

31. LeBlanc KA, Booth WV, Whitaker JM, Bellanger DE. Laparoscopic incisional and ventral herniorrhaphy in 100 patients. *Am J Surg* 2000; 180: 193-7.
32. Carbajo MA, del Olmo JC, Blanco JJ, de la Cuesta C, Martín F, Toledano M et al. Laparoscopic treatment of ventral abdominal wall hernias: preliminary results in 100 patients. *JLS* 2000; 4: 141-5.
33. Hesselink VJ, Luijendijk RW, de Wilt JHW, Heide R, Jeekel J. An evaluation of risk factors in incisional hernia recurrence. *Surg Gynecol Obstet* 1993; 176: 228-34.
34. Anthony T, Bergen PC, Kim LT, Henderson M, Fahey T, Rege RV et al. Factors affecting recurrence following incisional herniorrhaphy. *World J Surg* 2000; 24: 95-100.
35. Koller R, Miholic J, Jakl RJ. Repair of incisional hernias with expanded polytetrafluoroethylene. *Eur J Surg* 1997; 163: 261-6.
36. Liakakos T, Karanikas I, Panagiotidis H, Dendrinis S. Use of Marlex mesh in the repair of recurrent incisional hernia. *Br J Surg* 1994; 81: 248-9.
37. Carbajo MA, Martín del Olmo JC, Blanco JJ, de la Cuesta C, Toledano M, Martín F et al. Laparoscopic treatment vs open surgery in the solution of major incisional and abdominal wall hernias with mesh. *Surg Endosc* 1999; 13: 250-2.
38. Park A, Birch DW, Lovrics P. Laparoscopic and open incisional hernia repair: a comparison study. *Surgery* 1998; 124: 816-21.
39. Holzman MD, Purut CM, Reintgen K, Eubanks S, Pappas TN. Laparoscopic ventral and incisional hernioplasty. *Surg Endosc* 1997; 11: 32-5.
40. Ramshaw BJ, Esartia P, Schwab J, Mason EM, Wilson RA, Duncan TD et al. Comparison of laparoscopic and open ventral herniorrhaphy. *Am Surg* 1999; 65: 827-31.

## Elektiv mutisme – social funktionsforstyrrelse eller angstlidelse?

### OVERSIGTSARTIKEL

Per Storgaard & Per Hove Thomsen

#### Resumé

Elektiv mutisme er en relativt sjælden børnepsykiatrisk lidelse, der er karakteriseret ved stumhed i udvalgte situationer. Lidelsen defineres i ICD-10 som en social funktionsforstyrrelse, hvor barnet på trods af en i øvrigt normal sprogfunktion, over en periode på mindst fire uger, ikke kommunikerer verbalt i specifikke sociale sammenhænge, og hvor dette ikke skyldes tilstedeværelsen af en gennemgribende udviklingsforstyrrelse som fx infantil autisme. I de senere år har det været foreslået, at elektiv mutisme kunne dække over en underliggende angsttilstand, hvor især separationsangst og social angst har været i fokus. Dette har givet anledning til, at man er begyndt at diskutere elektiv mutismes placering i det diagnostiske system. Flere hælder nu til den anskuelse, at tilstanden bedre forstås som et symptom på en emotionel forstyrrelse, frem for som en selvstændig diagnostisk kategori under de sociale funktionsforstyrrelser sammen med tilknytningsforstyrrelserne. Tilstanden har været forsøgt behandlet med forskellige psykoterapeutiske behandlingsmetoder, hvor den anbefalede behandling nu er et kognitivt adfærdsterapeutisk behandlingsforløb i tæt samarbejde med forældrene og skolen, evt. suppleret med medikamentel behandling. Man ved i øjeblikket stort set intet om tilstandens langtidsforløb og således heller ikke noget om, hvorvidt elektiv mutisme eventuelt er en forløber for eller et symptom på en angstlidelse, der ville kunne fortsætte ind i voksenlivet. Yderligere viden om langtidsforløbet har således ikke blot nosologisk relevans, men vil forhåbentlig kunne danne basis for en forbedring af behandlingstilbuddene.

Tilstanden elektiv mutisme er karakteriseret ved stumhed i udvalgte situationer. Symptomerne opstår oftest i den tidlige barndom og diagnosticeres som regel omkring skoleal-

rens begyndelse. Et barn med elektiv mutisme taler som regel normalt i bestemte situationer (typisk derhjemme), mens det oftest er stumt i skolesammenhæng og i andre sammenhænge uden for hjemmet.

