

SEÇİCİ KONUŞMAZLIK SOSYAL FOBİNİN BİR BELİRTİSİ Mİ?*

Özgür Yorbık**, Teoman Söhmen***

ÖZET

Amaç: Seçici konuşmazlık, genellikle erken çocukluk çağında başlayan, seyrek olarak görülen bir psikiyatrik bozukluktur. Seçici konuşmazlığa sıklıkla sosyal fobinin belirtileri eşlik etmektedir. Bu yazıda seçici konuşmazlığı ve sosyal fobisi olan 8 yaşında bir kız çocuğu literatür ışığı altında tartışılmaya sunulmuştur. **Bulgular:** Seçici konuşmazlığı olan bu olguya da sosyal fobinin belirtileri eşlik etmekteydi (tanımadığı insanlarla birlikte olduğu toplumsal durumlardan ve bir eylemi toplum içinde gerçekleştirmekten ya da başkalarının gözünün üzerinde olmasından korkma, ağlama, dona kalma, yüz kızarması, tanımadığı insanların olduğu topluluklardan uzak kalma). **Sonuç:** Seçici konuşmazlığı olan çocuklarda sıklıkla sosyal anksiyete belirtileri de görülmekte ve yapılan sınırlı sayıda araştırmada bu çocukların büyük oranda çekinme bozukluğu ya da sosyal fobi tanımlarını da alabildikleri ileri sürülmektedir. Diğer taraftan toplum içinde konuşmadan kaçınma ya da korkma, sosyal fobisi olan yetişkinlerde bildirilen en sık belirtilerinden birisidir. Her iki hastalığın, cinsiyet oranlarındaki benzerlikler, aynı yaşlarda başlıyor olması, -seçici konuşmazlıkta sınırlı sayıda kullanılmış olsa da- aynı ilaçlardan fayda görmeleri, aynı aile içinde artmış prevalansları bu iki hastalığın doğasının aynı olabileceği kanısını uyandırmaktadır. Seçici konuşmazlığı olan bir çocuğun tedavisinde, sosyal fobide uygulanan tedavi yöntemlerinin de denenebileceği ileri sürülmüştür.

Anahtar Sözcükler: Seçici konuşmazlık, sosyal fobi.

SUMMARY: IS SELECTIVE MUTISM A SYMPTOM OF SOCIAL PHOBIA?

Objective: Selective mutism is a rare psychiatric disorder that usually has its onset in early childhood. Selective mutism is frequently accompanied with symptoms of social phobia. A case of selective mutism associated with social phobia in an 8 year-old girl is discussed in light of the clinical literature in this article. **Results:** The case of selective mutism is associated with social phobia symptoms (i.e. fear of social or performance situations in which she is exposed to unfamiliar people or to possible scrutiny others, crying, freezing, blushing, shrinking from social situations with unfamiliar people). **Conclusion:** In limited case reports or studies suggest that large proportion of children with selective mutism meet avoidance or fear of speaking in public is the one of the most common symptoms reported in adults with social phobia. Similarity of sex ratio, developing same early age, -although limited experience in selective mutism- effective treatment with same drugs, high familial prevalence in same family suggested that these disorders may have the same nature. It is further speculated that treatment models of social phobia may be applied to a child who has selective mutism.

Key words: Selective mutism, social phobia.

GİRİŞ

Seçici konuşmazlık, kişinin başka durumlarda konuşuyor olmasına karşın, konuşması beklenen bir takım özgül durumlarda, sürekli bir konuşmazlık göstermesi ile karakterizedir (APA 1994). Hastalık seyrek olduğundan tüm belirtileri tam olarak bilinmemektedir. En sık okulda ve evin dışında konuşmama şeklinde görülür. Ancak evde kardeşleriyle, en az anne ya a babasın-

dan birisiyle konuşur. Görülme sıklığı 0.8-7.2/1000, erkek kız oranı 1/2 olarak bildirilmiştir (Baker ve Cantwell 1991). Koop ve Gillberg (1997)'in yaptıkları çalışma da, seçici konuşmazlığın görülme sıklığının 18/10000 olduğu ileri sürülmüştür. İlk kez 1877'de bu sorun, Kussmaul tarafından "istemli afazi" (aphasia voluntaria) olarak adlandırıldı (aktaran Dummit ark. 1997). Daha önce fonksiyonel konuşmazlık, konuşma fobisi, konuşmada tutukluluk, travmatik konuşmazlık, istemli konuşmazlık, Heinziyan mutism gibi isimlerle adlandırılmıştır (Baker ve Cantwell 1991). Seçici konuşmazlık (electiver mutis-

* 8. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kongresi'nde bildiri olarak sunulmuştur.

