

# OKUL ÖNCESİ DÖNEM SELEKTİF MUTİZM VAKALARINDA FLUOKSETİN TEDAVİSİ: İKİ OLGU EŞLİĞİNDE TARTIŞMA

İpek PERÇİNEL\*, Kemal Utku YAZICI\*\*

## ÖZET

Selektif Mutizm (SM), konuşabilme becerisinin olmasına rağmen konuşmanın beklendiği bir takım ortam ve durumlarda konuş(a)mama olarak tanımlanmaktadır. Tedavisinde ilaç tedavisi ve psikoterapötik girişimlerin birlikte kullanılması önerilmektedir. SM'nin geçmişten günümüze anksiyete temelli bir bozukluk olduğunun düşünülmesi ve son yıllarda DSM-5'te anksiyete bozuklukları sınıfında yer alması nedeniyle özellikle davranışsal ve bilişsel-davranışsal terapiler son yıllarda sıklıkla kullanılan terapi seçenekleridir. Anksiyolitik etkilerinden dolayı selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSGI) SM tedavisinde en sık kullanılan psikofarmakolojik ajanlardır. Bu yazıda okul öncesi dönemde kliniğimize başvuran selektif mutizm tanılı iki kız olgunun tanı ve tedavi süreci ile birlikte fluoksetinin semptomlar üzerindeki etkisinin tartışılması amaçlanmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Selektif mutizm, okul öncesi çocuklar, fluoksetin.

## SUMMARY: FLUOXETINE TREATMENT IN PRESCHOOL CASES WITH SELECTIVE MUTISM: DISCUSSION THROUGH TWO CASES

Selective Mutism (SM) is identified as consistent failure to speak in specific settings and situations in which there is an expectation for speaking though speech capacity is not impaired. Combined interventions that would integrate medication and psychotherapeutic approaches are recommended for treatment. Since it has long been believed that SM was an anxiety-based disorder and currently being categorized within anxiety disorders regarding the latest publication of DSM-5 diagnostic classification, behavioral and cognitive-behavioral therapies in specific have been among the most frequently used treatment options for the disorder, lately. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) are the most commonly used psychopharmacologic agents in the treatment of SM due to their anxiolytic effects. This article aims to discuss the effect of fluoxetine on the symptoms along with the presentation of diagnostic and treatment processes of two girls with selective mutism who had applied to our unit while they were preschoolers.

**Key Words:** Selective mutism, preschool children, fluoxetine.

## GİRİŞ

Selektif Mutizm (SM), konuşabilme becerisinin olmasına rağmen konuşmanın beklendiği bir takım ortam ve durumlarda konuş(a)mama olarak tanımlanmaktadır. SM olan çocuklar kendi evlerindeyken veya ebeveynleri ile birlikteyken normal olarak konuşurlar. Ancak okulda, evleri dışındaki bir ortamda veya tanımadıkları insanların yanında konuş(a)mazlar (Göktürk ve Coşkun 2008). Konuş(a)mama, konuşulan lisanı kullanamama veya kullanılan lisan hakkındaki yetersiz bilgilerden kaynaklanıyorsa bu durum mutizm sayılmaz. Ayrıca iletişim bozuklukları, yaygın gelişimsel bozukluklar ve psikotik bozukluklardaki suskunluklar mutizm olarak değerlendirilmez (APA 2000, Krysanski 2003). SM, DSM-IV-TR'de "Genellikle İlk Kez Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde Tanısı Ko-

nulan Bozukluklar" başlığı altında sınıflandırılmaktadır. DSM-IV-TR'ye göre konuş(a)mama en az bir ay sürmeli ve bu durum okula başladıktan sonraki ilk ay ile sınırlı olmamalıdır (APA 2000).

Net oranlar saptanamamış olsa da SM'nin, klinik popülasyonda %1'den daha az bir sıklıkta görüldüğü ifade edilmektedir (APA 2000). Kızlarda erkeklere göre ortalama iki kat daha fazla izlenmektedir (Kopp ve Gillberg 1997, Steinhäusen ve Juzi 1996). Son çalışmalarındaki bulgular başlangıç yaşının genellikle 5 yaşından önce olduğunu ancak çocuk okula başlayıncaya kadar bu durumun ailelerin dikkatini çekmediğini göstermektedir (Bulut 2008, Krysanski 2003, Manassis 2009).

