

Miina Koskela, Terhi Luntamo ja Andre Sourander

Lapsen valikoiva puhumattomuus – ajankohtaista epidemiologiasta

Valikoiva puhumattomuus on lastenpsykiatrinen häiriö, jonka ydinoire on puhumattomuus tietyissä tilanteissa. Häiriö on diagnosoitu Suomessa erikoissairaanhoidossa 0,06 %:lla, mutta diagnosikriteerit täyttävää valikoivan puhumattomuuden oireilua on esitetty olevan jopa 2 %:lla lapsista. Valikoivaan puhumattomuuteen liittyy paljon yhteissairastavuutta, kuten sosiaalisten tilanteiden pelkoa ja muita ahdistuneisuushäiriöitä. Psykiatriset ja neuropsykiatriset häiriöt ovat yleisiä valikoivasti puhumattomien lasten vanhemmilla sekä sisaruksilla. Myös maahanmuutto ja kaksikielisyys ovat ongelman riskitekijöitä. Valikoivaa puhumattomuutta hoidetaan yleensä kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuvilla psykososiaalisilla hoitomuodoilla. Valikoivan puhumattomuuden oireiden on esitetty kestävän pitkään, mutta suurin osa toipuu oireistaan lähes kokonaan tai kokonaan.

Valikoiva puhumattomuus on psykiatrinen häiriö, joka alkaa yleisimmin lapsuusiässä. Uusimmat diagnosiluokitukset, kuten ICD-11 (yhdestoista painos) luokittelevat sen ahdistuneisuushäiriöksi (1). Valikoivasta puhumattomuudesta käytetään ICD-10-luokituksessa nimeä ”elektiivinen mutismi”. Sana ”elektiivinen” voi antaa ymmärtää, että puhumattomuus olisi tahallista, ja häiriöstä käytetään nykyään neutraalimpaa nimitystä ”selektiivinen mutismi” (2).

Valikoivan puhumattomuuden pääasiallinen diagnosikriteeri on, että lapsella esiintyy puhumattomuutta tietyissä tilanteissa, vaikka hän puhuu toisissa tilanteissa normaalisti. Tyypillisimmin lapsi ei puhu koulussa tai esimerkiksi oppituntien aikana, mutta puhuu kotona normaalisti. Oireiden täytyy kestää ainakin neljä viikkoa ennen kuin diagnoosi voidaan asettaa, eikä diagnoosia pidä tehdä, jos puhumattomuus rajoittuu ensimmäiseen kuukauteen koulun aloituksen jälkeen. Lapsen kielellisten taitojen täytyy olla normaalirajoissa, vaikkakin lievä kielenkehityksen viivästyminen tai ääntämishäiriö sallitaan, jos nähdään selvä epäsuhta puheen tuotossa eri tilanteiden välillä. Puhumattomuus ei myöskään saa johtua siitä, ettei lapsi osaa

puhua käytettävää kieltä riittävästi (2). Sekä ICD-10 että ICD-11 edellyttävät, että lapsella ei ole diagnosoitu autismikirjon häiriötä (1,2). **TAULUKOSSA 1** esitetään valikoivan puhumattomuuden nykyiset diagnostiset kriteerit Suomessa käytössä olevan käännöksen mukaisesti (ICD-10).

Esiintyvyys

Valikoivan puhumattomuuden yleisyys eri tutkimuksissa vaihtelee sen mukaan, onko kartoitettu diagnosoitujen tapausten määrää väestössä vai oireilevien lasten määrää esimerkiksi koulussa tai päiväkodissa. Suomessa aikavälillä 1987–2009 syntyneistä lapsista ($n = 1\,390\,172$) 0,06 % ($n = 860$) oli saanut valikoivan puhumattomuuden diagnosin erikoissairaanhoidossa (3). Suomalaistutkimuksessa kartoitettiin kuopiolaisten toista luokkaa-astetta käyvien peruskoulun oppilaiden ($n = 2\,010$) oireilua ja todettiin, että 2 %:lla ($n = 38$) lapsista oireet täyttivät valikoivan puhumattomuuden kriteerit opettajien sekä terveydenhoitajien täyttämien kyselyiden perusteella. Näistä lapsista vain kahdella oli ilmoitettu olevan lastenpsykiatrinen hoitokontakti (4).

