Valikoiva puhumattomuus – haasteena lapsen vaikeneminen

Valikoiva puhumattomuus on lapsuudessa kehittyvä sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriö, jonka ydinoireisiin kuuluu sosiaalisiin tilanteisiin liittyvä ahdistus. Tunnesäätelyyn liittyvillä tekijöillä ajatellaan olevan merkittävä vaikutus valikoivan puhumattomuuden kehittymisessä: se voi toimia lapsen kehittämänä selviytymisstrategiana ahdistuksen välttämiseksi vaikeissa tilanteissa. Häiriö aiheuttaa huomattavaa sosiaalista haittaa ja heikentää toimintakykyä. Erilaisia psykoterapeuttisia hoitomuotoja, terapeutin ohjaamia harjoituksia sekä ääni- ja kuva -avusteisia menetelmiä on kehitetty. Lapsen tunnesäätelyn kehittämiseksi on usein tarpeen korjata vanhemman ja lapsen vuorovaikutusta. Häiriön kesto on keskimäärin yli viisi vuotta. Intensiivisellä ja tarvittaessa pitkäkestoisella kuntoutuksella yli puolet potilaista saavuttaa remission. SSRI-lääkehoito, erityisesti fluoksetiini, terapiaan yhdistettynä voi parantaa kuntoutumisen mahdollisuuksia.

Valikoiva puhumattomuus luokitellaan lapsuudessa tai nuoruusiässä alkaviin sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriöihin. Useimmiten häiriö ilmenee ensimmäisen kerran varhaislapsuudessa keskimäärin 3–4 vuoden iässä, mutta diagnosointi tapahtuu yleensä vasta 6–9 vuoden iässä (Steinhausen ja Juzi 1996, Dummit ym. 1997, Kumpulainen ym. 1998). Valikoivan puhumattomuuden esiintyvyyden on eri aineistoissa raportoitu olevan 0,47–0,76 % (Bergman ym. 2002, Viana ym. 2009). Häiriötä on raportoitu hieman enemmän tytöillä kuin pojilla (Dummit ym. 1997, Kristensen 2000).

Taudinkuva ja diagnosointi

Häiriössä lapsi osoittaa normaalia kielellistä kyvykkyyttä joissakin tilanteissa, mutta on johdonmukaisesti puhumatta toisissa tilanteissa. Tyypillisesti lapsi puhuu johdonmukaisesti ja sujuvasti kotioloissa, mutta on puhumaton tai lähes puhumaton koulussa.

Valikoivan puhumattomuuden (F94.0) (TAULUKKO) diagnostisissa kriteereissä edellytetään, että lapsen puheen tuottaminen ja ymmärtäminen eivät poikkea merkittävästi iänmukaisesta keskiarvosta. Toisaalta lievemmät puheen viivästymät tai ääntämishäiriöt eivät ole diagnosoinnin este. Diagnoosi voidaan tehdä, jos kielelliset kyvyt riittävät tavanomaiseen vuorovaikutukseen ja jos vallitsee selvä epäsuhta kielen käytössä erilaisissa sosiaalisissa yhteyksissä. Lisäksi edellytyksenä on, että samanaikaisesti ei ole diagnosoitavissa laaja-alaista kehityshäiriötä (F84) ja että häiriö on kestänyt yli kuukauden eikä ole selitettävissä hiljattaisella elämänmuutoksella kuten koulunaloituksella tai muuttamisella vieraskieliseen maahan (WHO 1992, American Psychiatric Association 2000).

Tausta ja samanaikaiset häiriöt

Valikoivan puhumattomuuden taustaa ei ole kyetty tyhjentävästi selvittämään. Taustatekijöiksi on esitetty perheen sisäisiä ja kasvatuksellisia ongelmia, traumaattisia kokemuksia sekä perinnöllisyyttä (Sharkey ja McNicholas 2008, Scott ja Beidel 2011). Valikoivaa puhumattomuutta pidetään yhtenä ahdistushäiriön muotona eikä niinkään puheen ja kielen kehi-

Duodecim 2013;129:2641–6

TAULUKKO. Valikoivan puhumattomuuden (F94.0) diagnoosikriteerit ICD-10-tautiluokituksen mukaan (WHO 1992).