** Arş. Gör.Dr.. GATA Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.

*** Prof. Dr. GATA Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.

mus bei kindern) terimi klinik literatürde ilk kez 1934'de Tramer tarafından kullanıldı. Tramer, psikotik olmayan bazı çocukların sadece yakınları ile konuştuğunu, bu çocuklarda utangaçlık, çekingenlik, sosyal içe çekilme gibi belirtilerin sıklıkla gözlemlendiğini ileri sürmüştür (aktaran Black ve Uhde 1992).

Sosyal fobinin başlıca özelliği, kişinin tanımadığı insanlarla karşılaştığı, başkalarının gözünde olabileceği, bir veya birden fazla toplumsal, ya da bir eylemi gerçekleştirdiği durumlarda belirgin ve sürekli kaygı duymasındır (APA 1994). Her ne kadar sosyal fobinin toplumda %5-10 oranında görüldüğü belirtilse de (Kaplan ve Sadock 1994), bazı araştırmacılar bu bozukluğun sık görüldüğünü, fakat tanı konulmayan ve tedavi edilmeyen olguların olduğunu ileri sürmektedirler (aktaran Lepine ve Pellissolo 1996). Toplum içinde ya da yabancılar ile konuşmaktan korkma ve çekinme sosyal fobide en sık görülen belirtilerdir (Black ve Uhde 1995). Başlangıç yaşı sıklıkla 10 yaşından sonradır. Ancak 5 yaşında ya da 35 yaşında da başlayabilen olgular vardır (Kaplan ve Sadock 1994).

Bu yazıda seçici konuşmazlık tanısı konulmuş, sosyal kaygısı ve çekingenliği de belirgin olan, 8 yaşında bir kız çocuğu tartışmaya sunulmuş olup, seçici konuşmazlığın sosyal fobinin bir belirtisi olabileceği ileri sürülmüştür.

OLGU SUNUMU

İ.D. 8 yaşında, ilkökul birinci sınıf öğrencisi, sosyoekonomik düzeyi normalin biraz altında sayılabilecek bir ailenin altıncı ve en son kız çocuğu, büyükşehirde yaşıyor.

Yakınması: Okulda ve çeşitli sosyal ortamlarda konuşmama, çekingen olma, çabuk sinirlenme, ağlama.

Özgeçmişi: İ.D. normal bir hamilelik döneminden sonra, zamanında normal yolla doğmuş, doğar doğmaz ağlamış, morarması olmamış. İkinci ayda başını dik tutmaya, altıncı ayda desteksiz oturmaya, bir yaşında yürümeye ve kelime söylemeye, onbeş aylık iken kısa cümleler kurmaya, üç yaşında yemeğini kendisi yemeğe başlamış, iki yaşında tuvalet eğitimini tamamlamış. Ancak hala tuvalet temizliğini annesi yapıyor, zaman zaman annesi giydirmiş. Gece bir kardeşi ile birlikte yatıyormuş. İ.D. ailesinin yanında büyü-

müş, sürekli bakımını annesi yapmış. Önemli bir hastalık geçirmemiş.

Soygeçmişi ve aile yapısı: Baba, 45 yaşında, ilkökul mezunu, bir senedir emekli, sağlıklı, dışa dönük yapısı olan, gururlu, çabuk sinirlenip çabuk yumuşayan birisi olarak ifade ediliyor. Babanın si-gara ve hemen her gün olacak şekilde alkol alışkanlığı olduğu, ancak eve nadir olarak sarhoş geldiği bildiriliyor. Anne, 40 yaşında, ilkökul mezunu, sağlıklı, dışa dönük, titiz, gururlu, alıngan, kolay incinen, ancak kin tutmayan, sakin bir yapısının olduğu ifade ediliyor. İ.D.'nin 6 ablası var. Ablalarından yalnız birisinin içe dönük, çekingen, utangaç, büyükler ve eve gelen misafirler ile fazla konuşmayan, odasına kapanıp onların yanına çıkmayan, ancak kendi arkadaşlarıyla konuşan bir yapısının olduğu bildiriliyor. Genelde huzurlu bir aile olduğu, ancak babanın zaman zaman alkollü olarak eve gelmesinden dolayı tartışmalar olduğu ifade ediliyor. Ailede herhangi bir göç olayı, psikiyatrik ve önemli diğer tıbbi hastalık bildirilmiyor.

