

# ÇOCUK VE ERGENLERDE SELEKTİF MUTİZM TANILI OLGULARIN KLİNİK, DEMOGRAFİK VE İLAÇ KULLANIM ÖZELLİKLERİ

## CLINICAL, DEMOGRAPHIC, AND PHARMACOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS DIAGNOSED WITH SELECTIVE MUTISM

Utku KAÇMAZ<sup>1</sup>, Mert ÇOBAN<sup>2</sup>, Tuğçem ŞAR<sup>3</sup>, Nagihan CEVHER BİNİCİ<sup>4</sup>, Fatma Sibel DURAK<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Mardin Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Ana Bilim Dalı

<sup>2</sup>Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği

<sup>3</sup>İzmir Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği

<sup>4</sup>İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları Ana Bilim Dalı

### ÖZET

**AMAÇ:** Ülkemizde Selektif Mutizm (SM) tanısına sahip olguların sosyodemografik ve klinik özelliklerine dair bilimsel kanıtların genelde olgu sunumları düzeyinde olduğu görülmektedir. Bu araştırmada bir bölge çocuk hastanesinde 10 yıllık zaman dilimi içerisinde bu tanı ile izlenen çocukların sosyodemografik, klinik ve ilaç kullanım özellikleri değerlendirilmiş ve bu alana yönelik klinik verilerin tespit edilmesi amaçlanmıştır.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesinde son 10 yıl içerisinde ICD-10 tanı kriterlerine göre SM tanısı ile izlenen 1-18 yaş arası olguların hastane kayıtları geri dönük olarak taranmış, ilgili değişkenler olgu rapor formuna işlenmiş, içleme ve dışlama kriterleri açısından değerlendirilerek incelenmiştir. Olgu grubunda eşlik eden psikoz, mental retardasyon ve/veya gelişim geriliği, otizm spektrum bozuklukları, işitme problemi olanlar, konuşma ve dilde tanımlanmış özel gelişimsel bozukluğu olanlar dışlanmıştır.

**BULGULAR:** Araştırmanın örneklemini 51 olgudan oluşmaktadır. Değerlendirme sonucunda baskın bir cinsiyet olmadığı, hastane başvuru oranlarının okul döneminde arttığı, en sık eşlik eden ruhsal bozukluğun %23,5'lik oran ile (n=12) sosyal fobi olduğu belirlenmiştir. İlaç kullanım oranlarına bakıldığında olguların %64,7'sinin (n=33) fluoksetin kullandığı tespit edilmiştir. Ek psikiyatrik hastalık varlığının olguların poliklinikte takipte kalma süresini uzattığı ve ilaç kullanım sıklığını artırdığı gözlenmiştir (p<0,05).

**SONUÇ:** SM alanında yetersiz bilimsel veriler, kanıta dayalı çıkarımda bulunmayı zorlaştırmakta, erken tanı ve tedavi şansını azaltmaktadır. Bu alanda yapılacak ileri araştırmalar ebeveynlerin ve klinisyenlerinin farkındalığını artırarak, tedavi seçeneklerini çeşitlendirebilir ve gidişata olumlu katkılarda bulunabilir.

**ANAHTAR KELİMELEER:** Selektif Mutizm, Klinik ve Demografik özellikler, Komorbidite, Farmakoterapi.

### ABSTRACT

**OBJECTIVE:** In our country, scientific evidence regarding the sociodemographic and clinical characteristics of individuals diagnosed with Selective Mutism (SM) is predominantly limited to case reports. This study aimed to identify and describe the sociodemographic, clinical, and pharmacological treatment characteristics of children diagnosed with SM over a ten-year period in a regional pediatric hospital, in order to contribute systematic clinical data to the limited national literature on this condition.

**MATERIAL AND METHODS:** Medical records of patients aged 1 to 18 years who were diagnosed with SM according to ICD-10 diagnostic criteria and followed at İzmir Dr. Behçet Uz Children's Hospital over the past ten years were retrospectively reviewed. Relevant variables were recorded using a standardized case report form and evaluated in accordance with predefined inclusion and exclusion criteria. Patients with comorbid psychotic disorders, intellectual disability, and/or developmental delay, autism spectrum disorders, hearing impairments or specific developmental disorders of speech and language were excluded from the study.

