

Terhi Punna

PsL, kehitys- ja kasvatuspsykologian erikoispsykologi, kognitiivinen psykoterapeutti, perhepsykoterapeutti, johtava psykologi
Tyks Psykiatria, yksityinen ammatinharjoittaja

Kun lapsi puhuu vain kotona: valikoivan puhumattomuuden hoito

- Valikoiva puhumattomuus lapsuusiässä on etiologialtaan monitekijäinen häiriö. Se kehittyy geneettisten, kehityksellisten sekä temperamentti- ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutuksesta.
- Uusissa tautiluokituksissa se määritellään ahdistuneisuushäiriöksi.
- Ensisijaisina hoitomuotoina pidetään kognitiivista psykoterapiaa ja kognitiivista käyttäytymisterapiaa. Hoidon tuloksellisuudesta ei vielä ole kattavaa tutkimustietoa.
- Keskeistä on integroida hoito ympäristöön, jossa oire esiintyy.
- Varhainen tunnistaminen ja hoito voivat ehkäistä oirekuvan pitkittymistä ja komplisoitumista.

KIRJALLISUUTTA

- 1 Bergman R, Gonzalez A, Piacentini J, Keller M. Integrated behavior therapy for selective mutism: A randomized controlled pilot study. *Behav Res Ther* 2013;51:680–9.
- 2 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 Psych Psychiatry* 2006;47:1085–97.
- 3 Hua A, Major N. Selective mutism. *Curr Opin Pediatr* 2016;28:114–20.
- 4 Lämsä T, Erkolahti R. Valikoiva puhumattomuus – haasteena lapsen vaikeneminen. *Duodecim* 2013;129:2641–66.
- 5 Muris P, Ollendick T. Children who are anxious in silence: a review on selective mutism, the new anxiety disorder in DSM-5. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2015;18:151–69.
- 6 Sarvanne M. Valikoiva puhumattomuus (selektiivinen mutismi). Lääkärin käsikirja, verkkojulkaisu. Kustannus oy Duodecim, 2018. <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/ykt00813?search=mutismi> (haettu 2.1.2020).
- 7 Viana A, Beidel D, Rabian B. Selective mutism: A review and integration of last 15 years. *Clin Psychol Rev* 2009;29:57–67.
- 8 Kumpulainen K. Phenomenology and treatment of selective mutism. *CNS Drugs* 2002;16:175–80.
- 9 Ströhle A, Gensichen J, Domschke K. The diagnosis and treatment of anxiety disorders. *Deutsches Arzteblatt international* 2018;155:611–20.
- 10 World Health Organization. ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems. Geneva, 1992.

VALIKOIVA PUHUMATTOMUUS on poikkeava käyttäytymisen muoto, jossa puhumaan oppinut lapsi puhuu joissakin tilanteissa ikätasoisesti mutta on johdonmukaisesti puhumatta tietyissä tilanteissa, kuten koulussa (1–7).

Häiriö alkaa yleensä ennen viiden vuoden ikää, mutta se todetaan usein vasta esikoulun tai koulun alkaessa, 6–9-vuotiaana (4–9). Puhumattomuuden on kestettävä yli neljä viikkoa, eikä se saa selittyä laaja-alaisella kehityshäiriöllä tai riittämättömällä kielitaidolla (ICD-10) (10).

Vaikka lapsella olisi kielenkehityksen viivästymää tai ääntämishäiriöitä, diagnoosi voidaan määrittää, jos kielelliset kyvyt riittävät vuorovaikutukseen ja kielen käytössä eri ympäristöissä vallitsee johdonmukainen epäsuhta.

Valikoiva puhumattomuus luokitellaan uusimmissa tautiluokituksissa (ICD-11, DSM-5) ahdistuneisuushäiriöksi, eikä sen ilmenemistä enää sidota vain lapsuus- ja nuoruusikään (10,11). Arviolta kolmasosalla oireet jatkuvatkin aikuisuuteen (9). Häiriö on tytöillä hieman yleisempi kuin pojilla (2,4,5,7,8,12). Esiintyvyydeksi on raportoitu 0,1–2,2 % (3). Kouluikäisiä lapsia koskevista otoksista pisteprevalenssi on 0,03–0,79 % (13).

Hoidosta ei ole toistaiseksi kertynyt kattavasti tutkimustietoa (5). Tutkimustulosten vertailua on vaikeuttanut se, että häiriön etiologiaa ei ole ymmärretty riittävästi (12), häiriötä on käsitteellistetty eri tavoin ja hoidon fokus sekä hoitomenetelmät ovat vaihdelleet (7).