Öyküsü: Annesi İ.D.'nin çok belirgin olan çekingenliğinin ve utangaçlığının küçük yaşlardan beri var olduğunu, 2 senedir kendisinden büyüklerle, yabancı kişiler ile konuşmadığını, çok az arkadaşı olduğunu, okulda sadece 3 arkadaşı ile konuştuğunu ifade ediyor. İ.D. ilkökula başladığında hiç konuşmuyor, tahtaya kaldırıldığında soruları cevaplamıyor ve çeşitli işlemleri yapmıyormuş. Ancak ödevlerini düzenli ve eksiksiz olarak yapıyormuş. İlk senenin başlarında zaman zaman eve geri gelebilmek için altını ıslattığı ve bu şekilde okuldan uzak kaldığı oluyormuş. İlkokulda konuşmadığı ve takındığı bu tavırlar yüzünden bir sene sınıfta kaldığı belirtildi. İ.D.'nin yeni öğretmeni çok ilgili ve anlayışlı birisiymiş. Yeni öğretmeniyle az da olsa konuşmaya başlamış. Ancak, sokakta, alışveriş merkezlerinde konuşmuyormuş. Evlerine çocuklar geldiğinde onlarla konuşmaz, bütün oyuncaklarını toplar, kapısını kilitler, kendi kendisine oynarmış. Konuşması düzgün, kekemeliği yokmuş, yaşına uygun uzun, karışık cümleler kurabiliyormuş. Kelime dağarcığı yaşına göre iyiymiş. Kötü bir şey söylediğinde ailesinin azarladığı ya da yüzüne tokat attığı oluyormuş. Ancak toplum içinde veya yabancılarla konuşmamasının, böyle bir azarlamadan ya da vurmadan sonra başlayıp başlamadığını aile tam olarak netleştiremiyor. Ailesi daha çok sinsi bir başlangıç olduğunu, bu çocuğun zaten hep çekingen davrandığını ifade

ediyor. İ.D.'yi annesi, çok çekingen, utangaç, duygu ve düşüncelerini ifade etmeyen, inatçı, düzenli, titiz, kaprisli, içe dönük, çeşitli toplumsal durumlarda sıkıntı duyan, dona kalan, tanıdık olmayan insanların olduğu topluluklardan uzak kalan, istediği olmayınca hemen ağlayan ve sınırlenen, bu yolla isteklerini ailesine yaptırabilen, ağlamayı isteklerinin olmasında silah olarak kullanan, küçük duruma düşürüleceğinden ve utanç duyacağı bir davranışı yapmaktan sürekli korkan, ödevlerini düzenli ve titiz olarak yapan birisi olarak tanımlıyor. İ.D. kötü bir şey yaptığında annesinin tutumu, kızmak, bağır-mak, ağzına biber koymak, çok seyrek olarak poposuna vurmaya çalışıyor. Babasının tutumu, kızmak, poposuna vurup odasına kapatmış. Ablalarının tutumu, kızmak ve bağır-makmış, en büyük ablasının zaman zaman yüzüne vurduğu oluyormuş. İ.D.'ye verilen cezalarda aile üyeleri birbirine çok karışmazmış. İ.D. genelde ailede çok sevilir, şımartılır, annesi yapmasa da, ablaları ve babası hemen bütün istediklerini yaparmış.

Gözlem: İ.D. ile yapılan görüşmede, İ.D. göz teması kurmadı. Annesinin arkasına saklanmaya çalıştı. Sorulan soruları yanıtlamadı. Belirgin utangaçlığı ve çekingenliği vardı, sürekli önüne bakıyordu. Kendisine güzel sözler söylendiğinde göz teması kurmaksızın gülümsüyordu. İ.D. kendisine uygulanmak istenen psikolojik testleri reddetti.