TAULUKKO 1. Valikoivan puhumattomuuden diagnostiset kriteerit ICD-10-luokituksen mukaisesti (2).

Diagnostiset kriteerit
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.
Poissulkukriteerit
Ei saa olla diagnosoitavissa laaja-alaista kehityshäiriötä (F84).
Häiriö ei saa selittyä lapsen riittämättömällä kielen osaisella tilanteissa, joissa lapsi on puhumaton.

Tutkimuksia valikoivan puhumattomuuden esiintyvyydestä Suomen terveydenhuollossa viime vuosien aikana ei ole julkaistu. On todennäköistä, että lievemmin oireilevat lapset eivät koskaan päädy erikoissairaanhoidon. Oireilua ei myöskään aina välttämättä tunnisteta valikoivaksi puhumattomuudeksi, vaan puhumattomuus voidaan tulkita esimerkiksi pelkäksi ujoudeksi. Kansainvälisissä tutkimuksissa, joissa on seulottu valikoivan puhumattomuuden oireita koululaisten keskuudessa, on yleisyys vaihdellut pääasiassa 0,47 %:sta 0,76 %:iin (5). Epidemiologisessa tutkimuksessa kartoitettiin koululaisten valikoivan puhumattomuuden yleisyyttä Israelissa ja todettiin, että maahanmuuttajaväestössä valikoivaa puhumattomuutta esiintyi jopa 2,2 %:lla, kun taas syntyperäisten israelilaisten joukossa esiintyvyys oli 0,47 % (6). Tyttöjen valikoiva puhumattomuus on yleisempää kuin poikien, sukupuolijakauma on noin 2:1 (7,8).

Taustatekijät

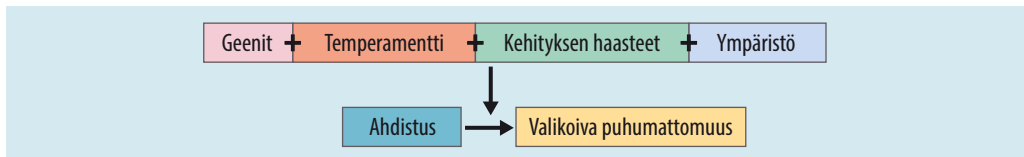
Valikoivan puhumattomuuden syntymekanismeja on pyritty selittämään useilla eri tavoilla. Aiemmissa teorioissa merkittävä osa on ollut perhesysteemisellä mallilla, jonka mukaan vanhemman neuroottinen ja kontrolloiva suhtautuminen lapseen on ollut keskeistä häiriön synnyssä. Muiksi selittäviksi tekijöiksi on esitetty esimerkiksi, että puhumattomuus on sosiaalisten tilanteiden pelon ilmentymismuoto, reaktio

traumaan tai opittu reagoititapa tiettyihin tilanteisiin (niin sanottu behavioraalinen malli) (9). Nykyään suositumpi on kehityspsykologin malli, jonka mukaan valikoivan puhumattomuuden taustalla on geneettisiä tekijöitä, temperamenttipiirteitä, kehityksellisiä tekijöitä (kuten kielen kehityksen haasteet ja neuropsykiatriset piirteet) ja yhdistelmä ympäristötekijöitä (kuten kasvatustyyli, kiusatuksi tuleminen ja maahanmuuttotausta). Nämä saavat yhdessä aikaan ahdistuneisuusoireilun muuttumisen valikoivaksi puhumattomuudeksi (KUVA) (8).

Aiemmin on myös ehdotettu valikoivan puhumattomuuden luokittelemista kehitykselliseksi häiriöksi ahdistuneisuushäiriön sijaan. Tausta-ajatuksena on tällöin ollut, että valikoiva puhumattomuus on syytekijöiltään heterogeeninen häiriö, jonka taustalla on ahdistuneisuuden sijaan joskus esimerkiksi uhmakkuutta tai kehityksellisiä tekijöitä, kuten kielenkehityksen haasteita (10).

