

# Seçici Konuşmazlık Tanısı Konan Bir Çocukta Çok Eksenli Tedavi Yaklaşımı

## Multimodal Treatment Approach in a Child with Selective Mutism

© Ruken Demirkol Tunca, © Devrim Akdemir

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

### ÖZ

Seçici konuşmazlık çocukluk döneminde başlayan ve çocuğun konuşabilme becerisinin olmasına ve bazı ortamlarda normal olarak konuşmasına rağmen, konuşmasının beklendiği diğer bazı sosyal ortamlarda konuş(a)maması ile karakterize olan psikiyatrik bir bozukluktur. Seçici konuşmazlık klinik örneklemede nadir olarak görülmektedir. Seçici konuşmazlığın gelişimi genetik, mizaçsal, çevresel ve gelişimsel faktörlerin etkileşimi sonucunda olmaktadır. Seçici konuşmazlığı olan çocukların tedavisinde davranışçı ve bilişsel-davranışçı terapi, aile terapisi, psikodinamik psikoterapi, oyun terapisi ve konuşma terapisi gibi müdahalelerin etkinliğini gösteren çalışmalar halen görece kısıtlıdır. Bu olgu sunumunda seçici konuşmazlık tanısı konan yedi yaşındaki bir erkek çocuğun oyun terapisini, aile danışmanlığını, eşlik eden psikiyatrik bozuklukların tedavisini, konuşma terapisini, eğitimsel müdahaleleri ve farmakoterapiyi içeren çok eksenli tedavi süreci yazın bilgileri ışığında tartışılmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Seçici konuşmazlık, oyun terapisi, konuşma terapisi, farmakoterapi, çok eksenli tedavi

### ABSTRACT

Selective mutism is a disorder that begins in childhood and is characterized by lack of speech in certain social settings in which the child is expected to speak, although he/she has the ability to speak and speaks normally in other settings. Selective mutism is a rare disorder in clinical psychiatry. Selective mutism is caused by the interaction of genetic, temperamental, environmental and developmental factors. Studies showing the effectiveness of interventions in the treatment of children with selective mutism such as behavioral and cognitive-behavioral therapies, family therapy, psychodynamic psychotherapy, play therapy and speech therapy are still relatively limited. In this case report, the multimodal treatment of a seven-year-old boy with selective mutism including play therapy, family counseling, treatment of comorbid psychiatric disorders, speech therapy, educational interventions and pharmacotherapy is discussed with a review of literature.

**Keywords:** Selective mutism, play therapy, speech therapy, pharmacotherapy, multimodal treatment

### Giriş

Seçici konuşmazlık çocukluk döneminde başlayan ve çocuğun konuşabilme becerisinin olmasına ve bazı ortamlarda (örn. evde) normal olarak konuşmasına rağmen, konuşmasının beklendiği diğer bazı sosyal ortamlarda (örn. okulda) konuş(a)maması ile karakterize olan psikiyatrik bir bozukluktur. Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal sınıflaması-5'e (DSM-5) göre anksiyete bozuklukları başlığı altında yer almaktadır.<sup>1</sup> Seçici konuşmazlığın yaygınlığı okul öncesi, birinci ve ikinci sınıfta olan çocuklar ile yapılan çalışmalarda %0,71 ile %2 arasında değişmekte ve kızlarda erkeklerden daha sık görüldüğü bildirilmektedir.<sup>2,3</sup>

Seçici konuşmazlığı olan çocukların tedavisine ilişkin yapılan çalışmalar görece kısıtlıdır. Tedavide ilaç tedavisi ve psikoterapötik girişimlerin birlikte kullanılması önerilmektedir.<sup>4</sup> Çocuk ailesi ve çevresi ile birlikte ele alınmalıdır. Tedavi ekibinde

ruh sağlığı uzmanlarının yanı sıra konuşma terapistlerinin ve okul danışmanlarının yer alması önemlidir.

Bu olgu sunumunda seçici konuşmazlık tanısı konan yedi yaşındaki bir erkek çocuğun çok eksenli tedavi süreci yazın bilgileri ışığında tartışılmıştır. Birçok tedavi yönteminin bir arada uygulanması ve tedavide iyileşme sağlanması olguyu daha dikkat çekici hale getirmektedir.