**RESULTS:** The study sample consisted of 51 cases. Evaluation revealed no significant gender predominance. Hospital admission rates were found to increase during the school-age period. Social phobia was identified as the most common comorbid psychiatric disorder, present in 23.5% of the cases (n = 12). Regarding pharmacological treatment, 64.7% of the patients (n = 33) were prescribed fluoxetine. The presence of additional psychiatric disorders was associated with longer durations of outpatient follow-up and an increased frequency of medication use (p < 0.05).

**CONCLUSIONS:** The limited scientific data in the field of SM hinders evidence-based inference, thereby reducing the chances of early diagnosis and treatment. Advanced research to be conducted in this area may increase awareness among parents and clinicians, diversify treatment options, and contribute positively to the course of the disorder.

**KEYWORDS:** Selective Mutism, Clinical and Demographic Characteristics, Comorbidity, Pharmacotherapy.

**Geliş Tarihi / Received:** 20.05.2025

**Kabul Tarihi / Accepted:** 21.08.2025

**Yazışma Adresi / Correspondence:** Uzm. Dr. Utku KAÇMAZ

Mardin Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Ana Bilim Dalı

**E-mail:** kacmazutku@gmail.com

**Orcid No (Sırasıyla):** 0009-0009-5358-5632, 0000-0003-4788-7836, 0009-0007-0934-0860,

0000-0002-4715-1768, 0000-0003-0205-4654

**Etik Kurul / Ethical Committee:** S.B.Ü Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu (13.05.2022/09-14).

## GİRİŞ

Selektif Mutizm (SM) kişinin gelişim düzeyine uygun konuşma becerisi olmasına rağmen bazı ortam ve durumlarda konuşamaması durumudur (1). Çoğu SM'li çocuk ve/veya ergen ev gibi güvende hissettikleri ortamlarda konuşmada sorun yaşamazken okul gibi sosyal ortamlarda sıkıntılı ve içe kapanık davranışlar gösterirler, konuşmada azalma veya suskunluk gibi belirtiler göstermektedirler (2). Eğitim döneminin başlangıcına kadar tanı maskelenebilmekte, bu durum da tanı ve tedavide gecikmelere neden olabilmektedir (3).

SM sıklığı yapılan araştırmalarda %0,5 ile %2 arasında değişmektedir (4-7). Cinsiyet dağılımı açısından verilerin tutarsız olduğu görülmektedir. Kızlarda daha sık olduğuna ilişkin veriler bulunurken, kızlar ve erkekler arasında fark olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur (8,9). SM genellikle 2 ila 4 yaş arasında başlamasına rağmen belirtiler okul öncesi dönemde maskelenebilmekte ya da çocuk çekingen olarak tariflenip dikkate alınmamaktadır, birçok vaka eğitim sistemine dahil olunca belirtilerin netleşmesi ile tanı almaktadır. Ortalama tanı yaşı ilkökul dönemine kadar uzamaktadır (2,10).

SM anksiyete bozuklukları altında sınıflandırılmakla birlikte komorbid anksiyete bozukluğunun eşlik etme oranı çok yüksektir. En sık eşlik eden anksiyete bozukluğu sosyal fobi olarak karşımıza çıkmaktadır. Diğer yaygın eşlik eden anksiyete bozuklukları ise sırasıyla ayrılık anksiyetesi bozukluğu, özgül fobi ve yaygın anksiyete bozukluğudur. Dışa atım bozuklukları, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu sık eşlik ettiği görülen diğer psikiyatrik bozukluklardır (8,11-13).

SM için daha çok önerilen ve etkinliği konusunda daha fazla kanıt bulunan tedavi seçenekleri bilişsel davranışçı müdahaleler ve/veya farmakoterapidir. Daha küçük yaş bireylerde oyun terapisi ya da bilişsel davranışçı oyun terapisi de sağaltımda kullanılabilir. Literatürde Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI) SM için ilk seçenek farmakolojik tedavi olarak ön plana çıkmaktadır. Fluoksetin en sık reçete edilen ilaç olarak karşımıza çıkmaktadır (14-17).