Etiologiasta ja hoidosta on tehty joitakin katsausartikkeleita (2–7,14–8) ja yksittäinen valikoivan puhumattomuuden ja ahdistuneisuushäiriöiden suhdetta käsittelevä meta-analyysi (13). Psykososiaalisia interventiotutkimuksia kokoavia systemaattisia katsausartikkeleita on julkaistu tiettävästi kaksi: vuosilta 1990–2005 (2) ja vuosilta 2005–2015 (18).

Etiologia ja häiriötä ylläpitävät tekijät

Valikoiva puhumattomuus on etiologialtaan monitekijäinen häiriö, joka kehittyy monien geneettisten, kehityksellisten sekä temperamentti- ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutuksesta (2–8,12,13,19–21). Valikoivasti puhumattomilla lapsilla todetaan usein myös muita psyykkisiä tai kehityksellisiä ongelmia (3,5,6,12,15). Komorbidina häiriönä esiintyy yleisimmin jokin ahdistuneisuushäiriö, jopa 80 %:lla. Useimmiten kyseessä on sosiaalisten tilanteiden pelko. Sitä esiintyy 69 %:lla (13).

Noin puolella valikoivasti puhumattomista lapsista on kielenkehityksen häiriöitä tai viivettä (3,12,15). Myös autismikirjon häiriöt ovat yleisempiä kuin väestössä yleensä (12,15,16,22,23), mutta komorbiditeetista ei ole tarkkaa tietoa (12,15,16,22,23).

Valikoivaan puhumattomuuteen saattaa joissakin tapauksissa liittyä pakko-oireisuutta ja masennusta (7,15,16), kehityksellisiä häiriöitä tai auditorisen prosessoinnin puutteita (3,5,7,12) sekä dissosiaatiota (8). Traumaatti-



11 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental health disorders (5. painos). Arlington, Virginia: American Psychiatric Association, 2013.

12 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.

13 Driessen J, Blom J, Muris P, Blashfield R, Molendijk M. Anxiety in children with selective mutism: A meta-analysis. *Child Psychiatry Hum Dev* 2020;51:330–41.

14 Connolly S, Suarez L, Sylvester C. Assessment and treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Curr Psychiatry Rep* 2011;13: 99–110.

15 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.

16 Wong P. Selective mutism: a review of etiology, comorbidities, and treatment. *Psychiatry (Edgemont)* 2010;7:23–31.

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

18 Zakszeski B, DuPaul G. Reinforce, shape, expose, and fade: a review of treatments for selective mutism (2005–2015). *School Mental Health* 2017;9,1–15.

19 Cohan S, Chavira D, Shipon-Blum E, Hitchcock C, Roesch SC, Stein MB. Refining the classification of children with selective mutism: a latent profile analysis. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008;37:770–84.

20 Fox N, Henderson H, Marshall P, Nichols K, Ghera M. Behavioral inhibition: Linking biology and behavior within a developmental framework. *Ann Rev Psychol* 2005;56:234–62.

21 Westerinen H. Valikoiva puhumattomuus. Teoksessa: Kumpulainen K, Aronen E, Ebeling H ym., toim. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria, s. 237–42. *Duodecim* 2019.

22 Muris P, Monait N, Weijsters L, Ollendick TH. Symptoms of selective mutism in non-clinical 3- to 6-year-old children: Relations with social anxiety, autistic features, and behavioral inhibition. *Front Psychol* 2021;12:1–11.

23 Steffenburg H, Steffenburg S, Gillberg C, Billstedt E. Children with autism spectrum disorders and selective mutism. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2018;14:1163–9.

TAULUKKO 1.

Kognitiiviset ja käyttäytymisterapeuttiset menetelmät valikoivan puhumattomuuden hoidossa