ICD-10 definerer elektiv mutisme som en social funktionsforstyrrelse, hvor barnet på trods af normal sprogfunktion ikke taler i bestemte situationer. Børn med gennemgribende udviklingsforstyrrelse eller med manglende sprogkunderskaber ekskluderes (Fig. 1).

Ved overgangen fra DSM-III-R til de nuværende amerikanske DSM-IV-kriterier, blev betegnelsen *elective mutism* erstattet af *selective mutism*. I DSM-IV er selektiv mutisme klassificeret som en *other disorders of infancy, childhood and adolescence*.

Differentialdiagnostisk må man skelne elektiv mutisme fra fx udtalt generthed samt mutisme, der optræder sekundært til hørenedsættelse, autisme, skizofreni eller mental retardering.

#### Baggrund

*Kussmaul* var den første, der beskrev, hvordan i øvrigt raske børn kunne udvikle stumhed i specifikke situationer (1). Denne tilstand kaldte han for *aphasia voluntaria*. Fænomenet har formentlig været kendt gennem århundreder. Blandt andet mente den danske psykiater *Knud Goll* at finde beskrivelser af en lignende tilstand helt tilbage i *Saxos* danmarkskrøniker, dvs. for godt 800 år siden (2). I perioden op til 1933 beskrives *aphasia voluntaria* af 14 forskellige forfattere (3). Det var *Tramer*, der første gang benævnte tilstanden elektiv mutisme – en tilstand, hvor mutismen er begrænset til manglende verbal kommunikation med bestemte mennesker (4).

Selv om interessen for elektiv mutisme siden er vokset støt, især i de seneste tre årtier, er den eksisterende litteratur vedrørende elektiv mutisme af relativt begrænset omfang. Før 1960 beskæftigede man sig i litteraturen primært med at beskrive forskellige former for mutisme i et forsøg på klassifikation. Senere har man interesseret sig mere for ætiologiske overvejelser samt beskrivelser af behandlings-

forløb. Fælles for hovedparten af disse artikler er, at de bygger på enkeltstående kasuistikker (3).

I tre nyere undersøgelser har man dog beskrevet tilstanden hos en større gruppe patienter (5-7). Tilstanden bliver i disse studier beskrevet som meget invaliderende for barnet og dets familie med store implikationer for den faglige udvikling i skolen, såvel som for den sociale kompetence i forhold til jævnaldrende kammerater. I en dansk undersøgelse, der blev foretaget med udgangspunkt i 37 patienter med elektiv mutisme fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital i Århus, fandt man, at ca. halvdelen af børnene havde diskrete sprogforstyrrelser som bl.a. sen sprogudvikling og artikulationsvanskeligheder (7). Man fandt også, at sammenlignet med en børnepsykiatrisk kontrolgruppe, optrådte symptomerne enuresis, enkoprese og spiseforstyrrelser hyppigere i gruppen af børn med elektiv mutisme. Desuden så man komorbide symptomer på forskellige angsttilstande, især social angst. Størstedelen af forældrene til børn med elektiv mutisme gav udtryk for at have eller have haft beslægtede symptomer i form af ekstrem generthed og angst for at deltage i større sociale sammenhænge. I de fleste tilfælde havde tilstanden været til stede adskillige år før henvisningstidspunktet.

De seneste ti års litteratur har igen taget spørgsmålet om den diagnostiske klassificering af elektiv mutisme op til diskussion. Især har det været foreslået, at man måske burde betragte elektiv mutisme som udtryk for en underliggende emotionel lidelse, frem for med den nuværende klassificering som en social funktionsforstyrrelse (8, 9).

En nyere undersøgelse af børn med elektiv mutisme har desuden vist, at en meget stor del (68,5%) også var præget af forskellige grader af udviklingsforstyrrelse (mod kun 13,0% i kontrolgruppen). Endnu flere (74,1%) opfyldte DSM-IV-kriterierne for en emotionel lidelse (mod kun 7,6% i kontrolgruppen) og ca. halvdelen opfyldte kriterierne for både en emotionel lidelse og en udviklingsforstyrrelse (10).

Der er således flere undersøgelser, der peger i retning af, at elektiv mutisme ikke nødvendigvis fortsat bør betragtes som en selvstændig diagnostisk kategori, men måske burde forstås som et symptom på en emotionel lidelse og/eller associeret til en underliggende udviklingsforstyrrelse.

