

Selektif Mutizm: Nedenleri, Tedavi ve Terapi Yöntemleri ile Vaka Örnekleri

Özge Gamsız Tunç¹

Özet

Selektif mutizm (SM) sözel ve sözel olmayan iletişim kısıtlılığı ile ilişkili ve nadir görülen psikolojik bir bozukluktur. SM çoğu zaman ebeveyn ve kardeşleri gibi yakın ilişki kurdukları ortamlarda konuşan vakaların, okul ya da kamusal ortamlarda konuşamamaları şeklinde görülmektedir. SM'de hafiften şiddetli düzeye doğru giden bir skala vardır. Kimi SM vakaları sözsüz iletişim kurmakla birlikte sözlü iletişim kurmaktan kaçabilmektedirler. Çoğunlukla kız çocuklarında görülen bu bozukluk sosyal fobi belirtileri ile karıştırılabilmektedir. SM'nin etiyojisi incelendiğinde SM'yi ortaya çıkaran net bir nedenin olduğunu söylemek oldukça güçtür. İhmal, çocukluk çağı travmaları, ailede herhangi bir kaygı bozukluğu öyküsü, utangaçlık gibi mizaç özellikleri, sosyal deneyim eksikliği, anneye aşırı bağlılık, konuşma beklentisi ile yaşanan kaygı artışı gibi pek çok neden SM'nin gelişmesine yol açabilmektedir. SM'nin tedavisinde ise farmakolojik tedavi ile davranışçı müdahalelerin etkili sonuçlar verdiği tespit edilmekle birlikte aile-öğretmen ve klinisyen iş birliği ile bireysel terapiler, farklı kollere yönelik oyun terapileri ile dil konuşma terapisi eşliğinde multidisipliner tedavilerin önerildiği görülmüştür. Alanyazında çoğunlukla vaka çalışmalarına rastlanmıştır. Bu bağlamda farklı oyun terapisi ekollerine yönelik müdahale araştırmaları ve farklı vaka çalışmalarının yapılması ile etkililik çalışmalarının artırılması önerilmiştir.

1. Giriş

Selektif mutizm (SM) anlama ve konuşma yeteneklerine rağmen bir ya da daha fazla sosyal ortamda konuşmayı reddetmekle ilişkili olan ve dil bozukluğu ile kendini gösteren psikolojik bir bozukluktur (Knell, 2021). SM nadiren görülmekte ve çoğunlukla ilk okulla birlikte ortaya çıkmaktadır (Cook, 1997; Labbe ve Williamson, 1984). Genellikle belirli bir ortamda (ev

1 Dr., Adalet Bakanlığı, ozgegamsiz89@hotmail.com, ORCID ID: 0000-0002-7473-7975

gibi) konuşurken, diğer ortamlarda (okul gibi) konuşamama ile karakterize olan bu bozuklukla küçük çocuklarda daha sık karşılaşılmaktadır (American Psychiatric Association, 2013). SM tam anlaşılamayan bir hastalık olarak ifade edilmektedir (Cohan vd., 2008). Bu kapsamda SM'li çocuklarda kaygının yanı sıra bazı çeşitli davranışlar, iletişim eksiklikleri ve gelişimsel gecikmelerin olduğu kabul edilmekte ancak bu durumların SM'nin etiolojisini ne kadar etkilediği bilinmemektedir (Cohan vd., 2006).

SM hakkında yapılan bir çalışmada SM'ye sosyal fobi, kaçınma bozukluğu, basit fobi, aşırı kaygı bozukluğu, ayrılma kaygısı bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve enürezis tanılarının sıklıkla eşlik ettiği bulunmuştur. Ayrıca SM vakalarında konuşma probleminin çözülmesinden sonra sosyal kaygının devam edebileceği ifade edilmiştir (Black ve Uhde, 1995). Benzer şekilde SM'li çocuklarda okul fobisinin, enüresizin, besin çatışmalarının, temizlik meşguliyetinin, obsesif kompulsif özelliklerin, özgüven problemlerinin, geri çekilme ve depresyonun eşlik ettiği görülmektedir (Elson, 1965). Yapılan bir çalışmada SM görülen çocuk ve gençlerin içine kapanıklık, kaygılı/depresif davranışlar ve sosyal sorunlarda diğerlerine göre daha yüksek puanlar aldıkları bulunmuştur (Steinhausen ve Juzi, 1996). Benzer şekilde SM vakalarında sıklıkla aşırı utangaçlık, sosyal izolasyon, okul reddi ve karşı gelme bozukluğunun eşlik ettiği tespit edilmiştir (Knell, 2021). Başka bir çalışmada 39 selektif mutizm vakasının %76.5'inde SM'ye eşlik eden psikiyatrik bozukluğun sosyal fobi olduğu bulunmuştur (Akıncı ve Uzun, 2022). Yapılan bir çalışmada SM'li çocukların öğretmenleriyle konuşmayı reddettikleri ve diğer çocuklara göre daha utangaç, ciddi ve içekapanık olarak değerlendirildikleri, bazılarının ise hiperaktif ve agresif olarak görüldüğü belirtilmiştir (Kumpulainen vd., 1998). Buna göre SM vakalarına sıklıkla kaygı bozukluğu başta olmak üzere sosyal ve davranışsal problemlerin de eşlik ettiği anlaşılmaktadır.

Nadiren görülen bir rahatsızlık olan SM vakalarında multidisipliner bir tedavi yaklaşımının önemli olduğu görülmektedir. Özellikle farmakolojik tedavilerin başarılı olduğunu (Dummit vd., 1996), en yaygın ve kabul gören yöntemlerin davranışçı yöntemler olduğunu (Cohen vd., 2006; Cook, 1997) söyleyen araştırmalar mevcuttur. Bununla birlikte farklı oyun terapisi ekollerinin de SM vakalarında etkili olduğunu söyleyen araştırmalar vardır. Bu çalışmada selektif mutizm, tanı kriterleri, etiolojisi, prevalansı, kullanılan tedavi yöntemleri ile tedavide oyun terapisinin yeri aktarılmış, bu bağlamda örnek SM vakaları sunulmuştur.

1.1. Selektif Mutizm Tarihçesi ve Tanı Kriterleri

SM ilk kez 1877'de Adolph Kussmaul tarafından “afazi voluntaria (aphasia voluntaria)” olarak tanımlanmış ve çocuğun geçmişindeki travmatik bir dönemden ya da ebeveynlerin çocukla yetersiz ve/veya istismarcı ilişkilerinden kaynaklandığı belirtilmiştir (Kotrba, 2015). Sonrasında İsveçli psikiyatr Moritz Tramer tarafından 1934 yılında konuşmamayı seçmek anlamında “seçmeli mutizm” olarak değiştirilmiştir. Bu bozukluk başlangıçta “elective (seçmeli)” olarak tanımlanmakta iken DSM’de 1994’te “selective (seçici)” olarak tanımlanmıştır. DSM-IV’te selektif mutizm “Bebeklik, çocukluk veya ergenlik döneminin diğer bozuklukları” altında sınıflandırılırken, DSM-V’te “Anksiyete bozuklukları” altında sınıflandırılmıştır (American Psychiatric Association, 2013).

Tüm duygusal bozukluklarda olduğu gibi, SM vakalarında hafif düzeyden şiddetli düzeye doğru bir skala mevcuttur. Buna göre ılımlı uçtaki SM vakaları bazı kişilerle konuşabilmekte, kendilerine doğrudan bir soru sorulduğunda sessiz bir biçimde cevap verebilmektedirler. Daha şiddetli uçta yer alan SM vakaları ise, okul ortamında ya da halka açık ortamlarda herhangi bir kişiyle konuşamamaktadırlar. Bazıları sıklıkla gördükleri aile üyeleriyle bile konuşmakta güçlü yaşayabilirken, bazıları sözsüz iletişim araçlarıyla (baş sallama, işaret etme gibi) iletişim kurmakta zorluk yaşayabilmektedir (Kotrba, 2015).