SM'nin etiyolojisi net olarak bilinmemektedir (Berger ve ark. 2002, Krysanski 2003, Manassis 2009). Birçok SM vakası tek bir travmatik olayla (ruhsal ya da fiziksel) ilişkili olmaktan ziyade kronik seyirli bir anksiyetenin ve davranışsal in-

\* Uzm. Dr., Osmaniye Devlet Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Osmaniye.

\*\* Uzm. Dr., Fırat Üniv. Tıp Fak., Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Elazığ.

hibisyonun (yeni uyaranlarla, durumlarla karşılaşınca aşırı, yoğun ve sürekli bir korku duyma, utangaçlık ve sosyal içe çekilme davranışı gösterme) belirtisi olarak ortaya çıkmaktadır (Black ve Uhde 1995, Göktürk ve Coşkun 2008, Sadock ve Sadock 2009, Steinhausen ve Juzi 1996). SM ile anksiyete bozuklukları arasında paralel klinik, biyolojik ve aile dinamiği özelliği vardır. SM olan çocuklarla, sosyal anksiyetesi olan çocuklar neredeyse aynı mizaç ve çevresel özellikler göstermektedir (Black ve Uhde 1992, Manassis ve ark. 2007, Standart ve Coueur 2003, Yeganeh ve ark. 2003). Tam olarak bilinmeyen bir şekilde bu olgular anksiyeteyi mutistik semptomlara çevirmektedir. Bu durumda mutizm, olguyu sosyal etkileşimden doğacak anksiyeteye karşı korumakta ve öğrenilmiş bir davranış olarak tekrarlanmaktadır (Göktürk ve Coşkun 2008). Literatürde, SM'nin erişkin yaşamdaki sosyal fobinin erken belirtisi olduğunu belirten araştırmalara sıklıkla rastlanmaktadır (Anstendig 1999, Black ve Uhde 1992, Chavira ve ark. 2007, Steinhausen ve ark. 2006). Yakın dönemde yayımlanmış olan DSM-5'te tanı kategorisi ile ilgili değişiklik yapılarak SM "Anksiyete Bozuklukları" başlığı altına alınmıştır, tanı kriterleri ile ilgili herhangi bir değişiklik yapılmamıştır (APA 2013).

SM tedavisinde ilaç ve psikoterapötik girişimlerin birlikte kullanılması önerilmektedir (Freeman ve ark. 2004, Manassis 2009, Sadock ve Sadock 2009). SM'nin anksiyete temelli bir bozukluk olduğunun düşünülmesi nedeniyle özellikle davranışsal ve bilişsel-davranışsal terapiler son yıllarda sıklıkla kullanılan terapi seçenekleridir (Freeman ve ark. 2004, Cohan ve ark. 2006). Anksiyolitik etkilerinden dolayı selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSGI), SM tedavisinde en sık kullanılan psikofarmakolojik tedavi seçeneğidir (Carlson ve ark 1999, Manassis 2009, Manassis ve Avery 2013).

Bu yazıda 3,5 ve 5 yaşlarında selektif mutizm tanılı iki kız olguda izlem ve tedavi süreci ile, tedavide kullanılan fluoksetinin etki düzeyinin tartışılması amaçlanmıştır. Olguların klinik de-

ğerlendirmeleri "Klinik Global İzlenim Ölçeği-Şiddet" (CGI-S), "Klinik Global İzlenim Ölçeği-Düzelme" (CGI-I) ve "Global Değerlendirme Ölçeği" (GAS) ile yapılmıştır.

### Olgu 1

3 yaş 6 aylık kız olgu polikliniğimize "hırçınlık ve konuşmama" yakınmalarıyla getirildi. Aileden alınan öyküden; öncesinde konuşmasıyla ilgili herhangi bir problemi bulunmayan olgunun yaklaşık dört ay önce anne ve babasının çalışması dolayısıyla kreşe verildiği, yakınmalarının kreşe başladıktan sonra ortaya çıktığı, kreşte öğretmeniyile ve yaşlılarıyla hiç konuşmadığı, oyun ve etkinliklere katılmadığı, gün boyunca yalnız başına sınıfın bir köşesinde oturduğu, sözel olmayan etkileşimlere de girmedeği ve öğretmenin tüm çabalarına rağmen durumunda bir gelişme izlenmediği öğrenildi. Ailenin ifadesine göre kreşe başlamadan önce de utangaç ve çekingen bir yapısı bulunan olgunun, sadece anne babası ve aynı apartmanda yaşayan dört yaşındaki başka bir kız çocuğuyla konuştuğu, diğer kişilerle konuşmaktan kaçındığı ancak ailenin bu durumu çocuklarının yaşına bağladığı ve sosyal gelişimine faydası olması açısından kreşe gönderdikleri öğrenildi. Kreşte şikayetlerinin ortaya çıkması ve öğretmenin acil yönlendirmesiyle, -buldukları yerde çocuk psikiyatrisi uzmanı olmadığından dolayı- aile hekimine başvurmuşlar. Olguya aile hekimi tarafından hidrosizin 3\*1/2 başlanarak on gün sonra 2\*1 ölçeğe çıkmış. Verilen tedavi sonucu herhangi bir fayda görmeyen olgu gün içinde sürekli uyumaya başlamış. Bu nedenle aile ilacı keserek polikliniğimize başvurmuş.