Tanı: Ayırıcı tanıda iletişim bozuklukları, yaygın gelişimsel bozukluk, psikotik bozukluk, mental retardasyon düşünüldü. İ.D.'nin yaşına ve lehçesine uygun, gelişimsel olarak beklenen konuşma seslerini çıkartabilmesi ile fonolojik bozukluk, konuşmanın olağan akıcılığında ve zamanlamasında bozukluk olmaması ile kekemelik tanıları düşünülmüdü. Kullandığı sözcük sayısının çok sınırlı olmaması, dilbilgisi yönünden zaman seçiminde hatalar yapmaması, sözcükleri anımsamakta ya da gelişimine göre uygun uzunlukta ve karmaşıklıkta cümle kurmakta güçlük çekmesi ile sözel anlatım bozukluğu tanısı konulmadı. Sadece belirli toplumsal durumlarda konuşmaması, toplumsal etkileşimde ve iletişimde önemli nitel bozulmanın olmaması, davranış ilgi ve etkinliklerinde sınırlı, basmakalıp ve yineleyici örüntünün olmaması ile yaygın gelişimsel bozukluk tanısı düşünülmüdü. Hezeyanları, halüsinasyonları, dezorganize konuşması, dezorganize ya da katotonik davranışlarının olmaması ile psikotik bozukluk, entellektüel işlevselliğinin

yaşına uygun olması ile mental retardasyon tanıları konulmamıştır. İ.D. 'nin başka durumlarda konuşuyor olmasına karşın özgül birtakım durumlarda konuşmaması ile seçici konuşmazlık, tanımadığı insanlarla karşılaştığı ya da başkalarının gözü üzerinde olabileceği toplumsal durumlarda belirgin ve sürekli kaygı duyması ile sosyal fobi tanısı düşünülmüştür.

Tedavi ve izlem: İ.D. kliniğimizde on günde bir görülerek izlendi. İ.D.'ye oyun tedavisi, davranışçı tedavi yöntemleri, ilaçla tedavi uygulandı. Ailesi ve öğretmenine tutumlar konusunda önerilerde bulunuldu. İlaçla tedavide, sertralin 25 mg/gün kullanıldı. Bir buçuk aylık tedavi sonunda annesi İ.D.'nin ilaç tedavisinden fayda gördüğünü, mahalesindeki arkadaşları ile konuşmaya başladığını, sınıfında artık yüksek sesle şiir okuyabildiğini, okuldaki arkadaş ilişkilerinin arttığını bildirdi. Ancak polikliniğimizde devam ettiği gözleniyordu. Üç aylık ilaç tedavi yapıldıktan sonra, tedavide başka bir ilerleme kaydedilmemesi nedeniyle ilaç tedavisine son verildi. İ.D.'nin bölümümüz tarafından izlenmesine devam edilmektedir.

TARTIŞMA

Seçici konuşmazlığın etyoloji ve patogenezinde çeşitli etmenlerin rol oynayabileceği ileri sürülmüştür. Seçici konuşmazlığa eşlik eden, konuşma/dil bozuklukları, enürezis, enkoprezis gibi diğer gelişimsel hastalıklar ve EEG immatüritesi, biyolojik temeli olan maturasyonel bir bozukluğun etyolojide önemli olabileceği izlenimini uyandırmaktadır (Baker ve Cantwel 1991). Psikolojik varsayımlarda ise, gelişimin anal dönemine saplanma ya da gerileme olduğu ileri sürülmekte ve bu kişilerin anne babaya karşı düşmanca ve yıkıcı dürtüleri olduğu, ancak anne babaya bu kızgınlığın gösterilmesinin yasak olduğu belirtilmektedir (Baker ve Cantwel 1991). Seçici konuşmazlıkta aile ve kişilerarası dinamikler araştırılmış ve etyolojide önemli rol oynadığı ileri sürülmüştür. Çalışmaların çoğunda olduğu, anne ya da babanın en az birisinde çekingenlik ya da iletişim güçlüğü olduğu, sıklıkla parçalanmış ya da insanlarla ilişkileri sınırlı olan ailelerde görüldüğü, anneye aşırı bağlanmanın olduğu ileri sürülmüştür. Ayrıca bazı olguların, çocuğun söylediği bir şey için ciddi bir şekilde anlamlama öyküsünden sonra hastalığın başladığı söylenmektedir (Baker ve Cantwel 1991). Seçici ko-