Psykiatristen ja neuropsykiatristen häiriöiden esiintymistä perheissä, joissa on valikoivasti puhumaton lapsi, on tutkittu jonkin verran. Suomalaisessa rekisteritutkimuksessa todettiin, että vanhempien psykiatriset häiriöt lisäsivät lapsen valikoivan puhumattomuuden riskiä, ja vaikutus oli suurin, jos molemmilla vanhemmilla oli todettu jokin psykiatrinen häiriö (3). Yhteys lapsen valikoivan puhumattomuuden ja vanhemman psykiatristen häiriöiden välillä ei rajoittunut vain ahdistuneisuushäiriöihin, vaan se todettiin myös suhteessa moniin muihin vanhemman psykiatrisiin häiriöihin. Kansainvälisissä tutkimuksissa valikoivasti puhumattomien lasten vanhemmilla on havaittu etenkin sosiaalisten tilanteiden pelkoa, mutta myös masennusta, neuroottisia häiriöitä sekä persoonallisuushäiriöitä (7,11). Joissakin tutkimuksissa todettiin yhteys lapsen valikoivan puhumattomuuden ja vain äidin tai vain isän psykiatristen häiriöiden välillä, ja osassa tutkimuksista ei havaittu lainkaan yhteyttä vanhempien psykiatristen häiriöiden sekä lapsen valikoivan puhumattomuuden välillä (6,12–14).

Valikoivasti puhumattomien lasten sisarus-ten psykiatrisia häiriöitä on tutkittu selvästi vähemmän kuin vanhempien. Suomalaista rekisteriaineistoa tutkittaessa todettiin, että vali-



KUVA. Kehityspsykologinen malli valikoivan puhumattomuuden synnystä (8).

koivasti puhumattomien lasten sisaruksilla oli enemmän psykiatrisia ja neuropsykiatrisia häiriöitä kuin niiden lasten sisaruksilla, joilla ei ollut valikoivaa puhumattomuutta (15). Löydös painottui lapsuusiässä todettaviin häiriöihin, ja erityisesti huomiota kiinnitti tulos, jonka mukaan autismikirjon diagnooseja todettiin enemmän valikoivasti puhumattomien lasten sisaruksilla kuin niiden lasten sisaruksilla, joilla ei ollut kyseistä diagnoosia. **TAULUKOSSA 2** esitetään vanhempien ja sisarusten häiriöt, joilla oli suomalaisten rekisteritutkimusten perusteella yhteys lapsen valikoivaan puhumattomuuteen.

Myös perheen muiden sisäisten riskitekijöiden yhteyttä valikoivaan puhumattomuuteen on tutkittu, mutta tutkimusnäyttö on jäänyt vähäiseksi. Maahanmuutto ja kaksikielisyys on todettu useammissa tutkimuksissa riskitekijöiksi, mutta toistaiseksi tutkimuksissa ei ole otettu juurikaan huomioon kulttuurisia tekijöitä (16). On myös tärkeää huomata, että uudessa kieliympäristössä puhumattomuus ohime-nevänä käytöksenä on normaali ilmiö, jota ei tule sekoittaa valikoivaan puhumattomuuteen (17). Perheen heikko sosioekonominen asema on riskitekijä lapsuudenaikaisille psykiatrisille häiriöille (18). Valikoivan puhumattomuuden osalta tutkimustulokset kuitenkin vaihtelevat, ja sitä esiintyy kaikissa sosioekonomisissa ryhmissä (3,14).

Oheissairastavuus

Kuten moniin muihin psykiatrisiin häiriöihin, myös valikoivaan puhumattomuuteen liittyy runsaasti oheissairastavuutta. Suomalaisessa rekisteritutkimuksessa todettiin, että 69 % valikoivasti puhumattomista lapsista oli saanut myös toisen psykiatrisen tai kehityksellisen häiriön diagnoosin. Oppimiskyvyn häiriöt (sisältäen kehityksellisen koordinaatiohäiriön) olivat yleisin diagnoosiryhmä, ja niitä oli todet-

tu 33 %:lla lapsista. Lapsuusiän tunne-elämän häiriöt (23 %) olivat toiseksi yleisin diagnoosiryhmä (3).