Lapsi osoittaa kielellistä kyvykkyyttä joissakin tilanteissa, mutta on puhumatta toisissa määritettävissä tilanteissa.
Puheen tuottaminen ja ymmärtäminen mitattuina standardoiduilla testeillä ovat lapsen iänmukaisten 2SD-rajojen sisällä.
Todistettavasti johdonmukaista puhumattomuutta tietyissä sosiaalisissa tilanteissa, joissa lapsen odotetaan puhuvan (esim. koulussa) huolimatta kyvystä puhua muissa tilanteissa.
Häiriön kesto yli neljä viikkoa.
Ei ole diagnosoitavissa laaja-alaista kehityshäiriötä (F84).
Häiriö ei selity lapsen riittämättömällä kielen osaamisella tilanteissa, joissa lapsi on puhumaton.

tyshäiriönä (Vecchio ja Kearney 2005, Steinhausen ym. 2006). Sitä pyritään selittämään muun muassa tunnesäätelyteorialla, jonka mukaan yksilöiden emotionaalinen reaktiivisuus stressitekijöihin vaihtelee runsaasti (Fox ym. 2005, Bögels ym. 2010, Cisler 2010). Emotionaalisesta reaktiosta seuraa erilaisia kognitiivisia, fysiologisia ja käytöksen muutoksia, jotka puolestaan riippuvat yksilön kyvystä säädellä emotionaalista aktivaatiotaan stressitilanteessa. Näin ollen valikoiva puhumattomuus voisi olla tunnesäätelyn strategia, jossa emotionaalista aktivaatiota vähennetään välttämällä puhumista uhkaavassa tai stressaavassa tilanteessa. Lapsuuden voimakas stressaava tai traumaattinen tapahtuma on mahdollinen mutta harvinainen valikoivan puhumattomuuden aiheuttaja ja limittäistä esiintyvyyttä posttraumaattisen stressireaktion ja jopa dissosiaatiohäiriön kanssa on raportoitu (Steinhausen ja Juzi 1996, Viana ym. 2009).

Hiljattain on myös esitetty auditorisia hypoteeseja valikoivan puhumattomuuden taustalla. Bar-Haimin ym. (2004) esittämässä teoriassa vajavainen kuuloaistimuksen käsittely vokalisaation aikana saattaa vaikeuttaa lapsen samanaikaista puhumista ja kuuntelemista. Arien tutkimusryhmä on osoittanut, että puhumattomien lasten auditoristen vievien ratojen toiminta on heikompaa ja he menestyvät verrokkeja heikommin oman puheen aikaisessa kuulonvaraisessa erottelussa (Arie ym. 2007).

Valikoivaa puhumattomuutta on esiintynyt usein jollakin lapsen lähisukulaisista, ja heidän perheissään esiintyy normaalia useammin ujoutta ja vähäpuheisuutta (Black ja Udhe 1992, Kristensen 2000). Perhedynamiikassa voi olla ongelmia esimerkiksi siten, että äiti on ylisuojelevainen tai symbioottisessa suhteessa puhumattomaan lapseen. Lisäksi puhumattoman lapsen vanhempien parisuhteessa voi olla ongelmia ja tunteiden ilmaisu ja kommunikaatio voi olla vähäistä (Rosenberg ja Lindblad 1978). Valikoivasti puhumattomien lasten vanhempien on havaittu olevan keskimääräistä kontrolloivampia, mikä puolestaan liittyy lapsen tai vanhemman omaan ahdistuneisuuteen: vanhempi ottaa lapselta pois vastuuta ja hoitaa asioita tämän puolesta helpottaakseen omaa ja lapsen ahdistusta sosiaalisissa tilanteissa (Edison ym. 2011).