DSM-V’e göre selektif mutizmin tanı kriterleri arasında şunlar vardır: Ev ya da rahat ortamlarda konuşabilmesine rağmen okul ya da topluluk gibi sosyal ortamlarda konuşmada sürekli başarısızlık, eğitim veya mesleki başarı ile sosyal iletişimde engellenme, mutizmi en az bir ay devam etme (veya eğer okulun ilk yılıysa altı ay devam etme), mutizmi iletişim bozukluğu, otizm gibi yaygın bir gelişimsel bozukluk ile açıklamama. Bu durumun bir çocuğun selektif mutizm ile iletişim bozukluğu gibi aynı anda ortaya çıkan tanılara sahip olamayacağı anlamına gelmediği (diğer tanılar mutizmi tamamen açıklayamaz) belirtilmektedir. Tanı kriterlerine göre, selektif mutizmde belirli ortamlarda yaşanan sessizlik, günlük veya akademik yaşantılara karşılaşılan engeller, en az bir ay mutizmin devamı ve başka bir iletişim ya da gelişim bozukluğunun olmaması belirleyicidir (American Psychiatric Association, 2013, s. 195). Buna göre otizm, konuşma bozukluğu gibi aynı anda ortaya çıkan farklı teşhisler olabilmektedir. Ancak diğer teşhisler çocukların evde konuşurken kamusal alanda neden konuşamadıklarını açıklayamadıkları için çocuğun SM olduğundan şüphelenilmektedir (Kotrba, 2015).

DSM’de yapılan değişiklikler SM’nin etiyojisini ve altında yatan kuramsal farklılıkları yansıtmaktadır. Buna göre kaygının ve karşıt

davranışların SM'yi artırdığı ifade edilmiştir. Yapılan araştırmalar SM ile birlikte sosyal fobinin yüksek oranlarda birlikte görüldüğünü (Anstendig, 1999; Black ve Uhde 1995; Chavira vd., 2007; Steinhausen ve Juzi, 1996), vakaların %70-100'ünde sosyal fobi tanısının da konulduğunu (Kotrba, 2015) etmişlerdir. Bazı klinisyen ve araştırmacılar sosyal fobinin SM'nin aşırı bir ifadesi olduğunu aktarmışlardır. Bununla birlikte SM'li çocukların sadece sözlü iletişimden kaçındıkları ancak sözsüz sosyal etkileşimden hoşlandıkları görülmüştür. Ancak sosyal fobisi olan çocukların sözlü ve sözsüz her türlü sosyal etkileşimden kaçındıkları ifade edilmiştir. Ayrıca SM'nin ortaya çıkış yaşı üç ila beş yaş arasındayken, sosyal fobinin genellikle on bir ila on üç yaşları arasında ortaya çıktığı söylenmektedir (Kotrba, 2015). Sosyal fobi belirtileriyle oldukça benzer olan SM'nin yine de sosyal fobiden ayırt edici özellikleri olduğu anlaşılmaktadır.

1.2. Selektif Mutizmin Etiyolojisi

SM'nin etiolojisinin tek bir nedene dayanmadığı ve çok faktörlü olduğu belirtilmektedir (Cohan vd., 2006). Alanyazın incelendiğinde SM'nin nedenlerine ilişkin tartışmaların sürmekte olduğu görülmektedir. SM'nin etiolojisine ilişkin en sık tespit edilen faktörün travmatik olaylar ile baskıcı bir aile ortamının olduğu ifade edilmektedir (Kneill, 2021). Ancak bu bozukluğun tek nedeninin konuşma edinimindeki travmalar olduğunu söylemenin güç olduğu belirtilmektedir. Başlangıçta SM'nin erken dönem yaşanan ihmal, istismar ya da şiddete tanık olma gibi çocukluk çağı travmalarından kaynaklandığı ifade edilirken hiçbir araştırmada SM gelişimi ile travmatik geçmiş deneyimler arasında nedensel bir bağlantı görülememiştir. Bunun travma sonrası stres bozukluğunun bir belirtisi olduğu aktarılmıştır. SM'nin ilerleyişinde utangaç mizaç, diğer kaygı türlerinin eşliği, kamuya açık alanlarda bir sorun olarak görülmeyen dilsizlik gözlenmektedir (Kotrba, 2015).

SM en iyi öğrenme, sosyal deneyim eksikliği ve psikososyal nedenlerle açıklanan bir bozukluktur. SM vakalarında çocukların annelerine sıra dışı bir bağlılık gösterdikleri, yabancıların varlığında pasif, son derece güvensiz ve kolayca korkan çocuklar oldukları tespit edilmiştir. Bu çocuklarda anneye güçlü ve muhtemelen kaygılı bağlanma stiline bir güvenlik duygusu sağladığı ve çocukların kaçınma stratejilerini pekiştirdiği ifade edilmektedir (Lesser-Katz, 1986).

SM'nin çoğu kaygı bozukluğu vakasında olduğu gibi genetik bir geçişinin olduğu belirtilmektedir. Ailelerde görülen kaygıya dönük genetik yatkınlık, farklı aile üyeleri için farklı biçimlerde görülebilmektedir. Bu bağlamda aile üyelerinin herhangi birinde sosyal fobi, yaygın kaygı bozukluğu, obsesif

kompulsif bozukluk varsa, bu ailenin çocuklarında SM görülme olasılığı artmaktadır. Özellikle tek yumurta ikizlerinde de SM görülme olasılığının yüksek olduğu bildirilmektedir (Kotrba, 2015). Yapılan bir çalışmada SM vakalarının ailelerinde kontrol grubuna kıyasla yaşam boyu genelleştirilmiş sosyal fobinin, kaçınmacı kişilik bozukluğunun ve nevrotik eğilimlerin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Chavira vd., 2007).

Araştırmalar SM vakalarının beyin aktivitelerinde bazı anomalilikler olduğunu kanıtlamaktadır. Beyindeki kaygı mekanizmasına ilişkin yapılan araştırmalar kaygıyı algılama ve tepki verme üzerinde amigdalanın önemli bir rolü olduğunu göstermektedir. Beynimiz bir durumu ya da kişiyi tehlike olarak algıladığında amigdala kortekse bedeni fiziksel ve zihinsel olarak hazırlaması için savaş ya da kaç tepkilerinden birini vermektedir. Ancak algılanan durum gerçekten tehlikeli değilse korteks amigdaladan gelen sinyali kapatmakta zorlanmaktadır. SM vakalarında çocukların aşırı tepkisel, aşırı tetikte olduğu ve akranlarına göre temel işlevlere dönüşlerinin daha güç oldukları bulunmuştur (Kotrba, 2015).

SM'li çocuklar sıklıkla donmuş ve hareketsiz görünümle karakterizedir. Ayrıca davranışsal engellenme sergilemektedirler. SM'li çocuklar yeni sosyal ortamlarda yoğun bir uyarılma yaşamaktadırlar. Sempatik sinir sistemleri aktive olmaktadır. Uyarılma çok şiddetli olduğu için SM'li çocuklar geri çekilme ve davranışsal engellenme yaşarlar (Anstending, 1999). SM olan çocukların ailelerinin onları sıklıkla inatçı ve sinirli olarak tanımladıkları belirtilmektedir (Arigliani vd., 2020). Buna göre nörobilişsel eksikliklerin SM'yi etkileyen diğer faktörler arasında yer aldığı görülmektedir.

Psikanalitik kurama göre SM çözülmemiş bazı ruhsal çatışmaların bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Dow vd., 1995). Ayrıca psikanalitik kuramlara göre sessiz davranışların nevrotik tepkilerle ilişkili olduğu söylenmektedir. Benzer şekilde çocuğun anne karnındayken meydana gelen bir travma, dil gelişiminin kritik olduğu dönemde oluşan psikolojik travma ile takıntılar SM'ye yol açabilmektedir. Benzer şekilde annenin reddi ve babanın rahatsızlığı SM vakalarındaki sessiz davranışın sebebi olabilmektedir (Porjes, 1992).