Kansainvälisissä tutkimuksissa yleisin valikoivan puhumattomuuden rinnalla todettu psykiatrinen häiriö on ollut toinen ahdistuneisuushäiriö. Aiemman meta-analyysin mukaan 80 %:lla valikoivasti puhumattomista lapsista oli todettu myös jokin muu ahdistuneisuushäiriö. Näistä yleisin oli sosiaalisten tilanteiden pelko, jota esiintyi 69 %:lla valikoivasti puhumattomista lapsista (19).

Viime vuosina on kiinnitetty huomiota autismikirjon häiriöiden ja valikoivan puhumattomuuden yhtäaikaissairastavuuteen. Tutkimuksessa, jossa arvioitiin valikoivaa puhumattomuutta sairastaneiden potilasasiakirjoja, todettiin, että 63 % lapsista täyttäisi myös autismikirjon häiriön diagnostiset kriteerit (20). On tosin huomioitava, että tutkimuksen tapaukset oli valikoitu neuropsykiatrisesta klinikasta, mikä voi vaikuttaa tutkittavien edustavuuteen.

Autismikirjon häiriöiden ja valikoivan puhumattomuuden yhteissairastavuuden tutkiminen on vaativaa, koska valikoivan puhumattomuuden diagnoosikriteerit käytännössä estävät näiden diagnoosien yhtäaikaisen käytön (2). Yhdeksi selitykseksi oirekuvien päällekkäisyydelle on ehdotettu sitä, että molempien riskitekijänä on vetäytyvyys sosiaalisissa tilanteissa (behavioral inhibition). Eräässä tutkimuksessa todettiin, että diagnosoimattomien 3–6-vuotiaiden lasten puhumattomuusoireet olivat yhteydessä autismikirjon häiriön oireisiin sekä sosiaaliseen ahdistuneisuuteen. Nämä yhteydet selittyivät temperamenttipiirteillä, tarkemmin ottaen vetäytyvyydellä sosiaalisissa tilanteissa (21). Muihin neuropsykiatrisiin häiriöihin, kuten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöön tai nykimishäiriöihin, valikoivaa puhumattomuutta ei ole merkittävässä määrin yhdistetty (3,14).

TAULUKKO 2. Mielenterveyden häiriöt sekä kehitykselliset häiriöt, joiden yhteys valikoivaan puhumattomuuteen perheessä on todettu rekisteripohjaisten tapaus-verrokkitutkimusten perusteella. Yhteyksien vahvuus (vetosuhte) oli 1,4–5,6 (3,15).

Äiti
Skitsofrenia ja psykoosisairaudet
Oppimishäiriöt ja kehityksellinen koordinaatiohäiriö
Persoonallisuushäiriöt
Älyllinen kehitysvammaisuus
Kaksisuuntainen mielialahäiriö
Masennus
Ahdistuneisuushäiriöt
Päihdehäiriöt
Isä
Oppimishäiriöt ja kehityksellinen koordinaatiohäiriö
Psykoosisairaudet
Masennus
Persoonallisuushäiriöt
Päihdehäiriöt
Sisarus
Lapsuudessa alkavat tunne-elämän häiriöt
Autismikirjon häiriöt
Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö
Käytöshäiriöt
Ahdistuneisuushäiriöt
Masennus
Oppimishäiriöt ja kehityksellinen koordinaatiohäiriö

Diagnosointi

Valikoivan puhumattomuuden diagnoosi perustuu tyypillisiin oireisiin ja siihen, ettei oireilu selity muilla tekijöillä, esimerkiksi kielihäiriöllä tai kielitaidon puutteella. Erotusdiagnostiikassa ja oheissairastavuuden arvioinnissa erityistä huomiota tulee kiinnittää muun muassa autismikirjon häiriöiden sekä sosiaalisten tilanteiden pelon mahdollisuuteen. Usein lapsi on myös puhumaton tutkimusten aikana, mikä hankaloittaa etenkin kielellisten taitojen arviointia. Puheenkehityksen arvioinnin apuna voidaan joutua käyttämään vanhempien sekä opettajan kertomien tietojen lisäksi muun muassa videointia. Erotusdiagnostisina seikkoina täytyy myös selvittää, onko lapsen kuulo normaali ja ettei puhumattomuus ole alkanut aivovamman tai fyysisen trauman seurauksena (22).