Häiriö ei ole kliiniseltä kuvaltaan yhtenäinen, mutta valikoivasti puhumattomilla lapsilla esiintyy normaalia useammin sosiaalista herkkyyttä tai ujoutta, sosiaalisten tilanteiden pelkoa, vetäytyneisyyttä sekä vastustavaa käytöstä. Useimmiten samoja piirteitä on myös ensimmäisen asteen sukulaisilla (Chavira ym. 2007). Valikoivassa puhumattomuudessa on useita yhteisiä piirteitä sosiaalisten tilanteiden pelon kanssa, ja jopa 97 % valikoivasti puhumattomista lapsista täyttävät sosiaalisen fobian (F40.1) diagnoosikriteerit. Muina samanaikaisia diagnooseina on raportoitu kastelua ja tuhrimista (42 %:lla), eroahdistusta (30 %:lla) ja pakko-oireista häiriötä (vajaalla 10 %:lla) (Kristensen 2000).

On esitetty, että valikoiva puhumattomuus ei olisi erillinen häiriö, vaan sosiaalisten tilanteiden pelon äärimmäinen ilmentymä (Black ja Uhde 1992). Vertailtaessa valikoivaa puhumattomuutta ja sosiaalista fobiaa todettiin kuitenkin valikoivasti puhumattomien ryhmässä huomattavasti enemmän kielellisiä heikkouksia (Manassis ym. 2007). Lisäksi valikoivasti puhumattomien lasten sosiaaliset taidot olivat muita heikompia myös tilanteissa, joissa ei tarvinnut puhua (Cunningham ym. 2006). DSM-luokituksen valmisteilla olevassa viiden-

Oma potilas

Kuvaamme kahden vuoden ajalta lastenpsykiatrian klinikalla hoidetun valikoivasti puhumattoman lapsen oirekuvan ja kuntoutuksen vaiheita.

ESITIEDOT

Nyt 7-vuotias Mika tuli terveyskeskuslääkärin lähetteellä valikoivan puhumattomuuden takia lastenpsykiatrian poliklinikkaan ollessaan 5-vuotias.

Mika on kolmelapsisen perheen esikoinen. Hänen varhaisvaiheiden kehityksensä sekä puheenkehityksensä lukuun ottamatta R-kirjaimen ääntämisvaikeutta ovat edenneet normaalisti. Mikalla esiintyi valikoivaa puhumattomuutta ensimmäisen kerran päiväkodissa pian sen jälkeen, kun hän oppi 2-vuotiaana puhumaan. Hän puhui muille lapsille mutta ei vieraille aikuisille. Kotona hän puhuu kaikkien perheenjäsenten kanssa. Mika puhuu omille vanhemmilleen kimeällä vauvamaisella äänellä mutta sisaruksilleen normaalilla äänellä. Puhetyyli muuttui lapsenomaiseksi pikkusiskon syntymän jälkeen. Äidistä irtautuminen oli vaikeaa esikouluiässä.

Mika aloitti 1. luokalla koulussa, jossa hän ei vastaa luokkahuoneessa puhumalla vaan ainoastaan kirjallisesti opettajalle. Hän kuitenkin puhuu eri tilassa ääneen kahden kesken opettajan kanssa. Luokkahuoneessa ja välitunnilla hän puhuu siskonsa sekä yksittäisten ikätoveriensa kanssa silloin, kun suuremman ryhmän huomio ei keskity häneen. Vanhemmat kertovat olleensa itse lapsena huomattavan arkoja. Lisäksi isän puheenkehityksessä oli lapsena viive, ja hänellä on todettu lukihäiriö.

TUTKIMUKSET

Mikalle tehtiin 4-vuotiaana perusterveydenhuollossa kognitiiviset yksilötutkimukset, joissa älyllinen kehitys oli ikätason odotusten rajoissa. Näkö ja kuulo todettiin normaaleiksi. Tutkimustilanteissa hän oli puhumaton ja kommunikoi nyökkäilemällä ja kirjallisesti. Tutkimusten perusteella psyykkisillä tunnetekijöillä arvioitiin olevan merkittävä osuus kaikkeen suoriutumiseen.

5-vuotiaana Mika oli lastenpsykiatrian poliklinikan käynneillä puhumaton, mutta tiiviissä kontaktissa vieraaseen aikuiseen ja vastasi päätä nyökkäämällä tai pudistamalla. Psykologisissa tutkimuksissa hän antoi selkeästi kronologista ikäänsä pienemmän pojan vaikutelman. Itsenäistymiskehityksessä oli puutteita ja äitiin takertuminen edelleen voimakasta. Pettymyksensietokyky oli huono, ja siirtymätilanteet tuottivat vaikeutta. Tunteiden säätelyssä oli ongelmia.