Davranışçılara göre SM'li çocuklarda konuşma beklentisi kaygı artışının bir tetikleyicisi olarak görülmektedir. Buna göre artan kaygıya verilen tepki, daha sonra kaygıyı azaltmaya hizmet eden konuşmadan kaçınmaktadır. Örneğin SM'li bir çocuk öğretmene cevap vermekten kaygılanabilir. Öğretmen ve sınıf onun cevap vermesini bekledikçe ve kendisi cevap vermeye çalıştıkça kaygısı artmaktadır. Kaygı yüksek ihtimalle SM'li çocuğun konuşmaktan kaçınmasına yol açabilir. Kaçınma ise başarılı bir şekilde kaygının azalmasını

sağlamaktadır. Kaygı azaldıkça kaçınma artar ve konuşmama devam eder (Bergman, 2013). Bazı durumlarda SM'li bir çocuk çevresini manipüle etmek için sessizliği kullanmaktadır (Porjes, 1992). Bazı SM vakalarında çocukların konuşma bozuklukları nedeniyle karşılaştıkları alaycı ifadelerle başa çıkmak için sessiz kaldıkları bulunmuştur (Rutter, 1977).

Aile sistem kuramına göre SM'nin nedeni bozuk aile ilişkilerinden kaynaklanmaktadır. Diğer bir deyişle SM bir aile patolojisidir (Anstendig, 1998). Ailede utangaçlık ve kaygı bozukluğu olmasının çocuklarda SM görülme olasılığını artırdığı görülmektedir (Dow vd., 1995). Ayrıca SM vakalarının ailelerinde ebeveyn-çocuk ilişkisinin iç içe geçtiği, aşırı bağımlılık özelliklerinin görüldüğü (Tatem ve DelCampo, 1995), evlilikte yaşanan problemlerin ve annenin psikiyatrik rahatsızlığı oranının yüksek olduğu tespit edilmiştir (Şimşek ve Şener, 1995). Bir çalışmada 3-7 yaş arası SM'li çocukların annelerinde kapsayıcı işlev eksikliği, kaçınan bağlanma ve kaygılı bağlanma ile depresif özelliklerin kontrol grubundaki annelere oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (İşçen, 2023). Çocukluk çağındaki SM'nin nedenlerine bakıldığında çevresel faktörlerin yanı sıra mizaç özelliklerinin de rolünün büyük olduğu görülmektedir. Özellikle SM olan çocukların %85'inin yapısal olarak utangaç oldukları ve bu durumun konuşamamayı etkilediği bulunmuştur (Steinhausen ve Juzi, 1996). SM'li çocuklarda prenatal ve perinatal dönemde problemler yaşandığı ifade edilmektedir (Kristensen, 2000). Benzer bir çalışmada SM'li çocukların geçmişinde prematüre, sarılık ve yürüme gecikmesi görüldüğü tespit edilmiştir (Akıncı ve Uzun, 2022). Bununla birlikte SM'nin etiyolojisinin tam olarak anlaşılamadığı ileri sürülmektedir. Bu bağlamda daha eski araştırmalar aşırı kontrolcü, düşmanca ebeveynliğin, intrapsişik çatışmaların, geçmiş travmaların SM'nin başlangıcına katkıda bulunduğunu belirtmekle birlikte araştırmaların sınırlı veri sundukları ifade edilmektedir (Anstendig, 1999; Black ve Uhde, 1995).

1.3. Selektif Mutizm Prevalansı

Toplumun her kesiminde benzer oranlarda karşılaşılabilen selektif mutizmde göç ile erken gelişimsel risk faktörlerinin baskın olduğu bildirilmektedir (Steinhausen ve Juzi, 1996). Benzer şekilde SM vakalarının kız çocuklarında erkek çocuklara kıyasla yaklaşık iki kat daha fazla görüldüğü söylenmektedir (Kristensen, 2000; Şimşek ve Şener, 1995). İlkokul ikinci sınıf öğrencileriyle gerçekleştirilen bir çalışmada, SM'nin kız çocuklarda erkeklere oranla daha yüksek olmakla birlikte %2 oranında yaygınlık gösterdiği bildirilmiştir (Kumpulainen vd., 1998).

DSM kriterlerine göre çift dilli çocuklarda ve ikinci dil ediniminde SM tanısı konulmamaktadır. Bununla birlikte göçmenlerde selektif mutizmin yerli nüfustaki çocuklara kıyasla üç kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Toppelberg vd., 2005). Benzer şekilde İsviçre ve Almanya'daki 100 gençten 28'inin göçmen olduğu tespit edilmiştir (Steinhausen ve Juzi, 1996). SM'nin görülme sıklığına dair ilkokulda 125 öğretmenle yapılan bir çalışmada selektif mutizm yaygınlığının toplam nüfusun %0.71 yani yaklaşık %1 olduğu bulunmuştur. Buna göre selektif mutizm vakalarının sanılanın aksine daha yüksek oranda olabileceği ifade edilmiştir (Bergman vd., 2002). %30'luk yanıt oranının elde edildiği başka bir çalışmada ise, SM'nin genel yaygınlığı %0.76 iken, göçmenler arasındaki oranın %2.2 olduğu görülmüştür (Elizur ve Perednik, 2003). SM'ye ilişkin bu bilgiler ışığında aşağıda SM'de değerlendirme ve tedavi aktarılmıştır.

2. Selektif Mutizmde Değerlendirme ve Tedavi

SM'de tedavi olmaksızın iyileşmenin olduğunu gösteren çok az kanıt olduğu belirtilmektedir (Knell, 2021). SM vakalarında tedavinin erken yaşlarda olmasının önemi vurgulanmaktadır. Özellikle 12 yaşından büyük vakalarda tedavinin güçleştiği aktarılmıştır (Labbe ve Williamson, 1984). SM'de tedavi öncesi değerlendirme de önem taşımaktadır. SM'de yapılan değerlendirmenin nörolojik, psikiyatrik, odyolojik, sosyal, akademik ve dil konuşma olmak üzere çok yönlü ve kapsamlı olması gerektiği ifade edilmektedir (Kumpulainen vd., 1998).

Hem SM hem de sosyal fobi vakalarında kaygıyı azaltmak ve sosyal aktiviteleri artırmak için psikofarmakolojik tedavi ve bilişsel davranışçı terapilerin benzer şekilde kullanıldığı belirtilmektedir (Kotrba, 2015). SM'nin tedavisinde farmakolojik tedaviler, davranışçı müdahaleler, psikodinamik terapi ve farklı kuramlarla geliştirilen oyun terapisi kullanılmaktadır. SM üzerine yapılan tedaviye dönük çalışmaların çoğunun vaka çalışması şeklinde olduğu anlaşılmaktadır. Buna göre alanyazında kontrollü çalışmalar yapılan iki tedavi türünün farmakolojik tedavi ile davranışçı müdahaleler olduğu tespit edilmiştir (Dow vd., 1995). Yapılan çalışmalar psikanalizin ve hipnozun hayal kırıklığı yaratan sonuçlar verdiğini göstermiştir ancak 5-10 yıl süren takip çalışmalarında davranışsal terapi programlarının ılımlı sonuçlar verdiği ve vakaların %46'sında iyileşme görüldüğü tespit edilmiştir. Davranışsal müdahalelerin sonrasında uzun süreli izlemenin önemli olduğu aktarılmıştır (Richburg ve Cobia, 1994). Bu noktada öncelikle farmakolojik tedavi kısmına yer verilmiştir.