### Olgu Sunumu

Yedi yaşında, ikinci sınıfa giden erkek hasta kliniğimize sınıf öğretmeni, arkadaşlarının bazıları ve yaşça kendisinden büyük kişiler ile konuşmama, okumayı öğrenememe yakınmaları ile getirildi. Anne ve babasından alınan bilgilerden, hastanın yalnızca aile üyeleriyle ve yakın akrabalarıyla konuştuğu, birinci sınıfta okul açıldıktan sonra iki ay boyunca öğretmeni ile hiçbir şekilde iletişime geçmediği, yaklaşık üç ay sonra bazı

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Dr. Ruken Demirkol Tunca, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

**Tel.:** +90 555 673 60 62 **E-posta:** dr.ruken.demirkol@gmail.com **ORCID:** orcid.org/0000-0002-9195-1893

**Geliş Tarihi/Received:** 29.02.2020 **Kabul Tarihi/Accepted:** 30.05.2020

©Telif Hakkı 2020 Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği / Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.



arkadaşlarının yardımı ile sözel olmayacak şekilde ve ardından çok kısık sesle konuşarak öğretmenle ilişki kurduğu öğrenildi. İkinci sınıfın başında öğretmenin değişmesiyle birlikte yeni gelen öğretmenle iletişim kurmayan hastanın ailesi, öğretmenin yönlendirmesiyle polikliniğimize başvurmuştu. Hastanın okumayı öğrenemediği, derslere katılmadığı, çabuk sıkıldığı, dikkatini vermekte zorlandığı, ödevlerini yapmadığı, sessiz ve çekingen olduğu öğretmeninden öğrenildi. Hastanın medikal ve gelişimsel öyküsünden konuşmaya geç başladığı (sözcük söylemesi iki yaş, cümle kurması üç buçuk yaş), konuşmaya başladıktan sonra bazı sesleri doğru söyleyememesinden dolayı konuşmasının zor anlaşıldığı, yeni sözcükleri öğrenmede zorluk yaşadığı, sözcükleri hatalı kullandığı, kendisini sözel olarak ifade ederken zorlandığı bilgileri edinildi. Diğer gelişim alanlarında önemli bir özellik yoktu. Okul öncesi eğitim alacağı dönemde evden ayrılmak ve okula gitmek istemediği için okula gidemediği, birinci sınıfa başladığında annesinden ayrılmakta zorluk yaşadığı ve iki ay süreyle annesinin okulda beklediği, küçüklüğünden beri yeni ortam ve kişilerle karşılaştığında ve ilişki kurması beklendiğinde kaçındığı, anne ya da babasının arkasına saklandığı aileden öğrenildi. Hastanın dokuz yaşındaki ağabeyi de seçici konuşmazlık ve özgül öğrenme bozukluğu tanıları ile kliniğimizde tedavi alıyordu. Hastanın babası hem kendisinin hem de annenin sosyal olarak oldukça çekingen yapıda olduklarını ve az sayıda kişi ile görüştiklerini belirtti.

Hastamız ilk görüşmede zaman zaman sorulan sorulara baş sallama şeklinde yanıt verirken, yaşına uygun bir gelişim düzeyine işaret edecek şekilde oldukça canlı ve renkli bir resim çizdi. Yalnızca bildiği sesleri ve sözcükleri yazabiliyor, bunları yazarken de harfleri karıştırıyordu. Daha sonraki değerlendirme görüşmelerinde iş birliği kurmaya çalışıyor, ancak davranışsal olarak inhibe mizaç özellikleri hissediliyordu. Hastanın takibinde daha objektif veriler elde edebilmek adına Seçici Konuşmazlık ölçeği kullanıldı. Bu ölçek 3-11 yaş çocukların ebeveynleri tarafından doldurulan, çocuğun okulda, evde ve okul dışındaki sosyal ortamlarda konuşma durumunu değerlendiren bir ölçektir. Total puanın yüksek olması belirti şiddetinin daha düşük olması anlamına gelmektedir.<sup>5</sup> Tedavi öncesi uygulanan Seçici Konuşmazlık ölçeğinden 13 puan aldı. Wechsler Çocuklar için Zeka ölçeği, Yeniden Gözden Geçirilmiş formu testinde sözel zeka puanı 66, performans zeka puanı 130 ve toplam zeka puanı 97 bulundu.<sup>6</sup> Fizik ve nörolojik muayene bulguları normal olan hasta pediyatrik nöroloji bölümü tarafından değerlendirildi ve ek bir patoloji saptanmadı. Konuşma ve dil merkezi tarafından da değerlendirilen hastada sesletim bozukluğu olduğu düşünüldü ve konuşma terapisi önerildi. Babası ile yapılan klinik görüşmelere, öğretmeninden edinilen bilgilere, psikometrik değerlendirmelere ve okul çağı çocukları için duyulan bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli-DSM-5-Türkçe Uyarlaması'na (K-SADS) göre hastanın şimdiki durumda seçici konuşmazlık, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), özgül öğrenme bozukluğu ve sesletim bozukluğu; geçmişte bunlara ek olarak ayrılık kaygısı bozukluğu tanıları karşıladığı görüldü. Öyküsünden erken çocukluk döneminde özgül dil bozukluğuna sahip olabileceği düşünüldü.<sup>7</sup> Hastaya tedavi öncesinde Conners

