

SELEKTİF MUTİZM Selective mutism

Aytül Şimşek¹, Şahnur Şener²

Özet: Çocukluk döneminin nadir görülen bir bozukluğu olan ve okul gibi bazı önemli sosyal ortamlarda konuşulan dili ve konuşmayı anlayabilmeye rağmen, ısrarlı olarak konuşmanın reddi olarak tanımlanan selektif mutizm ilk kez Tramer tarafından 1945 yılında çocuk psikiyatrisi literatürüne dahil edilmiştir. Bu sendrom geçen yüzyılda tanımlanmış olmasına rağmen, hem tarifinde hem de sınıflandırılmasında şimdiye kadar görüş birliği sağlanmış değildir. Ayrıca sendromun görülme sıklığı, komorbidite paternleri, eşlik eden özellikler, neden ve tedavisi üzerinde de mevcut bilgiler tatmin edici olmaktan uzaktır. Bu derlemede hastalıkla ilgili literatür bilgilerini yeniden gözden geçirdik.

Anahtar Kelimeler: Selektif mutizm

Summary: Selective mutism, a rare disorder of childhood, is defined as a child's persistent refusal to speak in spite of his or her understanding the speech in some important social settings such as school. It was first included in 1945 in the literature of pediatric psychiatry by Tramer. Although this syndrome was described in the last century, there is no consensus both on its definition and its classification. Furthermore, the existing data related to its incidence, comorbidity patterns and accompanying features, causes and its therapy are far from satisfactory. Data from the literature relevant to this disorder have been reviewed in this compilation.

Key Words: Selective mutism

Selektif mutizm çocukluk çağının nadir görülen bir bozukluğudur. Okul gibi bazı önemli sosyal ortamlarda (bunlar bir veya daha fazla olabilir) konuşulan dili ve konuşmayı anlayabilmeye rağmen, ısrarlı olarak konuşmanın reddi durumudur (1). Bu durum konuşmada belirgin duygusal seçicilikle belirlidir. Çocuk ev içinde kardeşleriyle ve en azından ebeveynlerinden biriyle konuşmasına rağmen, ev dışı ortamlarda konuşamaz. Az sayıda vakada bu durumun tersi de bildirilmiştir (2). Konuşmamanın zaman içinde süreklilik göstermesi ve hangi durumlarda konuşmanın olup, hangi durumlarda olmayacağını önceden kestirilebilir olması tanı koymak için gereklidir (3). Weber'e (4) göre selektif mutizm normal konuşma ile total mutizme doğru gerileme arasında bir noktadadır. Bazı yazarlar selektif mutizmi spesifik bir

bozukluk olarak görmüşler ve bu bozukluğu psikoanalitik yönden açıklamaya çalışmışlardır. Browne ve Wilson (5) bu bozukluğu mutizm, istemli olarak idrar ve gaita tutma gibi semptomlarla giden anal sulker sendromunun bir parçası olarak izah etmişlerdir. Başka bir grup yazar ise bu bozukluğu oral dönemdeki obje ilişkilerindeki problemlerin bir sonucu olarak izah etmeye çalışmışlardır. Bu tür varsayımlardaki en önemli sorun, ileri sürülen mekanizmaların selektif mutizm için spesifik olmayışdır (6).

Bu sendromun hem tarifinde hem de sınıflandırılmasında şimdiye kadar farklı görüşler ileri sürülmüştür. Bu farklı görüşlerin çoğu selektif mutizmi emosyonel bozuklukların bir semptomu olarak görenlerle onu ayrı hastalık olarak kabul edip, emosyonel bozukluklar grubu içinde sınıflandıranlar arasındadır. Wilkins(2) selektif mutizmi olan çocuklarla emosyonel bozukluğu olan çocukları karşılaştırdığı çalışmasında selektif mutistik çocuklarda konuşma anormallikleri, dağılmamış aileden gelme, kişilik ve annenin tutum özellikleri

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi 38039 KAYSERİ
Psikiyatri. Araş.Gör.Dr.¹
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi ANKARA
Çocuk Psikiyatrisi. Doç.Dr.²

Geliş tarihi: 26 Haziran 1995

bakımından önemli derecede farklılıklar olduğunu bildirmektedir. Bu sonuçlar selektif mutizmin diğer emosyonel bozukluklardan ayırt edilmesi gereken farklı bir bozukluk olduğu görüşünü desteklemektedir.

Sendromun görülme sıklığı, komorbidite paternleri, eşlik eden özellikler, neden ve tedavisi üzerinde literatürdeki bilgiler doyurucu olmaktan uzaktır (7).

