle TJ, Madaus MR, Baratta VS, Bray M J. Augmented self-modeling as a treatment for children with selective mutism. *Journal of School Psychology*, 36. 1998. (3): 247-260.
25. Wergeland H. Elective mutism. *Acta Psychiatr Scand*. 59. 1979. (2): 218-28.