

Çocuk ve Ergen Psikiyatri Polikliniğinde Selektif Mutizm Tanısı Alan Çocukların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Evaluation of Sociodemographic and Clinical Characteristics of Children Diagnosed with Selective Mutism in Child and Adolescent Psychiatry Outpatient Clinic

© Mehmet Akif Akıncı¹, © Necati Uzun²

¹Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği, Konya, Türkiye

²Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

ÖZ

Amaç: Ülkemizde selektif mutizm (SM) tanılı çocukların sosyodemografik ve klinik özelliklerine dair veriler sınırlıdır. Bu çalışmada bir çocuk hastanesinde takip ve tedavi edilen SM'li çocukların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bir çocuk hastanesi çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğinde takip ve tedavi edilen 51 SM'li hastanın tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastaların ve ailelerinin yaş, eğitim düzeyi, aile özellikleri, tıbbi öyküleri, klinik özellikleri, tedavi yöntemleri ve takip süreçleri gibi sosyodemografik ve klinik veriler değerlendirildi.

Bulgular: SM tanılı olguların %50,9'u (n=26) kızlardan, %49,1'i (n=25) erkeklerden oluşuyordu. Olguların yaş ortalaması 6,5 (minimum: 4 yaş, maksimum: 12 yaş) yıl ve %47,1'inin (n=24) ilköğretim 1. sınıf oldukları tespit edildi. Okul durumu, özgeçmiş, soygeçmiş, konuşmadığı ortamlar, kontrol muayeneye devam etme durumları ve yaşları açısından erkekler ve kızlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Olguların %76,5'inin (n=39) en az bir eşlik eden psikiyatrik tanı aldıkları ve en sık görülen psikiyatrik komorbiditenin sosyal fobi olduğu bulundu. Olguların %58,6'sının (n=17) Fluoksetin kullandıkları, %10,3'ünün (n=3) davranışçı müdahale yöntemleriyle tedavi altında oldukları saptandı.

Sonuç: Çocukluk başlangıçlı diğer psikiyatrik bozukluklara kıyasla SM hakkında ülkemiz çocuklarında sınırlı araştırma yapılmıştır. Bu çalışmadan elde edilen veriler SM'yi daha iyi anlamamıza, SM'nin erken teşhisine ve gelecek sağlık politikalarına yön vermeye katkıda bulunabilir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete bozuklukları, komorbidite, selektif mutizm, sosyodemografik özellik

ABSTRACT

Objectives: There are limited data regarding the sociodemographic and clinical characteristics of children with selective mutism (SM) in Turkey. The aim of this study was to investigate the sociodemographic and clinical characteristics of children with SM followed in a children's hospital.

Materials and Methods: The medical records of 51 children with SM who follow-up in the children's hospital were evaluated retrospectively. Sociodemographic and clinical findings like children's and parent's age, education level, family characteristics, medical history, clinical characteristics, treatment methods and follow-up processes were assessed.

Results: 50.9% (n=26) of the SM patients were female and 49.1% (n=25) were male. The mean age of the cases was 6.5 years (minimum: 4 years, maximum: 12 years) and 47.1% (n=24) of the cases were first grade in primary school. There was no statistically significant difference between males and females in terms of school status, background story, family history, non-speaking environments, attendance at control examination and age (p>0.05). It was found that 76.5% of the cases (n=39) had at least one comorbid psychiatric disorder and the most common psychiatric comorbidity was social phobia. It was found that 58.6% (n=17) of the cases used fluoxetine and 10.3% (n=3) were treated with behavioral intervention methods.

Conclusion: Compared to other childhood-onset psychiatric disorders, a limited number of studies have been conducted on SM in children in our country. The data obtained from this study can contribute to our better understanding of SM, early diagnosis of SM and to guide future health policies.

Keywords: Anxiety disorders, comorbidity, selective mutism, sociodemographic feature

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Mehmet Akif Akıncı, Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği, Konya, Türkiye

Tel.: +90 442 344 69 56 **E-posta:** akinci_mehmetakif@hotmail.com **ORCID:** orcid.org/0000-0002-6436-4394

Geliş Tarihi/Received: 14.03.2021 **Kabul Tarihi/Accepted:** 25.08.2021

©Telif Hakkı 2022 Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği / Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.



Giriş

Selektif mutizm (SM) çocukluk çağında gözlenen ve bireyin belirli kişi ve ortamlarda konuşmaması ile karakterize olan bir psikiyatrik bozukluktur ve DSM-5 içerisinde anksiyete bozuklukları arasında yer almaktadır.¹ SM'nin görülme sıklığı yapılan araştırmalara göre farklılıklar göstermektedir. Bu farklılığın en önemli nedenleri; araştırmaların örneklem gruplarının, yaş aralıklarının ve sosyokültürel etmenlerin farklılık göstermesidir.² Çeşitli araştırmalarda SM sıklığının %0,5-2,6 aralığında olduğu bildirilmektedir.^{3,4} SM'nin ortalama başlangıç yaşlarının 2,7-4,1 aralığında olduğu belirtilmekle birlikte, ortalama tanı alma yaşının 6,5 olduğu bildirilmiştir.⁵⁻⁸ SM'nin erkeklere oranla kızlarda 1,5-2,6 kat daha fazla görüldüğü bildirilmektedir.^{6,7,9} SM'nin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte biyolojik, genetik, gelişimsel, psikodinamik, ailesel ve çevresel faktörlerin etiyolojik nedenler arasında yer aldığı düşünülmektedir.¹⁰