Selektif mutizm ilk kez 1877 yılında Kusmaull tarafından tanımlanmıştır. Kusmaull yayınladığı üç vakalık bir seride fiziksel olarak sağlıklı çocuklarda büyük bir travmaya tepkisel olarak ortaya çıkan kısa süreli mutizm halinden bahsetmiş ve bu durumu istemli afazi diye isimlendirmiştir (8). Selektif mutizm sendromu psikiyatri literatüründe ilk kez 1945 yılında Tramer tarafından isimlendirilmiştir. Daha sonra Miriamve Katz (8) bu tanıyı alan çocukları aşırı derecede duyarlı, ürkek ve anksiyöz olarak tanımlamış ve çocukların yabancıların yanındaki bu alışılmadık ürkekliğini bir defans refleksi olarak izah etmiştir.

Selektif mutizmin bir sendrom olmaktan ziyade bir çok psikiyatrik hastalıkta görülebilen bir semptom olarak kabul edilmesi gerektiğini savunan yazarlar da vardır (8).

DSM III ve DSM IV tanıda, literatürde bu bozukluğa sıklıkla eşlik ettiği bildirilen çocukluk ve adölesan dönemin anksiyete bozukluğu, karşı gelme bozukluğu ve sosyal fobi gibi bozuklukları hariç tutmaktadır (1, 9).

DSM-IV'e göre tanı kriterleri:

A. Başka durumlarda konuşuyor olmasına karşın, özgül birtakım toplumsal durumlarda sürekli bir konuşmamazlık göstermektedir (konuşma beklentisi olduğunda örneğin okulda).

B. Bu bozukluk eğitimle ilgili veya mesleki başarıya ya da toplumsal iletişimi bozar.

C. Bu bozukluğun süresi okula başladıktan sonraki 1 ayla sınırlı kalmamak üzere en az 1 aydır.

D. Konuşmama söz konusu toplumsal durumlarda konuşulması beklenen dili bilmeme ya da o dilde rahat konuşamamaya bağlı değildir.

E. Bu bozukluk bir iletişim bozukluğuyla (örneğin kekemelik) daha iyi açıklanamaz ve sadece bir yaygın gelişim bozukluğu, şizofreni ya da diğer psikiyatrik bozuklukların seyri sırasında ortaya çıkmamaktadır (9).

Klinik: Selektif mutistik çocuklar yabancıların yanında aşırı derecede güvensiz, kolaylıkla korkutulabilen, aşırı derecede duyarlı, pasif, fakat aynı zamanda sıklıkla negativistiktirler. Suskunluk onların çevrelerindeki değişikliklere tepkisel bir cevaptır; fakat bu onların tek reaksiyonları değildir. Konuşma inhibisyonu sıklıkla motor aktivitenin ve inisiyatifin inhibisyonu ile tamamlanır. Bunların yeni bir fiziksel veya sosyal ortamdaki reaksiyonları diğer çocukların aşırı tehlikeye karşı verdikleri cevaba benzer (8).

Selektif mutistik çocuklarda yabancı anksiyetesinin ilk fazı esnasında normal olarak görülebilecek davranış kalıplarının sürmesi veya bu kalıplara doğru bir gerilemenin ortaya çıkması nedeniyle normal gelişimin geciktiği söylenebilir (8).

Bu çocukların çoğu kendi konuşma ortamlarında da fazla konuşkan değildir ve genellikle suskun kalmayı tercih ederler. Bazıları ile konuşmanın yokluğuna rağmen göz temasına girilebilir veya nonverbal iletişim kurulabilir. Bazıları ise sorulara tek heceli kelimelerle cevap verirler veya baş sallama, omuz kaldırma gibi hareketler yaparlar (10). Bu çocuklar ev dışı ortamlarda korku içinde olmalarına rağmen, çevreleriyle ilgilenirler ve olup bitenleri dikkatle izlerler (8).

Bu çocuklarda ayrıca ayrılık anksiyetesi, okul reddi, evde karşı gelme ve öfke nöbetleri gibi davranım bozuklukları görülebilir. Selektif mutizmdeki düzelmeye birlikte bu davranım bozuklukları da düzelmektedir (10). Bazı mutistik çocukların erişkinlerle sadistik ve negativistik ilişkiler kurduğu ve konuşmamaya onları cezalandırma yoluna gittikleri görülmektedir. Ailede bir anksiyete atmosferi yaratan çocuk bu yolla güçlü bir konuma ulaşır. Aile, işbirliği sağlamak için

onun bütün ihtiyaç ve arzularına cevap verir. Bu nedenle selektif mutizmde sekonder kazançların da gözönünde bulundurulması gerekir (6,8). Selektif mutistik çocuklar sıklıkla korkak, anksiyöz ve depressiftirler. Sosyal ilişkileri kısıtlıdır. Akranları arasında alay edilme ve suç yükleme gibi davranışlara maruz kalabilirler bu duruma bağlı olarak okul reddi görülebilir. Bu çocuklar akademik güçlükler hatta yetmezlik gösterebilirler (10).