Diagnostinen prosessi perustuu monialaiseen arvioon ja sisältää tiedonkeruun lapsen eri sosiaalisista ympäristöistä, huolellisen kehitysanamneesin sekä vuorovaikutussuhhteiden arvioinnin. Vanhemmat eivät välttämättä tiedä riittävästi lapsen oireilusta tai sen aiheuttamasta haitasta koulussa. Diagnoosin tukena voidaan käyttää myös erilaisia oirekyselylomakkeita. Suoraan valikoivaa puhumattomuutta arvioivista lomakkeista suomenkieliset käännökset ovat olemassa FSSM (Frankfurt Scale for the Assessment of Selective Mutism) -kyselystä sekä SMQ/SSQ (Selective Mutism Questionnaire, kysely vanhemmalle sekä School Speech Questionnaire, kysely opettajalle) -kyselyistä (23–25). Näiden käyttöä suomalaisessa väestössä ei ole tutkittu, mutta SMQ-kysely on todettu herkäksi tanskalaisväestössä (26). Valikoivan puhumattomuuden vaikeuden arvioimiseksi voidaan käyttää apuna Mielenterveystalo.fi-sivuston Lasten puhejännityksen omahoito-ohjelmasta löytyvää kyselyä, jossa suurempi pistemäärä viittaa vaikeampaan oireiluun (27).

Hoito

Valikoivan puhumattomuuden hoidon pohjana ovat psykososiaaliset interventiot. Vahvin näyttö on erilaisista kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvista hoidoista, joihin kuuluu esimerkiksi vähittäinen altistaminen (28). Aiemman meta-analyysin mukaan käyttäytymisterapeuttisilla hoidoilla on tilastollisesti merkitsevä teho, kun hoitovasteena on puhumisen lisääntyminen (28). Lapsen kanssa eri ympäristöissä toimivien aikuisten psykoedukaatio on aina olennainen osa hoitoa. Aikuiset saattavat tiedostamattaan omalla käyttäytymisellään myös ylläpitää puhumattomuuden kehää. Käytetystä hoitomuodosta riippumatta on tärkeää, että perhe ja koulun tai varhaiskasvatuksen henkilökunta osallistuvat hoidon toteuttamiseen (22). Mielenterveystalo.fi-sivustolta löytyvää Lasten puhejännityksen omahoito-ohjelmaa on mahdollista käydä läpi joko itsenäisesti tai esimerkiksi perusterveydenhuollon tai sosiaalihuollon työntekijän tukemana (27).

Mikäli oireilu edellä mainituista tukitoimista huolimatta jatkuu ja aiheuttaa kärsimystä tai haittaa lapsen toimintakykyä, on erikoissairaanhoidon arvio perusteltu. Myös LAPS-lomaketta, jonka ammattilainen täyttää oman arvionsa pohjalta, voidaan käyttää apuna lapsen psykosiaalisen tilanteen kartoittamisessa ja harkittaessa hoidon porrastusta tai erikoissairaanhoidon tarvetta (29). Tuoreeseen suomalaiskatsaukseen on listattu erilaisia kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvia menetelmiä, joita voidaan käyttää apuna valikoivaa puhumattomuutta sairastavan lapsen hoidossa (31). Koska valikoiva puhumattomuus on usein kestoaltaan pitkäaikainen häiriö, myös hoidon tulee olla pitkäkestoista (31). Lisäksi hoidon suunnittelussa tulee luonnollisesti huomioida lapsen mahdolliset muut oireet ja perheen tai vanhempien tuen tarve. Hoidon tavoitteena on, että puhumattomuus vaikuttaisi mahdollisimman vähän lapsen kasvuun ja kehitykseen, vaikka puhumattomuuden ohittuminen täysin voi viedä vuosiakin (31).