SM'li çocuklar kendilerini daha rahat hissettikleri ortamlarda veya kişilerle rahatça ve daha yüksek sesle iletişim kurabilirken, rahatsız hissettikleri ortam veya kişilerle veya yabancı ortam ve kişilerle iletişim kurmayı reddedebilirler. Genellikle çocuklar ev içinde rahat, yüksek sesle ve akıcı şekilde konuşurken, okul, misafirlik gibi kaygı oluşturan ve yabancı yerlerde daha kısık sesle ve daha az miktarda konuşabilmekte veya hiç konuşmamaktadırlar. SM'li bireyler ev ortamında ebeveynleri ile daha rahat iletişim kurabildikleri için okul başlangıcına kadar SM fark edilmeyebilir. Özellikle okul öncesi dönemde SM'li çocuklar utangaç ve çekingen olarak nitelendirilebilir.^{6,11,12} Klinik görünümü ve belirti şiddeti ortama ve kişilere göre bireyden bireye çok değişken olduğu için tanı alma süreçleri gecikebilmektedir. SM'li bireylerin özellikle okulda ciddi işlevsellik kayıpları yaşadıkları bilinmektedir.¹³ Sınıf içerisinde öğretmenin sorduğu sorulara cevap vermede, sesli okumada, söz almada zorlanabilirler. Akademik başarıları sahip oldukları bilişsel kapasiteden daha düşük olabilir. Aynı zamanda öğretmenleri de çocuğun akademik seviyesini belirlemede zorlanabilir.¹²

Bir anksiyete bozukluğu alt tipi olan SM'ye en çok başka bir anksiyete bozukluğu eşlik etmektedir. Anksiyete bozuklukları arasında da en çok sosyal anksiyete bozukluğunun SM'ye eşlik ettiği bilinmektedir.¹⁴ Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve karşıt olma karşıt gelme belirtilerinin de SM'ye eşlik ettiği bildirilmektedir.¹⁵⁻¹⁷ Ayrıca enürezis, enkoprezis, ifade edici dil bozukluğu gibi bozukluklar da SM'ye eşlik edebilmektedir.^{6,7}

SM'nin tedavisinde çeşitli tedavi yaklaşımları uygulanmaktadır. Bu yaklaşımlardan en çok kabul görenleri ise bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve farmakoterapi uygulamalarıdır.¹⁸ Bununla birlikte psikodinamik yönelimli psikoterapiler, oyun terapisi gibi çeşitli psikoterapi yöntemleri de SM'nin tedavisinde yer alabilmektedir.^{19,20} BDT genellikle ilk tedavi seçeneği olarak önerilmekle birlikte hastanın klinik durumu, aile özellikleri, eşlik eden psikiyatrik bozukluklar gibi etmenler klinisyenlerin farklı tedavi yöntemlerini tercih etmesine neden olabilir.¹¹ SM'nin medikal tedavisinde sıklıkla kullanılan ilaç grubu

seçici serotonin geri alım inhibitörleridir. Yapılan çeşitli araştırmalarda fluoksetin, sertralin, fluvoksamin, paroksetin, sitalopram ve essitalopramın SM tedavisinde etkili olduğu çeşitli olgu bildirimleri ve makalelerde öne sürülmektedir.²¹⁻²⁵

Tanı ve tedavi süreçlerinin oldukça bireysel özellikler gösterdiği SM ile ilgili ülkemiz çocuklarının sosyodemografik ve klinik özellikleri ile ilgili ulaşılabildiğimiz yazında kısıtlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu araştırma bir kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesinde SM tanısı alan ve tedavi edilen çocukların sosyodemografik özelliklerini, klinik belirtilerini, tedavi süreçlerini belirlemeyi amaçlamaktadır. Bununla birlikte araştırmadan elde edilen verilerin ülkemizde SM nedeni ile takip ve tedavi edilen çocukların takip ve tedavi süreçlerine yönelik stratejilerin geliştirilmesine katkı sağlaması hedeflenmektedir.

Gereç ve Yöntem

Geriye dönük olarak tasarlanan bu araştırmanın örneklemini bir kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesinin çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğine Şubat 2019-Aralık 2020 tarihleri arasında başvuran 4-12 yaş arası 51 SM tanılı çocuk oluşturmaktadır. Dahil edilen hastaların dosyaları retrospektif olarak incelenmiştir. Geriye dönük kayıtlardan hastanın yaşı, eğitim düzeyi, aile yapısı, hastanın özgeçmişinde ve soygeçmişinde bulunan tıbbi hastalıklar ve psikiyatrik bozukluklar, komorbid psikiyatrik bozukluklar, hastanın klinik özellikleri, kullanılan tedavi yöntemleri ve ilaçlar ve tedaviye devam durumu belirlenmiştir. Çalışma örnekleminizdeki olguların SM tanısı ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukları, DSM-5 tanı kriterlerine dayalı klinik görüşme ile tespit edilmiştir. Bu araştırmanın yürütülmesi için Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (karar no: 2020/2954, tarih: 18.12.2020).

İstatistiksel Analiz

Veriler, sayısal değişkenler için ortalama (standart sapma) ve kategorik değişkenler için yüzde olarak sunulmuştur. Yaş değişkeninin normal dağılıp dağılmadığını belirlemek için Kolmogorov-Smirnov normallik testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler ve frekansları karşılaştırmak için ki-kare (χ^2) testi kullanılmıştır. Normal dağılmış değişkenleri iki grup arasında karşılaştırmak için Student's t-test analizi kullanılmıştır. Tüm istatistiksel analizler SPSS 20.0 (IBM Corp, Armonk, NY) paket programı kullanılarak yapılmıştır. İstatistiksel açıdan anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak belirlenmiştir.