SM'nin klinik özelliklerini ve ilaç kullanımını gözden geçiren yazın bilgisi sınırlıdır ve ülkemizde yok denecek kadar azdır, ülkemizde SM

ile ilgili çalışmalar olgu sunumları ve olgu serileri şeklindedir (17). Bu çalışmada SM tanısı ile izlenen olguların klinik, demografik özellikleri, ilaç kullanım özelliklerini gözden geçirmek ve bu örüntülerin araştırılması ile bilimsel yazına katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

S.B.Ü İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları kliniğinde 01.01.2011-11.02.2022 tarihleri arasında Çocuk Psikiyatri Polikliniklerinde izlenen ya da yeni tanı alan 1-18 yaş aralığında olan ICD-10 tanı kriterlerine göre SM tanısı almış çocukların hastane kayıtları geriye yönelik olarak taranmıştır. Tanı konulabilmesi için ICD-10 tanı kriterlerine göre psikoz, yaygın gelişimsel bozukluk, işitme problemi olanlar, konuşma ve dilde tanımlanmış özel gelişimsel bozukluğu olanlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmaya dahil edilen olgulardan dosyasında eksik veri olan olgular, gelişim geriliği ve/veya klinik olarak zeka geriliği olan olgular, Türkçe konuşmayan ebeveyni olan olgular dışlanmıştır. Çalışmaya dahil edilen tüm olguların yaş, cinsiyet, ilaç kullanımı, kullanılan ilaç grupları, çocuk psikiyatrisi polikliniklerine başvuru sayısı, çocuk psikiyatrisi polikliniklerinde izlem süresi, kronik tıbbi hastalıkları, ek psikiyatrik değerlendirme test mevcudiyeti olgu rapor formuna işlenmiştir.

### Etik Kurul

S.B.Ü Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulundan onay alınmıştır (13.05.2022/09-14).

### İstatistiksel Analiz

Sürekli değişkenler ortalama±standart sapma, kategorik veriler sayı ve yüzde şeklinde ifade edilmiştir. Kategorik verilerin karşılaştırmaları Ki-Kare Testi ve Fisher'in Kesin Testi ile yapılmıştır. Analizler için anlamlılık düzeyi  $p<0.05$  olarak kabul edilmiştir. Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 20.0 programı kullanılmıştır.

## BULGULAR

İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi EAH Çocuk Psikiyatrisi polikliniklerine 01.01.2011-07.02.2022 arası ICD-10 tanı kriter-

lerine göre SM (f94.0) tanısı 90 olgunun hastane kayıtlarına ulaşılmıştır. Bu olguların daha sonrasında 20 olgu dosyasında eksik veri olması nedeniyle araştırmadan çıkarılmıştır. İzlem sürecinde yaygın gelişimsel bozukluk ön tanısı olan 3 olgu süreçte bu tanıyı aldığı için araştırmadan dışlanmıştır, 1 vaka işitme kaybı tanısı olduğu için 14 vaka hafif, 1 vaka orta gelişim geriliği ve/veya mental retardasyon tanısı olması nedeniyle çalışma grubu dışında bırakılmış, çalışmanın örneklemini 51 vaka oluşturmuştur.

Olguların cinsiyet özellikleri incelendiğinde kızların erkeklere göre daha fazla tanı aldığı, tanı alma yaş ortalamasının 79.1 ( $\pm 26,0$ ) ay olduğu saptanmıştır (**Tablo 1**). Başvuru sıklığı ve takip süresi incelendiğinde, olguların %54,9'unun (n=28) 2 ve daha az başvuru yaptığı, %60,8'inin (n=31) 1 yılın altında bir süre ile takiplerini sürdürdüğü sonucuna ulaşılmıştır (**Tablo 2**).

**Tablo 1:** Selektif Mutizm Olgularının Yaş ve Cinsiyet Özellikleri

	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kız	29	56,9
Erkek	22	43,1
<b>Yaş</b>		
72 ay altı	22	43,1
72 ay üstü	29	56,9

**Tablo 2:** Selektif Mutizmli Olguların Başvuru Sayıları ve Takip Süreleri

	n	%
<b>Başvuru sayısı</b>		
2 ve altı	28	54,9
3 ve üstü	23	45,1
<b>Takip süresi</b>		
1 yıl altı	31	60,8
1 yıl üstü	20	39,2