Käyttäytymisterapeuttiset strategiat	Kognitiivinen työskentely	Sosiaalisen ympäristön kanssa työskentely
Lapsen fokuoimaton vuorovaikutus (27,30,38,47,48,50) Psykoedukaatio (1,2,8, 21,26,27,30,32,37,47,49,50): Tiedon antaminen valikoivasta puhumattomuudesta ja sosiaalisesta ahdistuneisuudesta	Tutkiva yhteistyösuhde (3): Terapeutin avoin ja lasta sekä sosiaalista ympäristöä osallistava, neutraalin utelias ja tutkiva työote. Tutkivan yhteistyösuhteen sisällä pyritään löytämään vaihtoehtoisia tapoja ajatella ja toimia	Osana lapsen/nuoren terapiaa terapeutti tapaa myös vanhempia ja opettajia: Psykoedukaatio (1,2,8,21,26,27,30,32,37,47, 49,50): Asianmukaisen tiedon antaminen valikoivasta puhumattomuudesta ja sosiaalisesta ahdistuneisuudesta
Asteittainen altistaminen, käyttäytymisen muokkaaminen (1,14,26,30,32,37,38,47,50): Käyttäytymistä muokataan asteittain kohti tavoitetta; suun avaaminen, kuiskaaminen, puhuminen	Lapsen fokuoimaton vuorovaikutus (27,30,38,47,48,50) Psykoedukaatio (1,2,8,21,26,27,30,32,37,47, 49,50): Asianmukaisen tiedon antaminen valikoivasta puhumattomuudesta ja sosiaalisesta ahdistuneisuudesta	Vahvistusuhdeiden hallinta (1,2,30,38,47,49): Toivotun käyttäytymisen (puhuminen, kommunikointi, osallistuminen) palkitseminen ja ei-toivotun (vetäytyminen, välttäminen, puhumattomuus) sammuttaminen. Terapeutti ohjaa vanhempia ja/tai opettajaa toivotun käyttäytymisen palkitsemiseen ja ei-toivotun käyttäytymisen huomiotta jättämiseen
Visuaalinen altistushierarkia voidaan laatia kartaksi, jonka avulla lapsi valloittaa alueita itselleen	Oireen ulkoistaminen (30,49) Kognitiivinen uudelleenmuotoilu (1,30,47,49): Lasta autetaan havaitsemaan ajatusvääristymiään ja niiden vaikutusta käyttäytymiseen	Altistusharjoitusten ohjaus (1,32,38,49): Terapeutti siirtää altistusharjoittelun ohjausvastaava vanhemmille ja/tai opettajalle arkiympäristöissä toteutettavaksi; terapeutti ohjaa vanhempia ja/tai opettajaa tukemaan ja valmistamaan lasta altistusharjoituksiin (transfer of control)
Liu'uttaminen (2,30,37,47,50): Lapsen totuttaminen asteittain uuteen ympäristöön tai henkilöön	Selviytymistä tukevan sisäisen puheen rakentaminen (1)	Vanhemman omien ahdistusensäätelykeinojen tukeminen (32,49) Perheen positiivisen ja kannustavan vuorovaikutuksen tukeminen (32)
Itsetarkkailumenetelmät (2,15,37): Lapsi mallintaa itse toivottua käyttäytymistä (omaa puhetta) nauhoitteen avulla uudessa ympäristössä; habituaatio	Mielikuvatyöskentely (26) Käyttäytymiskokeet (26,27)	
Toivotun käyttäytymisen mallintaminen (37,38,49) ja rooliharjoitukset (38,49)		
Sosiaalisten taitojen harjoittelu (2,26)		
Hengitys- ja rentoutusharjoitukset (2,26,49)		

nen tapahtuma on mahdollinen mutta harvinaisen laukaiseva tekijä. Se saattaa esiintyä yhtäaikaisesti traumaperäisen stressihäiriön kanssa (4,7,16).

On esitetty, että valikoivassa puhumattomuudessa voitaisiin erottaa etiologialtaan erilaisia alatyyppejä (19,24–27). Kiistatonta näyttöä tai teoreettista konsensusta luokituksesta ei kuitenkaan toistaiseksi ole saavutettu (13).

Tavoitteena ei ole muuttaa lasta ujosta ulospäin suuntautuneeksi.

Psykkisten häiriöiden kehityspsykologista luonnetta korostava näkökulma kuvaa yksilön kehitystä prosessina, jonka vääristymistä voidaan ymmärtää vain ottamalla huomioon sekä yksilöön että ympäristöön liittyvät tekijät ja niiden vuorovaikutus (5,7,17). Häiriön syntyä voidaan siten ymmärtää alttius-stressimallin kautta (15,17).

Ahdistukselle altistavat temperamentti- ja emotionaalinen reaktiivisuus saattavat lisätä valikoivan puhumattomuuden kehittymisen riskiä varsinkin, jos lapsella on lisäksi puutoksia kielenkehityksessä tai sosiaalisissa tai-

doissa (17). Sosiaalisten tilanteiden herättämät pelkoajatukset voivat kaventaa tarkkaavuutta, ja tämä vaikeuttaa ahdistuksen säätelyä, johtaa estyneeseen käyttäytymiseen sekä epäonnistumisiin näissä tilanteissa (20,27,28). Kun lapsi on virittynyt havaitsemaan herkästi vaaraa eikä kykene ilmaisemaan emotionaalista hätäänsä sanallisesti, hän saattaa muita herkemmin turvautua toimimattomiin tunnesäätelykeinoihin, kuten puhumattomuuteen (5,15,17,20,29).