2.1. Farmakolojik tedavi

SM ile kaygı bozukluklarının etiolojisindeki benzerlikler SM tedavisini araştıranlar için bir kanıt niteliği taşımaktadır (Anstendig, 1999). Bu nedenle SM'nin farmakolojik tedavisinde kaygı bozuklukları için tercih edilen ilaçlar kullanılmıştır. Önceden psikoterapiye yanıt vermeyen SM'li çocuklarla yapılan bir araştırmada 21 çocuğa 9 hafta boyunca kademeli dozlarla uygulanan fluoksetin tedavisinin başarılı sonuçlar verdiği bulunmuştur (Dummit vd., 1996). Benzer bir araştırmada 3 yaş 6 aylık ve 5 yaşında iki kız çocuğuyla gerçekleştirilen tedavi sonucunda, organik bir problemi olmayan ve davranışçı yöntemlerin fayda sağlamadığı altı yaş öncesi olgularda fluoksetin kullanımının güvenli olduğu tespit edilmiştir (Perçinel ve Yazıcı, 2014). Ancak fluoksetin tedavisinin SM vakalarında kalıcı sonuçlar verdiğinin söylenebilmesi için daha uzun süreli takip çalışmalarına ve daha büyük gruplarda yapılacak kontrollü çalışmalara ihtiyaç olduğu anlaşılmaktadır (Şimşek ve Şener, 1995). Farmakolojik tedavilerin yanı sıra SM'nin tedavisinde davranışçı müdahaleler de yer almaktadır.

2.2. Davranışçı Müdahaleler

Farmakolojik tedavilerin yanı sıra davranışçı yöntemlerin en yaygın ve kabul gören tedavi seçeneğinin davranışçı yöntemler olduğu belirtilmektedir (Cohen vd., 2006; Cook, 1997). Davranışçı üzerine gitme terapisi (behavioral exposure therapy) SM'li bir vakanın kademeli olarak konuşmanın beklendiği duruma doğru üzerine gitme egzersizlerini içermektedir. Bu noktada çocuğun konuşma kapasitesi kolaylaştırılırken kaçınma şeklindeki tepki modeli engellenmeye çalışılmaktadır. Üzerine gitmenin başarısı yüksek oranda kolay ve tehdit edici olmayan bir göreve başlama ilkesinden kaynaklanmaktadır. Beklenti kaygı yaratır ve konuşmaktan kaçınmayı doğurur. Kaçındıkça çocuk rahatlar ve rahatladıkça davranış olumsuz pekişmiş olur. Çocuk konuşmaktan kaçınmak yerine kolay bir görevle üzerine gitmeyi başarır olumsuz pekiştirme döngüsü kırılmakta ve bunun yerine istenen bir davranış olan konuşma pekişmektedir. En kolaydan başlanan üzerine gitme görevi en zorlu görev tamamlanınca bitirilmektedir. Üzerine gitme çalışmalarının olumsuz etkilerinden biri çocuğun kaygısını geçici olarak artırmasıdır. Ayrıca davranışçı müdahalelerde ebeveynlerin de eğitim almasının önemli olduğu belirtilmektedir (Bergman, 2013).

Davranışçı müdahalenin içerisinde üzerine gitmenin yanı sıra beklenmedik durumların yönetimi, şekillendirme, uyarının sönmesi, kaçış-kaçınma müdahaleleri, öğrenme teorisi yaklaşımları, sözlü davranışın pekiştirilmesi, sözsüz davranışın ortadan kaldırılması için pekiştirici olmayan yöntemin

kullanımı, söndürme, mola, etkinlik çizelgesi, sosyal pekiştirme, etiketleme ile işlevsel dilin kullanımı ve kendini izleme gibi teknikler bulunmaktadır (Anstendig, 1998; Schaefer, 2017). Sık kullanılan davranışçı müdahale tekniklerinden şekillendirme genellikle aşamalı olarak gerçekleştirilmektedir. SM vakalarının önce sözsüz iletişimleri, sonra sesleri ve en son vakaların kelimeleri pekiştirilmektedir (Richburg ve Cobia, 1994). Olumlu pekiştirme, hedef davranışın ortaya çıkmasından sonra övgü ya da maddi pekiştiricilerle davranış pekiştiren (örneğin, sözsüz ya da sözlü iletişim çıktıları için SM'li çocuğu övmek); şekillendirme, çocuğun hedeflenen amaca gittikçe yakınlaşmasına yardım eden (örneğin, SM'li çocuğun önce küçük grupta, sonra büyük grupta kelime çıktılarını sergilemesi); uyarıcı silikleştirme çocuğun bazı davranışları sadece bazı kişilerin yanında sergiliyorsa davranış farklı kişi ya da durumlara genellemesine yardım eden (örneğin, SM'li çocuğun önce yakın akrabaları, sonra uzak akrabaları, sonra arkadaşları ve öğretmenlerinin yanında konuşması); söndürme ise uyumsuz davranışların bırakılması için pekiştirmenin ortadan kaldırılmasına yardım eden (örneğin, SM'li çocuk konuşmadığında pekiştirilmeme) bir araçtır (Schaefer, 2017). Farmakolojik tedavi ve davranışçı müdahalelerin yanı sıra SM'nin tedavisinde oyun terapisi de kullanılan bir yöntemdir.

3. Selektif Mutizmde Oyun Terapisi

Çocukların sağaltımında oyunun iyileştirici gücü oldukça fazladır. Oyun terapisi, eğitimli oyun terapistleri tarafından uygulanan, danışanların psikososyal problemlerini çözmelerine ve gelişim basamaklarını sağlıklı bir şekilde geçmelerine olanak sağlayan terapötik bir ilişkide iyileşme süreci olarak tanımlanmaktadır. Oyun terapisinin psikodinamik kurama kadar uzanan bir tarihi olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte oyun terapisi kuramlar ışığında gitgide gelişmektedir. Pek çok psikoterapi kuramının kendi kuramsal yaklaşımlarının temelinde oyun terapisini geliştirdikleri söylenmektedir. Adlerian oyun terapisi, Jungian oyun terapisi, bütüncül oyun terapisi, bilişsel davranışçı oyun terapisi, çözüm odaklı oyun terapisi ve anlatsal oyun terapisi bunlardan birkaçıdır (Schaefer, 2017). Oyun terapilerinde kuramsal farklılıklara göre çeşitli teknik ve yöntemlerin kullanıldığı bilinmektedir. Örneğin, çocuk merkezli yönlendirici olmayan oyun terapisinde, yapılandırma, sınır koyma, etkin dinleme ve hayalî oyuna girme tekniklerinin kullanıldığı ifade edilmektedir (Yanıt, 2019).

SM'li bir çocuğun tedavi sürecinde başlangıçta bir konuşma beklentisi içerisinde olmak muhtemelen SM'li çocuğun öz güvenini kıracaktır. Bu nedenle oyun terapisinin sözsüz biçimi SM vakalarında işe yarayacaktır (Cook, 1997). Çünkü çocuklar oyun içerisinde dili kullanma gerekliliği olmaksızın

kendilerine anlamlı gelen yeni becerileri deneyimleyebilmektedirler (Schaefer, 2017). Bununla birlikte oyun terapisinin temelinde çocukların oyun aracılığıyla oyun oynayarak metaforlarla kendilerini ifade etmeleri yatmaktadır. Buna göre çocuklar yetişkinlerden farklı olarak duygularını ve sorunlarını konuşmak yerine oynayarak gösterebilmektedirler (Axline, 2022). SM'li çocuk karakteristik direnç ve kaygıya sahip olduğundan oyunun aktif ve kısmen sözel formu çocuğun duygusal dünyasının anlaşılmasına olanak sağlamaktadır. Buna göre terapist ve SM'li çocuğun iletişimi oyunun dilindedir. Ayrıca çocuklar oyun oynarken daha az savunmasız davranmaktadırlar (Cook, 1997).