Bulgular

Çalışmayı 26 (%50,9) kız, 25 (%49,1) erkek olmak üzere toplam 51 SM tanılı çocuk oluşturmuştur. Olguların yaş ortalaması $6,5 \pm 1,7$ yıl olup kızlarla erkeklerin yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$). Olguların okul durumları incelendiğinde; %47,1'inin ($n=24$) ilkököl 1. sınıf olduğu, %11,8'inin ($n=6$) ilkököl 2. sınıf olduğu, %9,8'inin ($n=5$) anaokula gittiği, %11,8'inin ($n=6$) okula gitmediği, %5,9'unun ($n=3$) kreşe gittiği, %5,9'unun

(n=3) 3. sınıf olduğu, %3,9'unun (n=2) 6. sınıf olduğu, %2,0'sinin (n=1) 4. sınıf olduğu ve %2,0'sinin (n=1) 7. sınıf olduğu bulunmuştur. Olguların özgeçmişleri incelendiğinde, %21,6'sında (n=11) prematürite, sarılık, yürüme gecikmesi, operasyon öyküsü ve fiziksel hastalıklar gibi durumlar tespit edilmiştir. Olguların soygeçmişleri incelendiğinde; %9,8'inde (n=5) annelerinde psikiyatrik hastalık olduğu, %2,0'sinde (n=1) babalarında psikiyatrik hastalık olduğu, %5,9'unda (n=3) annelerinde fiziksel hastalık olduğu, %2,0'sinde (n=1) babalarında fiziksel hastalık olduğu ve %9,8'inde (n=5) ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu saptanmıştır. Olguların kimlerle ve hangi ortamlarda konuşmadıkları incelendiğinde; %66,7'sinin (n=34) yabancı ortamlarda konuşmadığı, %19,6'sının (n=10) sadece okulda konuşmadığı ve %13,7'sinin

(n=7) kendinden yaşça büyüklerle konuşmadığı tespit edilmiştir. SM tanısı alan olguların sosyodemografik özellikleri cinsiyetler açısından incelendiğinde; okul durumu, özgeçmiş, soygeçmiş, konuşmadığı ortamlar ve kontrol muayeneye devam etme durumları açısından erkekler ve kızlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). SM'li olguların sosyodemografik özellikleri ve demografik verilerin cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir.

SM tanısı alan çocukların eşlik eden psikiyatrik tanıları incelendiğinde olguların %76,5'inin (n=39) en az bir eşlik eden psikiyatrik tanı aldığı bulunmuştur. Olguların %29,4'ünün (n=15) sosyal fobi tanısı aldığı ve en sık görülen psikiyatrik eş tanının sosyal fobi olduğu saptanmıştır. SM'ye eşlik eden en yüksek ikinci sıradaki eş tanının DEHB (n=6, %11,8) olduğu

Tablo 1. Selektif mutizm olgularının sosyodemografik özellikleri

	Erkek (n=25)	Kız (n=26)	Toplam (n=51)	P
Yaş (yıl)				
Ortalama ± standart sapma	6,48±1,44	6,58±2,01	6,53±1,73	0,844
Okul, n (%)				
Okula gitmiyor	1 (4,0)	5 (19,2)	6 (11,8)	
Kreş	2 (8,0)	1 (3,8)	3 (5,9)	
Anaokul	2 (8,0)	3 (11,5)	5 (9,8)	
1. sınıf	14 (56,0)	10 (38,5)	24 (47,1)	
2. sınıf	4 (16,0)	2 (7,7)	6 (11,8)	0,553
3. sınıf	1 (4,0)	2 (7,7)	3 (5,9)	
4. sınıf	0 (0,0)	1 (3,8)	1 (2,0)	
6. sınıf	1 (4,0)	1 (3,8)	2 (3,9)	
7. sınıf	0 (0,0)	1 (3,8)	1 (2,0)	
Özgeçmiş, n (%)				
Özellik yok	18 (72,0)	22 (84,6)	40 (78,4)	
Prematürite	1 (4,0)	2 (7,7)	3 (5,9)	
Sarılık	2 (8,0)	0 (0,0)	2 (3,9)	0,452
Yürüme gecikmesi	1 (4,0)	1 (3,8)	2 (3,9)	
Operasyon öyküsü	1 (4,0)	1 (3,0)	2 (3,9)	
Fiziksel hastalık	2 (8,0)	0 (0,0)	2 (3,9)	
Anne psikiyatrik hastalık, n (%)				
Var	3 (12,0)	2 (7,7)	5 (9,8)	
Yok	22 (88,0)	24 (92,3)	46 (90,2)	0,605
Baba psikiyatrik hastalık, n (%)				
Var	0 (0,0)	1 (3,8)	1 (2,0)	
Yok	25 (100,0)	25 (96,2)	50 (98,0)	0,322
Anne fiziksel hastalık, n (%)				
Var	3 (12,0)	0 (0,0)	3 (5,9)	
Yok	22 (88,0)	26 (100,0)	48 (94,1)	0,069
Baba fiziksel hastalık, n (%)				
Var	0 (0,0)	1 (3,8)	1 (2,0)	
Yok	25 (100,0)	25 (96,2)	50 (98,0)	0,322
Ailede psikiyatrik hastalık, n (%)				
Var	1 (4,0)	4 (15,4)	5 (9,8)	
Yok	24 (96,0)	22 (84,6)	46 (90,2)	0,172
Konuşmadığı durumlar, n (%)				
Yabancı ortamlarda konuşmaz	15 (60,0)	19 (73,1)	34 (66,7)	
Sadece okulda konuşmaz	6 (24,0)	4 (15,4)	10 (19,6)	0,608
Büyüklerle konuşmaz	4 (16,0)	3 (11,5)	7 (13,7)	
Kontrol muayene, n (%)				
Var	16 (64,0)	13 (50,0)	29 (56,9)	
Yok	9 (36,0)	13 (50,0)	22 (43,1)	0,313