Käyttäytymisterapeuttisen näkemyksen mukaan puhumattomuuden on opittua käyttäytymistä, jonka tarkoituksena on välttää ahdistusta tai saada huomiota (2,9). Välttämiskäyttäytymisestä seuraava helpotus lisää tällaisen käyttäytymisen todennäköisyyttä myöhemmin erityisesti, jos ympäristö tukee tai mallintaa sitä (7,15,17,19,20,29). Näin syntyvä noidankehä heijastuu siten negatiivisesti lapsen sosiaalisten ja tunnesäätelytaitojen kehitykseen (18).

Valikoivasti puhumattomien lasten perheissä saattaa olla keskimääräistä enemmän kommunikaatiohäiriöitä, masennusta, ahdistuneisuutta, ylisuojelevaa tai ylikontrolloivaa vanhemmuutta ja parisuhteen vaikeuksia (2,5–8,15,17,21). Lähisuvussa esiintyy usein valikoivaa puhumattomuutta tai vähäpuheisuutta (4,7,12,15,30). Yhteydet selittyvät todennäköisesti sekä geneettisistä että vuorovaikutuksellisista tekijöistä (5,12,15,17,31).

- 24 Diliberto R, Kearney C. Anxiety and oppositional behavior profiles among youth with selective mutism. *J Commun Disord* 2015;59:16–23.
- 25 Diliberto R, Kearney C. Latent class symptom profiles of selective mutism: Identification and linkage to temperamental and social constructs. *Child Psychiatry Hum Dev* 2018;49:551–62.
- 26 Mulligan C, Christner R. Selective mutism: Cognitive-behavioral assessment and intervention. Teoksessa: Mennuti R, Christner R, Freeman A, toim. Cognitive-behavioral interventions in educational settings: A handbook for practice (s. 187–213). Routledge/Taylor & Francis Group, 2012.
- 27 Vogel F, Gensthaler A, Stahl J, Schwenc C. Fears and fear-related cognitions in children with selective mutism. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2019;28:1169–81.
- 28 Ranta K. Sosiaalisten tilanteiden pelon hoito. Teoksessa: Ranta K, Fredriksson J, Koskinen M, Tuomisto M, toim. Lasten ja nuorten kognitiiviset ja käyttäytymisterapiat, s. 294–320. Kustannus Oy Duodecim, 2018.
- 29 Yeganeh R, Beidel D, Turner S, Pina A, Silverman W. Clinical distinctions between selective mutism and social phobia: An investigation of childhood psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:1069–75.
- 30 Oerbeck B, Overgaard K, Stein M, Pripp A, Kristensen H. Treatment of selective mutism: a 5-year follow-up study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2018;27:997–1009.
- 31 Koskela M, Chudal R, Luntamo T, Suominen A, Steinhilber H-C, Sourander A. The impact of parental psychopathology and sociodemographic factors in selective mutism – a nationwide population-based study. *BMC Psychiatry* 2020;20:221.
- 32 Schum R. Clinical perspectives on the treatment of selective mutism. *The Journal of Speech and Language Pathology – Applied Behavior Analysis* 2006;1:149–63.
- 33 Bergman R. Treatment for children with selective mutism: An integrative behavioral approach. Oxford: Oxford University Press, 2013.
- 34 Bergman R. Treatment for children with selective mutism: Appendix B: Pretreatment materials. Oxford University Press, 2012.

Häiriöön yhdistyy myös siirtolaisuuteen liittyvä kaksikielisyys (3,7,15).

Osalla valikoivasti puhumattomista lapsista esiintyy uhmakkuutta (5,7,19,24,25,29), mutta näillä lapsilla myös sosiaalinen ahdistuneisuus on voimakasta (19,29). Valikoivan puhumattomuuden ja diagnostisen uhmakkuuden välinen komorbiditeetti (6–10 %) on vain hieman suurempi kuin uhmakkuuden esiintyminen lapsiväestössä yleisesti (7). Kyseessä saattaaakin olla ylitsepääsemättömään ahdistukseen liittyvä ja vastustavana käyttäytymisenä ilmenevä välttämiskäyttäytyminen, jonka ympäristö tulkitsee uhmakkuudeksi (5,7,12,14,17,19,29,32).