Psikiyatrik eş tanılar incelendiğinde olguların %39,2'sine (n=20) eşlik eden başka bir psikiyatrik bozukluk saptanmazken, %60,8'ine (n=31) en az bir psikiyatrik komorbiditenin eşlik ettiği saptanmıştır. %45,1'ine (n=23) en az bir anksiyete bozukluğunun eşlik ettiği, en sık eşlik eden anksiyete bozukluğunun %23,5'lik (n=12) oranla sosyal fobi olduğu, sonrasında yaygın anksiyete bozukluğunun %17,6 (n=9) oranında ve ayrılık anksiyetesi bozukluğunun %5,8 (n=3) oranında eşlik ettiği belirlenmiştir. Diğer psikiyatrik komorbiditeler sırasıyla %13,7 (n=7) oranında enürezis ve/veya enkoprezis, %9,8 (n=5) dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, %9,8 (n=5) özgül öğrenme bozukluğu, %5,8 (n=3) depresif bozukluk ve %3,9 (n=2) karşıt olma karşıt gelme bozukluğu olarak saptanmıştır (**Tablo 3**). Tedavi uygulamaları değerlendirildiğinde olguların %76,4'ünün (n=39) farma-

koterapi ile tedavi edildiği görülmüştür. Tüm olguların %64,7'sinde (n=33) fluoksetin tercih edildiği; fluoksetin dışında kullanılan ajanlar arasında ise %5,8 (n=3) oranında sitalopram ve %3,9 (n=2) oranında sertralin tercih edildiği tespit edilmiştir. Bir olguda psikiyatrik komorbidite nedeniyle farmakolojik tedavi olarak metilfenidat ve risperdal kombinasyonu %1,9 (n=1) oranında kullanıldığı saptanmıştır (**Tablo 4**).

Cinsiyetlere göre ilaç kullanımları ve psikiyatrik komorbiditeler incelendiğinde; ilaç kullanımı açısından (p=0,583) ve psikiyatrik komorbiditeler açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,427). Psikiyatrik komorbiditeler ve ilaç kullanımlarına göre başvuru sıklığı ve takip süreleri incelendiğinde; ek psikiyatrik hastalık varlığının olguların poliklinikte takipte kalma süresini uzattığı gözlenmiştir (p=0,02). Ayrıca ikili ilaç kullanımının oransal olarak başvuru sıklığını arttırdığı gözlenmiştir (p=0,02) (**Tablo 5**).

**Tablo 3:** Selektif Mutizmli Olgulara Eşlik Eden Komorbid Psikiyatrik Hastalıklar

	n	%
<b>Eş tanılar</b>		
Sosyal anksiyete bozukluğu	12	23,5
Yaygın anksiyete bozukluğu	9	17,6
Ayrılık anksiyetesi bozukluğu	3	5,8
Enürezis ve/veya enkoprezis	7	13,7
Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu	5	9,8
Özgül öğrenme bozukluğu	5	9,8
Major depresif bozukluk	3	5,8
Karşıt olma bozukluğu	2	3,9

**Tablo 4:** Selektif Mutizmli Olgularda Tercih Edilen Farmakolojik Tedaviler

	n	%
<b>Farmakoterapi</b>	39	76,4
Fluoksetin	33	64,7
Stalopram	3	5,8
Sertralin	2	3,9
Metilfenidat ve Risperidon	1	1,9

**Tablo 5:** Selektif Mutizm Tanılı Olguların Demografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırması

Cinsiyet	Kız		Erkek		Test İstatistikleri	p
	n	%	n	%		
<b>İlaç kullanımı</b>					$\chi^2=0,301$	0,583*
Var	23	%79,3	16	%72,7		
Yok	6	%20,7	6	%27,3		
<b>Psikiyatrik komorbidite</b>					$\chi^2=0,632$	0,427*
Var	19	%65,5	12	%54,5		
Yok	10	%34,5	10	%45,5		
<b>Psikiyatrik Komorbidite</b>	Var		Yok		Test İstatistikleri	p
	n	%	n	%		
<b>Takip süresi</b>					$\chi^2=5,097$	0,02*
1 yıl ve üstü	16	%51,6	4	%20		
1 yıl altı	15	%48,4	16	%80		
<b>İkili ilaç kullanımı</b>	Var		Yok		Test İstatistikleri	p
	n	%	n	%		
<b>Başvuru sayısı</b>					$\chi^2=5,406$	0,02**
3 ve üstü	6	%85,7	17	%38,6		
2 ve altı	1	%14,3	27	%61,4		