bulunmuştur. SM'ye eşlik eden en sık üçüncü ve dördüncü tanılar sırasıyla ayrılık anksiyetesi bozukluğu (AAB) (n=4, %7,8) ve konuşma bozuklukları (n=3, %5,9) olarak belirlenmiştir. Eşlik eden diğer tanılar özgül fobi, karşı olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB), sınırda zihinsel işlevsellik, trikotillomani olarak tespit edilmiştir. SM tanısı alan olgular cinsiyetleri açısından aldıkları psikiyatrik komorbiditeye göre incelendiğinde hem kızlarda (n=9, %34,6) hem de erkeklerde (n=6, %24,0) en sık psikiyatrik komorbiditenin sosyal fobi olduğu bulunmuştur. Erkeklerde en yüksek ikinci sıradaki eş tanının DEHB (n=5, %20,0), kızlarda ise KOKGB (n=2, %7,7) olduğu bulunmuştur. SM'ye eşlik eden psikiyatrik tanılar ve cinsiyetlere göre psikiyatrik eş tanı dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

SM tanısı alan çocukların ilk başvuru sırasında planlanan tedavi seçenekleri incelendiğinde; olguların %58,8'inin (n=30) fluoksetin, %19,6'sının (n=10) davranışçı müdahale yöntemleri (olgunun yaşı ve klinik özelliklerine göre belirlenen; beklenmedik durum yönetimi, uyarıcı söndürme, şekillendirme, sistematik duyarsızlaştırma, self-modelleme ve sosyal beceri eğitimi gibi davranışsal stratejilerin kombinasyonu ve psikoeğitim), %10,8'inin (n=6) kombinasyon ilaç tedavileri ve %9,8'inin (n=5) sertralin tedavileri ile takibe alındığı belirlenmiştir. Fakat, olguların %56,9'unun (n=29) kontrol muayenelerine gelirken %43,1'inin (n=22) muayeneye bir daha gelmedikleri görülmüştür. Takibe devam eden çocukların (n=29) tedavi seçenekleri incelendiğinde ise; %58,6'sının (n=17) fluoksetin, %10,3'ünün (n=3) davranışçı müdahale yöntemleri, %20,3'ünün (n=6) kombinasyon ilaç tedavileri ve %10,3'ünün (n=3) sertralin ile tedavi altında oldukları saptanmıştır. SM'li

olguların tedavi seçenekleri ve cinsiyetlere göre tedavi dağılımı Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tartışma

Bu çalışmada, bir kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesi çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğinde SM tanısı alan olguların sosyodemografik ve klinik özellikleri geriye dönük olarak değerlendirilmiştir. Çalışma sonuçları; SM'li çocukların 4-12 yaş arasında olduklarını, yarısına yakınının ilköğretim 1. sınıfa gittiğini ve en sık eşlik eden psikiyatrik eş tanının sosyal fobi olduğunu göstermiştir. Bu çalışma, ülkemizde SM tanılı çocukların demografik verilerini, eşlik eden psikiyatrik tanılarını ve tedavi seçeneklerini geniş kapsamlı inceleyen nadir çalışmalardan birisidir.

SM tipik olarak erken çocukluk döneminde ortaya çıkan bir bozukluk olmasına rağmen semptomlar daha çok çocuklar okula başladıkları zaman belirgin hale gelmektedir. Mevcut bilimsel yazında her ne kadar SM'nin ortalama başlangıç yaşı 2-5 yıl olsa da ilk tanıdaki yaş genellikle 6,5-9 yıl olarak bildirilmiştir.⁹ SM tanısının 4-12 yaş arası çocuklardaki yaygınlığını araştıran toplum temelli bir çalışmada, SM'li çocukların ortalama yaşı 6,9 yıl olarak tespit edilmiştir.²⁶ İlk tanıdaki ortalama yaş, çocuklar okula başladıklarından kısa bir süre sonra öğretmenlerin ve ebeveynlerin SM'nin daha az şiddetli belirtilerini bile fark etme olasılıklarının en yüksek olduğu zamandır. Karakaya ve ark.²⁷ ülkemiz çocuklarında SM yaygınlığını okul bazlı araştırdıkları çalışmada SM tanılı çocukların büyük çoğunluğunun birinci sınıfta oldukları bulunmuştur. Nitekim çalışmamızda, SM tanılı çocukların ortalama yaşının 6,5 yıl ve çocukların

Tablo 2. Selektif mutizm olgularının cinsiyetlerine göre eşlik eden tanılar

Psikiyatrik tanılar, n (%)	Erkek (n=25)	Kız (n=26)	Toplam (n=51)
Komorbid psikiyatrik bozukluk	20 (80,0)	19 (73,1)	39 (76,5)
Sosyal fobi	6 (24,0)	9 (34,6)	15 (29,4)
DEHB	5 (20,0)	1 (3,8)	6 (11,8)
AAB	3 (12,0)	1 (3,8)	4 (7,8)
Konuşma bozuklukları	2 (8,0)	1 (3,8)	3 (5,9)
ÖÖB	1 (4,0)	1 (3,8)	2 (3,9)
KOKGB	0 (0,0)	2 (7,7)	2 (3,9)
Özgül fobi	1 (4,0)	0 (0,0)	1 (2,0)
Sınır mental kapasite	0 (0,0)	1 (3,8)	1 (2,0)
Trikotillomani	0 (0,0)	1 (3,8)	1 (2,0)
Sosyal fobi + AAB	1 (4,0)	1 (3,8)	2 (3,9)
Sosyal fobi + DEHB	1 (4,0)	0 (0,0)	1 (2,0)
DEHB + ÖÖB	0 (0,0)	1 (3,8)	1 (2,0)