Arviointi

Valikoivasti puhumattoman lapsen arvioinnissa on keskeistä kerätä informaatiota useasta lähteestä, kuten lasten arvioinnissa yleensäkin (14,15). Lapsen yksilöllisen arvion lisäksi haastatellaan vanhempia ja opettajaa. Tarkka kehitysanamnestinen selvitys on olennainen muiden häiriöiden havaitsemiseksi ja kehityksellisten viiveiden poissulkemiseksi (3,7,12,15,26). Tietoa tarvitaan valikoivan puhumattomuuden kehittymisestä ja ilmenemisestä eri ympäristöissä sekä lapsen käyttämistä muista kommunikaatiokeinoista (1,7,15,32,33). Osana arviointia voidaan hyödyntää strukturoituja kyselyjä, kuten Selective Mutism Questionnaire (SMQ) -kyselyä (34–36).

Olennaista on arvioida perhesuhteita ja muita läheisiä vuorovaikutussuhteita, jotta havaittaisiin oireilua ylläpitäviä ja vahvistavia tekijöitä ja kohdennettaisiin interventiot oikein (14). Jos aikuisilla ei ole riittävää tai oikeaa tietoa, he voivat käyttää kyseenalaisia menetelmiä pyrkiessään lisäämään lapsen puhetta ja siten jopa pahentaa tilannetta (8,21,32,37). Vanhemilla voi olla virheellisiä uskomuksia puhumattomuuden syistä, ja niihin liittyvät syyllisyyden tunteet saattavat usein ylläpitää lapsen oireilua (26).

Lapsen yksilöarviossa tulee välttää suoria kysymyksiä ja huomion fokuoimista häneen (32). Lapsen voi olla helpompi puhua hänelle mieluisasta aiheesta, josta hänellä on paljon tietoa (32). Tällaisten aihepiirien kartoitus on keskeistä intervention suunnittelussa. Arvioinnissa voidaan hyödyntää sekä niitä että visuaalisia ja toiminnallisia menetelmiä, kuten tunnelämöpömittaria, sormella osoittamista sekä lapulle kirjoitettuja sanoja ja lauseita (1,26,32,38).

Valikoivaan puhumattomuuteen näyttävistä yhdistyvän erityisesti sosiaalista uhkaa koskevat kognitiot (esim. pelko, että muut reagoivat kielteisesti omaan puheeseen), virhei-

den tekemiseen liittyvät negatiiviset kognitiot (esim. pelko, että sanoo jotain väärää tai outoa) sekä – harvemmin – myös kielelliseen ilmaisuun ja oman äänen kuulumiseen liittyvät negatiiviset kognitiot (esim. että oma ääni kuuluu oudolta) (27,32).

Terapian tavoitteita asetettaessa on syytä olla realistinen.

Ahdistuneisuutta ja ajatusvääristymiä voidaan arvioida myös esimerkiksi strukturoiduilla kyselylomakkeilla, kuten Children's Automatic Thoughts Scale (Cats) -kyselyllä (39,40), Brief Fear of Negative Evaluation Scale (BFNE-S) -kyselyllä (41,42) ja Social Phobia Inventory (Spin) -kyselyllä (43,44). Tärkeää on myös arvioida äännetietoisuutta, kielen ymmärtämistä ja sanavarastoa (5,7).

Hoito

Valikoivan puhumattomuuden ensisijaisena hoitomuotona pidetään tähänastisen tutkimustiedon perusteella kognitiivista psykoterapiaa ja kognitiivista käyttäytymisterapiaa (KKT) yhdistettynä tiiviiseen työskentelyyn perheen ja sosiaalisen ympäristön kanssa (1–3,5–9,14,30,32,37,45). Lääkityksen hyödyntäminen on toistaiseksi vähän tutkimustietoa, mutta SSRI-lääkityksestä saattaa olla apua (3,5,8,32,37,45).

Tehokkaimpia KKT-interventiot saattavat olla erityisesti ahdistuneisuuteen liittyvän puhumattomuuden hoidossa (14,19). Eniten näyttöä on asteittaisen altistuksen tehosta (3,9). Välttämiskäyttäytymistä (puhumattomuutta) pyritään purkamaan asteittaisen altistuksen avulla: puhumiskäyttäytymistä (suun avaaminen, äänen pitäminen, sanojen äänetön muodostaminen tms.) muokataan pikkujalalla kohti vaativampaa ilmaisua ja/tai lisäämällä sitä uusiin sosiaalisiin ympäristöihin (1,2,14,26,30,32,37,38,46–50).

Psykoedukaatio on keskeistä hoidon kaikissa vaiheissa kaikenikäisille lapsille ja heidän lähiympäristöilleen (1,2,8,21,26,27,30,32,37,47,49,50). Suuri osa raportoiduista interventioista keskittyy käyttäytymisterapeuttisiin strategioihin erityisesti hoidon alkuvaiheessa ja pieniä lapsia hoidettaessa (2,14,15,18,26,27,32,46). Kognitiivinen työskentely saattaa soveltua parhaiten vanhemmille lapsille ja nuorille (30,47).