(\*)Ki-kare Testi

(\*\*)Fisher Kesin Testi

## TARTIŞMA

Olguların cinsiyet özellikleri incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, tanı alma yaş ortalamasının ilkökul başlangıç dönemine denk geldiği saptanmıştır. Psikiyatrik komorbiditenin bulunduğu olgularda en sık eşlik eden psikiyatrik komorbiditenin anksiyete bozuklukları olduğu belirlenmiştir. Tedavi uygulamaları değerlendirildiğinde olguların büyük çoğunluğunun farmakoterapi ile tedavi edildiği görülmüştür. Farmakolojik ajanlardan da en çok fluoksetinin tercih edildiği görülmüştür. Başvuru sıklığı ve takip sürelerine göre psikiyatrik komorbiditeler ve ilaç kullanımları incelendiğinde; ek psikiyatrik hastalık varlığının olguların poliklinikte takipte kalma süresini uzattığı ve ilaç kullanım sıklığını artırdığı saptanmıştır.

Çalışmamızda cinsiyetler arası tanı alma sıklığı kızlarda 1,3 kat daha fazla saptanmış olup, tanı alma yaş ortalamasının 7 yaş-7 ay olduğu bulunmuştur. Cinsiyet dağılımı açısından yapılan araştırmalarda kızlarda 1,5-2,6 kat daha sık olduğunu belirten çalışmalar mevcutken, kızlar ve erkekler arasında fark olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur (8-10). Literatürde belirtilen başlangıç yaşı ile olgunun tanı alma yaşı arasında ciddi farklılıklar olabildiği ortalama tanı alma yaşının 6,5 yaş olduğu belirtilmektedir (2). Çalışmamızda ortalama tanı alma yaşının yazın bilgisine uyumlu bir şekilde ilkökul dönemine kadar uzadığı görülmüştür.

Yapılan çalışmalarda SM'li çocuklarda %48-100 oranında başka bir anksiyete bozukluğu olduğu bildirilmiş, en sık olarak sosyal fobi'nin eşlik ettiği, diğer yaygın eşlik eden anksiyete bozuklukları arasında ayrılma anksiyetesi, özgül fobi ve yaygın anksiyete bozukluğu yer almaktadır. Diğer sık eşlik eden psikiyatrik bozukluklar dışa atım bozuklukları, karşıt olma karşı gelme bozukluğu olduğu bildirilmiştir (8,11-13). Çalışmamızda da en sık eşlik eden komorbiditenin anksiyete bozuklukları olduğu ( sırasıyla sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu) ve dışa atım bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu gibi komorbiditelerin eşlik etmesi yazını destekler niteliktedir. Tek başına SM tanısı olan olguların izlemde kalma süresinin daha düşük

olduğu gözlenmiş olup bu durumun tanıda maskelenmeyi artıracakı öngörülebilir. Mevcut belirtilerin, toplumumuzda utangaç ya da yavaş ısınan mizaç olarak görülüp normalize edilmesiyle ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Literatürde farmakolojik tedavi seçeneği olarak en sık fluoksetin tercih edildiği görülmektedir (14-17). Değerlendirdiğimiz farmakolojik tedavi uygulamalarında olguların çoğunluğunun farmakoterapi ile tedavi edildiği görülmüştür. Farmakoterapi ile tedavi edilen olgularda da büyük bir oranda fluoksetin tercih edildiği saptanmıştır. Diğer tercih edilen ajanlar sitalopram ve sertralin olarak karşımıza çıkmıştır. Çalışmamız bu anlamda literatürü destekler niteliktedir. Ülkemizde, SM klinik özelliklerini ve ilaç kullanımını gözden geçiren yazın bilgisi sınırlıdır ve çalışmalar çoğunluk olgu sunumları ve olgu serileri şeklindedir. Bu çalışmada, SM tanısı ile izlenen olguların klinik, demografik, ilaç kullanım özellikleri gözden geçirilmiş olup çalışmamız ülkemiz için öncü çalışmalardan biri olma niteliği taşımakta ve literatüre katkı sağlamaktadır.