### Epidemiologi

Elektiv mutisme er en relativt sjælden tilstand, og en del tilfælde bliver formentlig aldrig henvist til behandling. *Brown & Lloyd* fandt, at 0,7% (42 ud af en kohorte på 6.072) af femårige, der blev undersøgt umiddelbart efter skolestart, havde elektiv mutisme (11). Ved en anden amerikansk tværnsnitsundersøgelse af 3.300 syvårige fandt man en prævalens på kun 0,067% (12), men nyere skandinaviske undersøgelser viser resultater, der tyder på, at elektiv mutisme nok er noget mere hyppigt forekommende. Således fandt man i en svensk undersøgelse en prævalens på 0,18% (13). Undersøgelsen var en læreradministreret screening af 2.793 skoleelever i alderen 7-15 år ved to skoledistrikter i Göteborg. I en finsk undersøgelse, der var baseret på læreradministreret screening af 2.434 elever i 2. klasse, fandt man en usædvanlig høj prævalens på 2% (14).

1. Impressive og ekspressive sprogfærdigheder er inden for normalområdet for alderen, bedømt ved standardiserede test.
2. Vedholdende stumhed i særlige sociale situationer, hvor spontan taleudfoldelse normalt forventes (fx i skolen), men normal taleudfoldelse i andre situationer.
3. Varighed over fire uger.
4. Skyldes ikke gennemgribende udviklingsforstyrrelse (F84.-).
5. Skyldes ikke manglende sprogkunderskaber.

(World Health Organisation. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research. Geneva: WHO, 1993).

Fig. 1. ICD-10 kriterier for elektiv mutisme.

Elektiv mutisme forekommer, i modsætning til mange andre børnepsykiatriske lidelser, hyppigere hos piger end hos drenge med en ratio på 3:1 (15). Debuttidspunktet er typisk i 3-6-årsalderen (16). De fleste bliver dog først henvist omkring tidspunktet for skolestart. Ved senere debut må man være særlig opmærksom på differentialdiagnoser som skizofreni (17) eller dissociative lidelser (18).

### Ætiologiske og nosologiske betragtninger

Ætiologien bag elektiv mutisme ved man ikke noget sikkert om på nuværende tidspunkt. Der er formentlig tale om en multifaktoriel ætiologi, hvor et vist genetisk element har været antydnet i forbindelse med et nyere schweizisk studie (19). En mulig association til fragilt X-syndrom er for nylig blevet foreslået med baggrund i en kasuistik, men større dokumenterede genetiske studier foreligger endnu ikke (20).

*Stina Hesselmanns* bibliografi over europæisk og nordamerikansk litteratur om elektiv mutisme i perioden 1877-1981 indeholder også en gennemgang af nogle af de forskellige ætiologiske hypoteser, der har været fremsat på området, især med vægt på psykodynamiske forklaringsmodeller (3).

Psykodynamiske forklaringer har anskuet mutismen som udtryk for intrapsykeiske konflikter udløst af traumata især under barnets sprogudvikling (21). For barnet, der er ude af stand til at gøre sprogligt opmærksom på sine udækkede behov, bliver sproget som en følge deraf symbolsk tilbageholdt (22).

De familiære forholds betydning for udviklingen af elektiv mutisme har ligeledes været i fokus. Blandt andet havde man fundet, at den verbale kommunikation mellem forældrene til et barn med elektiv mutisme ofte var sparsom. Der har været hypoteser fremme om, at familierne ofte ville være socialt isolerede, lukkede og disharmoniske. Kasuistiske beretninger tydede på, at et forbud mod at afsløre »familiehemmeligheder« kunne være medvirkende til, at barnet mødte verden uden for familien med tavshed (23). *Knud Goll* mente, at barnets selektivitet mht. verbal kommunikation kunne forklares ved, at barnet havde internaliseret et konfliktforhold mellem dets »ghettofamilie« og det omgivende samfund, et samfund som familien i kraft af sit subkulturelle tilhørsforhold følte sig marginaliseret i forhold til og ikke havde tillid til (2).

Inden for de adfærdspsykologiske strømninger har man lagt vægt på, at mange børn med elektiv mutisme kom fra fa-

milier, hvor forældrene havde haft lignende symptomer i barndommen, og som voksne fortsat var prægede af social tilbageholdenhed. Elektiv mutisme blev set som et tillært adfærdsmønster, der var en del af den pågældende families måde at møde verden på, og som kunne have det formål at reducere en oplevet angst eller et ubehag (24, 3).