35 Bergman R, Keller M, Piacentini J, Bergman A. The development and psychometric properties of the selective mutism questionnaire. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008;37:456–64.

36 Oerbeck B, Overgaard KR, Bergman RL, Pripp AH, Kristensen H. The selective mutism questionnaire: Data from typically developing children and children with selective mutism. *Clin Child Psychol* 2020;25:754–65.

37 Kehle T, Bray M, Byer-Alcorace G, Theodore L, Kovac L. Augmented self-modeling as an intervention for selective mutism. *Psychology in the Schools* 2012;49:93–103.

38 Klein E, Armstrong S, Skira K, Gordon J. Social Communication Anxiety Treatment (S-CAT) for children and families with selective mutism: A pilot study. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2017;22:90–108.

39 Schniering CA, Lyneham HJ. The children's automatic thoughts scale in clinical sample: psychometric properties and clinical utility. *Behav Res Ther* 2007;45:1931–40.

40 Schniering CA, Rapee RM. Development and validation of a measure children's automatic thoughts: the children's automatic thoughts scale. *Behav Res Ther* 2002;40:1091–1109.

41 Carleton RN, Collimore KC, McCabe RE, Antony MM. Addressing revisions to the Brief Fear of Negative Evaluation scale: Measuring fear of negative evaluation across anxiety and mood disorders. *J Anxiety Disord* 2011;25:822–8.

42 Rodebaugh TL, Woods CM, Thissen DM, Heimberg RG, Chambless DL, Rapee RM.

Hoitoa voidaan rakentaa yksilöllisen ja etilogian monitekijäisyyden huomioivan tapauskäsittelystyksen pohjalta (18,48,49). Kun valikoivasti puhumaton lapsi oppii hallitsemaan ahdistustaan esimerkiksi rentoutusharjoittelun, vaihtoehtoisten tulkintojen etsinnän (kognitiivinen uudelleenmuotoilu) ja altistus-harjoittelun avulla, häntä kannustetaan yhä haastavampiin vuorovaikutustilanteisiin ja verbaaliseen vuorovaikutukseen (2,48). Keskeisimmät KKT-menetelmät esitetään taulukossa (taulukko 1).

Terapian tavoitteita asetettaessa on syytä olla realistinen. Tavoitteena ei ole muuttaa lasta ujosta ulospäinsuuntautuvaksi. Muutokset saattavat herättää lapsissa voimakasta ahdistusta etenkin hoidon alkuvaiheessa (32), ja he usein vastustavat niitä. Siksi käyttäytymistä täytyy muuttaa riittävän pienin askelin (taulukko 1).

Lopuksi

Valikoivaa puhumattomuutta on pidetty vaikeasti hoidettavana häiriönä etenkin, jos se on

kestänyt pitkään ennen hoitoon hakeutumista (8,15). Heikot hoitotulokset saattavat selittyä puhumattomuuden automatisoitumisella ajan mittaan (32).

Häiriö onkin tärkeää tunnistaa varhain. Kun työntekijä kohtaa puhumattoman lapsen esimerkiksi lastenneuvolakäynnillä, hänen tulisi kysyä vanhemmalta lapsen puheenkäytöstä eri ympäristöissä, selvittää kielenkehitystä, kodin kieliympäristöä, ahdistus- tai käyttöoireita sekä perheenjäsenten ahdistuneisuutta ja puhumattomuutta (3).

Kun valikoivasti puhumaton lapsi on tunnistettu, hänet ohjataan lastenpsykiatriseen arvioon ja järjestetään asianmukainen hoito viipymättä. Hoito on oleellista integroida siihen ympäristöön, jossa oire esiintyy. Hoidossa ovat siten avainasemassa päiväkodin ja koulun psykososiaaliset työntekijät (1,18,46). Oikea-aikaisella KKT-interventiolla voidaan parhaassa tapauksessa välttyä oirekuvan pitkittymisestä ja komplisoitumiselta sekä pitkäaikaiselta erikoissairaanhoidon tarpeelta (46). ●

More information from fewer questions: The factor structure and item properties of the original and brief fear of negative evaluation scale. *Psychol Assess* 2004;16:169–81.

43 Connor KM, Davidson JRT, Churchill LE, Sherwood A, Foa E, Weisler RH. Psychometric properties of the social phobia inventory (SPIN). *British Journal of Psychiatry* 2000;176:379–86.