Özgeçmişinde; annenin ilk ve tek gebeliğinden, hastanede, normal spontan vaginal doğumla 3550 gr ağırlığında, miadında dünyaya geldiği, gebelik dönemi süresince, doğum sırasında ve sonrasında herhangi bir sorun yaşanmadığı öğrenildi. Daha önce kaybedilmiş gebelik, küretaj ya da ailede erken bebek-çocuk ölümü olmadığı belirtildi. Olgunun nöromotor gelişimi sorgulandığında, bir yaşına kadar anne sütü aldığı,

yaklaşık yedi aylıkken emeklediği, yürümeye bir yaşında, cümle kurmaya on sekiz aylıkken başladığı ve 2.5 yaşında tuvalet eğitimini kazandığı ifade edildi. Bir yaşından sonra annesinin çalışması nedeniyle olguya babaannesinin bakmaya başladığı, ilerleyen dönemlerde olgunun sosyal iletişiminin artırılmasına destek olması amacıyla kreşe verildiği öğrenildi. Soygeçmişinde; anne 33 yaşında, üniversite mezunu, mimar; baba 35 yaşında, üniversite mezunu, inşaat mühendisi idi. Anne baba arasında kan bağı bulunmadığı, çekirdek ve geniş ailede psikiyatrik tanı alan ve tedavi gören bir birey olmadığı öğrenildi. Baba, kendisinin de çekingen bir yapısı olduğunu, toplum içerisinde konuşmakta zorlandığını, lise döneminde avukat olmayı çok istediğini ancak utangaçlığı ve çekingenliğinden dolayı bu isteginden vazgeçtiğini, kendi ailesinde de çekingen ve içe kapanık bireylerin bulunduğunu ifade etti.

Yapılan psikiyatrik görüşmede; fiziki görünümü yaşına uygun olan olguyla sözel ya da sözel olmayan iletişim kurulamadı. Görüşme boyunca iletişim kurmak için gösterilen çabalara, annesinin arkasına saklanarak, kafasını diğer tarafa çevirerek ve öne eğerek tepki verdi. Ailesinden alınan bilgilere göre; dil ve motor gelişimi normal sınırlarda olan olguda herhangi bir dışa/içe vurum semptomu, stereotipik hareket, duygusal kısıtlılık ve algı kusuru tariflenmedi. Olgunun ev içindeki sözel ve sözel olmayan iletişimi normaldi. Yapılan Ankara Gelişim Tarama Envanteri'nde (AGTE) (Savaşır ve ark. 1998), tüm alanlarda gelişiminin normal olduğu saptandı. Anne ve babanın, çocuğun durumu ile ilgili yoğun kaygılarının olduğu tespit edildi. Olguda DSM-IV tanı ölçütlerine göre, başka durumlarda konuşuyor olmasına rağmen özgül bir takım toplumsal durumlarda sürekli bir konuşamamazlık hali göstermesi, bu durumun bir aydan fazla sürmesi ve okula başladıktan sonraki ilk bir ayla sınırlı olmaması, konuşamamanın söz konusu toplumsal durumda konuşulması beklenen dili bilmeme ya da o dilde rahat konuşamama bağlı olmaması, çocuğun işlevselli-