SM vakalarında oyun terapisi sürecinden önce yapılan değerlendirmelerde çocuğun ebeveynleri ile hayatlarındaki en önemli kişilerden alınan değerlendirmenin büyük önem taşıdığı söylenmektedir. Bu bağlamda terapist çocuğun hem gelişimsel süreçlerine hem de dil gelişimine dair bilgi toplanarak çocuğun konuştuğu ve konuşmadığı durum ya da kişilere dair ayrıntılı bilginin alınması gerekmektedir. SM'li çocuklar oyun terapisinde resimler, oyuncaklar, göz teması gibi görsel unsurlarla tepki verebilmektedirler (Knell, 2021). Farklı oyun terapisi ekollerinden birkaçı aşağıda sunulmuştur.

3.1. Psikodinamik model temelli oyun terapisi

Psikodinamik terapide konuşma dilinin kesin olmasına gerek olmadığı ifade edilmektedir. Çocukların oyunu sözel iletişim üzerine odaklanmadığı için psikanalitik oyun terapisinin örtük ilişkisel bilgiye ulaşmada daha işlevsel olduğu belirtilmektedir (Schaefer, 2017). Psikodinamik terapide sessizliğin anlamı sentezlemeye çalışılmaktadır. İki yıldan fazla yürütülen psikodinamik terapide sürecin sonunda çocuk konuşmasa bile bu durum bir başarısızlık olarak algılanmamaktadır. Çünkü çocuğun kişilik dinamiklerindeki değişimle ilgilenilmektedir (Knell, 2021). Psikodinamik terapilerde SM vakalarında çoğunlukla bireysel oyun terapisinin yapıldığı bilinmektedir. Bu bağlamda psikodinamik terapisi SM'nin altında yatan intrapsişik çatışmaların çözülmesiyle tedavinin etkili olacağını söylemektedir (Anstendig, 1998). Bir diğer oyun terapisi ekolu bilişsel davranışçı oyun terapisi.

3.2. Bilişsel davranışçı oyun terapisi

Bilişsel davranışçı terapinin okul öncesi çocuklara uyarlanması 1993'ten beri artan bir ilgiye sahiptir. Bilişsel davranışçı oyun terapisi (BDOT) Knell tarafından 2 buçuk ve altı yaş arasındaki çocuklarla kullanılmak için geliştirilmiş, bilişsel, davranışsal ve geleneksel oyun terapilerini içeren bir oyun terapisi modelidir. Bu açıdan bakıldığında BDOT'nin bilişsel, davranışçı müdahaleler ile duygusal gelişimi düzenleme stratejilerini içerdiği

söylenmektedir. BDOT’de kullanılan davranışsal müdahaleler olumlu pekiştirme, şekillendirme, sistematik duyarsızlaştırma, uyarıcı silikleştirme, söndürme, mola, kendini izleme ve etkinlik çizelgesi teknikleri iken bilişsel müdahaleler işlevsel düşünceleri kaydetme, bilişsel değişim stratejileri, başa çıkmaya ilişkin benlik ifadeleri ve kitapla terapilerdir (Schaefer, 2017).

BDOT; SM vakalarında değişimin bir parçası olma, konuşma üzerinde hakimiyet kurma ve kontrol hissine gelişmesine yönelik etkili bir yöntemdir. Çoğu zaman SM’li çocukların kendi sessizliklerine hâkim oldukları ve değişmek için konuşmalarını kontrol altına almaları gerektiği ifade edilmektedir. BDOT’de davranış biçimlendirme (örneğin, konuşmayı aşamalı adımlarla güçlendirmek için kukla oynatmak), duyguların ifade edilmesinin sosyal yaklaşımlarla şekillendirilmesi (örneğin, sözsüz biçimde duyguların ifadesi) ve olumlu pekiştirme (örneğin, kuklanın konuştuğu için övgü alması) gibi davranışçı teknikleri kullanılmaktadır. Bilişsel yöntemler olarak ise inançları tanımlama (örneğin, kuklaya “belki de okulda konuştuğun zaman herkesin gürültü çıkaracağından endişeleniyorsun” denilmesi), inançları değiştirme (örneğin, kuklaya “sessiz konuşmamak beni mutlu eder” denilmesi) ve olumlu öz-bildirimler (örneğin, kukla için sözel olarak “konuşmaya başlamak zor ama başladıktan sonra kolaylaşacak” denilmesi) kullanılmaktadır (Knell, 2021). Diğer bir oyun terapisi ekolü deneyimsel oyun terapisi.

3.3. Deneyimsel oyun terapisi

Deneyimsel oyun terapisine (DOT) göre çocuklar dünyayı bilişsel bir seviyeden değil deneyimsel olarak ilişkiyle tecrübe etmektedirler. Terapide de çocuğun oyun aracılığıyla kendisini ifade etmesi ve süreci deneyimlemesi beklenmektedir. DOT’ta çocuğun gelişimsel olarak sembolik oyuna geçmesi gerekmektedir. Sembolik oyun oynama, çocuk yaklaşık 20 aylıkken başlamaktadır. DOT’ta terapist çocuğun oyununa yönlendirme yapmadan dâhil olmaktadır. DOT SM dâhil olmak üzere terk edilme korkusu, sosyal yetersizlik ve utangaçlık gibi sorunlarda kullanılan bir terapi yöntemidir (Norton ve Norton, 2022). Bu açıdan DOT’un SM vakalarında rahatlıkla uygulanabilecek bir oyun terapisi olduğu görülmektedir.

3.4. Çocuk merkezli oyun terapisi

Carl Roger’in öğrencisi olan Virginia M. Axline yönlendirici olmayan oyun terapisi ile çocuk merkezli oyun terapilerinin temelini atmıştır. Yönlendirici olmayan oyun terapisi çocuğun sorunlarını kendi kendine çözebilecek yeterliğe sahip olduğunu ve her bireyin büyüme isteği olduğunu belirtmektedir (Axline, 2022). Çocuk merkezli oyun terapisinde terapist, çocuğun öncülük etmesine izin vermekte ve çocuğun oyununa müdahale

etmekten kaçınmaktadır. Terapist çocuğun oyununa katılabilir ancak hiçbir şekilde çocuğun oyununu yönlendiremez (Schaefer, 2017). Çocuk merkezli oyun terapisinin alt ıslatma, bağlanma sorunları, travmalar gibi pek çok farklı psikolojik problemin yanı sıra selektif mutizmde de kullanıldığını bilinmektedir (Yanıt, 2019). Yapılan bir çalışmada SM'li bir çocukla yürütülen çocuk merkezli oyun terapisi süreci sonrasında beşinci seansta çocuğun ilerleme kaydettiği ve oyun terapisi sonrasında sözcük çıktılarının başladığı ifade edilmiştir (Axline, 1948).

Yönlendirici olmayan oyun terapisinin, kekeleme, bebeksi konuşma, tekrarlayıcı konuşma ya da hiç konuşmama gibi dil konuşma bozukluklarında işlevsel olduğu aktarılmaktadır. Konuşmayan çocuklar oyun terapisi sonrasında sözlü ifadelerle başlayabilmektedirler. Bu bağlamda konuşma sorunlarının çocuğun duygusal dünyasıyla bağlantılı olduğu belirtilmektedir (Axline, 2022). Oyun terapi yöntemlerinden bir diğeri grup oyun terapisi.