Anababa Derecelendirme ölçeği (CADÖ-48) ve Conners Öğretmen Derecelendirme ölçeği (CÖDÖ-28) uygulandı ve dikkat eksikliği alt ölçek puanları sırasıyla 11 (kesim noktası 5) ve 19 (kesim noktası 17) bulundu.<sup>8</sup> Diğer alt ölçeklerden aldığı puanlar kesim noktasının altında kalıyordu.

Hastanın oyun terapisi almasına, aileye danışmanlık verilmesine, 10 mg/gün fluoksetin ve 10 mg/gün uzun etkili metilfenidat başlanmasına karar verildi. Fluoksetin hedef dozu 20 mg/gün ve uzun etkili metilfenidat hedef dozu 30 mg/gün olarak planlandı. Öğretmeni ile görüşülerek seçici konuşmazlığa, DEHB'ye ve özgül öğrenme bozukluğuna ilişkin bilgi verildi, okul ortamında hastanın ele alınışına ilişkin önerilerde bulunuldu, özgül öğrenme bozukluğu nedeniyle özel eğitim ve sesletim bozukluğu nedeniyle konuşma terapisi almaya başlaması sağlandı. Yönlendirmesiz oyun terapisi 15 seans olarak haftada bir verildi. Anne baba görüşmelerinde farkında olmadan çocuğun konuş(a)mamasına neden olma olasılığı yüksek olan tutumların azaltılmasına (örn. eleştiri ve etiketlemeden kaçınma, konuşmaya zorlamama, çocuğun konuşup konuşmadığını sorgulamama gibi) ve sözel iletişime geçmesini olumlu şekilde pekiştiren tutumların artırılmasına (örn. etkin bir şekilde dinleme, sözel iletişimini memnuniyetle karşılama gibi) odaklanıldı. Çok eksenli tedavinin başlanmasından kısa süre sonra klinik görüşmeler ve oyun terapisi sırasında hastanın daha uzun süre dikkatini sürdürdüğü görüldü. Ailesinden ödevlerini yapmaya başladığı bilgisi edinildi. Tedavinin altıncı haftasında öğretmeni ile yapılan telefon görüşmesinde ise hastanın dersi daha iyi dinlediği, dikkatini daha uzun süre sürdürdüğü öğrenildi. Hastamızın, tedavi sürecinde öğretmeni ve arkadaşlarıyla iletişimi giderek arttı. Tedavinin üçüncü ayında tedavi ekibi ile sözel iletişim kurmaya, kendisinden yaşça büyük kişilerle konuşmaya başladı. Tedavinin dördüncü ayına doğru söyleyemediği sesleri söyleyemeye, altıncı ayında iletişimi spontan olarak başlatabilmeye, normal konuşma sesiyle konuşabilmeye başladı. Okumayı öğrendi ve akademik başarısı arttı. Tedavi başlangıcından altı ay sonra tekrarlanan Seçici Konuşmazlık ölçeği puanı 38, CADÖ ve CÖDÖ puanı sırasıyla 7 ve 14 olan, on aydır izlenen hastanın tedavisine ayda bir yapılan görüşmelerle devam edilmektedir.

## Tartışma

Seçici konuşmazlığın başlangıcı ortalama 2-5 yaş arasında olmasına karşın, belirtiler okul başlangıcına kadar dikkat çekmemekte ve bu olguda da olduğu gibi tanı genellikle okula başladıktan bir süre sonra konulmaktadır. Seçici konuşmazlığın gelişimi genetik, mizaçsal, çevresel ve gelişimsel faktörlerin etkileşimi sonucunda olmaktadır.<sup>9,10</sup> Seçici konuşmazlığı olan bireylerin ailelerinde hem seçici konuşmazlık hem de sosyal anksiyete bozukluğu öyküsünün sık görüldüğü bildirilmektedir.<sup>11,12</sup> Olgumuzun ağabeyinde seçici konuşmazlık tanısının, anne ve babasında sosyal anksiyete bozukluğu belirtilerinin bulunması seçici konuşmazlığın etiolojisinde çevresel etkenlerin yanında genetik etkenlerin de önemli olabileceğini desteklemektedir. Tanıdık olmayan durumlarla karşılaşıldığında endişe, korku ve kaçınma davranışları sergileme