44 Ranta K, Kaltiala-Heino R, Rantanan P, Tuomisto MT, Marttunen M. Screening social phobia in adolescents from general population: the validity of the Social Phobia Inventory (SPIN) against a clinical interview. *Eur Psychiatry* 2007;22:244–51.

45 Ostergaard K. Treatment of selective mutism based on cognitive behavioural therapy, psychopharmacology and combination therapy – a systematic review. *Nordic J Psychiatry* 2018;72:240–50.

46 Busse R, Downey J. Selective Mutism: A Three-Tiered Approach to Prevention and Intervention. *Contemporary School Psychology* 2011:15.

47 Oerbeck B, Stein M, Pripp A, Kristensen H. Selective mutism: follow-up study 1 year after end of treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015;24:757–66.

48 Woodcock E, Milic M, Johnson S. Treatment programs for children with selective mutism. *Toukessa: Einstein D, toim. Innovations and advances in cognitive behaviour therapy. Australian Academic Press, 2007.*

49 Lang C, Nir Z, Gethel A ym. The outcome of children with selective mutism following cognitive behavioral intervention: a follow-up study. *Eur J Pediatrics* 2016;175:481–7.

50 Johnson M, Wintgens A. *The Selective Mutism Resource Manual* (2. painos). Routledge, USA, 2017.

SIDONNAISUUDET

Terhi Punna: Ei sidonnanuuksia.

Nucala 100 mg injektioeste, liuos, esitetyt kynä, Nucala 100 mg injektioeste, liuos, esitetyt ruisku

Vaikuttavat aineet: Mepolitsumabi on humanisoitu monoklonaalinen interleukiini-5 vasta-aine. **Käyttöaiheet:** Lisähoitona vaikean eosinofiilisen astman, kroonisen polypottisen rinosiiniitin (CRSwNP), eosinofiilisen granulomatoosin polyangiitin (EGPA) ja hypereosinofiilisen oireyhtymän (HES) hoidossa. Ks. yksityiskohtaisemmat tiedot käyttöaiheisiin liittyen valmisteyhteenvedosta. **Ehto:** Nucala-hoitoa saavat määrätä vain vaikean hoitoresistentin eosinofiilisen astman, CRSwNP:n, EGPA:n tai HES:n diagnosoitujen ja hoitoon perehtyneet lääkärit. **Annotus:** Nucala on tarkoitettu pitkäaikaishoitoon kaikissa käyttöaiheissa. **Vaikea eosinofiilinen astma. Aikuiset ja vähintään 12-vuotiaat nuoret:** Suositeltu mepolitsumabiannos on 100 mg ihon alle (s.c.) 4 viikon välein. **Krooninen polypottinen rinosiiniitti (CRSwNP). Aikuiset:** Suositeltu mepolitsumabiannos on 100 mg ihon alle (s.c.) 4 viikon välein. Jos 24 viikkoa jatkuneen CRSwNP-hoidon jälkeen ei todeta vastetta, voidaan harkita muita hoitoja. **Eosinofiilinen granulomatoosin polyangiitti (EGPA). Aikuiset ja vähintään 12-vuotiaat nuoret:** Suositeltu mepolitsumabiannos on 300 mg ihon alle (s.c.) 4 viikon välein. **Hypereosinofiilinen oireyhtymä (HES). Aikuiset:** Suositeltu mepolitsumabiannos on 300 mg ihon alle (s.c.) 4 viikon välein. Lääkärin tulee arvioida hoidon jatkamisen tarpeellisuutta vähintään vuoden välein taudin vaikeusasteen ja oireiden perusteella (vaikea eosinofiilinen astma, EGPA ja HES). Hoidon jatkamisen tarpeellisuutta on arvioitava myös sellaisten potilaiden kohdalla, joille kehityy henkeä uhkaava EGPA:n tai HES:n oireita, sillä Nucala-valmistetta ei ole tutkittu näissä potilasryhmissä. **Pediatriset potilaat** sekä tarkemmat tiedot annostuksesta ks. valmisteyhteenveto. **Vasta-aiheet:** Yliherkkyys vaikuttavalle aineelle tai apuaineille. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varoitukset:** Jäljitettävyyttä. Biologisten lääkevalmistesten jäljitettävyyden parantamiseksi annetaan valmisteen nimi ja eränumero on kirjattava selvästi. **Astman pahenemisvaiheet.** Mepolitsumabi ei saa käyttää astman akuuttien pahenemisvaiheiden hoitoon. Hoidon aikana voi esiintyä astmaan liittyviä haitallisia oireita tai pahenemisvaiheita. Potilaita kehoitetaan hakeutumaan lääkärin hoitoon, elleivät astmaoireet lievitä tai jos ne pahenevat hoidon aloittamisen jälkeen. **Kortikosteroidien** äkillistä lopettamista ei suositella mepolitsumabi-hoidon aloittamisen jälkeen. Tarvittaessa kortikosteroidiamonia voidaan pienentää asteittain antamisen valvonnassa. **Yliherkkyysreaktiot ja lääkkeen antoon liittyvät reaktiot.** Mepolitsumabi-injektion antamisen jälkeen on esiintynyt akuutteja ja viivästyneitä systeemisiä reaktioita, mukaan lukien yliherkkyysreaktioita (esim. anafylaksiaa, nokkosihottumaa,