3.5. Grup oyun terapisi

Grup oyun terapisi eğitilmiş bir uzman eşliğinde iki ya da daha fazla çocuk arasında oyun aracılığıyla ve diğer çocuklarla kurulan insani etkileşimle gerçekleştirilen dinamik ve kişilerarası ilişkiden doğan bir oyun terapisi türüdür. Çeşitli kuramlardan gelen eğitilmiş terapistler tarafından uygulanabilmektedir. Grup oyun terapisinin SM vakalarında da uygulandığı belirtilmektedir (Schaefer, 2017). Grup oyun terapisinin kardeşlerle ya da benzer yaş grubundaki çocuklarla uygulanabileceği ifade edilmiştir. Her vaka için uygun olamayabileceği aktarılan grup oyun terapisinin SM vakalarında uygulanabilir olduğu tespit edilmiştir. Çünkü grup oyun terapisi SM vakalarında çocuğun kişiler arası gelişimini artırmakta ve SM'li çocuğun aile üyelerinin yardımıyla grup içerisinde kaygısı azalmaktadır. Çocuk kardeşi gibi tanıdığı bir aile üyesinin yanında kendisini daha güvende hissedebilmektedir (Barlow vd., 1986). Bu bağlamda yukarıda sözü edilen tedavi, müdahale ve oyun terapisi yöntemlerine yönelik vaka örnekleri aşağıda sunulmuştur.

4. Selektif Mutizm Vaka Örnekleri

3 yaş 6 aylık bir kız çocuğunun incelendiği bir vakada normal ve zamanında doğan vakanın anne babanın yüksek sosyoekonomik düzeyi olduğu, çocuğun çekingenlik ve utangaçlık özelliklerinin olduğu, çocuğun iletişimini güçlendirmek için kreşe gönderildiği ancak kreşe başlayan çocukta SM ortaya çıktığı belirtilmiştir. Bu olguda üç hafta boyunca hekim, öğretmen ve aile iş birliğinde yürütülen davranışçı yaklaşımdan herhangi bir fayda alınmadığı belirtilmiştir. İkinci vakada 5 yaşında bir kız çocuğu incelenmiştir. Normal

gelişim sürecinde olan bu vakanın sosyoekonomik düzeyinin ilk vakaya göre daha düşük olduğu, sosyal kaygının ilk vakaya göre daha geç fark edildiği ifade edilmiştir. Yapılan çalışmada her iki vakada da fluoksetin tedavisi uygulanmıştır. Sonuçta altı yaş öncesi çocuklarda fluoksetin tedavisinin güvenli olduğu ancak daha güvenilir sonuçlar için farklı araştırmalara ihtiyaç duyulduğu aktarılmıştır (Perçinel ve Yazıcı, 2014).

5 yaşındaki anaokulu öğrencisinin danışmanlık için yönlendirildiği bir vakada çocuğun öğretmeni ve sınıf arkadaşlarıyla konuşmadığı belirtilmiştir. Vakanın dil gelişim taramalarında %50'nin altında sonuç elde ettiği ifade edilmiştir. Vakaya haftada iki kez 30 dakika süren bir kaynak öğretmenle sınıf içi davranışsal müdahale tekniklerinin uygulandığı görülmüştür. Bu kapsamda olumsuzluk yönetimi, olumlu pekiştirme ve uyaran silikleştirme teknikleri kullanılmıştır. Davranışçı müdahale sonrasında vakanın konuştuğu kişi sayısını artırdığı ve konuşmanın yeni sosyal ortamlara genellendiği belirtilmiştir. Davranışın en dirençli yönünün konuşmayı sınıfa yaymak olduğu tespit edilmiştir (Richburg ve Cobia, 1994).

4 buçuk yaşında okul öncesi eğitimine devam eden bir kız çocuğuyla gerçekleştirilen bir çalışmada kız çocuğunun okula başlamasının üzerinden altı ay geçmesine rağmen çocuk, öğretmenleri ve arkadaşlarıyla konuşmadığı için oyun terapisine yönlendirilmiştir. Vakanın sadece anne-babası ile yakınındaki bir iki kişiyle konuştuğu belirtilmiştir. Vakanın bir buçuk yaşında anne-baba dediği, gelişim öyküsünde bir problem olmadığı ve 10 yaşında bir abisi olduğu ifade edilmiştir. Vaka ile 20 seans yönlendirilmemiş çocuk merkezli oyun terapisi yapılmıştır. 20 seans çocuk merkezli oyun terapisi sonrasında çocuğun göz temasının arttığı, yüzünde yaşadığı duyguya dair mimiklerin oluştuğu, vakanın daha önce tanışmadığı akrabalarıyla konuşmaya başladığı, öğretmeni ile yapılan görüşmelerde 7. ve 8. seanslardan sonra kimi sınıf arkadaşlarıyla oynamaya başladığı, 12. ve 13. seans sonrasında sınıfta öğretmeni ile kısık seste konuşmaya başladığı belirtilmiştir (Yanıt, 2019).

3 yaş 4 aylık çift yumurta ikizleri ile yürütülmüş bir çalışmada ikizlerin birinde görülen SM vakasına aile, öğretmen ve uzman iş birliği kapsamında müdahaleler gerçekleştirilmiştir. Vakanın annesi akademisyen, babası serbest meslektir. İkizler ailenin ilk çocuklarıdır. Vakanın ikizinin olduğu ve birinci derecede yakın yetişkinlere bağımlı olduğu belirtilmiştir. Aile ile yapılan müdahalelerde bireysel görüşmeler yapılmış ve evde çocukları gözlemleri istenmiştir. Öğretmeninden sınıf gözlemlerine devam etmesi beklenmiştir. Psikolog ve çocuk gelişimci eşliğinde yapılan görüşmelerde vakanın dil konuşma becerileri incelenmiştir. İkizlerin diğerinden de müdahalede destek alınmıştır. Müdahale yedi ay sürmüştür. Bu süreçte ikizlere ortak

zamanlarında uygulayabilecekleri drama, sanat, müzik ve oyun etkinlikleri yaptırılmıştır. Disiplinler arası yapılan müdahalenin sonucunda olumlu gelişmeler olduğu kaydedilmiştir. Evde yapılması gereken etkinlikler ikizlerle gerçekleştirilmiştir. Çalışma sonucunda vakanın topluluk önünde konuşmaya ve kendine güven duymaya başladığı görülmüştür. Müdahalenin disiplinler arası yapılmasının çalışmanın en vurucu noktası olduğu söylenmiştir (Bıçakçı vd., 2017).

Altı yaşında İspanyol bir SM'li kız çocuğuna psikodinamik temelli yapılandırılmamış oyun terapisi uygulanmıştır. Bu oyun terapisinin serbest çağrışıma eş değer olduğu kabul edilmiştir. Vakada anne hamileliğini “korkunç” olarak tanımlamış, doğumunun zor olduğunu belirtmiştir. Tuvalet eğitiminin ve üç yaşına kadar dil gelişiminin normal olduğunu ifade etmişlerdir. Sonrasında babasının kızının önünde ölümcül bir kalp krizi geçirmesi sonucunda SM'li kız çocuğu annesi dışında herkesle konuşmayı bırakmıştır. Davranışçı yöntemler sonrasında vakada olumsuz davranışların daha şiddetlendiği görülmüştür. Bu nedenle vakada psikodinamik yapılandırılmamış oyun terapisiyle bilinçdışı süreçlerle ilgilenilmiş, metaforlar ve oyun aracılığıyla kayıp bir babayla bağlantı kurulması amaçlanmış ve nihayetinde SM vakasında olumlu bir gelişme sağlanmıştır (Valner ve Nemiroff, 1995).

SM tanısı almış 10 yaşında konuşması ev ortamıyla sınırlı olan selektif mutizm ve eş zamanlı kaygı yaşayan İspanyol erkek çocuğun tedavisi kapsamında “Çocuklar için Sosyal Etkililik Terapisi”nin değiştirilmiş bir versiyonu olan sosyal kaygı için davranışçı terapi yöntemiyle birlikte ebeveyn eğitimi verilerek çalışılmıştır. Çalışma sonucunda ebeveyn eğitimi ile kaygı duyulan ortamların üzerine gitme çalışmalarının etkili olduğu ve okul temelli müdahalelerin etkili olabileceği belirtilmiştir (Fisak vd., 2006).