Tanı ve tedavide faydalı olabilecek spesifik laboratuvar ölçümleri yoktur(10).

Etyoloji: Selektif mutizm psikolojik olarak konuşmanın reddi veya inhibisyonuyla karakterizedir. Bu sendrom motivasyonel bir bozukluk olarak tanımlanmasına rağmen, çocukların %20-50'sinde hikayede konuşmanın başlangıcında bir gecikme veya konuşma ve anlama yetilerinde anormallikler bildirilmektedir(10). Ne yazık ki bu çalışmaların hiç birisi bu çocukların konuşmayı anlayıp anlamadıklarını göstermemektedir. Burada en büyük problem dili kullanabilen selektif mutistik çocuklarda konuşma anormalliklerinin ne dereceye kadar sendromun bir parçası olarak kabul edilmesi gerektiğidir. Eğer bu bozukluklar sendromun bir parçası değilse selektif mutizm tanısı alan vakalara bu çocukların dahil edilmesiyle mevcut verilerin kontamine olduğu şeklinde ciddi endişeler vardır(11).

Ayrıca evlilik problemleri, anneye aşırı bağımlılık ve annede psikiyatrik problemlerin varlığı sıklıkla bildirilen ailesel özelliklerdir. Bazı yazarlar anne çocuk ilişkisinin selektif mutizmin etyolojisinde önemli bir faktör olduğunu ileri sürmektedirler. Vaka raporlarının ekserisinde annelerin bu çocukları manuplatif olarak tanımladıkları görülmektedir. Aşağıdakilere benzer ifadelerin çoğu anneden alınan anamnez içinde yer almaktadır.

"Beni parmağının ucunda oynatır, istediğini elde etmek için ne yapılacağını bilir ve sonunda istediği her şeyi elde eder.Eğer istekleri yerine getirilmez ise onu elde etmek için kıyameti koparır".

Anneyle ilgili yorumlar onun çocuğun isteklerine kolayca boyun eğdiği, çocuğun önünde el pençe divan durduğu, çocuğu aşırı derecede şımarttığı

şeklinde dir. Bu tür ifadeler istediğini elde etmek için ebeveynlerini kullanmasını bilen bir çocukla, onu aşırı derecede koruyup kollayan kolayca teslim olan bir annenin yer aldığı bir tabloyu ortaya koymaktadır (2). Annenin gösterdiği bu yanlış tutumlar sonuç olarak anneyle çocuk arasında aşırı derecede kapalı fakat ambivalan bir ilişkinin kurulmasına neden olur (10).

Ayrııcı tanı: Tanısal olarak en önemli ayırım geçici ve ısrarlı selektif mutizm arasında yapılmalıdır. Geçici selektif mutizm nadir olmayan bir durumdur ve genellikle 7-9 yaşlar arasında okula yeni başlayan çocuklarda görülür. Muhtemelen bir uyum reaksiyonudur ve vakaların %90'ında bu durum okulun ilk yılında spontan olarak düzelir. Göçmen çocukları bu grupta büyük bir oranı teşkil ederler (12). Süre dışında bu hastalık lehinde başka tanısal farklılıklar da ortaya konulmalıdır.

Sıkılgan çocuklar anksiyeteyi provake eden ortamlarda geçici bir konuşmamazlık gösterebilirler. Bu çocukların hikayesinde yabancıların yanında konuşmayı annelerine yapışma davranışı vardır. Bu durum kısa sürelidir ve geçici adaptif ürkellik gibi tanımlanabilir (10).

Selektif mutizm ayrıca mental retardasyon, yaygın gelişimsel bozukluk ve sözel anlatım bozukluğundan da ayırt edilmelidir. Bu bozukluklarda semptomlar yaygındır üstelik hiç bir ortamda çocukla normal iletişim kurulamaz. Çocuk konuşmayı reddetmekten ziyade konuşma yetisinden mahrumdur (10).

Bütün koşullarda az konuşan veya konuşmaya isteksiz olan çocuklar selektif mutizm başlığı altında değerlendirilmemelidir (12).