ğini bozması, bu bozukluğun başka bir iletişim bozukluğuyla daha iyi açıklanamaması ve sadece yaygın gelişimsel bozukluk (YGB), şizofreni ya da diğer psikotik bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmaması nedeniyle SM düşünüldü. GAS'a göre işlevsellik puanı 41-50 arası olarak değerlendirildi. CGI-S 5-Belirgin Düzeyde Hasta olarak nitelendirildi. Olgu için aileyle psikoeğitim yapılarak davranışsal önerilerde bulunuldu. Baba erişkin psikiyatri polikliniğine yönlendirildi. Üç hafta sonraki kontrolde yakınmalarında herhangi bir azalmanın olmadığı görüldü (GAS=41-50 CGI-S=5). Ailenin yoğun kaygıları ve çocuğun işlevselliğinde belirgin bozulma olması da göz önüne alınarak fluoksetin 5 mg/gün başlandı. İki hafta sonraki kontrolde ilaçla ilgili herhangi bir yan etkinin olmadığı ama sıkıntıların aynı şiddette devam ettiği görüldü. Bunun üzerine fluoksetin dozu 10 mg/gün'e yükseltildi. İki hafta sonra yapılan poliklinik kontrolünde de sıkıntılarının devam ettiğinin görülmesi üzerine fluoksetin dozu 15 mg/gün'e çıkıldı. Fluoksetin dozunun 15 mg/gün'e çıkılmasından iki hafta sonraki görüşmede olgunun sıkıntılarının belirgin olarak azaldığı, tedavi ile ilgili herhangi bir yan etkinin oluşmadığı gözlemlendi. CGI-S'e göre "normal, hasta değil" kategorisinde olan hasta, CGI-I'ya göre "çok düzel-di". Olgunun GAS puanı 81-90 olarak belirlendi.

## Olgu 2

5 yaşında kız olgu polikliniğimize anne ve babası tarafından, ev içindeki konuşması ve iletişiminde problem yokken bu yıl başladığı anasınıfında yaşlıları ve öğretmeniyle hiç konuşmaması üzerine getirildi. Aileden alınan öyküden; olgunun öğretmenin mevcut durum nedeniyle destek alınması için aileyi çocuk psikiyatrisine yönlendirdiği ancak ailenin sosyokültürel düzeyi düşük bir aile olmasından dolayı destek önerisini reddettikleri, hatta öğretmene inanmadıkları ve kızdıkları, çocuklarının yabancılarla konuşurken biraz çekingenlik gösterdiğini kabul ettikleri ancak çocuk psikiyatrisine gitmelerini gerektirecek bir sorunları olmadığını ve durumu öğretmenin

abarttığını düşünüp ufak çapta bir tartışma yaşadıkları, sonrasında öğretmenin A.'nın sınıftaki durumunu videoya çekerek aileye gösterdiği ve ailenin ikna olarak destek almak amacıyla öncelikle pediatri polikliniğine başvurduğu, burada yapılan tetkiklerinde bir problem saptanmaması üzerine ailenin çocuk psikiyatrisi polikliniğine yönlendirildiği öğrenildi. Aile, çocuklarının önceden de az miktarda utangaçlığının olduğunu ama bu şekilde konuşmamazlık haliyle ilk defa karşılaştıklarını, şu an kızlarının gün boyunca sınıfın bir köşesinde oturduğunu, öğretmeniyle ve arkadaşlarıyla hiçbir şekilde iletişime girmediğini ifade ediyordu. Özellikle annesinin, öğretmenin çektiği videoyu izledikten sonra çocuğunun durumu ile ilgili yoğun kaygı yaşadığı dikkati çekti.

Yapılan psikiyatrik değerlendirmede, olgu fiziki olarak yaşına uygun görünümdeydi. Olguyla göz teması kurulabiliyordu ancak hiçbir şekilde sözel iletişime geçilemedi. Yapılan AGTE'de, tüm alanlarda olgunun gelişiminin normal olduğu saptandı. Özellikle annenin çocuk psikiyatrisine yönelik inkarcı davranışlarının devam ettiği ancak babanın işbirliğine daha açık olduğu izlendi. Yapılan psikiyatrik ve psikometrik değerlendirmeler sonucunda, olguya DSM-IV-TR ölçütlerine göre SM tanısı konuldu. GAS'a göre işlevsellik puanı 41-50 arası olarak değerlendirildi. CGI-S 5- Belirgin Düzeyde Hasta olarak nitelendirildi. Aileye durumla ilgili bilgi verilerek davranışsal ve destekleyici önerilerde bulunuldu. Öğretmen görüşmesi yapılarak tedaviye öğretmenin de katılması sağlandı. Üç hafta sonra yapılan kontrolde olgunun yakınmalarının ve ailenin çocuğunun durumu ile ilgili kaygılarının devam ettiği izlendi (GAS=41-50 CGI-S=5). Sınıf içerisinde de belirgin işlev bozukluğu sergileyen olguya, öğretmeniyle de iletişim halinde olunarak fluoksetin 5 mg/gün başlandı. Olgunun durumu, haftalık poliklinik kontrolleri ve öğretmen bilgi formları (ÖBF) ile takip edildi. 5 mg/gün'lük kademeli artışlarla olgunun fluoksetin dozu altı hafta içerisinde 20 mg/gün'e çıkıldı. Bu dozda belirgin iyilik hali gözlemlendi ve