angioedeemaa, ihottumaa, bronkospasmeja, verenpaineen laskua). Nämä reaktiot ilmaantuvat yleensä tuntein kuluessa lääkkeen antamisesta, mutta joissakin tapauksissa on esiintynyt viivästyneitä reaktioita (tavallisesti useiden päivien kuluttua). Näitä reaktioita voi ilmaantua ensimmäisen kerran vasta pitkään jatkuneen hoidon jälkeen. Jos yliherkkyysreaktioita ilmenee, tulee aloittaa tarvittava asianmukainen hoito. **Loisartunnat.** Eosinofiilit saattavat olla osallisena tiettyissä loismatoinfektoiden immunologisissa vasteissa. Potilaan mahdolliset loismatoinfektiot on hoidettava ennen mepolitsumabi-hoidon aloittamista. Jos potilas saa loisartunnan Nucala-hoidon aikana eikä loisinfektioiden hoitoon tarkoitettuja lääkkeitä saavuteta, on harkittava Nucala-hoidon tilapäistä keskeyttämistä. Henkeä tai elintä uhkaava eosinofiilinen granulomatoosin polyangiitti (EGPA). Nucala-valmistetta ei ole tutkittu potilailla, joilla on henkeä tai elintä uhkaava EGPA. Henkeä uhkaava hypereosinofiilinen oireyhtymä (HES) Nucala-valmistetta ei ole tutkittu potilailla, joilla HES:ään liittyy henkeä uhkaavia oireita. **Yhteisvaikutukset:** Yhteisvaikutustutkimuksia ei ole tehty. Mepolitsumabin yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa pidetään epätodennäköisinä. **Raskaus, imetys ja hedelmällisyys:** Käyttöä raskauden tai imetyksen aikana tulisi harkita vain, jos hoidosta odotettu hyöty äidille on suurempi kuin mahdollinen lapselle aiheutuva riski. Ihmisiä koskevia hedelmällisyystietoja ei ole. **Haittavaikutukset:** Hyvin yleiset ja yleiset (aikuiset ja nuoret): päänsärky, injektiokohdan reaktiot, selkikipu, alahengitysteinfektio, virtsateinfektio, nielutulehdus, yliherkkyysreaktiot (systeemisten reaktioiden ilmaantuvuus verrattavissa lumeryhmässä todettuun ilmaantuvuuteen), nenän tukkoisuus, ylävatskipu, ekseema, lääkkeen antoon liittyvät reaktiot (ihottuma, kasvojen ja kaulan punoitus ja lihassärky), kuume. Lapsilla turvallisuusprofiili oli samankaltainen kuin aikuisilla. Tarkemmat tiedot ks. valmisteyhteenveto. Terveydenhuollon ammattilaisia pyydetään ilmoittamaan epäilyistä lääkkeen haittavaikutuksista Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskukseen (www.fimea.fi). **Toimitusluokitus:** Reseptilääke. Lue valmisteyhteenveto ennen lääkkeen määräämistä. **Valmisteyhteenvetoyhennelmä** 24.3.2022. Perustuu 12.11.2021 päivättyyn valmisteyhteenvetoon. **Pakkaukset ja hinnat:** 15.3.2022 Nucala 100 mg injektioeste, liuos, esitetyt kynä VMH sis. alv 1177,72 € Nucala 100 mg injektioeste, liuos, esitetyt ruisku VMH sis. alv 1177,72 €. Nucala 100 mg injektioai-aine, 1 x 100 mg (TMH) 1293,05 €. **Korvattavuus:** Rajoitetusti erityiskorvattava vaikean eosinofiilisen astman hoitoon. **Lisätietoja:** Valmisteyhteenveto, GSK, Piispansilta 9 A, 02230 Espoo, puh. 010 3030 30, www.gsk.fi, GSK-tuoteinfo 010 3030 100. 4/2022, PM-FI-MPL-ADVT-220001