I undersøgelser, der er foretaget af National Institute of Mental Health i USA, har man peget på, at elektiv mutisme i visse tilfælde evt. kan betragtes som en obsessiv-kompulsiv spektrumtilstand, idet patienterne kan beskrive en tvangsmæssig tilbageholdenhed med at tale (25). En sammenhæng mellem elektiv mutisme og overgreb mod barnet har også været beskrevet. Således beskriver *MacGregor et al* et eksempel, hvor seksuelt misbrug formentlig lå til grund for mutismen (26). Tilsvarende foreslår *Jacobsen*, at overgreb og lignende traumer formentlig ville kunne udløse dissociative tilstande, hvor mutismen er det præsenterende symptom (18).

I 1985 diskuterede *Wilkins*, om elektiv mutisme i visse situationer kunne dække over en underliggende angsttilstand eller depression (27). Det var dog først i 1990, at *Cumley* foreslog en tæt sammenhæng mellem elektiv mutisme og social angst (8). Det har ført til, at man i de seneste år har diskuteret den rette klassifikation af elektiv mutisme i det diagnostiske system. Mange hælder nu til den anskuelse, at elektiv mutisme er et symptom på en emotionel forstyrrelse, dvs. et udtryk for fx separationsangst eller hos ældre børn et udtryk for social angst snarere end en selvstændig diagnostisk kategori klassificeret under de sociale funktionsforstyrrelser sammen med tilknytningsforstyrrelserne (28).

### Behandling

Elektiv mutisme har været forsøgt behandlet med forskellige pædagogiske og psykoterapeutiske tilbud. Desværre foreligger der stort set ikke dokumenterede og kontrollerede undersøgelser af disse behandlingstiltags virkning på forløbet. Oftest er der tale om ukontrollerede behandlingsforløb med yderst begrænsede followup-oplysninger. De hyppigst beskrevne behandlingsformer har været traditionel individuel psykoanalytisk psykoterapi og familierapi, men sædvanligvis uden overbevisende effekt. Noget bedre resultater har man opnået ved at kombinere disse to behandlingsformer. De bedste resultater har man dog opnået ved behandling efter kognitivt adfærdsterapeutiske principper, hvor man hyppigt har inddraget både forældrene og skolen i behandlingen (29-32).

Litteraturen om farmakologisk behandling af elektiv mutisme er meget sparsom. I to kasuistiske studier har man rapporteret om udmærket effekt af monoaminoxidasehæmmere phenelzine (33, 34). Den nye opfattelse af elektiv mutisme som en mulig angsttilstand (evt. obsessiv-kompulsiv spektrumtilstand) har manifesteret sig i igangværende behandlingsforsøg med serotonin-specifikke genoptagelseshæmmere. Foreløbige resultater antyder, at en sådan medikamentel behandling i visse tilfælde kan lette tilstanden betydeligt (35). På nuværende tidspunkt er der kun publiceret to placebokontrollerede undersøgelser, som belyser effekten af de serotonin-specifikke genoptagelseshæmmere *Fon-tex* (fluoxetin) og *Zolof* (sertralin) på elektiv mutisme. Man

fundt her, at SSRI-behandling var signifikant bedre end placebo, dog kun belyst på forløbet over nogle måneder og på ret få probander (36, 37).

I øjeblikket anbefaler man fra de amerikanske børnepsykiatriske centre, der har mest erfaring i behandling af elektiv mutisme, at man forsøger at iværksætte et kognitivt adfærdsterapeutisk behandlingstilbud i samarbejde med forældrene og skolen, evt. suppleret med et SSRI-præparat, især hvis tilstanden har stået på i længere tid, eller barnet er meget invalideret af mutismen. Ved utilstrækkelig effekt af behandling med et SSRI-præparat, foreslår man præparatskift til en MAO-hæmmer (25, 38). Behandlingen bør foregå i børnepsykiatrisk regi.

### Diskussion

Elektiv mutisme er en invaliderende lidelse for et barn i udvikling med implikationer for den sociale kompetence i forhold til jævnaldrende, ligesom man mht. barnets kognitive udvikling kunne være bekymret for, hvordan den begrænsede anvendelse af sproget påvirker udviklingen af barnets metalingvistiske bevidsthed og dermed sprogets redskabsmæssige funktion for tænkningen.