Kansainvälisissä tutkimuksissa on kartoitettu useiden valikoivan puhumattomuuden hoitomenetelmien tehoa, muun muassa koulupohjaista kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja Social Communication Anxiety Treatment (S-CAT) -menetelmää (32,33). Ensin mainitussa Norjassa kehitetyssä käyttäytymisterapiaan pohjaavassa interventiossa vanhempi aloittaa hoidon kotona ja opettaja jatkaa sitä koulussa, koska oireilu on usein hankalinta koulussa. Hoito kestää korkeintaan kuusi kuukautta. Hoitomenetelmän on satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimusasetelmassa todettu vaikuttavan puhumisen lisääntymiseen. Vuoden seurannan jälkeen 50 % (12/24) ja viiden vuoden seurannan jälkeen 70 % (21/30) tutkittavista ei enää täyttänyt valikoivan puhumattomuuden diagnosikriteerejä (32,34). S-CAT-menetelmän tehosta on näyttöä ”open trial” -tutkimuksesta, jossa puhumisen todettiin lisääntyneen kaikissa arjen tilanteissa (33). Hoidon tavoitteena on vähentää puhumiseen liittyvää ahdistusta kognitiivisen käyttäytymisterapian keinoin, ja se sisältää kolme terapeutin toimitiloissa toteutuvaa hoitokertaa kolmen viikon välein (33).

Koska valikoiva puhumattomuus on kohtalaisen harvinainen häiriö, sitä hoitavien ammattilaisten saatavuudessa voi olla ongelmia. Yhdysvaltalaisessa pilottitutkimuksessa hyvin pienestä yhdeksän lapsen otoksesta neljä hyötyi etämuotoisesta ryhmäterapiasta valikoivan puhumattomuuden hoitona (35). Hoito sisälsi sekä yksilöllistä valmennusta vanhemmille että käyttäytymisterapeuttisiin menetelmiin pohjaavaa ryhmämuotoista terapiaa. Koska hoitomuoto koettiin helposti saavutettavaksi ja hoidon aiheuttama kuormitus perheille vähäiseksi, arvioitiin tutkimustulos kokonaisuudessaan rohkaisevaksi.

Lääkehoitoa ei yleensä tarvita valikoivan puhumattomuuden hoidossa. Jos lääkehoito nähdään tarpeelliseksi, yleensä lääkkeeksi valikoituu selektiivinen serotoniinin takaisinoton estäjä (SSRI-lääke). Eniten tutkimusnäyttöä on SSRI-lääkkeen, yleisimmin fluoksetiinin, käytöstä, mutta tutkimusten otokoot ovat olleet pieniä ja kaksoissokkoutettuja tutkimuksia on vähän (36).

Ennuste

Valikoivan puhumattomuuden oireiden kesto on aiemmissa tutkimuksissa arvioitu pitkäksi, ja oireiden alkamisesta remissioon on kestänyt keskimäärin jopa kahdeksasta yhdeksään vuotta (11,37). Vuonna 2023 julkaistun systemoidun kirjallisuuskatsauksen mukaan noin 80 % valikoivasti puhumattomista lapsista toipui joko täysin tai heillä oli merkittävästi vähemmän oireita tutkimusten seuranta-ajan loppuun mennessä. Suurimmassa osassa tutkimuksista seuranta päätettiin ennen murrosikää, joten tietoa valikoivan puhumattomuuden oireista tai muista psykiatrisista häiriöistä aikuisuudessa on vähäisesti (38). Näyttöä on kuitenkin siitä, että ahdistuneisuushäiriöitä esiintyy valikoivan puhumattomuuden oireiden väistyttyä (11,32,39). Joskus oireilu muuttaa muotoaan iän myötä ja valikoiva puhumattomuus muuttuu sosiaalisten tilanteiden peloksi (40). Valikoivan puhumattomuuden oireiden vaikeutta tai kestoja ennustavista tekijöistä on vain vähän tutkimuksia. On kuitenkin viitettä siitä, että diagnoosin viivästy-

Ydinasiat

- ▶ Valikoiva puhumattomuuden riskitekijöitä ovat muun muassa maahanmuutosta ja perheenjäsenten psykiatriset häiriöt.
- ▶ Diagnosoinnin tukena voidaan käyttää erilaisia arviointilomakkeita, kuten FSSM:ää ja SMQ:ta.
- ▶ Hoidon perustana ovat psykososiaaliset hoidot, mutta joissain tilanteissa lääkitystäkin voidaan käyttää.
- ▶ Seurantatutkimusten mukaan valikoivan puhumattomuuden oireiden ohittumisen ennuste on hyvä.
- ▶ Lisätutkimuksia tarvitaan siitä, kehittykö valikoivasti puhumattomille lapsille myöhemmässä elämässään muita psykiatrisia häiriöitä todennäköisemmin kuin muille lapsille.

minen ja perheenjäsenien psykiatriset häiriöt saattavat ennustaa oireilun pidempää kestoa (11,32).