OIREKUVA

Kotona haasteina olivat Mikan voimakastahtoisuus ja kiukkukohtaukset pettymys- ja rajoittamistilanteissa, joissa hän oli aggressiivinen äitiään ja sisaruksiaan kohtaan. Pojalla ilmeni kotioloissa vaikeutta päätöstenteossa sekä joustamattomuutta tahtomisasioissa. Tällaisissa tilanteissa tunnehämmennys näkyi lamaantumisena ja jumiutumisena. Tukikeinona käyttöönotettujen kuvien kautta Mika kykeni jossain määrin tunnistamaan ja ilmaisemaan jäsennellymmin tunteitaan. Arviointikäyntien perusteella todettiin, ettei Mika ole psykososiaaliselta kehitykseltään vielä kypsä mihinkään yksilölliseen terapiakuntoutukseen. Hoidossa päätettiin edetä perhetasolla.

HOITO JA JATKOSUUNNITELMA

Mikan ollessa 6-vuotias hänet ohjattiin lastenpsykiatrian perheosastojaksolle. Perheosastolla pystyttiin korjaamaan perheen toimintatapoja käytännön tilanteissa mallintamalla ja puuttumalla suoraan perheen ongelmatilanteisiin. Työskentelyllä pyrittiin korjaamaan perheen sisäistä vuorovaikutusta, jossa oli selvästi muodostumassa negatiivinen kierre, kun poika käytti valtaa muihin perheenjäseniin. Pojan ripustautuminen äitiin hidasti sekä hänen omaa itsenäistymiskehitystään että aiheutti muissa perheenjäsenissä ärtymystä. Perheen isän merkityksen esiintuominen perhedynamiikan tasoittajana toi helpotusta kokonaistilanteeseen. Mikan puhetyyli muuttui iänmukaiseksi. Mikan äiti koki jakson hyödylliseksi. Hän kertoi oivaltaneensa oman tärkeytensä vuorovaikutuksessa ja löysi uusia toimintatapoja pojan tukemiseen erityisesti sosiaalisissa tilanteissa. Mika nautti kahdenkeskisestä ajasta äidin kanssa ja tuli jakson edetessä luontevammin kontaktiin myös lastenpsykiatrian työntekijöiden kanssa: poika alkoi puhua ensin äidille muiden kuullen, ja sittemmin vastasi ääneen myös työntekijöille. Jaksolla esiin tuli voimakastahtoinen, omaehtoinen, erityisesti äidin suhteen haastava poika.

Jatkohoidon tavoitteena on perheenjäsenten vuorovaikutuksen tukeminen sekä vanhempien ja lapsen kiintymyssuhteen tukeminen. Theraplay-tekniikalla toteutettavaa hoitoa suunnitellaan. Hoidolla pyritään kohentamaan Mikan kykyä tunnistaa tunteitaan ja säädellä niitä sekä kehittämään hänen kielellistä ja ei-kielellistä ilmaisuaan eri ympäristöissä, etenkin koulussa.

YDINASIAT

- Valikoivan puhumattomuuden ydinoireisiin kuuluu sosiaalisiin tilanteisiin liittyvä ahdistus.
- Etenkin hoitamattomana se on osalla potilaista huonosti paraneva ja pitkäkestoinen.
- Yksittäisten psykoterapeuttisten menetelmien toimivuudesta on lupaavaa näyttöä pienissä aineistoissa.
- Häiriön varhainen tunnistaminen ja intensiivinen yksilöllisesti suunniteltu hoito on ensiarvoisen tärkeää.

nessä versiossa valikoiva puhumattomuus on alustavasti sijoitettu yhdeksi sosiaalisen fobian alamuodoista (Bögels ym. 2010).