Der findes imidlertid i verdenslitteraturen i øjeblikket stort set intet om langtidforløbet af tilstanden, herunder dens evt. udtryk i voksenalderen. Der er lavet ganske få efterundersøgelser, men disse har som regel været invalideret af enten for få probander eller en meget kort observations-tid. Man ved dog, at tilstanden for de fleste patienter før eller siden bedres noget, men det er uklart, om mutismen persisterer i en knap så udtalt form, eller om anden psykopatologi støder til. Efterundersøgelser er derfor relevante, såvel ud fra et videnskabeligt som fra et klinisk synspunkt.

Da elektiv mutisme i henhold til ICD-10 overordnet klassificeres som en lidelse, der optræder i barndommen og adolescensen, vil det være væsentligt at belyse, om elektiv mutisme er en »forløber« for andre psykiske lidelser i voksenalderen, eller om samme problematik faktisk fortsætter. En sådan viden vil medvirke til at komme en afklaring nærmere om, hvorvidt elektiv mutisme er en selvstændig børnepsykiatrisk lidelse eller måske snarere et symptom på en underliggende angstproblematik, der evt. ville kunne fortsætte ind i adolescensen og voksenlivet. Tidligere studier har vist, at der for en række angstlidelser (især social angsttilstande) er en vis kontinuitet fra barndommen ind i voksenlivet (39, 40).

Fra et klinisk synspunkt vil det være relevant at få viden om langtidforløbet, idet man med en sådan viden bedre vil kunne informere og rådgive familier til børn med elektiv mutisme. Elektiv mutisme er i øjeblikket i ICD-10 placeret under de sociale funktionsforstyrrelser sammen med tilknytningsforstyrrelserne. Forstyrrelser, der oftest optræder som en direkte følge af omsorgssvigt, og som bl.a. derved adskiller sig væsentligt fra elektiv mutisme. Desuden er der meget, der tyder på, at børn med elektiv mutisme hyppigt har komorbide symptomer på forskellige angsttilstande, og i de senere år er der blevet foreslået en sammenhæng mellem elektiv mutisme og social angst. Der eksisterer derfor nu et behov for en nøjere afklaring af, hvor i det diagnosti-

ske system elektiv mutisme bør høre til. En sådan afklaring vil forhåbentlig på lidt længere sigt give os mulighed for at forbedre behandlingstilbuddene til disse børn.

Foruden detaljerede followup-studier er der også brug for flere kontrollerede behandlingsstudier med længere observationstid. Da elektiv mutisme er en relativt sjælden børnepsykiatrisk lidelse, burde studierne ideelt foregå i et samarbejde mellem forskellige internationale centre, for at opnå et tilstrækkeligt antal probander.

### Summary

#### Per Storgaard & Per Hove Thomsen: Elective mutism – a disorder of social functioning or an emotional disorder?

Ugeskr Læger 2003;165:678-82.

Elective mutism is a relatively uncommon disorder characterized by consistent failure to speak in specific social settings, such as in school, despite speaking fluently in a variety of other situations. Elective mutism is a very debilitating disorder for the affected child, as well as for their families, with detrimental implications for the development of social skills and learning if not offered appropriate support and treatment. The most promising treatment results have thus by far been achieved through a combination of cognitive behaviour therapy and supportive cooperation between parents, the school, and the treating child psychiatrist, occasionally supplemented with pharmacological treatments such as selective serotonin reuptake inhibitors.

The available literature on this disorder is still very limited and consists predominantly of case reports. In recent years, however, there has been a growing focus on the etiology and general understanding of the disorder. While still disputed, it has been suggested that elective mutism might be understood as an emotional disorder on a par with e.g. separation anxiety and social phobia. Studies looking at the long-term course of the disorder are urgently required to elucidate whether children presenting elective mutism will be more likely to suffer from emotional disorders in adulthood, and may also ultimately lead to improved treatments for this disabling psychiatric disorder of childhood.

Reprints: *Per Hove Thomsen*, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital, Harald Selmers Vej 66, DK-8240 Risskov. E-mail: pht@buh.aaa.dk

Antaget den 18. september 2002.

Aalborg Psykiatriske Sygehus, børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling A, og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital, Risskov.