DEHB: Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, ÖÖB: Özgül öğrenme bozukluğu, KOKGB: Karşı olma karşı gelme bozukluğu, AAB: Ayrılık anksiyetesi bozukluğu

Tablo 3. Selektif mutizm olgularında cinsiyetlere ve takibe devam durumlarına göre uygulanan tedaviler

Tedaviler, n (%)	İlk başvuru			Devam eden başvurular		
	Erkek (n=25)	Kız (n=26)	Toplam (n=51)	Erkek (n=16)	Kız (n=13)	Toplam (n=29)
Davranışçı müdahaleler	4 (16,0)	6 (23,1)	10 (19,6)	1 (6,3)	2 (15,4)	3 (10,3)
Fluoksetin	16 (64,0)	14 (53,8)	30 (58,8)	10 (62,5)	7 (53,8)	17 (58,6)
Sertralin	0 (0,0)	5 (19,2)	5 (9,8)	0 (0,0)	3 (23,1)	3 (10,3)
Fluoksetin + metilfenidat	3 (12,0)	0 (0,0)	3 (5,9)	3 (18,8)	0 (0,0)	3 (10,3)
Sertralin + metilfenidat	1 (4,0)	1 (3,4)	2 (3,9)	1 (6,3)	1 (7,7)	2 (6,9)
Metilfenidat + risperidon	1 (4,0)	0 (0,0)	1 (2,0)	1 (6,3)	0 (0,0)	1 (3,4)

yarısına yakınının (%47,1) birinci sınıf öğrencisi olduğu bulunmuştur. Ülkemiz çocuklarının 6 yaşından itibaren ilkokul birinci sınıfa kayıt yapılması Millî Eğitim Bakanlığınca zorunlu hale getirilmiştir. Tüm bunlar göz önüne alındığında, çocukların okula başladıktan sonra semptomların daha fark edilebilir hale gelmesi sonucu bir çocuk psikiyatri hekimine başvurulması ve çocukların ilkokul birinci sınıf yaşlarında SM tanısı alması çalışmanın sonuçlarının literatürü desteklediğini göstermektedir.

SM'nin cinsiyetler arasında dağılımını bakıldığında, birçok çalışma SM'nin kızlarda erkeklerden daha yaygın olduğunu bildirmiştir.^{26,28,29} Çalışmamızda kısmi bir fark olsa da SM tanısı kızlarda erkeklerden daha fazla tespit edilmiştir. Bu sonuç literatür ile uyumlu gözükmektedir. SM'li çocukların sağlıklı kontrol grubuna kıyasla daha sık prenatal ve perinatal problemler yaşadıkları ve kaba motor fonksiyonlarında gecikmeler gösterdikleri bildirilmiştir.⁷ Nitekim bizim çalışmamızda da SM'li çocukların özgeçmişlerinde prematürite, sarılık, küvöz öyküsü ve yürüme gecikmesi bulguları tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalar ve bizim çalışmamızın sonuçları birlikte değerlendirildiğinde dil ve konuşma sorunları, gelişimsel gecikme, öğrenme güçlükleri ve dikkat eksikliği gibi nörogelişimsel faktörlerin tespit edilmesi SM'nin nörogelişimsel immatürite ile ilişkili olabileceği düşüncesini doğrulamaktadır. Nörogelişimsel sorunların bir sonucu olarak yaşanan zorluklardan ve bunlarla ilişkili olumsuz duygulardan (özellikle anksiyete) kaçınmak için sessizliği tercih etmek bu ilişkinin altında yatan mekanizmanın muhtemel sebepleri olabilir. Bu önermenin ek çalışmalar ve elde edilen kanıtlar ile desteklenmesine ihtiyaç vardır.

SM tanılı çocukların ailelerinde SM ile ilişkili semptomların ve diğer psikiyatrik bozuklukların yüksek oranda görüldüğü ortaya konmuştur. SM'li 45 çocuğun dahil edildiği bir çalışmada annelerin %18,0'inde ve babaların %9,0'unda SM öyküsü olduğu gösterilmiştir.³⁰ SM'li çocukların ebeveynlerinde kişilik özelliklerinin ve semptomatolojinin araştırıldığı bir çalışmada, SM'li çocukların annelerinin ve babalarının kontrol grubuna kıyasla daha yüksek düzeyde utangaçlık ve sosyal kaygı sergiledikleri, daha fazla oranda tek başına aktiviteleri tercih ettikleri belirtilmiştir.³¹ Benzer şekilde Chavira ve ark.³² SM'li ve sağlıklı kontrol çocukların ebeveynlerinde yaşam boyu psikiyatrik bozukluk öyküsünü araştırmıştır. Sosyal fobi ve çekingen kişilik bozukluğunun, SM'li çocukların ebeveynlerinde kontrol çocukların ebeveynlerine göre daha sık görüldüğü bulunmuştur.³² Fakat aynı çalışmada, SM benzeri veya ilişkili semptomların (utangaçlık, çekingenlik, sosyal anksiyete) dışında, SM'li çocukların ebeveynleri ve kontrol çocuklarının ebeveynlerinin psikopatoloji açısından büyük ölçüde farklı olmadığı belirtilmiştir. Çalışmamızın geriye dönük olmasından ve kontrol grubunun olmamasından dolayı her ne kadar ebeveyn psikopatolojisini karşılaştırmamız da SM'li çocukların annelerinin babalarına kıyasla (%5,9 vs. %2) daha yüksek düzeyde psikiyatrik bozukluk tanısına sahip olduklarını gösterdik. Bu sonuç, SM'de ebeveyn psikopatolojisinin etkisini araştıran ülke çapında ve geniş örneklem grubunun dahil edildiği yakın zamanda yapılan bir çalışmanın sonuçları ile uyumludur.²⁹