Hoito

Häiriön suhteellisen harvinaisuuden ja kontrolloitujen interventiotutkimusten puutteen vuoksi valikoivan puhumattomuuden hoito ei ole vakiintunut. Hoito tähtää vuorovaikutustaitojen kehittämiseen ja ahdistuksen lievittämiseen. Kuntoutuksen tavoitteena on saada lapsi puhumaan sosiaalisissa tilanteissa, mikä edellyttää tiivistä yhteistyötä koulun tai muiden sellaisten ympäristöjen kanssa, jossa puhumattomuudesta on eniten haittaa. Kognitiivisia, psykodynaamisia ja käyttäytymisterapeuttisia hoitomuotoja sekä ryhmäterapiamuotoja on käytetty menestyksellisesti pienissä tutkimusaineistoissa (Kumpulainen 2002, Cohan ym. 2006, Fisak ym. 2006, Sharkey ym. 2008, Vecchio ja Kearney 2009). Perheterapiasta on vain vähän tutkimusraportteja, ja näin ollen myös näyttö sen vaikuttavuudesta on vähäistä. Perheen mukaan ottamista terapeuttiseen prosessiin pidetään kuitenkin tärkeänä, ja perheenjäsenten yhteistyö ja ymmärtäväisyys voivat edistää puhumattoman lapsen kuntoutumista sekä lievittää hänen ahdistuneisuuttaan (Rosenberg ja Lindblad 1978, Black ja Uhde 1992, Kumpulainen 2002).

Käyttäytymisterapeuttinen näkökulma lähtee siitä, että puhumattomuus on opittua käytöstä, jonka tarkoituksena on joko välttää ahdistusta, saada huomiota tai hallita ympäristöä. Tällöin puhumattomuuden voi katsoa olevan erilaisten ehdollistumisten kehityskaaren lopputulos. Yhtenä terapiamuotona on lisätä asteittain sosiaalisen tilanteen haastavuutta ja samalla oppia pois epätoivotusta käytösmallista (contingency management) (Vecchio ja Kearney 2009). Voimaannuttamis- ja itsetarkkailumenetelmässä (self-modeling) tehdään ääni- ja kuvanauhoite lapsen onnistuneesta puheesta ja mahdollisesti editoidaan se vaikeampaan ympäristöön, jolloin lapsi tottuu oman äänensä kuulemiseen ja saa mielikuvia onnistumisesta (Lang ym. 2011). Kognitiivisessa terapiassa lasta autetaan tunnistamaan ahdistuksen tunteita ja siihen liittyviä ruumiillisia oireita sekä havaitsemaan ajatusvääristymiä (Manassis 2009). Lisäksi luodaan rakentavia selviytymisstrategioita, tehdään rentoutumisharjoituksia ja annetaan vanhemmille psykoedukaatiota. Yksittäisten menetelmien tuloksellisuudesta on tutkimusnäyttöä, mutta tulosten pysyvyys on epävarmaa (Cohan ym. 2006, Steinhausen ym. 2006). SSRI-lääkityksestä, etenkin fluoksetiinista, on havaittu olevan puhumattomuuden ja ahdistuneisuuden helpottamisessa hyötyä terapian liitännäishoitona (Kaakeh ja Stumpf 2008).

Pohdinta

Valikoiva puhumattomuus on huomattavaa sosiaalista haittaa ja toimintakyvyn laskua aiheuttava psykiatrinen häiriö. Se ilmenee usein jo varhaisella iällä, pian lapsen puhumaan oppimisen jälkeen. Silti se diagnosoidaan usein vasta esikouluiässä. Häiriö ei ole kaikkein harvinaisimpia, koska raportoidun esiintyvyyden perusteella 200 oppilaan koulussa keskimäärin yksi lapsi kärsii valikoivasta puhumattomuudesta. Aiemmin on luultu, että valikoivalla puhumattomuudella on suotuisa luonnollinen taudinkulku ja että se lievenisi itsestään iän karttuessa. Uudempi tutkimustieto kuitenkin osoittaa, että kyseessä on varsin pitkäaikainen ja hoitamattomana yleensä paheneva häiriö

(Steinhausen ym. 2006, Remschmidt ym. 2010).

