

«De tause barna»

Hva er selektiv mutisme, og hvordan kan man hjelpe disse barna i barnehagen?

Marie Tingve



Masteroppgave i pedagogikk

Høst 2010

Pedagogisk forskningsinstitutt

UNIVERSITETET I OSLO

SAMMENDRAG AV MASTEROPPGAVEN I PEDAGOGIKK

TITTEL:

«DE TAUSE BARNA»

Hva er selektiv mutisme, og hvordan kan man hjelpe disse barna i barnehagen?

AV:

Marie Tingve

EKSAMEN:

Masteroppgave i pedagogisk psykologisk rådgivning

SEMESTER:

Høst 2010

STIKKORD:

Selektiv mutisme, pedagogisk psykologi, tiltak

PROBLEMOMRÅDER

Selektiv mutisme er en tilstand hvor barnet kan snakke normalt, og gjerne gjør det hjemme i trygge omgivelser, men unngår det konsekvent i en eller flere andre situasjoner. I underkant av 1% av barn og unge rammes av selektiv mutisme. Det er ikke mange fagpersoner som har erfaring med tilstanden, til tross for at forekomsten kan sammenliknes med eksempelvis autisme. I og med at selektiv mutisme er knyttet til taushet og hemmet adferd, er det lett å overse disse barna i skolen og barnehagen. Lærere og barnehagepersonalet tenker kanskje at tausheten bare er en periode i barnets utvikling, og at barnet vil vokse den av seg. Det er dermed en sannsynlighet for at barn med denne tilstanden ikke får den hjelpen de trenger, og at de de gror tettere fast i tausheten.

Årsaken til at noen barn utvikler selektiv mutisme er omdiskutert, og den tidlige faglitteraturen har vært inne på årsaksforklaringer som traumer, intrapsykologiske konflikter og kontrollerende adferd fra barnets side. I dag er litteraturen mer samlet om at selektiv mutisme er nært knyttet til et hemmet temperament, skyhet og sosial angst. Denne oppgaven tar blant annet for seg, og diskuterer, selektiv mutisme i forhold til barnets temperament, familiære forhold og andre samtidige psykiatriske vansker som i litteraturen er satt i sammenheng med tilstanden. I tillegg til sosial fobi, diskuteres utagerende og opposisjonell adferd. Flerspråklighet og traumer som risikofaktorer i oppveksten er også aktuelle temaer i oppgaven.

I de senere årene er det også funnet utviklingsforstyrrelser hos mange av barna med selektiv mutisme. I lys av dette tas viktigheten av en grundig utredning av disse barna opp, da det er en risiko for at tausheten skjuler flere vansker som barnet trenger hjelp og tiltak i forhold til. Pedagogisk psykologisk tjenestes rolle trekkes her inn, og konkrete tester foreslås og beskrives.

Mot oppgavens slutt foreslås tiltak i forhold til barn med selektiv mutisme. Tiltakene er rettet mot barn i barnehagealder.

METODE

Oppgaven har et teoretisk grunnlag, og baserer seg på litteratursøk. Litteraturen er funnet ved hjelp av søk i databasen ISI Web of Knowledge. I tillegg har min veileder Beate Ørbeck bidratt særlig med verdifull norsk litteratur.

For nærmere å forstå tilstanden, sett med en mors øyne, har jeg også foretatt et intervju med en mor til et barn i førskolealder med selektiv mutisme. Av hensyn til anonymisering er ikke intervjuet i sin helhet lagt ved oppgaven, men sitater er flettet inn i teksten for å gi et inntrykk av hverdagen til en familie med et barn med selektiv mutisme.

KILDER

Litteraturen som er benyttet er nasjonal og internasjonal forskning og faglitteratur omhandlende selektiv mutisme og aktuelle komorbide tilstander som sosial fobi, opposisjonell adferd og utviklingsforstyrrelser. Veilederen for pedagogisk psykologisk tjeneste fra 2009 har i tillegg vært en god kilde i arbeidet med oppgaven.

HOVEDKONKLUSJONER

Det er fremdeles uklart hvorfor noen barn utvikler selektiv mutisme, men det er i litteraturen bred enighet om at tilstanden er nært knyttet til hemmet adferd, skyhet og sosial angst. Mange av barna fremstår som svært sjenerte, men tilstanden skiller seg fra sjenerthet ved at den i stor grad går utover barnets skolegang og sosiale fungering. Sammenhengen mellom selektiv mutisme og et sårbart temperament understreker imidlertid viktigheten av å være oppmerksom i forhold til barn som er ekstremt sjenerte.

Det er funnet flere forskjellige komorbide diagnoser og tilstander hos mange barn med selektiv mutisme. Barn med diagnosen har tidligere blant annet vært beskrevet som opposisjonelle, traumatiserte og sosialt engstelige. I dag er det bred enighet om at tilstanden ofte samvarierer med sosial fobi. I den senere tid er det i tillegg funnet

kommunikasjonsvansker og motoriske vansker hos mange av barna, noe som understreker viktigheten av en grundig utredning av disse barna. Uoppdagede vansker kan føre til at det stilles for høye krav til barna i forhold til funksjonsnivå, noe som igjen kan bidra til å forsterke angsten.