nuşmazlığın sıklıkla, çocuğun kötüye kullanımı, tecavüz, ağız yaralanmaları gibi fiziksel travmalar, farklı dil kullanan bir bölgeye göçme, hastaneye yatırılma, aileden önemli ayrılmalar gibi çevre değişikliğinden sonra başlaması, çevresel ve sosyal etkenlerin önemini göstermektedir (Baker ve Cantwel 1991). Ancak şimdiye kadar göreceli olarak denek sayısının en fazla olduğu iki çalışmada travma ya da kötüye kullanım öyküsü bildirilmemiştir (Black ve Uhde 1995, Dummit ve ark. 1997). Bizim olgumuzda travma, kötüye kullanım öyküsü ya da etyolojide önemli olabilecek çevresel ve sosyal etkenler yoktu.

Dil ya da artikülasyon sorunlarının diğer tiplerinden, belirgin davranışsal farklılıklar bulunuyor olmasına karşın, seçici konuşmazlık çocuk psikiyatrisi kitaplarında (Lewis 1991, Rutter 1994) dil ve konuşma bozuklukları içinde ele alınmıştır. Seçici konuşmazlığı olan olgularda %12 oranında dil sorunundan kaynaklanan öğrenme güçlükleri bildirilmiştir. Seçici konuşmazlık tanısı konulan çocuklarda, gösterilebilen artikülasyon bozukluğu ya da kortikal dil işlev bozuklukları yoksa, dil ya da konuşma bozukluğu tanısından kaçınılmalıdır (Dummit ve ark. 1997). Bizim olgumuzda, dil ya da artikülasyon kusuru yoktu. DSM-IV'te seçici konuşmazlık, bebeklik, çocukluk ya da ergenliğin diğer bozuklukları başlığı altında sınıflandırılırken (APA 1994), ICD-10'da, çocukluk ve delikanlılık döneminde başlayan sosyal işlev bozuklukları başlığı altında ele alınmıştır (DSÖ 1992).

Bazı araştırmacılar bu çocukların, utangaç, bağımlı, tedirgin, duyarlı, çekingen ve kaygılı olduğunu belirtirken, diğerleri pasif agresif, inatçı, söz dinlemez, kızgın, aksi, manipülatif, kontrol edici gibi olumsuz kişilik özelliklerinin olduğunu belirtmektedirler. Her iki klinik tabloda da sosyal kaygı ve pasif agresif davranış reddedilmemektedir (aktaran Dummit ve ark. 1997). DSM-IV'e göre, sosyal kaygı ve toplumdaki kaçınma, seçici konuşmazlık ile birlikte olduğu durumlarda, sosyal fobi ve seçici konuşmazlık tanuları birlikte konulmalıdır (APA 1994).

Bugüne kadar seçici konuşmazlık ile ilgili en geniş sistematik araştırma 50 çocuk ile yapılmıştır. Bu araştırmaya göre seçici konuşmazlığa eşlik edebilen başlıca klinik tablolar şunlardır: Sosyal fobi ya da çekinme bozukluğu (%100), anksiyete bozuklukları (%48), ayrılma anksiyetesi bozukluğu (%26), aşırı anksiyete duyma bozukluğu (%14), basit fobiler (%34), konuşma, dil ya da öğ-

renme güçlükleri (%11) olarak bulunmuştur. Hiç bir çocukta depresif bozukluk, davranım bozukluğu tanuları konulmamıştır (Dummit ve ark. 1997). Seçici konuşmazlık ile ilgili yapılan 100 olgu serisini içeren çalışmada, seçici konuşmazlıkta utangaçlığın en belirgin kişilik özelliği olduğu, ikinci en sık görülen özelliğin anksiyete olduğu bildirilmektedir. (Steinhausen ve Juzi 1996). Bazı yazarlar (Black ve Uhde 1995, Crumley 1993, Dummit ve ark. 1997), özellikle toplum içinde konuşma korkusu ile seçici konuşmazlığın ayrı bir psikiyatrik hastalık olmasından çok, sosyal fobinin bir belirtisi olabileceğini ileri sürmektedir. Bunu destekleyen başlıca kanıtlar şunlardır:

1) Göreceli olarak denek sayısının en fazla olduğu iki araştırmada, seçici konuşmazlıkta sosyal anksiyetenin çok yaygın olarak bulunduğu belirlenmiştir. Dummit ve arkadaşlarının (1997) yaptıkları çalışmada seçici konuşmazlığı olan çocukların %100'ünün sosyal fobi tanısını da aldıkları belirtilirken, Black ve Uhde (1995)'nin yaptıkları çalışmada bu oran %97 olarak bulunmuştur. Black ve Uhde (1995) çalışmaya alınanların tümünde konuşmama ile birlikte sosyal anksiyetenin göze çarpan tek davranış anormalliği olduğunu belirtmektedirler. Ayrıca, yazma, iş yapma yetisi, yabancılarla karşılaşma, toplantılara gitme, dikkat odağı olma, göz teması kurma, toplum içinde yemek yeme gibi çeşitli sosyal durumlardaki anksiyete ve kaçınma skorları, bu çocukların konuşmanın gerektiği durumların dışında da, klinik olarak önemli sosyal anksiyetelerinin olduğunu göstermektedir (Dummit ve ark. 1997). Bizim olgumuzda da, çekingenlik, yabancılarla göz teması kurmama, toplum içinde bir eylemi gerçekleştireceği durumlarda kaygı duyma çok belirgindi.

2) Konuşmazlığın derecesi ile anne ve babaların derecelendirdiği anksiyete belirtilerinin (anksiyete, ayrılma anksiyetesi ve sosyal/performans anksiyetesi) arasında önemli korelasyon olduğu bulunmuştur. Bu, anksiyete ciddiyetinin konuşmazlığın ciddiyetini belirlemede önemli etken olduğu izlenimini uyandırmaktadır. Üstelik sosyal anksiyete ve seçici konuşmazlığın genellikle aynı yaşlarda geliştiği bildirilmektedir (Black ve Uhde 1995). Bizim olgumuzda, çok belirgin olan çekingenliğin ve utangaçlığın küçük yaşlardan beri var olduğu, 2 senedir kendisinden büyüklerle, yabancı kişiler ile konuşmadığı ifade ediyor.

3) Seçici konuşmazlıktaki cinsiyet oranları ile sosyal fobi ve çekinme bozukluğundaki cinsiyet oranları benzerdir (Black ve Uhde 1995). Seçici konuşmazlıkta 220 olgu sunumunun 143'ünün kız, 75'inin erkek olduğu (kız/erkek oranı 1.9/1) bulunmuştur (aktaran Black ve Uhde 1992). Çocukluk çağı çekinme bozukluğu ile ilgili olgu serisinde, 22 olgudan 16'sının kız olduğu (kız/erkek: 2.6/1) bildirilmiştir (aktaran Black ve Uhde 1992). Beidel (1991), okul çocuklarında sosyal fobinin ve aşırı anksiyete duyma bozukluğunun kızlarda daha sık görüldüğünü (sırasıyla 11 kız, 7 erkek ve 8 kız, 3 erkek) ileri sürmüştür. Klinik örnekleme de sosyal fobi ve çekinme bozukluğunun, kızlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Francis ve ark. 1992).

4) Toplum içinde, konuşmadan kaçınma ya da korkma, yetişkinlerde görülen sosyal fobinin en sık görülen belirtilerindendir. Bu kişilerin bazıları hiç konuşmayabilir. Aynı durumlarda, seçici konuşmazlığın ciddiyeti ile genel sosyal anksiyetenin ciddiyeti arasında benzerlik vardır. Yabancı ortamlarda yabancı kişiler ile konuşmayan çocukların ailelerinde sosyal fobi ya da çekinme bozukluğunun yaygınlığı yüksektir (aktaran Black ve Uhde 1995).