### Litteratur

- Kussmaul A. Die Störungen der Sprache. Leipzig: FCW Vogel, 1877.
- Goll K. Role structure and subculture in families of elective mutists. *Fam Process* 1979; 18: 55-68.
- Hesselmann S. Elective mutism in children 1877-1981: a literary summary. *Acta Paedopsychiatr* 1983; 49: 297-310.
- Tramer M. Electiver Mutismus bei Kindern. *Zeitschr Kinderpsychiatr* 1934; 1: 30-5.
- Black B, Uhde T. Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 847-56.
- Steinhausen H-C, Juzi C. Elective mutism: an analysis of 100 cases. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 606-21.
- Andersson CB, Thomsen PH. Elective mute children: an analysis of 37 Danish cases. *Nord Psykiatr Tidsskr* 1998; 52: 231-8.
- Cumley FE. The masquerade of mutism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 29: 318-9.
- Black B, Uhde T. Elective mutism as a variant of social phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 1090-4.
- 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.
- Brown JB, Lloyd H. A controlled study of children not speaking at school. *J Assoc Work Maladjust Children* 1975; 3: 49-63.
- Fundudis T. *Speech retarded and deaf children: their psychological development*. London: Academic Press, 1979.
- Kopp S, Gillberg C. Selective mutism: a population-based study: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1997; 38: 257-62.
- Kumpulainen K, Rasanen E, Raaska H, Somppi V. Selective mutism among second-graders in elementary school. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1998; 7: 24-9.
- Wergeland H. Elective mutism. *Acta Psychiatr Scand* 1979; 59: 218-28.
- Wright HH. Early identification and intervention with children who refuse to speak. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1985; 24: 739-46.
- Eldar S, Bleich A, Apter A, Tyano S. Elective mutism: an atypical antecedent of schizophrenia. *J Adolesc* 1985; 8: 289-92.
- Jacobsen T. Case study: is selective mutism a manifestation of dissociative identity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 863-6.
- Steinhausen H-C, Adamek R. The family history of children with elective mutism: a research report. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1997; 6: 107-17.
- Hagermann RJ. Fagile X syndrome and selective mutism. *Am J Med Genet* 1999; 83: 313-7.
- Valner J, Nemiroff M. Silent eulogy: elective mutism in a six-year-old Hispanic girl. *Psychoanal Study Child* 1995; 50: 327-40.
- Yanof J. Language, communication, and transference in child analysis. I. Selective mutism: the medium is the message. II. Is child analysis really analysis? *J Am Psychiatr Assoc* 1996; 44: 79-116.
- Meyers S. Elective mutism in children: a family systems approach. *Am J Fam Ther* 1984; 12: 39-45.
- Reed G. Elective mutism in children: a re-appraisal. *J Child Psychol Psychiatry* 1963; 4: 99-107.
- Leonard H, Dow S. *Selective mutism*. I: March JS, ed. *Anxiety disorders in children and adolescents*. New York: The Guilford Press, 1995.
- MacGregor R, Pullar A, Cundall D. Silent in school – elective mutism and abuse. *Arch Dis Child* 1994; 70: 540-1.
- Wilkins R. A comparison of elective mutism and emotional disorders in children. *Br J Psychiatry* 1985; 146: 198-203.
- Anstendig KD. Is selective mutism an anxiety disorder? *J Anxiety Disord* 1999; 13: 417-34.
- Amari A, Slifer KJ, Gerson AC, Schenck E, Kane A. Treating selective mutism in a paediatric rehabilitation patient by altering environmental reinforcement contingencies. *Pediatr Rehabil* 1999; 3: 59-64.
- Cunningham CE. A review and controlled single case evaluation of behavioural approaches to the management of elective mutism. *Child Family Behav Ther* 1983; 5: 25-49.
- Labbe EE, Williamson DA. Behavioral treatment of elective mutism: a review of the literature. *Clin Psychol Rev* 1984; 4: 273-92.
- Rosenberg JB, Lindblad MB. Behavior therapy in a family context: treating elective mutism. *Fam Process* 1978; 17: 77-82.
- Golwyn DH, Weinstock RC. Phenelzine treatment of elective mutism: a case report. *J Clin Psychiatry* 1990; 51: 384-5.
- Golwyn DH, Sevlie CP. Phenelzine treatment of selective mutism in four prepubertal children. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1999; 9: 109-13.
- Dummit ES, 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: 615-21.
- Black B, Uhde TW. Treatment of elective mutism with fluoxetine: a double-blind, placebo-controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 1000-6.
- 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.
- Dow SP, Sonies BC, Scheib D, Moss SE, Leonard HL. Practical guidelines for the assessment and treatment of selective mutism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 836-46.
- Pine DS, Cohen P, Gurley D, Brook J, Ma Y. The risk for early adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 56-64.
- Pine DS, Grun J. Childhood anxiety: integrating developmental psychopathology and affective neuroscience. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1999; 9: 1-12.