Her ne kadar çalışmamız, ülkemizde bu konuyla ilgili yürütülen az sayıdaki araştırmadan biri olma niteliği taşısa da; öncelikle, verilerin hasta dosyalarından retrospektif olarak toplanmış olması temel sınırlılıklardan biridir. Psikiyatrik tanılarının yapılandırılmış görüşme yöntemleriyle konmamış olması, kontrol grubunun bulunmaması, örneklem büyüklüğünün sınırlı olması da çalışmamızı kısıtlayan diğer faktörlerdir.

Sonuç olarak, SM, psikiyatrik komorbiditelerin sık eşlik ettiği, psikososyal sorunların yaşam boyu devam ettiği tedavisi zor ve uzun süren bir bozukluktur. Çalışmamızın sonuçlarına bakacak olursak, çalışmaya alınan olgularda en sık eşlik eden psikiyatrik komorbiditenin anksiyete bozuklukları olduğu görülmüştür. Tedavi uygulamaları değerlendirildiğinde olguların büyük çoğunluğunun farmakoterapi ile tedavi edildiği ve en çok fluoksetinin tercih edildiği görülmüştür. Başvuru sıklığı ve takip sürelerine göre psikiyatrik komorbiditeler ve ilaç kullanımları incelendiğinde; ek psikiyatrik hastalık varlığının olguların poliklinikte kalma süresini uzattığı ve ilaç kullanım sıklığını artırdığı saptanmıştır. SM alanında yetersiz bilimsel veriler ve diğer çocukluk çağı psikiyatrik bozukluklarında gü-

venliği kanıtlanmış verilerin kullanılıyor olması kanıta dayalı çıkarımda bulunmayı kısıtlamakta, erken tanı ve tedavi şansını azaltmaktadır. Bu alanda yapılacak ileri araştırmalar ebeveynlerin ve klinisyenlerin farkındalığını artırarak, değerlendirme ve müdahale seçeneklerini belirleme ve çeşitlendirme açısından fayda sağlayabilir ve gidişata olumlu katkılarda bulunabilir.

#### KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5<sup>th</sup> edn. American Psychiatric Association, Washington, DC.2013;55(3):220-3.
2. Ford MA, Sladeczek IE, Carlson J, Kratochwill TR. Selective mutism: phenomenological characteristics. *Sch Psychol Q.* 1998;13(3):192–227.
3. Standart S, Couteur AL. The Quiet Child: A Literature Review of Selective Mutism. *Child Adolesc Ment Health.* 2003Nov;8(4):154-160.
4. Kumpulainen K, Räsänen E, Raaska H, Somppi V. Selective mutism among second-graders in elementary school. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 1998;7(1):24–9.
5. 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(8):938–46.
6. Chavira DA, Stein MB, Bailey K, Stein MT. Child anxiety in primary care: prevalent but untreated. *Depress Anxiety.* 2004;20(4):155–64.
7. Kristensen H, Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000;39(2):249–56.
8. McInnes A, Manassis K. When silence is not golden: an integrated approach to selective mutism. *Semin Speech Lang.* 2005;26(3):201-10.
9. Steinhausen H-C, Juzi C. Elective mutism: an analysis of 100 cases. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1996;35(5):606–14.
10. Dummit ES, Klein RG, Tancer NK, Asche B. Systematic assessment of 50 children with selective mutism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36(5):653–60.
11. Yeganeh R, Beidel DC, Turner SM, et al. Clinical distinctions between selective mutism and social phobia: an investigation of childhood psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003;42(9):1069–75.
12. Black B, Uhde TW. Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1995;34(7):847–56.
13. 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 Psychiatr.* 2006;47(11):1085–97.
14. Pionek Stone B, Kratochwill TR, Sladeczek I, Serlin RC. Treatment of selective mutism: a best-evidence synthesis. *Sch Psychol Q.* 2002;17(2):168–90.
15. Kaakeh YS, Janice L. Treatment of selective mutism: focus on selective serotonin reuptake inhibitors. *Pharmacotherapy.* 2008;28(2):214–24.
16. Carlson JS, Kratochwill TR, Johnston H. Prevalence and treatment of selective mutism in clinical practice: a survey of child and adolescent psychiatrists. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 1994;4(4):281–91.
17. Perçinel I. ve Yazıcı KU, Okul Öncesi Dönem Selektif Mutizm Vakalarında Fluoksetin Tedavisi: İki Olgu Eşliğinde Tartışma *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi.* 2014;21(2):123-30.