Selektif mutizm işitme kaybı, şizofreni veya diğer psikotik durumlara sekonder olarak ortaya çıktığında veya mutizm sosyal fobinin bir semptomu olarak düşünüldüğünde bu tanı konulmamalıdır. Genellikle adölesan dönemde emosyonel bir travmayı takiben ortaya çıkan ve histerik afoni veya travmatik mutizm denilen durumla da karıştırılmamalıdır(12). Çocukluk çağı avoidant bozukluğunda eğer sosyal anksiyete şiddetli ise çocuk konuşmaz (1).

Çocuklar farklı bir lisanın konuşulduğu bir çevreye götürüldüklerinde yeni lisanı kullanarak konuşmaya başlamakta güçlük çekebilirler ve bu nedenle genellikle suskun kalmayı tercih ederler. Selektif mutizm tanısı sadece ana dille ve yeni lisanla konuşma yetisinin kazanılmış olmasına rağmen konuşmanın reddedildiği durumlarda konulmalıdır (10).

Sıkılganlık genellikle selektif mutistik çocukların temel kişilik özelliği gibi görülürse de yapılan bir çalışmada sıkılganlığın hem selektif mutizm olan hem de mutizm olmaksızın depresyon ve anksiyete gibi emosyonel bozukluk gösteren çocuklarda nerede ise eşit oranda mevcut olduğu bildirilmiştir (2).

Görülme sıklığı: Yüzde 003- 8 arasında tahmin edilmektedir. Erkek çocuklarda daha fazla görülen diğer konuşma ve lisan bozukluklarının aksine selektif mutizmin kızlarda daha fazla olduğu ileri sürülmektedir. Ancak bu konudaki araştırmalar halen tamamlanmış değildir.

Wilkins'e (2) göre kız erkek oranı 2/1 dir. Wright (13) bu oranı 2.4/1 olarak bildirmiştir. Bu alışılmadık cinsiyet oranı selektif mutizmin emosyonel componentini ortaya koymaktadır. Çünkü okul öncesi dönemdeki çocuklar arasında emosyonel bozukluklar kızlarda daha fazla görülür (12).

Klinik seyir: Bazı vakalarda 12 yaşından sonra başladığı rapor edilmesine rağmen selektif mutizmin başlangıcı genellikle 3-8 yaşlar arasındadır. Yüzde 80'den fazla vakada yaşamın ilk yıllarında sinsi bir başlangıç vardır. Bu çocuklar sıklıkla okul öncesi yıllarda anormal bir ürkeklik gösterirler. Yüzde 12-13 çocukta ise okula başlama döneminde ani bir başlangıç vardır. Yaş ne kadar küçük olursa bu hastalığa duyarlılık o kadar artar (12).

Vakaların çoğunluğunun birkaç ay içinde düzeldiği bildirilmekle birlikte bazı vakalarda semptomlar yıllarca sürer (12).

Kolvin ve Fundudis(14) tarafından yapılan 5-10 yıl süreli bir takip çalışmasında %12.5 vakada belirgin

bir düzelme, %33 vakada kısmi bir düzelme, %54 vakada çok az bir düzelme ve düzelmeme hali bildirilmektedir. Kısmî düzelme gösteren çocukların hemen hemen hepsinde bu düzelme hali 10 yaşından önce görülür. On yaşa kadar düzelmeyen çocuklarda bu yaşa kadar düzelenlere kıyasla, daha uzun bir gidiş ve kötü bir prognoz görülmektedir (12).

Literatürde çok az oranda dikkat çekilen bir diğer faktör de selektif mutistik çocuklardaki gelişimsel gecikmeler ve mental retardasyondur. Vaka raporlarının büyük çoğunluğunda entellektüel fonksiyonların ortalamaya yakın veya ortalamadan üzerinde olduğu bildirilmektedir. Bu çocukların yazılı sınavlarda oldukça başarılı oldukları ileri sürülmektedir. Ancak verilen birçok verbal nitelikli değerlendirme araçlarıyla entellektüel fonksiyonların değerlendirilmesi oldukça güç ve komplikedir. Uygulama ya nonverbal kognitif beceri ya da alıcı lisan ölçümlerine ihtiyaç göstermektedir.

Günümüze kadar sadece üç çalışmada selektif mutistik çocuklarda kognitif defisit olduğu bildirilmesine rağmen, selektif mutizm ve mental retardasyonun olası birlikteliği daima gözönünde bulundurulmalıdır (12).