SM tanısı almış beş yaşındaki bir kız çocuğu ile gerçekleştirilen davranışçı terapiyle bütünleştirilmiş drama terapisinde oyun bağlamında SM'li çocuğun her ses ve sözcük çıkışından sonra davranışçı pekiştirme yöntemleri kullanıldığında başarılı sonuçlar olduğu gözlenmiştir. Drama kapsamında drama terapinin üç unsuru olan oyun alanı, rol yapma ve dramatik yansıtma kullanıldığında çocukta terapötik değişimlerin olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca bu terapi çocuğun daha sosyal ve daha dirençli olmasına yardım etmiştir (Onn, 2010).

11 yaşında 4. sınıfta öğrenim gören SM'li bir kız çocuğunun incelendiği vaka çalışmasında aile ve okul iş birliği ile bilişsel davranışçı yaklaşımın temel stratejileri kullanılmıştır. Vakanın normal doğum geçmişi olduğu, gelişimsel geriliği olmadığı, anne ile çocuk arasında simbiyotik bir ilişki olduğu,

ailenin sosyoekonomik düzeyinin orta olduğu ve psikolojik ile psikiyatrik tedavilerden etkili sonuç alamadıkları belirtilmiştir. Yapılan değerlendirme sonrasında ebeveynlere aile danışmanlığı hizmeti verilmiştir. Öğretmen ve aileye SM hakkında bilgi verilmiştir. Vakanın resme yönelik bir ilgisi olduğu için okulda resim kulübüne yönlendirilmiştir. Çocukta var olan obsesif-kompulsif göstergelerin varlığı nedeniyle vaka çocuk psikiyatristine yönlendirilmiştir ve vakaya ilaç tedavisi başlamıştır. Uygulama süresince bilişsel davranışçı temelli aile danışmanlığı aileye verilmiş ve altı hafta süren bu süreçte aile içi sorumluluklar, bireysel sorumluluk izlemleri ve pekiştirme ile ceza uygulamaları yapılmıştır. Resim kulübünde 1,5 ay sonrasında kısık sesle olmak üzere vakadan etkinlik düzenlemesine dair öneriler geldiği söylenmiştir. Öğrenci cesaretlendirilmiştir. İki aylık süreçte sorunun çözümlendiği ve takip eden iki ayda problemin tekrar etmediği aktarılmıştır (Karaman, 2018). Tüm bu vaka örnekleri SM'nin çok yönlü ve multidisipliner bir tedavisinin olduğunu, daha fazla kontrollü araştırmalar ile etkililik çalışmalarının yapılmasının alanyazına katkı sunacağını göstermektedir.

Sonuç ve Öneriler

SM'li çocuklar gelişimsel bozukluk ve kaygı bozukluğu kriterlerini sıklıkla karşılamaktadırlar. SM altta farklı hassasiyetlerin yattığı bir kaygı belirtisi olarak görülmektedir (Kristensen, 2000). SM belirli ortamlarda sözel veya sözel olmayan iletişim kısıtlılığı ile karakterize bir kaygı bozukluğudur. Bu çocuklar konuşabilmekte ve konuşulanları anlayabilmektedirler. Ancak okul, restoran veya mağaza gibi belirli ortamlarda iletişim kurmada yetersizlik sergilemektedirler. Konuşamama bir süre sonra bir davranış biçimi hâline gelmektedir. Hem anaokuluna hem de kreşlere başlayan okul öncesi çocuklar için ilk yılın ilk birkaç ayında sözlü iletişim eksikliği normal kabul edilmektedir (Kotrba, 2015).

Araştırmacılar SM'nin en sık 5-7 yaş arasında ve çocukların okula başladıkları zamanda görüldüğünü belirtmektedir (Labbe ve Williamson, 1984). Benzer şekilde SM'nin en sık görülen yaş aralığının 3-8 olduğunu ortaya koyan araştırmalar mevcuttur (Şimşek ve Şener, 1995). SM zamanla ortadan kalkabildiği ve nadiren görüldüğü için göz ardı edilebilmektedir (Bıçakçı vd., 2017). Ancak tahmin edilenin aksine SM'nin inatçı bir sorun olduğu ve tedavisinin uzun sürdüğü anlaşılmaktadır (Dow vd., 1995).

1980'lerden beri SM'nin tedavisinde çocukla yürütülen bireysel psikoterapi, aile sistemleri terapisi, davranışsal müdahaleler ile farmakolojik tedaviyi içeren çoklu bir müdahalenin etkililiğine dair araştırmalar sunulmaktadır (Anstending, 1998). Benzer biçimde SM'nin tedavisinde gerektiğinde ev

içerisinde çalışma, bireysel terapi, aile terapisi ve farmakolojik tedavi gibi klinik temelli müdahale ve öğretmen, klinisyen ile ailenin ortak çabalarıyla tedavinin önemi ifade edilmektedir (Dow vd., 1995). Bu bağlamda SM'nin tedavisinde farmakolojik tedavinin yanı sıra aile üyelerini, öğretmenleri, konuşma terapistlerini ve ruh sağlığı uzmanlarını kapsayan işbirlikçi bir tedavinin önemli olduğu ifade edilmektedir (Karakoç Demirkaya, 2015). Benzer şekilde araştırmalar multidisipliner yaklaşım (Bıçakçı vd., 2017) ve bilişsel davranışçı temelli uygulamalar ile aileyi içine alan tedavilerle daha başarılı sonuçlar elde edildiğini belirtmektedir (Karaman, 2018; Şimşek ve Şener, 1995).

SM'nin tedavisinde ebeveyn eğitimi, davranış eğitimi ve sosyal kaygıyı azaltıcı çalışmaların yapıldığı genel kapsayıcı müdahalelere ihtiyaç duyulduğu görülmektedir. SM vakalarında ebeveynle çalışmanın gerekliliğine dikkat çekilmektedir (Fisak vd., 2006). SM tedavisinde davranışçı müdahalenin en etkili müdahale yöntemi olduğu belirtilmekle birlikte, oyun terapisi, sanat terapisi ve dil terapisi gibi diğer müdahalelerin de kullanıldığı ifade edilmektedir. Ancak bu müdahalelerin etkililiğine dönük çalışmaların sınırlı olduğu aktarılmıştır. Ayrıca grup ortamında davranışçı müdahale ve ilacın da SM tedavisinde rolü olduğu belirtilmektedir (Bergman, 2013). Benzer şekilde davranışçı müdahale ve ilaç tedavisinin yanı sıra aile terapisi, konuşma terapisi ve oyun terapisi de SM tedavisinde kullanılmaktadır (Cook, 1997).

Alanyazında incelenen çalışmaların pek çoğunun vaka sunumu/çalışması şeklinde planlandığı görülmüştür. SM üzerine yapılan vaka çalışmalarının yeni müdahale ya da yaklaşımları tanımlamaya olanak sağladığı görülmektedir. Nedensellik çalışmalarının yapılmamasının SM üzerine genelleme yapılmasını güçleştirdiği söylenebilir. Bu durum SM'nin görece nadiren görülmesinden kaynaklanmış olabilir. Yeterli SM katılımcı sayısına erişilmesi hâlinde nedensellik ve etkililik çalışmalarının yapılması düşünülebilir. Yine farklı oyun terapisi yöntemlerine ilişkin müdahale çalışmaları ile vaka çalışmalarının yapılması önerilmektedir. Benzer şekilde multidisipliner tedaviye dönük çalışmaların yapılması sayesinde SM'nin tedavisine ilişkin daha net sonuçlar ortaya çıkacağı düşünülmektedir.