5) Black ve Uhde (1995)'nin yaptıkları çalışmada seçici konuşmazlığı olan çocukların ailelerinde, sosyal fobinin ve seçici konuşmazlığın prevalansının yüksek olduğu bildirilmiştir. Yapılan bir çalışmada, seçici konuşmazlığı olan çocukların anne ya da babalarından en az birisinin utangaç olmasının daha yüksek oranda (%7'ye karşı %51) görüldüğü bildirilirken, başka çalışmalarda seçici konuşmazlık ya da utangaçlık prevalansının yüksek olduğu ileri sürülmüştür (aktaran Black ve Uhde 1995). Olgumuzun sosyal anksiyete belirtileri gösteren bir ablası vardır.

6) Son olarak, yetişkinlerde sosyal fobide etkili olan ilaçların seçici konuşmazlıkta da etkili olduğu bildirilmektedir (aktaran Black ve Uhde 1995). Bizim olgumuz, sertralinden kısmen yararlanmıştı.

SONUÇ

Seçici konuşmazlık, hakkında çok az sistematik araştırılma yapılmış cender bir hastalıktır. Seçici konuşmazlığı olan çocuklarda sıklıkla sosyal anksiyete belirtileri de görülmekte ve yapılan sınırlı sayıda araştırmada bu çocukların büyük

oranda çekinme bozukluğu ya da sosyal fobi tanılarını da alabildikleri belirtilmektedir. Diğer taraftan toplum içinde konuşmadan kaçınma ya da korkma, sosyal fobinin en sık görülen belirtileri arasındadır. Her iki hastalığın, cinsiyet oranlarındaki benzerlikler, aynı yaşlarda başlıyor olması, seçici konuşmazlıkta sınırlı sayıda kullanılmış olsada aynı ilaçlardan fayda görmeleri, aynı aile içinde artmış prevalansları bu iki hastalığın doğasının aynı olabileceği kanısını uyardırmaktadır. Bu bağlamda seçici konuşmazlığı olan bir hastanın tedavisinde sosyal fobide uygulanan tedavi yöntemlerinin de denenmesinde yarar vardır.

KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-IV)*, çeviren E. Koroğlu Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Baker L, Cantwell DP (1991) *Disorder of language, speech, and communication. Child and Adolescent Psychiatry içinde M. Lewis (ed). Willtams & Wilkins, Baltimore, Maryland, s:516-521.*
- Beidel DC (1991) *Social phobia and overanxious disorder in school age children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 30:545-552.*
- Black B, Uhde TW (1992) *Elective mutism as a variant of social phobia. J. Am Acad. Child Adolesc Psychiatry, 31:6. 1090-1094.*
- Black B, Uhde TW (1995) *Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 34:7. 847-846.*
- Crumley Fe (1993) *Is elective mutism a social phobia? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 32: 1081-1082.*
- Dummit ES, Klein RG, Tancer NK ve ark. (1997) *Systematic assessment of 50 children with selective mutism. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36:5. 653-660.*
- Dünya Sağlık Örgütü (1993) *ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukları Sınıflandırması içinde, çeviren F.Çuhadaroğlu Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği yayını, Ankara.*
- Francis G, Last CG, Strauss CC (1992) *Avoidant disorder and social phobia in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 31:1086-1089.*

Kaplan HI, Sadock BJ (1994) *Selective Mutism*. Synopsis of Psychiatry seventh edition içinde. Williams & Wilkins. Baltimore. Maryland. s:592-598.

Kopp S, Gillberg C (1997) *Selective mutism: A population-based study: A research note*. J Child Psychol Psychiat 38: 257-262.

Lepine JP, Pelissolo A (1996) *Comorbidity and social phobia: clinical and epidemiological issues*. Int Clin Psychopharmacol. 11: 35-41.

Lewis M (1991) *Child and Adolescent Psychiatry: A comprehensive textbook*. Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland.

Rutter M (1994) *Child and Adolescent Psychiatry: Modern approaches 3rd ed*. Blackwell Scientific Publication, Oxford.

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

**IX. ULUSAL ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI
VE HASTALIKLARI KONGRESİ
ADANA**

28-30 Nisan 1999

İletişim Adresi:

Dr. Rasim Soner Diler Çocuk Ruh Sağlığı
ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Balcalı 01330 ADANA.

Tel: 0.322 338 68 75 – 0.322 337 60 60 / 3246

Fax: 0.322 338 68 75

E-mail: ayseavci@pamuk.cu.edu.tr

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Güçlendirme Vakfı