tedavi süresince ilaçla ilgili herhangi bir yan etki tariflenmedi. CGI-S'e göre "normal, hasta değil" kategorisinde olan hasta, CGI-I'ya göre "oldukça düzeldi". Olgunun GAS puanı 81-90 olarak belirlendi.

## TARTIŞMA

SM, konuşma becerisinin olmasına rağmen konuşmanın beklendiği bir takım ortam veya durumlarda konuş(a)mama durumudur (Göktürk ve Coşkun 2008). Her iki olgumuzda da öncesinde dil becerilerinin normal olarak gelişmesi, ev içerisinde ve tanıdık kişilerin yanında sözel iletişimin olağan olması, yabancı insanlar varken konuşmanın olmaması bizlere SM tanısını düşündürmüştür. DSM-IV-TR'ye göre SM tanısı için konuşmama durumunun başka bir iletişim bozukluğuyla daha iyi açıklanamaması ve sadece YGB, şizofreni ya da diğer psikotik bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmaması gerekmektedir (APA 2000). Bizim olgularımızda da motormental gelişimlerinin normal olması, stereotipik hareket gözlenmemesi, aileleri ve tanıdıklarıyla yaşlarına uygun düzeyde sözel ve sözel olmayan iletişim kurabilmeleri ve herhangi bir alıcı ve ifade edici dil bozukluğunun tanımlanmaması, kucağa alınmaktan ve sarılmaktan hoşlanmaları, hayali oyun oynayabilmeleri, psikotik bir bulgu tariflenmemesi ve belirgin ilerleyici yeti kaybı bulunmaması nedeniyle DSM-IV-TR kriterlerine göre SM tanısı konulmuştur.

Literatürde SM'nin başlangıç yaşının genellikle 2-4 yaş arası olduğu belirtilmektedir. Okul öncesi dönemde ebeveynler sıklıkla çocuklarının çekingen ve utangaç olduklarını dile getirmektedir. Ancak SM'nin ilk fark edilmesi ve bu konuyla ilgili destek alınması okula başlanıldığı dönemlerde ve genellikle de öğretmenin yönlendirmesiyle olmaktadır (Bulut 2008, Krysanski 2003, Manassis 2009). İlk olgumuzda anne ve babanın sosyokültürel düzeyinin yüksek olmasının, çocuğun çekingenlik ve utangaçlık özelliklerinin daha erken fark edilmesine neden olduğu düşünülmüştür. Hatta olgumuz kreşe biraz da sosyal iletişiminin gelişmesi amacıyla verilmiş-

tir. Olgumuzun kreşe başlamasıyla birlikte mutizmi de ortaya çıkmıştır. İkinci olgumuzda anne babanın sosyokültürel düzeyinin nispeten daha düşük olması, çocuğun okul öncesi dönemdeki sosyal yakınmalarının öneminin yeterince farkına varılmamasına, hatta anasınıflı öğretmenine inanmayıp tavır almalarına neden olmuş ve çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvurmalarını geciktirmiştir.

SM'nin etiyojisi net olarak belli değildir (Berger ve ark. 2002, Krysanski 2003, Manassis 2009). Ancak son zamanlarda, SM'nin tek bir travmatik olayla ilişkili olmaktan ziyade, biyolojik olarak utangaç mizaç özellikleri ile birlikte çevresel etmenlerin etkileşmesiyle ortaya çıkan bir tür anksiyete bozukluğu olduğu ifade edilmektedir. Ek olarak çocuğun mizacıyla ilgili olan davranışsal inhibisyonun SM'de sık görüldüğü belirtilmekte ve bu durumun SM etiyojisinde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir (APA 2013, Göktürk ve Coşkun 2008, Sadock ve Sadock 2009, Steinhäusen ve Juzi 1996). Her iki olgumuzun özgeçmişlerinde mutizme neden olabilecek belirgin travmatik olay izlenmemiştir. Ancak olguların her ikisinde de utangaç mizaç özellikleri ile birlikte davranışsal inhibisyon sergiledikleri ve yakın akrabalarında da benzer kişilik özelliklerine sahip bireylerin bulunduğu saptanmıştır.