Lopuksi

Valikoiva puhumattomuus on jäänyt usein aiheuttamastaan suuresta kuormituksesta huolimatta vähäiselle huomiolle tieteellisessä tutkimuksessa. Viime vuosina kiinnostus häiriötä kohtaan on kuitenkin herännyt, ja etenkin sen yhteyttä neuropsykiatrisiin ja kehityksellisiin häiriöihin on tutkittu. Häiriön tarkempien taustojen selvittäminen voisi auttaa kehittämään tehokkaampia ja kohdennettavampia hoitomuotoja. Valikoiva puhumattomuus on suhteellisen harvinainen häiriö, joten koke-musta ja osaamista sen hoitamisesta voi olla paikoittain vähän. Erilaiset etämuotoiset hoitokeinot voisivatkin mahdollistaa tulevaisuudessa valikoivan puhumattomuuden hoidon kustannustehokkaasti. ■

MIINA KOSKELA, LT, lastenneurologiaan erikoistuva lääkäri

Lastenpsykiatrian tutkimuskeskus, Turun yliopisto
Tyks, lastenneurologia

TERHI LUNTAMO, lastenpsykiatrian dosentti

Lastenpsykiatrian tutkimuskeskus, Turun yliopisto

ANDRE SOURANDER, lastenpsykiatrian professori

Lastenpsykiatrian tutkimuskeskus ja INVEST-
lippulaivahanke, Turun yliopisto

VASTUUTOIMITTAJA

Jaana Suvisaari

SIDONNAISUUDET

Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia.

KIRJALLISUUTTA

1. International statistical classification of diseases and related health problems. Geneva: World Health Organization 2019. <https://icd.who.int/>.
2. Komulainen J, Lehtonen J, Mäkelä M. Psykiatrian luokituskäsi- ja -kirja – Suomalaisen tautiluokituksen ICD-10:n psykiatrisiin liittyvät diagnoosit. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.
3. Koskela M, Chudal R, Luntamo T, ym. The impact of parental psychopathology and sociodemographic factors in selective mutism – a nationwide population-based study. BMC Psychiatry 2020;20:221.
4. Kumpulainen K, Räsänen E, Raaska H, ym. Selective mutism among second-graders in elementary school. Eur Child Adolesc Psychiatry 1998;7:24–9.
5. Viana AG, Beidel DC, Rabian B. Selective mutism: a review and integration of the last 15 years. Clin Psychol Rev 2009;29:57–67.
6. Elizur Y, Perednik R. Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: a controlled study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003;42:1451–9.
7. Black B, Uhde TW. Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995;34:847–56.
8. Muris P, Ollendick TH. 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.
9. Wong P. Selective mutism: a review of etiology, comorbidities, and treatment. Psychiatry Edgemont 2010;7:23–31.
10. Kearney CA, Rede M. The heterogeneity of selective mutism: a primer for a more refined approach. Front Psychol 2021;12:700745.
11. Remschmidt H, Poller M, Herpertz-Dahlmann B, ym. A follow-up study of 45 patients with elective mutism. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2001;251:284–96.
12. Steinhausen HC, Adamek R. The family history of children with elective mutism: a research report. Eur Child Adolesc Psychiatry 1997;6:107–11.
13. Alyanak B, Kilinçalan A, Harmanci HS, ym. Parental adjustment, parenting attitudes and emotional and behavioral problems in children with selective mutism. J Anxiety Disord 2013;27:9–15.
14. Kristensen H. Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000;39:249–56.
15. Koskela M, Jokiranta-Olkoniemi E, Luntamo T, ym. Selective mutism and the risk