Bu çalışmada, Koskela ve ark.,²⁹ SM tanılı çocukların hem annelerinin hem de babalarının kontrol ebeveynlerine göre anlamlı derecede daha fazla psikiyatrik tanıya sahip olduklarını göstermiştir. Dahası, ebeveynlerin büyük çoğunluğunun herhangi bir psikiyatrik tanı almamış olsa da SM grubunda annelerin babalardan daha fazla psikiyatrik bozukluk tanısına sahip oldukları ve SM üzerinde annelerin psikopatolojilerinin babalara göre daha güçlü bir etkisinin olduğu bulunmuştur. Türk toplumunda SM tanılı çocuklar ve ebeveynleri üzerine yapılan bir çalışmada buna benzer sonuçlar elde edilmiştir. Ayanak ve ark.³³ yaptıkları çalışmada, SM'li çocukların duygusal ve davranışsal sorunlarının ciddiyetinin anne psikopatolojisi ile ilişkili olduğu halde babanın psikopatolojisiyle ilişkili olmadığı bildirilmiştir.

SM tanılı çocukların ülke çapında değerlendirildiği 860 olgudan oluşan geniş örneklemlerli bir çalışmada, SM'li çocukların üçte ikisinden fazlasına (%69,1) en az bir ek psikiyatrik bozukluk tanısı konulmuştur.²⁹ Çalışmamızın sonuçları SM tanılı çocukların %76,5'inde en az bir eşlik eden psikiyatrik bozukluk varlığını göstermektedir ve bu yazında belirtilen oranlara benzer niteliktedir. SM'ye eşlik eden psikiyatrik bozuklukların araştırıldığı birçok çalışmada, en sık komorbid bozukluğun sosyal fobi olduğu bildirilmiştir.^{7,28,34} SM'li çocukların yaklaşık yarısının (%48,0) özellikle AAB, özgül fobiler ve diğer anksiyete bozuklukları olmak üzere bir veya daha fazla anksiyete bozukluğu eş tanısının olduğu gösterilmiştir.²⁸ Benzer şekilde, SM'li çocukların %33,0-50,0'sinde en az bir komorbid anksiyete bozukluğu olduğu belirtilmiştir.^{35,36} Mevcut literatür göz önüne alındığında, anksiyetenin (özellikle sosyal kaygının) SM'li çocukların öne çıkan bir özelliği olduğu açıktır. Bununla birlikte, çoğu tanımlayıcı çalışmaya dayanarak, diğer anksiyete bozukluklarından ziyade SM ile sosyal fobi arasında güçlü bir ilişki olduğu sonucuna varılabilir. Bizim çalışmamızda da SM'ye eşlik eden en sık psikiyatrik bozukluğun sosyal fobi olması literatürü destekler niteliktedir. Ayrıca, SM'li çocukların %45,1'i en az bir anksiyete bozukluğu (sosyal fobi, AAB, özgül fobi) tanısı almıştır. Bu sonuç bilimsel yazında gösterilen oranlarla uyumludur.

SM'li çocukların çoğu okul ortamında konuşmamaktadır.^{37,38} Bu durum okul ortamında meydana gelen bazı sorunlardan kaynaklanabilir. Eğitim ve öğretim sözel iletişim ve etkileşime dayanır ve daha düşük zeka düzeyinde veya öğrenme sorunları olan çocuklar okul programını anlamakta zorlandıklarından konuşmamayı seçebilir. Bu önermeler birçok çalışma tarafından desteklenmiştir. Örneğin; SM'li çocukların bir kısmının özellikle konuşma ve dil ile ilgili zorluklar nedeniyle özel eğitim programlarına yönlendirildiği gösterilmiştir.⁸ Benzer şekilde, SM'li çocuklar arasında iletişim bozukluklarının ve öğrenme güçlüklerinin olduğu belirtilmiştir.⁷ Bizim çalışmamızda da SM'li çocukların eşlik eden psikiyatrik bozukluklar arasında konuşma bozuklukları, özgül öğrenme bozukluğu ve sınırdaki zihinsel işlevsellik tanılarını tespit etmiş olmamız sonuçların bilimsel yazınla uyumlu olduğunu göstermektedir. Ayrıca, SM'li çocukların %19,6'sının sadece okul ortamında konuşmadığını saptadık. Bu sonucun özellikle akademik performansı

etkileyen öğrenme ve konuşma sorunlarından dolayı meydana gelebileceği düşüncesindeyiz. Ancak, burada unutulmaması gereken hususlardan bir tanesi okulla ilgili sorunlar ve SM arasındaki ilişkinin muhtemelen çift yönlü olabileceğidir. Başka bir ifadeyle, çocuklar öğrenme ve iletişim sorunları nedeniyle okulda konuşmuyor olabilir veya bu tür sorunlar okulda konuşmamanın bir sonucu olarak ortaya çıkabilir. Bu neden-sonuç ilişkisini ve muhtemel çift yönlü etkiyi anlamak ve çözmek için uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır.