Kaynakça

- Akıncı, M. A. ve Uzun, N. (2022). Çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğinde selektif mutizm tanısı alan çocukların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 29(3), 167-173. <http://doi.org/10.4274/tjcamh.galenos.2021.02886>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Edition). American Psychiatric Association.
- Anstendig, K. (1998). Selective mutism: A review of the treatment literature by modality from 1980-1996. *Psychotherapy: Theory, research, practice, and training*, 35(3), 381-391. <https://doi.org/10.1037/h0087851>
- Anstendig, K. D. (1999). Is selective mutism an anxiety disorder? Rethinking its DSM-IV classification. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(4), 417-434. [http://doi.org/10.1016/s0887-6185\(99\)00012-2](http://doi.org/10.1016/s0887-6185(99)00012-2)
- Arigliani, E., Giordo, L., Vigliante, M., & Romani, M. (2020). Two cases of selective mutism: To speak does not mean to recover. *Clinical Pediatrics*, 59(13), 1137-1140. <https://doi.org/10.1177/0009922820941628>
- Axline, V. M. (1948). Some observations on play therapy. *Journal of Consulting Psychology*, 12(4), 209-216. <http://doi.org/10.1037/h0056746>
- Axline, V. M. (2022). Oyun terapisi (M. Baydoğan, Çev., 7. Baskı). Panama. (Orijinal yayın tarihi 1969).
- Barlow, K., Strother, J., & Landreth, G. (1986). Sibling group play therapy: An effective alternative with an elective mute child. *The School Counselor*, 34(1), 44-50.
- Bergman, R. L. (2013). *Treatment for children with selective mutism: An integrative behavioral approach*. Oxford University Press.
- Bergman, R. L., Piacentini, J., & Mccracken, J. T. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(8), 938-946. <http://doi.org/10.1097/00004583-200208000-00012>
- Bıçakçı, M. Y., Özer Kocamanoğlu, D., Ölmez, Ş., Sever Yılmaz, B., & Aral, N. (2017). Okul öncesi dönemde görülebilecek seçici konuşmazlık üzerine transdisiplinlerarası bir çalışma. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 8(61), 289-300. <http://dx.doi.org/10.9761/JASSS6976>
- Black, B., & Uhde, T. W. (1995). *Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(7), 847-856. <http://doi.org/10.1097/00004583-199507000-00007>
- Chavira, D. A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Cohan, S., & Stein, M. B. (2007). Selective mutism and social anxiety disorder: All in the fa-

- mily? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1464-1472. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318149366a>
- Cohan, S., Chavira, D.A., & Stein, M.B. (2006). Practitioner review: Psychological interventions for children with selective mutism: A critical evaluation of the literature from 1990-2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(11), 1085-1097. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01662.x>
- Cohan, S. L., Chavira, D. A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Roesch, S. C., & Stein, M. B. (2008). Refining the classification of children with selective mutism: a latent profile analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(4), 770-784. <http://doi.org/10.1080/15374410802359759>
- Cook, J. A. L. (1997). Play therapy for selective mutism. H. G. Kaduson, D. Cangelosi ve C. E. Schaefer (Eds.), *The playing cure: Individualized play therapy for specific childhood problems* içinde (s. 83-118). Jason Aronson, Incorporated.
- Dow, S. P., Sonies, B. C., 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 & Adolescent Psychiatry*, 34(7), 836-846. <http://doi.org/10.1097/00004583-199507000-00006>
- Dummit III, E. S., Klein, R. G., Asche, B., Martin, J., & Tancer, N. K. (1996). Fluoxetine treatment of children with selective mutism: An open trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(5), 615-621. <http://doi.org/10.1097/00004583-199605000-00016>
- Elizur, Y., & Perednik, R. (2003). Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: A controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1451-1459. <http://doi.org/10.1097/00004583-200312000-00012>
- Elson, A. (1965). Follow-Up Study of Childhood Elective Mutism. *Archives of General Psychiatry*, 13(2), 182-187. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.0173002>
- Fisak, B. J., Oliveros, A., & Ehrenreich, J. T. (2006). Assessment and behavioral treatment of selective mutism. *Clinical Case Studies, Studies*, 5(5), 382-402. <http://doi.org/10.1177/1534650104269029>
- İşçen, B. (2023). *Selektif mutizmli çocukların depresif semptomları ve annelerinin kapsayıcı işlevleri, bağlanma biçimleri ve mizaç özelliklerinin incelenmesi*. [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Maltepe Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Karakoç Demirkaya, S. (2015). Çocuk ve ergenlerde sosyal anksiyete bozukluğunun psikofarmakolojik ve psikoterapötik tedavisi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri-Özel Konular*, 8(3), 52-60.
- Karaman, Ö. (2018). Selektif Mutizm Olgusu. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 10(2), 38-41.

- Knell, S. M. (2021). *Bilişsel-davranışçı oyun terapisi* (Z. Traş, Çev.). Yenikapı. (Orijinal yayın tarihi 2010).
- Kotrba, A. (2015). *Selective mutism: An assessment and intervention guide for therapists, educators & parents*. PESI.
- Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(2), 249-256. <http://doi.org/10.1097/00004583-200002000-00026>
- Kumpulainen, K., Räsänen, E., Raaska, H., & Somppi, V. (1998). Selective mutism among second-graders in elementary school. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7(1), 24-29. <http://doi.org/10.1007/s007870050041>
- Labbe, E. E., & Williamson, D. A. (1984). Behavioral treatment of elective mutism: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 4(3), 273-292. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(84\)90004-7](https://doi.org/10.1016/0272-7358(84)90004-7)
- Lesser-Katz, M. (1986). Stranger reaction and elective mutism in young children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(3), 458-469. <http://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1986.tb03477.x>
- Norton, C. C. ve Norton, B. E. (2022). *Deneyimsel oyun terapisi ile çocuklara ulaşmak* (G. Aysan, Çev.). Görünmez Adam. (Orijinal yayın tarihi 1997).
- Om, P. P. (2010). Playing with Gladys: A case study integrating drama therapy with behavioural interventions for the treatment of selective mutism. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(2), 215-230. <http://doi.org/10.1177/1359104509352892>
- Perçinel, İ., & Yazıcı, K. U. (2014). Okul öncesi dönem selektif mutizm vakalarında fluoksetin tedavisi: İki olgu eşliğinde tartışma. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 21(2), 123-130.
- Porjes, M. D. (1992). Intervention with the selectively mute child. *Psychology in the Schools*, 29(4), 367-376. [http://doi.org/10.1002/1520-6807\(199210\)29:4<367::aid-pits2310290410>3.0.co;2-0](http://doi.org/10.1002/1520-6807(199210)29:4<367::aid-pits2310290410>3.0.co;2-0)
- 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.
- Rutter, M. (1977). Delayed speech. M. Rutter ve L. Hersov (Eds.), *Child psychiatry: Modern approaches* içinde (s. 698-716). Blackwell Scientific.
- Schaefer, C. E. (Ed.). (2017). *Oyun terapisinin temelleri* (B. Tortamış Özkaya, Çev.; 2. Baskı.). Nobel.
- Steinhausen, H. C., & Juzi, C. (1996). Elective mutism: An analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(5), 606-614. <http://doi.org/10.1097/00004583-199605000-00015>

- Şimşek, A., & Şener, Ş. (1995). Selective mutism. *Erciyes Tıp Dergisi*, 17(2), 201-205.
- Tatem, D. W., & DelCampo, R. L. (1995). Selective mutism in children: A structural family therapy approach to treatment. *Contemporary Family Therapy*, 17(2), 177-194. <http://doi.org/10.1007/bf02252357>
- Toppelberg, C. O., Tabors, P., Coggins, A., Lum, K., Burger, C., & Jellinek, M. S. (2005). Differential diagnosis of selective mutism in bilingual children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(6), 592-595. <http://doi.org/10.1097/01.chi.0000157549.87078.f8>
- Valner, J., & Nemiroff, M. (1995). Silent eulogy: Elective mutism in a six-year-old Hispanic girl. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 50(1), 327-340. <https://doi.org/10.1080/00797308.1995.11822408>
- Yanıt, E. (2019). Selektif mutizm vakasının yönlendirilmemiş oyun terapisi teknikleri ile sağaltımı (Olgu sunumu). *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 2(3), 68-76.