- of mental and neurodevelopmental disorders among siblings. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2024;33:291–302
16. Slobodin O. Beyond the language barrier: A systematic review of selective mutism in culturally and linguistically diverse children. *Transcult Psychiatry* 2023;60:313–31.
 17. Toppelberg CO, Tabors P, Coggins A, ym. Differential diagnosis of selective mutism in bilingual children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;44:592–5.
 18. Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Soc Sci Med* 2013;90:24–31.
 19. Driessen J, Blom JD, Muris P, ym. Anxiety in children with selective mutism: a meta-analysis. *Child Psychiatry Hum Dev* 2020;51:330–41.
 20. Steffenburg H, Steffenburg S, Gillberg C, ym. Children with autism spectrum disorders and selective mutism. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2018;14:1163–9.
 21. 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;12:669907.
 22. Oerbeck B, Manassis K, Kristensen H. Selective mutism. Kirjassa: Rey JM, Martin A, toim. *JM Rey's IACAPAP e-textbook of child and adolescent mental health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2019.
 23. Gensthaler A, Dieter J, Raisig S, ym. Frankfurt scale of selective mutism. APA PsycTests 2020. DOI:10.1037/t79432-000.
 24. Bergman RL, Piacentini J, McCracken JT. Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:938–46.
 25. Bergman RL, Keller ML, Piacentini J, ym. The development and psychometric properties of the selective mutism questionnaire. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008;37:456–64.
 26. Rodrigues Pereira C, Ensink JBM, Güldner MG, ym. The validation of the selective mutism questionnaire for use in the Dutch population. *Child Psychiatry Hum Dev* 2022;55:82–93.
 27. Lasten puhejännityksen omahoito-ohjelma. Mielenterveystalo.fi. Helsinki: HUS 2024. www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito/lasten-puhejannityksen-omahoito-ohjelma.
 28. Hipolito G, Pagnamenta E, Stacey H, ym. A systematic review and meta-analysis of nonpharmacological interventions for children and adolescents with selective mutism. *JCPP Adv* 2023;3:e12166.
 29. Kaukonen P, Borg AM, Salmelin R, ym. LAPS-lomake. Tampere: Tays lastenpsykiatria 2010. <https://stm.fi/documents/1271139/9765270/LAPS-lomake.pdf/12818bcf-922d-4efa-aa9c-9ed3e5d88e3b/LAPS-lomake.pdf>. 2010.
 30. Punna T. Kun lapsi puhuu vain kotona: valikoivan puhumattomuuden hoito. *Suom Lääkäril* 2022;77:e31728.
 31. Sarvanne M. Valikoivan puhumattomuuden hoito vaatii pitkäjänteisyyttä. *Suom Lääkäril* 2021;76:2503–4.
 32. Oerbeck B, Overgaard KR, Stein MB, ym. Treatment of selective mutism: a 5-year follow-up study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2018;27:997–1009.
 33. Klein ER, Armstrong SL, Skira K, ym. Social communication anxiety treatment (S-CAT) for children and families with selective mutism: a pilot study. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2017;22:90–108.
 34. Oerbeck B, Stein MB, Pripp AH, ym. Selective mutism: follow-up study 1 year after end of treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015;24:757–66.
 35. Hong N, Herrera A, Furr JM, ym. Remote intensive group behavioral treatment for families of children with selective mutism. *Evid Based Pract Child Adolesc Ment Health* 2023;8:439–58.
 36. Manassis K, Oerbeck B, Overgaard KR. The use of medication in selective mutism: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2016;25:571–8.
 37. Melfsen S, Jans T, Romanos M, ym. Family relationships in selective mutism – a comparison group study of children and adolescents. *Children (Basel)* 2022;9:1634.
 38. Koskela M, Ståhlberg T, Yunus W, ym. Long term psychiatric outcomes of selective mutism: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2023;23:779.
 39. Lang C, Nir Z, Gothelf A, ym. The outcome of children with selective mutism following cognitive behavioral intervention: a follow-up study. *Eur J Pediatr* 2016;175:481–7.
 40. Kamani Z, Monga S. Understanding the outcome of children who selectively do not speak: a retrospective approach. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2020;29:58–65.