SM'li çocukların uzun süre izlendiği bir araştırma, bozukluğun ortalama 8 yıl sürdüğünü fakat bu sürenin ardında dahi belirli durumlarda toplam konuşma yokluğu gibi temel semptomların tamamen ortadan kalkmasa da normale dönebileceğini göstermiştir.³⁰ Buna ek olarak, SM tanılı çocukların ilerleyen yıllarda (yetişkinlikte bile) iletişim sorunları yaşamaya devam ettikleri, okulda veya işte daha düşük performans gösterdikleri ve daha yüksek oranda psikiyatrik bozukluklar sergiledikleri bildirilmiştir.³⁹ Bu sebeplerden dolayı, SM'nin erken tanı ve tedavi edilmesi son derece kritik öneme sahiptir. SM tedavisinde temel amaç, çocukların daha önce konuşmadıkları durumlarda konuşmalarına yardımcı olmaktır. BDT ve seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSGİ) SM'li çocukların tedavisinde başarılı olduğu kanıtlanmıştır. SM'li çocuklara yönelik psikososyal müdahaleler hakkındaki en kapsamlı araştırma Cohan ve ark.²⁰ tarafından yapılmıştır. Sosyal beceri eğitimi, dil eğitimi, sistemik duyarsızlaştırma, aile terapisi, psikodinamik tedavi yöntemleri etkili olsa da psikososyal müdahaleler içerisinde en etkili yöntemin davranışsal/bilişsel-davranışsal terapiler olduğu gösterilmiştir.²⁰ Davranışçı müdahaleler dışında SM tedavisi için önerilen bir diğer seçenek farmakoterapidir. SM anksiyete bozuklukları içerisinde yer aldığından dolayı en çok kullanılan ilaç grubu anksiyete bozukluğu olan çocukların tedavisinde başarılı olduğu kanıtlanmış SSGİ'lerdir.⁴⁰ SSGİ'ler içerisinde SM'li çocukların tedavisinden en sık kullanılanı fluoksetindir.²⁴ SM tanılı, yaşları 5-16 arasında değişen çocukların dahil edildiği plasebo kontrollü, çift kör bir çalışmada fluoksetin ile tedavi edilen çocuklarda klinisyen, ebeveyn ve öğretmen değerlendirmelerinde, anksiyete semptomlarında ve genel değişimde önemli gelişmeler gözlenmiştir.²³ SM'li çocuklarda fluoksetinin etkinliğiyle ilgili bir diğer çalışmada, yaşları 5-14 arasında değişen yirmi bir çocuk 9 haftalık fluoksetin tedavisi sonrası değerlendirilmiş ve fluoksetin tedavisinin çocukların %76,0'sında genel iyileşme, sosyal kaygı ve sosyal problemler üzerine pozitif etkiler gösterdiği bulunmuştur.⁴¹ Mevcut çalışmaların sonuçları davranışçı müdahalelere yeterince yanıt vermeyen SM tanılı çocuklar için SSGİ'lerin (özellikle fluoksetin) uygun bir tedavi seçeneği olabileceğini düşündürmektedir. SM tanılı çocuklarda en çok araştırılan ve etkinliği en çok kanıtlanmış olan fluoksetinin bizim çalışmamıza dahil edilen çocukların yarısından fazlasında tedavide kullanılması genel literatür ve tedavi yaklaşımları ile uyumaktadır. Diğer yandan, SM'li çocukların %43,1'inin (n=22) çocuk psikiyatri polikliniğine sadece bir defa geldikleri, kontrol muayenesine gelmedikleri ve tedavi altında olmadıkları görülmektedir. İzlem çalışmalarında SM'nin uzun

yıllar sürmesi, ilerleyen yıllarda dahi mesleki performansı etkilemesi ve diğer psikiyatrik bozukluklar açısından risk oluşturabildiği belirtilmiştir. SM'li çocukların yaklaşık yarısına yakınının kontrol muayenesine gelmemesinden yola çıkarak böylesine olumsuz sonuçlara neden olabilecek bir bozukluğun toplumsal olarak yeterince farkında olunmadığı düşüncesindeyiz. Bu sebeple, özellikle okul bazlı olmak üzere farkındalık çalışmalarının yapılması ile bu çocukların erken teşhis edilip tedavi altına alınması ileride oluşabilecek olumsuzlukların önüne geçilebileceği kanaatindeyiz.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamız, ülkemizde bu alanda yapılmış kısıtlı sayıda araştırılardan biri olmasına rağmen bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. İlk olarak verilerin hasta kayıtlarından geriye dönük incelenmesi ile elde edilmesi en temel kısıtlılıklarındandır. Değerlendirme sırasında psikiyatrik tanı için yapılandırılmış görüşme kullanılmamış olması, kontrol grubunun olmaması, örneklem sayısının az olması ve verilerin retrospektif şekilde elde edilmesi sebebi ile ailenin gelir durumu gibi faktörlerin kaydedilememiş olması, selektif mutizm belirtilerinin yapılandırılmış görüşme ve ölçeklerle değerlendirilmemiş olması çalışmamızın diğer kısıtlılıklarını oluşturmaktadır.

Sonuç

Çocukluk başlangıçlı diğer psikiyatrik bozukluklara nazaran SM hakkında ülkemiz çocuklarında sınırlı araştırma yapılmıştır. SM, çocukların akademik ve sosyal işleyişini ciddi şekilde etkileyen bir psikiyatrik bozukluktur. SM'nin sadece çocukluk çağında değil daha sonraki yaşamlarında dahi olumsuz sonuçları olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada incelenen demografik veriler, eşlik eden psikiyatrik tanılar ve tedavi seçeneklerinden elde edilen bulgular SM'yi daha iyi anlamamıza, SM'nin erken teşhisine ve gelecek sağlık politikalarına yön vermeye katkıda bulunabilir.

Etik

Etik Kurul Onayı: Bu araştırmanın yürütülmesi için Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (karar no: 2020/2954, tarih: 18.12.2020).