Ennusteen arvioiminen on vaikeaa, koska pitkiä seurantatutkimuksia valikoivasti puhumattomista lapsista on vähän ja ne päättyvät usein ennen kuin tutkitut täyttävät 18 vuotta. Useimmat tutkimukset käsittävät alle kymmenen lapsen aineiston, ja seuranta-aika on lyhyt. Aineistosta riippuen häiriön on katsottu parantuneen 39–100 %:ssa tapauksista. Useimmiten parantumisprosentti on 50 %:n luokkaa: parempien remissioprosenttien aineistoissa seuranta-aika on ollut pidempi, jopa yli 10 vuotta (Steinhausen ym. 2006, Remschmidt ym. 2010). Useimmiten valikoiva puhumattomuus kestää yli viisi vuotta ja kuntoutuminen on pitkäkestoinen prosessi. Lisäksi lapsuusiän valikoiva puhumattomuus on aikuisiällä kehittyvän ahdistuneisuushäiriön merkittävä riskitekijä. Erityisesti se on yhteydessä sosiaalisten tilanteiden pelkoon (Steinhausen ym. 2006).

Häiriön varhainen tunnistaminen ja intensiivinen, riittävän keskitetty hoito on ensiarvoisen tärkeää. Valikoivan puhumattomuuden hoitokäytäntö on vakiintumatonta, koska häiriö on suhteellisen harvinainen eikä laajempia vertailututkimuksia ole. Valikoivaa puhumattomuutta pidetään vaikeana häiriönä, jota on haasteellista hoitaa. Yksittäisten psykoterapeuttisten menetelmien toimivuudesta on lupaavaa näyttöä pienissä aineistoissa, joihin häiriöstä kärsivien lasten hoitoyksiköissä kannattaa tutustua. Ne kannattaa myös ottaa kokeiluun. Hoito ja kuntoutus suunnitellaan yksilöllisesti lapsen ja perheen tarpeista lähtien. Vanhemman ja lapsen välistä vuorovaikutusta on usein tarpeen kehittää ja korjata. Tiedon lisääminen ja toimijoiden välinen sujuva yhteistyö päiväkodeissa, kouluissa, perusterveydenhuollossa sekä erikoissairaanhoidossa ovat keskeisiä tavoitteita valikoivasta puhumattomuudesta kärsivien lasten ja nuorten auttamiseksi. ■

TEEMU LÄMSÄ, LT, erikoistuva lääkäri
RITVA ERKOLAHTI, dosentti
Oulun yliopisto
kliininen opettaja
Turun yliopisto
Satakunnan sairaanhoitopiiri,
lastenpsykiatrian vastuualue

SIDONNAISUUDET
Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia

Summary

Selective mutism
Selective mutism is a disorder closely linked to anxiety disorders in particular social phobia. Heightened sensitivity to emotional stress factors and coping with social anxiety may be part of the causes leading to the failure to speak. Follow-up studies confirm the fact that selective mutism is a very persistent disorder with a general tendency of poor outcome in particular if not intensively treated. Current treatment combines different modalities of cognitive-behavioural therapies which are aimed to reduce anxiety symptoms and to improve verbal communication. Enhancing of parent-child interaction is often needed to improve the child's emotion regulation skills. SSRI medication, especially fluoxetine, may improve outcome when combined with therapy.

KIRJALLISUUTTA

• American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. painos – text revision (DSM-IV-TR). Washington DC: American Psychiatric Association 2000.

• Arie M, Henkin Y, Lamy D, ym. Reduced auditory processing capacity during vocalization in children with selective mutism. Biol Psychiatry 2007;61: 419–21.

• Bar-Haim Y, Henkin Y, Ari-Even-Roth D, Tetin-Schneider S, Hildesheimer M, Muchnik C. Reduced auditory efferent activity in childhood selective mutism. Biol Psychiatry 2004;55:1061–8.

• Bergman RL, Piacentini J, McCracken JT. Prevalence and description of selective mutism in a school-based study. J Am Acad Child Adolesc 2002;41:938–46.

• Black B, Uhde TW. Elective mutism as a variant of social phobia. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1992;31:1090–4.

• Bögels SM, Alden L, Beidel DC, ym. Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. Depress Anxiety 2010;27:168–89.

• Chavira DA, Shipon-Blum E, Hitchcock C, Cohan S, Stein MB. Selective mutism and social anxiety disorder: all in the family? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007;46:1464–72.