SM nadir görülen ve tedavisi zor bir çocukluk çağı bozukluğudur (Göktürk ve Coşkun 2008, Kaakeh ve Stumpf 2008). Tedavi için multidisipliner bir yaklaşım gerekmektedir ve çocuk ruh sağlığı uzmanlarının yanı sıra aile, öğretmen ve gerektiğinde konuşma terapistleri ile işbirliği içinde olunmalıdır (Göktürk ve Coşkun 2008, Kaakeh ve Stumpf 2008). Geçmişte SM tedavisinde çoğunlukla psikodinamik psikoterapiler ve aile terapistleri kullanılmakta iken günümüzde sıklıkla bilişsel davranışçı terapistler (BDT) ve psikofarmakolojik ajanlar kullanılmaktadır (Kaakeh ve Stumpf 2008, Krysanski 2003). Genellikle BDT ve psikofarmakolojik ajanların beraber kullanılması önerilmektedir (Freeman ve ark. 2004, Manassis 2009, Sadock ve Sadock

2009). Psikofarmakolojik tedavide ise SM'nin bir anksiyete bozukluğu olduğu fikrinden yola çıkılarak anksiyolitik ilaçlar, özellikle de SSGI'ler kullanılmaktadır (Carlson ve ark. 1999, Kaakeh ve Stumpf 2008, Manassis 2009, Manassis ve Avery 2013). Çocuklarda SM nedeniyle en sık kullanılan ve en fazla araştırılan SSGI, fluoksetindir (Black ve Uhde 1994, Dummit ve ark. 1996, Manassis 2009). Literatür incelendiğinde; bu konuda fluoksetinle ilgili bir adet çift kör plasebo kontrollü çalışma ile bir adet açık uçlu çalışmaya rastlanmıştır, geri kalan yayımların olgu sunumlarından ibaret olduğu izlenmiştir (Berger ve ark. 2002, Black ve Uhde 1992, Black ve Uhde 1994, Carlson ve ark. 1999, Dummit ve ark. 1996, Manassis ve Avery 2013, Motavalli 1995). Onbeş SM olgusu ile (fluoksetin grubunun yaş ortalaması  $9.1 \pm 2.3$ , plasebo grubunun yaş ortalaması  $8.1 \pm 2.7$ ), fluoksetin  $0.6 \text{ mg/kg/gün}$  kullanarak yapılan 12 haftalık çift kör plasebo kontrolü çalışmada, fluoksetinle SM semptomlarında belirgin iyileşme olduğu bildirilmiştir (Black ve Uhde 1994). 5-14 yaş grubu 21 SM olgusu ile yapılan 9 haftalık açık uçlu çalışma sonucunda da fluoksetinin SM bulgularında belirgin düzelmeye sağladığı saptanmıştır (Dummit ve ark. 1996). Sertralinle ilgili ise sadece bir adet çift kör plasebo kontrollü çalışmaya rastlanmıştır. Beş SM olgusu ile yapılan çalışmada,  $50-100 \text{ mg/gün}$  dozlarında sertralin tedavisi kullanılmış ve 16 hafta sonunda tüm olgularda belirgin düzelmeye gözlenmiştir (Carlson ve ark. 1999). Okul öncesi yaşta bu konuda yapılan bir çalışmanın olmadığı izlenmiş, ancak erken tedavi ve müdahale durumunda yanıtların daha iyi olabileceği düşünülmüştür. İlk olgumuzda üç hafta boyunca hekim-aile-öğretmen işbirliği içerisinde uygulanan davranışsal yaklaşımlardan herhangi bir fayda sağlanmamıştır. Yaşının küçük olması nedeniyle bilişsel yöntemler kullanılamamıştır. Hem olgunun yaşının küçüklüğü hem de bilişsel yöntemlerin kullanılamamasının, davranışsal yöntemlerin etkisinin de sınırlı kalmasına neden olmuş olabileceği düşünülmüştür. Mutistik semptomların devamı üzerine olguya fluoksetin  $5 \text{ mg/gün}$  başlanarak dört haftalık süre içeri-