anlamına gelen davranışsal inhibisyon mizaşsal bir özellik olarak kabul edilmektedir ve seçici konuşmazlık ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.<sup>13</sup> Bu olguda da olduğu gibi seçici konuşmazlığı ve davranışsal inhibisyonu olan çocukların yalnızca çekingen ve utangaç olarak görülmesi doğru tanının ve tedavinin gecikmesine neden olabilmektedir. Seçici konuşmazlığı olan çocuklarda gelişim geriliği, konuşma ve dil bozuklukları, dışa atım bozuklukları, nörogelişimsel bozukluklar ve diğer anksiyete bozukluklarının sık görüldüğü bildirilmektedir.<sup>14,15</sup> Olgumuzda erken çocukluk döneminde olasılıkla özgül dil bozukluğu bulunmakta ve seçici konuşmazlığa DEHB, özgül öğrenme bozukluğu ve sesletim bozukluğu eşlik etmektedir. Bu veriler seçici konuşmazlığı olan çocukların eşlik eden gelişimsel sorunlar açısından dikkatle değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Seçici konuşmazlığı olan çocukların tedavisinde davranışçı ve bilişsel-davranışçı terapi, aile terapisi, psikodinamik psikoterapi, oyun terapisi ve konuşma terapisi gibi müdahalelerin ya da bunların bazılarının birlikte kullanımını içeren çok eksenli tedavilerin etkinliği gösterilmiştir.<sup>16</sup> Bu hastanın tedavisinde yönlendirmesiz oyun terapisi, aile danışmanlığı, eşlik eden hastalıkların tedavisi ve eğitimsel müdahalelerin yanında 10 mg/gün fluoksetin kullanılarak çok eksenli tedavi yaklaşımı benimsenmiştir. Seçici konuşmazlığı olan çocukların tedavisinde oyun terapisinin etkinliğini gösteren olgu sunumları bulunmaktadır.<sup>17-21</sup> Bu sunumlarda oyun terapisinin bazen tek başına bazen de diğer tedaviler ile birlikte kullanıldığı bildirilmektedir. Seçici konuşmazlığı olan çocukların tedavisinde oyun terapisi çocuğun içsel kaygı ve çatışmalarını fark etmesine ve ifade etmesine yardımcı olmayı hedefler. Çocuğun sözel iletişime zorlanmadan sosyal bir ortamı deneyimlemesini sağlamaktadır. Terapistin çocuğun kendisini oyun aracılığıyla ifade edişine katılımı, konuşmasını ya da değişmesini beklemeden onu tam olarak kabullenmesi çocuğun kendisini güvende hissetmesini ve kontrolün kendisinde olduğu duygusu yaşamasını desteklemektedir. Böylece önce oyun odasında konuşmaya başlayan çocukların daha sonra diğer sosyal ortamlarda konuştuğu görülmektedir.

Güvensiz bağlanmanın, uygun olmayan ebeveyn çocuk etkileşiminin, aile dinamiklerinin seçici konuşmazlığın etiolojisinde önemi vurgulanmaktadır. Tedavide ailenin çok önemli bir kaynak olduğunu, aile üyeleri ve aile sistemindeki değişimlerin çocuğun iyileşmesini kolaylaştırdığını bildiren, aile danışmanlığı ve terapilerinin önemi vurgulayan olgu sunumları ve çalışmalar bulunmaktadır.<sup>22,23</sup>

Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ) çocuk ve ergenlerdeki anksiyete bozukluklarının tedavisinde en sık kullanılan ve etkili olan ilaçlardır. Kısıtlı sayıda randomize kontrollü çalışmada SSGİ'lerin seçici konuşmazlığı olan çocukların tedavisinde de etkili olduğu gösterilmiştir.<sup>24,25</sup> Seçici konuşmazlığın tedavisinde farmakoterapi kullanılan 10 çalışmanın sonuçlarını değerlendiren bir sistematik derleme yazısında, SSGİ alan toplam 79 hastanın 66'sında semptomatik iyileşme sağlandığı ve tedavinin iyi tolere edildiği bildirilmiştir.<sup>26</sup>

Seçici konuşmazlığın klinik örneklemede nadir olarak görülmesi özellikle tedavi etkinliğini değerlendiren randomize kontrollü çalışmaların kısıtlı olmasına neden olmaktadır. Bu sunumda seçici konuşmazlık ile birlikte eşlik eden psikiyatrik bozuklukları olan bir çocuğun çok eksenli tedavi yöntemi ile etkin bir şekilde tedavi edildiği bildirilmektedir. Seçici konuşmazlığı olan çocukların tedavisinde oyun terapisinin, konuşma terapisinin ve farmakoterapinin rolünün daha iyi anlaşılması amacıyla büyük örneklem içeren randomize kontrollü çalışmalara gereksinim bulunmaktadır.