• Cisler JM, Olatunji BO, Feldner MT, Forsyth JP: Emotion regulation and the anxiety disorders: an integrative review. J Psychopathol Behav Assess 2010;32: 68–82.

• Cohan SL, Chavira DA, Stein MB. Practitioner review: psychosocial interventions for children with selective mutism: a critical evaluation of the literature from 1990-2005. J Child Psychol Psychiatry 2006;47:1085–97.

• Cunningham CE, McHolm A, Boyle MH. Social phobia, anxiety, oppositional behaviour, social skills and self-concept in children with specific selective mutism, generalized selective mutism and community controls. Eur Child Adolesc Psychiatry 2006;15:245–55.

• Dummit ES, Klein RG, Tancer NK, Asche B, Martin J, Fairbanks JA. Systematic assessment of 50 children with selective mutism. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997;36:653–60.

• Edison SC, Evans MA, McHolm AE, ym. An investigation of control among parents of selectively mute, anxious, and non-anxious children. Child Psychiatry Hum Dev 2011;42:270–90.

• Fisak BJ, Oliveros A, Ehrenreich JT. Assessment and behavioral treatment of selective mutism. Clin Case Studies 2006; 5:382–402.

• Fox NA, Henderson HA, Marshall PJ, Nichols KE, Ghera MM. Behavioral inhibition: linking biology and behavior within a developmental framework. Annu Rev Psychol 2005;56:235–62.

• Kaakeh Y, Stumpf JL. Treatment of selective mutism: focus on selective serotonin reuptake inhibitors. Pharmacotherapy 2008;28:214–24.

• Kristensen H. Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/ delay, anxiety disorder and elimination disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000;39:249–56.

• Kumpulainen K, Räsänen E, Raaska H, Somppi V. Selective mutism among second-graders in elementary school. Euro Child Adolesc Psychiatry 1998;7:24–9.

• Kumpulainen K. Phenomenology and treatment of selective mutism. CNS Drugs 2002;16:175–80.

• Lang R, Regester A, Mulloy A, Rispoli M, Botout A. Behavioral intervention to treat selective mutism across multiple social situations and community settings. J Appl Behav Anal 2011;44:623–8.

• Manassis K, Tannock R, Garland EJ, Minde K, McInnes A, Clark S. The sounds of silence: language, cognition, and anxiety in selective mutism. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007;46:1187–95.

• Manassis K. Silent suffering: understanding and treating children with selective mutism. Expert Rev Neurother 2009;9:235–43.

• Remschmidt H, Poller M, Herpertz-Dahlmann B, Hennighausen K, Gutenbrunner C. A follow-up study of 45 patients with elective mutism. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2001;251:284–96.

• Rosenberg JB, Lindblad MB. Behaviour therapy in a family context: Treating elective mutism. Fam Process 1978;17:77–82

• Sharkey L, McNicholas F. 'More than 100 years of silence', elective mutism: a review of the literature. Eur Child Adolesc Psychiatry 2008;17:255–63.

• Sharkey L, Mc Nicholas F, Barry E, Begley M, Ahern S. Group therapy for selective mutism – a parents' and children's treatment group. J Behav Ther Exp Psychiatry 2008;39:538–45.

• Scott S, Beidel DC. Selective mutism: an update and suggestions for future research. Curr Psychiatry Rep 2011;13: 251–7.

• Steinhausen HC, Juzi C. Elective mutism: an analysis of 100 cases. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996;35:606–14.

• Steinhausen HC, Wachter M, Laimbock K, Winkler Metzke C. A longterm outcome study of selective mutism in childhood. J Child Psychol Psychiatry 2006;47:751–56.

• Vecchio J, Kearney CA. Selective mutism in children: comparison to youths with and without anxiety disorders. J Psychopath Beh Assess 2005;28:139–44.

• Vecchio J, Kearney CA. Treating youths with selective mutism with an alternating design of exposure-based practice and contingency management. Behav Ther 2009;40:380–92.

• Viana AG, Beidel DC, Rabian B. Selective mutism: a review and integration of the last 15 years. Clin Psychol Rev 2009;29:57–67.

• WHO. ICD-10: international classification of diseases and related health problems. 10. painos. Geneva: World Health Organization 1992.