sinde kontrollü olarak 15 mg/gün'e çıkmıştır. Fluoksetin dozunun 15 mg/gün'e çıkılmasından iki hafta sonra yapılan kontrolde olgunun şikayetlerinde belirgin azalma olduğu görülmüştür. Olgunun kreşteki mutistik davranışı tamamen düzelmiş, kreşteki ilk 15-20 dakika bir miktar utangaçlık ve çekingenlik gösterse de sonradan açıldığı ve akran ilişkilerinde herhangi bir sorun olmadığı görülmüştür. Bilebildiğimiz kadarıyla bu olgumuz literatürde SM nedeniyle fluoksetin tedavisi alan ve herhangi bir yan etki göstermeden başarıyla tedavi edilen en küçük olgudur. İkinci olgumuzda ise anne babanın nispeten daha düşük olan sosyokültürel düzeyi ve çocuk psikiyatrisine olan ön yargılı yaklaşımları nedeniyle aile ile istenilen sağlıklı ilişki başlangıçta kurulamamıştır. Öğretmenin bilinçli ve işbirliğine açık bir öğretmen olması nedeniyle ilk etapta okul ve öğretmen görüşmeleri aile görüşmelerinden daha ön planda tutulmuştur. Olgunun polikliniğimize başvurduğu zamandan itibaren her hafta öğretmenin ÖBF doldurması istenmiş ve gerektiği durumlarda telefonla iletişime geçilmiştir. Öğretmenin sağlıklı iş birliğine rağmen ailenin işbirliğine girme konusunda inatçı olması davranışsal yöntemlerin etkisini sınırlamış ve olguya ilaç tedavisi başlanması düşünülmüştür. Olguya fluoksetin başlanması düşünülerek aileye fluoksetin ile ilgili bilgi verilerek onam alınmış daha sonrasında ilaç tedavisi başlanmıştır. Fluoksetin dozu altı hafta içerisinde 20 mg/gün'e çıkmıştır. Fluoksetin 20 mg/gün tedavisi ile olgunun mutistik davranışlarında belirgin düzelme olduğu, öğretmenin ve ailenin tedaviden son derece memnun oldukları görülmüştür.

Bu yazıda, fluoksetin kullanımı ile belirgin düzeyde düzelme gösteren SM tanılı 6 yaş öncesi iki kız olgu bildirilmiştir. Olgularımızda SM'nin ortaya çıkışı 3.5 yaş ve 5 yaşta olmuştur. Günümüzde okul öncesi eğitime eskiye göre daha erken başlanması, çocuk psikiyatrisi hekimleri olarak bizlerin SM olgularıyla okul öncesi dönemde daha sık karşılaşacağımızı düşündürmektedir. SM olgularının ortaya çıkma ve destek arama yaşları düştükçe, gerek psikoterapötik

gerekse de psikofarmakolojik tedavide zorluklar daha çok artmaktadır. Küçük yaşları nedeniyle yalnızca basit davranışsal önerilerde bulunulan olgularda -eğer çocuğun işlevselliğinde şiddetli bozulma da varsa- bu yöntemlerin etkinliğinin kısıtlı olduğu görülmektedir. Farmakolojik tedavi ile ilgili olarak, çocuğun yaşı ve konuşmama süresi üzerinde durulmaktadır. Çocuk ne kadar küçük ve konuşmama süresi ne kadar kısa ise farmakolojik tedaviden daha çok etki görüldüğü bildirilmektedir (Göktürk ve Coşkun 2008). Davranışsal önerilerle istenilen iyilik hali sağlanamayan olgularımızın başlanılan fluoksetin tedavisinden belirgin fayda gördüğü tespit edilmiştir. Bu yaş grubu için görece yüksek bir ilaç tedavi dozu kullanılmasına rağmen her iki olguda da tedavi boyunca herhangi bir yan etki gözlenmemiştir. Her ne kadar bu yazıda, kısıtlı bir izlem süreci iletildiyse de, olguların tarafımızdan kontrolleri devam etmektedir. Davranışsal önerilerle birlikte kontrollü olarak başlanan fluoksetin tedavisinin klinik gidişte olumlu etkiler sağlayabileceği ve bu yaş grubunda güvenle kullanılabilmesi düşünülmüştür. Ek olarak; ikinci olgumuzda fluoksetin tedavisi başlandıktan sonra görülen belirgin iyileşme, ailenin çocuk psikiyatrisine olan önyargısını da düzeltmiş ve tedavideki işbirliğini artırmıştır.

Sonuç olarak; işlevselliğinde belirgin bozulma olan, organik bir problemi bulunmayan ve davranışsal yöntemlerle iyilik halinin sağlanamadığı altı yaş öncesindeki olgularda da kontrollü olarak uygulanan fluoksetinin güvenli olarak kullanılabilmesi görülmüştür. Daha net ve güvenilir sonuçlar elde edilmesi için uzun süreli ve kontrollü araştırmalara gereksinim vardır.

## KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (APA 2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed.-Text Revision)*. APB Press, Washington D.C.
- American Psychiatric Association (APA 2013) *Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5*. 11 Şubat 2014'de <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf> adresinden indirildi.
- Anstendig KD (1999) Is selective mutism an anxiety disorder? Rethinking its DSM-IV classification. *J Anxiety Disord* 13: 417-434.
- Berger I, Jaworowski S, Gross-Tsur V (2002) *Selective mutism: a review of the concept and treatment*. *Isr Med Assoc J* 4: 1135-1137.
- Black B, Uhde TW (1992) *Elective mutism as a variant of social phobia*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31: 1090-1094.
- Black B, Uhde TW (1994) *Treatment of elective mutism with fluoxetine: a double-blind, placebo-controlled study*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33: 1000-1006.
- Black B, Uhde TW (1995) *Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34: 847-856.
- Bulut S (2008) *Seçici konuşmamazlık (selective mutizm): sebepleri ve tedavi yaklaşımları*. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Entitüsü Dergisi* 17: 52-65.
- Carlson JS, Kratochwill TR, Johnston HF (1999) *Sertraline treatment of 5 children diagnosed with selective mutism: a single-case research trial*. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 9: 293-306.
- Chavira DA, Shipon-Blum E, Hitchcock C (2007) *Selective mutism and social anxiety disorder: all in the family?* *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46: 1464-1472.
- Cohan SL, Chavira DA, Stein MB (2006) *Practitioner review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: a critical evaluation of the literature from 1990-2005*. *J Child Psychol Psychiatry* 47: 1085-1097.
- Dummit ES 3rd, Klein RG, Tancer NK ve ark. (1996) *Fluoxetine treatment of children with selective mutism: an open trial*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35: 615-621.
- Freeman BJ, Garcia MA, Miller ML ve ark. (2004) *Selective mutism. Anxiety Disorders in Children and Adolescents içinde*, TL Morris, SJ March (ed) *The Guilford Press, New York*, s: 280-301.
- Göktürk Ü, Coşkun M (2008) *Selektif mutizm. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı içinde*, F Çuhada-roğlu ve ark. (ed) *Hekimler Yayın Birliği, Ankara*, s: 366-372.
- Kaakeh Y, Stumpf JL (2008) *Treatment of selective mutism: focus on selective serotonin reuptake inhibitors*. *Pharmacotherapy* 28: 214-224.
- Kopp S, Gillberg C (1997) *Selective mutism: a population-based study: a research note*. *J Child Psychol Psychiatry* 38: 257-262.
- Kryszanski VL (2003) *A brief review of selective mutism literature*. *J Psychol* 137: 29-40.
- Manassis K, Tannock R, Garland EJ ve ark. (2007) *The sounds of silence: language, cognition, and anxiety in selective mutism*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46: 1187-1195.
- Manassis K (2009) *Silent suffering: understanding and treating children with selective mutism*. *Expert Rev Neurother* 9: 235-243.
- Manassis K, Avery D (2013) *SSRIs in a case of selective mutism*. *J Psychiatry Neurosci* 38: E1-2.
- Motavalli N (1995) *Fluoxetine for (s)elective mutism*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34: 701-703.

## PERÇİNEL VE YAZICI

Sadock BJ, Sadock VA (2009) *Kaplan & Sadock Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kısaltılmış Temel Kitabı* (çev. editörü T Türkbay). Güneş Tıp Kitapevi, Ankara, 2012, s: 162-165.

Savaşır I, Sezgin N, Erol N (1998) *Ankara Gelişim Tarama Envanteri El Kitabı* (Genişletilmiş 2. basım). Rekmay Ltd Şti, Ankara.

Standart S, Coueur A (2003) *The quiet child: a literature review of selective mutism*. *Child Adolesc Ment Health* 8: 154-160.

Steinhausen HC, Juzi C (1996) *Elective mutism: an analysis of 100 cases*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35: 606-614.

Steinhausen HC, Wachter M, Laimböck K ve ark. (2006) *A long-term outcome study of selective mutism in childhood*. *J Child Psychol Psychiatry* 47: 751-6.

Yeganeh R, Beidel DC, Turner SM ve ark. (2003) *Clinical distinctions between selective mutism and social phobia: an investigation of childhood psychopathology*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42: 1069-1075.