Tedavi: Bazı selektif mutistik çocukların evden uzun süreli uzaklaştırılarak, yabancıların arasında tutulmak suretiyle başarılı bir şekilde tedavi edildikleri bildirilmektedir. Evden uzaklaştırma gün boyu okula gönderme veya hospitalizasyon şeklinde olabilir. Bu tedavi stratejisinin başarılı olması evden ayrılmanın çocuğu kaçınma taktiklerini bırakmaya zorlaması ve çocuğun insanlarla temasını artırarak sosyal dünyasını genişletmeye başlama çabalarıyla izah edilebilir (8).

Bireysel davranışçı ve aile araştırmalarını içine alan çok modelli bir yaklaşımın tedavide başarılı olması muhtemeldir. Okul öncesi dönemde ebeveynlere danışmanlık veya psikoterapi gerekebilir. Ayrıca bu dönemde çocuk bir terapist hemşireden fayda görebilir. Okul çağındaki çocuklara bireysel psikoterapi veya davranışçı terapi uygulanabilir. Çocuğun bağımsızlığının engellenmediği aile ortamları için evlilik danışmanlığı veya

ebeveynler için psikoterapi çok iyi sonuç verir (10). Nonfarmakolojik tedavinin başarılı olduğunu gösteren çok sayıda vaka raporları fakat az vaka serileri bulunmaktadır. Bazı vakalarda farmakoterapinin yardımcı bir tedavi olarak kullanılabilceği ileri sürülmektedir. Bu yaklaşım selektif mutistik çocukların sıklıkla sosyal fobi semptomlarını göstermelerinden temel almaktadır. Bu nedenle sosyal fobi tedavisinde başarılı sonuçlar alınan fenelzin ve fluoksetin tedavide en çok tercih edilen ilaçlar olmuştur (15,16). Günümüze kadar yapılmış olan çalışmalarda fluoksetin ve fenelzinin selektif mutizme eşlik eden semptomları azalttığı gösterilmesine rağmen, bu çalışmaların hiç birinde kontrol grubu oluşturulmamıştır

(15).

Bu konuda yapılmış olan en son çalışmada fluoksetinin plaseboya göre belirgin üstünlüğü olduğu ve tedavi süresince minimal düzeyde yan etki görüldüğü bildirilmektedir. Bu sonuç fluoksetin tedavisi sırasında ciddi yan etkiler ve fiziksel değişiklikler oluşmadığını gösteren çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur. İlaçların yan etki profilleri incelendiğinde fluoksetinin fenelzine kıyasla daha güvenilir olduğu görülmektedir. Ancak bu ilacın tedavide başarılı olduğunu söyleyebilmek için daha geniş vaka serilerine ve daha uzun süreli takip çalışmalarına ihtiyaç vardır (15).

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders (3rd ed) (DSM III), Washington DC: American Psychiatric Association, 1987.
2. Wilkins R. A comparison of elective mutism and emotional disorders in children Br J Psychiatry 1985;146:198-203.
3. World Health Organization ICD 10 Mental and Behavioral Disorders 1992.
4. Weber A. Zum electiven mutismus der Kinder Zeitschrift fuer Kinderpsychiat 1950; 17:1-15.
5. Browne E, Wilson V. Diagnosis and treatment of elective mutism in children. J Am Acad Child Psychiatry. 1963;2:605-617.
6. Misch. A Electiver mutismus im Kindersalter Zeitschrift fur Kinderpsychiatrie. 1952; 19:49-87.
7. Black B, Uhde TW. Elective mutism as a variant of social fobia. J Am Child Adolesc Psychiatry 1992; 31:1090-1094
8. Miriam L, Katz RN. Stranger reaction and elective mutism in young children. Am J Orthopsychiatry 1986; 56: 458-469.
9. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders (4 th ed) (DSM IV), 1994.
10. Kaplan H I. Synopsis of Pschiatry 1994, pp 1108-1109
11. Tancer NK. Elective mutism: a review of the literature. Advances in Clinical Child Psychology 1992;14 265-285
12. Klin A Elective mutism and mental retardation. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993; 32:4 860-864.
13. Wright H L. A clinical study of children who refuse to talk. J Am Child Adolesc Psychiatry 1968; 7:603-617.
14. Kolvin I, Fundudis T. Elective mute children: psychological development and background factors. J Child Psychol Psychiatry 1981; 22: 219-232.
15. BlackB, Uhde TW. Treatment of elective mutizm with fluoksetine. J Am Acad Child Adolesc Pschiatry 1994 ; 33:7 1000-1004
16. Golwyn DH, Weinstock RC. Phenelzine treatment of elective mutizm. J Clin Psychiatry 1990; 51:384-385