Hasta Onayı: Retrospektif çalışma.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: M.A.A., N.U., Dizayn: M.A.A., N.U., Veri Toplama veya İşleme: M.A.A., N.U., Analiz veya Yorumlama: M.A.A., Literatür Arama: M.A.A., N.U., Yazan: M.A.A., N.U.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fifth Edition (DSM-5). American Psychiatric Publishing, Arlington, VA 2013.
- Viana AG, Beidel DC, Rabian B. Selective mutism: a review and integration of the last 15 years. *Clin Psychol Rev.* 2009;29:57-67.
- Steinhausen HC, Juzi C. Elective mutism: an analysis of 100 cases. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1996;35:606-614.
- Melfsen S, Walitza S, Warnke A. The extent of social anxiety in combination with mental disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2006;15:111-117.
- Cunningham CE, McHolm A, Boyle MH, Patel S. Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academic performance, and social relationships in children with selective mutism. *J Child Psychol Psychiatry.* 2004;45:1363-1372.
- Freeman JB, Garcia AM, Miller LM, Dow SP, Leonard HL. Selective mutism. Anxiety disorders in children and adolescents. 2nd ed. The Guilford Press; 2004:280-301.
- 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.
- Ford MA, Sladeczek IE, Carlson J, Kratochwill TR. Selective mutism: Phenomenological characteristics. *Sch Psychol Q.* 1998;13:192-227.
- Sharp WG, Sherman C, Gross AM. Selective mutism and anxiety: a review of the current conceptualization of the disorder. *J Anxiety Disord.* 2007;21:568-579.
- Wong P. Selective mutism: a review of etiology, comorbidities, and treatment. *Psychiatry (Edgmont).* 2010;7:23-31.
- Yazıcı KU. Selektif Mutizm. In: Ercan ES BÖ, Perçinel-Yazıcı İ, Küçük MÖ, Işık Ü, Kılıçoğlu AG, et al., editors., ed. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Güncel Yaklaşımlar ve Temel Kavramlar. Ankara: Akademisyen Yayınevi; 2020:397-408.
- Alyanak B. Selektif Mutizm. In: Pekcanlar Akay A, Ercan ES, eds. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara; Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği. 2016:257-267.
- Schwartz RH, Freedy AS, Sheridan MJ. Selective mutism: are primary care physicians missing the silence? *Clin Pediatr (Phila).* 2006;45:43-48.
- Beidel DC, Alfano CA. Child anxiety disorders: A guide to research and treatment. Taylor & Francis; 2011.
- Levin-Decanini T, Connolly SD, Simpson D, Suarez L, Jacob S. Comparison of behavioral profiles for anxiety-related comorbidities including ADHD and selective mutism in children. *Depress Anxiety.* 2013;30:857-864.
- Cunningham CE, McHolm AE, Boyle MH. Social phobia, anxiety, oppositional behavior, social skills, and self-concept in children with specific selective mutism, generalized selective mutism, and community controls. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2006;15:245-255.
- Yeganeh R, Beidel DC, Turner SM. Selective mutism: more than social anxiety? *Depress Anxiety.* 2006;23:117-123.
- Smith-Schrandt HL, Ellington E. Unable to Speak: Selective Mutism in Youth. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2018;56:14-18.
- Hung S-L, Spencer MS, Dronamraju R. Selective mutism: Practice and intervention strategies for children. *ChildSch.* 2012;34:222-230.
- 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.
- Lehman RB. Rapid resolution of social anxiety disorder, selective mutism, and separation anxiety with paroxetine in an 8-year-old girl. *J Psychiatry Neurosci.* 2002;27:124-125.
- 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.
- 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.
- Manassis K, Oerbeck B, Overgaard KR. The use of medication in selective mutism: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2016;25:571-578.
- Lafferty JE, Constantino JN. Fluvoxamine in selective mutism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1998;37:12-13.
- Sharkey L, McNicholas F. Selective Mutism: A prevalence study of primary school children in the Republic of Ireland. *Ir J Psychol Med.* 2012;29:36-40.
- Karakaya I, Şişmanlar SG, Oç OY, Memik NC, Coşkun A, Ağaoğlu B, Yavuz CI. Selective mutism. A school-based cross-sectional study from Turkey. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2008;17:114-117.
- Dummit ES 3rd, 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.
- Koskela M, Chudal R, Luntamo T, Suominen A, Steinhausen HC, Sourander A. The impact of parental psychopathology and sociodemographic factors in selective mutism - a nationwide population-based study. *BMC Psychiatry.* 2020;20:221.
- 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;251:284-296.
- Kristensen H, Torgersen S. MCMI-II personality traits and symptom traits in parents of children with selective mutism: a case-control study. *J Abnorm Psychol.* 2001;110:648-652.
- 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;46:1464-1472.
- Alyanak B, Kılınçaslan A, Harmanlı HS, Demirkaya SK, Yurtbay T, Vehid HE. Parental adjustment, parenting attitudes and emotional and behavioral problems in children with selective mutism. *J Anxiety Disord.* 2013;27:9-15.
- Black B, Uhde TW. Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1995;34:847-856.
- Edison SC, Evans MA, McHolm AE, Cunningham CE, Nowakowski ME, Boyle M, Schmidt LA. An investigation of control among parents of selectively mute, anxious, and non-anxious children. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2011;42:270-290.
- Nowakowski ME, Tasker SL, Cunningham CE, McHolm AE, Edison S, Pierre JS, Boyle MH, Schmidt LA. Joint attention in parent-child dyads involving children with selective mutism: a comparison between anxious and typically developing children. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2011;42:78-92.
- 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.
- Kumpulainen K, Räsänen E, Raaska H, Somppi V. Selective mutism among second-graders in elementary school. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 1998;7:24-29.
- Steinhausen HC, Wachter M, Laimböck K, Metzke CW. A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *J Child Psychol Psychiatry.* 2006;47:751-756.
- Kaakeh Y, Stumpf JL. Treatment of selective mutism: focus on selective serotonin reuptake inhibitors. *Pharmacotherapy.* 2008;28:214-224.
- Dummit ES 3rd, Klein RG, Tancer NK, Asche B, Martin J. Fluoxetine treatment of children with selective mutism: an open trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1996;35:615-621.