## Etik

**Hasta Onayı:** Hasta onamı hastanın yasal vasisinden makale için alınmıştır.

**Hakem Değerlendirmesi:** Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir.

## Yazarlık Katkıları

Konsept: R.D.T., D.A., Dizayn: R.D.T., D.A., Literatür Arama: R.D.T., D.A., Yazan: R.D.T., D.A.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

## Kaynaklar

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Arlington; Virginia; 2013.
2. Kumpulainen K, Rasanen E, Raaska H, Somppi V. Selective mutism among second-graders in elementary school. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1998;7:24-29.
3. Bergman RL, Piacentini J, McCracken JT. Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41:938-946.
4. 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;36:653-660.
5. Bergman RL, Keller ML, Piacentini J, Bergman AJ. The Development and Psychometric Properties of the Selective Mutism Questionnaire. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2008;37:456-464.
6. Savaşır I, Şahin N. Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği (WISC-R) uygulama kitapçığı. Türk Psikologlar Derneği; Ankara; 1995.
7. Ünal F, Öktem F, Çuhadaroğlu Çetin F, Kültür Çengel SE, Akdemir D, Özdemir Foto D, Çak HT, Ünal D, Tıraş K, Aslan C, Kalaycı BM, Aydos SB, Kütük F, Taşyürek E, Karaokur R, Karabucak B, Karakök B, Karaer Y, Artık A. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5 Kasım 2016 -Türkçe Uyarlamasının (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) Geçerlik ve Güvenirliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2019;30:42-50.
8. Dereboy Ç, Şenol S, Şener Ş, Dereboy F. Connors Kısa Form Öğretmen ve Ana Baba Derecelendirme Ölçeklerinin geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18:48-58.
9. Keeton CP, Crosby B, Dinger M. Social phobia and selective mutism. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am*. 2012;21:621-641.
10. Hua A, Major N. Selective mutism. *Curr Opin Pediatr*. 2016;28:114-120.
11. Oerbeck B, Stein MB, Wentzel-Larsen T, Langsrud Q, Kristensen H. A randomized controlled trial of a home and school-based intervention for selective mutism: defocused communication and behavioural techniques. *Child Adolesc Ment Health*. 2013;19:192-198.

12. Steinhausen HC, Adamek R. The family history of children with elective mutism: a research report. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1997;6:107-111.
13. Gensthaler A, Khalaf S, Ligges M, Kaess M, Freitag CM, Schwenck C. Selective mutism and temperament: the silence and behavioral inhibition to the unfamiliar. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016;25:1113-1120.
14. Kristensen H. Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39:249-256.
15. Manassis K, Tannock R, Garland E, Minde K, McInnes A, Clark S. The sounds of silence: language, cognition and anxiety in selective mutism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46:1187-1195.
16. 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;47:1085-1097.
17. Rossouw T, Lubbe T. Psychotherapy of a young boy with elective mutism. *Psychoanal Psychother South Africa*. 1994;2:21-30.
18. Valner J, Nemiroff M. Silent eulogy: Elective mutism in a six-year-old Hispanic girl. *Psychoanal Study Child*. 1995;50:327-340.
19. Şenol S, Karacan E, Şener Ş. Seçitif mutizm: Üç olgu nedeniyle tedavisi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 1997;4:31-38.
20. Moldan MB. Selective mutism and self-regulation. *Clin Soc Work J*. 2005;33:291-307.
21. Jackson MF, Allen RS, Boothe AB, Nava ML, Coates A. Innovative analyses and interventions in the treatment of selective mutism. *Clin Case Stud*. 2005;4:81-112.
22. Tatem D, DelCampo R. Selective mutism in children: A structural family therapy approach to treatment. *Contemporary Family Therapy*. 1995;17:177-194.
23. Wong P. Selective Mutism: A review of etiology, comorbidities and treatment. *Psychiatry (Edgmont)*. 2010;7:23-31.
24. Black B, Uhde TW. Treatment of elective mutism with fluoxetine: a double-blind, placebo-controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994;33:1000-1006.
25. Carlson JS, Kratochwill TR, Johnston HF. Sertraline treatment of 5 children diagnosed with selective mutism: a single-case research trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 1999;9:293-306.
26. Manassis K, Oerbeck B, Overgaard KR. The use of medication in selective mutism: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016; 25:571-578.