Tiltak i forhold til de tause barna går i stor grad ut på å skape trygghet i hverdagen deres. Dette forutsetter at foreldre og barnehage får god informasjon om tilstanden og dens natur, og at alle involverte parter samarbeider. Det bør i tillegg legges til rette for individuell tilpasning i forhold til temperament, spesielt ved oppstart i barnehage og på skolen. Enkelte barn kan for eksempel ha behov for en lengre overgangsperiode når de begynner i barnehagen. Det bør åpnes for kortere dager den første tiden, og muligheter for å ha med en av foreldrene en periode. Dersom ekstra oppmerksomhet rettes mot sårbare og engstelige barn, kan dette være med på å hindre en eventuell utvikling av angst og selektiv mutisme hos disse barna.

FORORD

Tusen takk til:

- *Mor til «Henriette»* for at hun ville dele sine erfaringer fra livet med et barn med selektiv mutisme med meg!
- *Beate Ørbeck*, min veileder, for fantastisk hjelp gjennom hele prosessen! Takk for hjelp til å finne litteratur, masse konstruktiv kritikk, og oppmuntring og støtte i «motbakker» underveis!
- *Kathe-Inger Lundahl* for gjennomlesning, råd og tips i slutfasen!
- *Mine medstudenter* på pedagogisk psykologisk rådgivning for koselige samtaler og nyttige diskusjoner i seminarene.
- *Per Olsen*, min far, for verdifull hjelp med korrekturlesing.

INNHold

SAMMENDRAG	2
FORORD	6
1. INNLEDNING	9
1.1 Begrunnelse for valg av tema	9
1.2 Problemstilling	9
1.3 Inndeling av oppgaven	10
1.4 Avgrensning	11
1.5 Metode	11
1.5.1 Intervju med en mor	12
2. HVA ER SELEKTIV MUTISME?	14
2.1 Kort historisk tilbakeblikk	14
2.2 Selektiv mutisme i ICD-10 og DSM-IV	15
2.3 Sosial fobi i ICD-10 og DSM-IV	17
2.4 Forekomst	17
2.5 Tilstandens utvikling og kjennetegn	19
2.6 Prognose	21
3. BARNETS TEMPERAMENT	23
3.1 Sjenerthet eller selektiv mutisme?	23
3.2 Hemmet adferd	24
4. FAMILIÆRE FORHOLD	26
5. RISIKOFAKTORER OG KOMORBIDITET	28
5.1 Angst og sosial fobi	29
5.1.1 Sosial fobi eller spesifikk talefobi?	31
5.2 Utagerende og opposisjonell adferd	32
5.3 Utviklingsforstyrrelser	34
5.3.1 Kommunikasjonsforstyrrelser	34
5.3.2 Motorikk	35
5.5 Traumer	36
5.6 Flerspråklighet	36
6. UTREDNING	38
6.1 Viktigheten av utredning	38
6.2 Hva bør det legges vekt på i utredningen?	39
6.3 Pedagogisk Psykologisk Tjeneste (PPT)	40
6.3.1 Testing av evnenivå og språklig funksjon	43
7. HVORDA KAN MAN HJELPE TAUSE BARN I BARNEHAGEN?	45
7.1 Betydningen av tale i dagens samfunn, og vansker det tause barnet møter	45
7.1.1 Misforståelser	46

7.2 Viktigheten av tidlig identifisering	46
7.3 Forebyggende tiltak og tidlig intervensjon	47
7.3.1 Skape trygghet.....	49
7.4 Viktige prinsipper i kommunikasjon med det tause barnet	50
7.4.1 Defokusering i kommunikasjon	51
7.5 Tiltak i forhold til sosial samhandling med andre barn	54
7.6 Små grupper og en trygg voksen	55
7.7 Tiltak i forhold til overgangssituasjoner	56
7.8 Tiltak for barn med utviklingsforstyrrelser/ reduert kognitiv funksjon	58
8. HJELP TIL FAMILIEN	59
8.1 Hvor kan familien få hjelp?.....	60
9. AVSLUTNING	61
10. LITTERATUR	63

1. INNLEDNING

1.1 Begrunnelse for valg av tema

For en tid tilbake leste jeg en artikkel i A-magasinet (Fatland, 2009). Den handlet om en gutt som ikke pratet med andre enn familien sin. Han pratet aldri på skolen, og hvisket dersom det var den minste sannsynlighet for at andre enn foreldrene kunne høre ham. Han hadde store vanskeligheter med å delta i sosiale sammenhenger. Det var ikke det at han ikke ville prate med de andre barna på skolen, han fikk det bare ikke til. Gutten hadde en diagnose kalt *selektiv mutisme*. Jeg hadde ikke tidligere hørt om denne diagnosen, men bestemte meg for at jeg ville sette meg bedre inn i vanskene til disse barna, som så gjerne *vil* prate med klassekameratene sine, med læreren eller med naboen, men som ikke får det til.

1.2 Problemstilling

Problemstillingen jeg har valgt til å belyse temaet lyder som følger: *Hva er selektiv mutisme, og hvordan kan man hjelpe disse barna i barnehagen?*

Kunnskap om selektiv mutisme kan også komme svært godt med i mitt fremtidige arbeide med barn og unge, som pedagogisk psykologisk rådgiver. Tall fra internasjonal forskning viser at i underkant av 1% av barn og ungdommer er rammet av tilstanden, en forekomst tilsvarende eksempelvis autisme. Til forskjell fra autisme, er det ikke mange fagpersoner som i særlig grad har erfaringer eller kunnskap om selektiv mutisme (Kristensen 2005). Selv om forekomsten ikke er stor, er det likevel viktig med økt kunnskap, slik at de barna som trenger det kan fanges opp og få hjelp så tidlig som mulig.

1.3 Inndeling av oppgaven

I denne masteroppgaven vil jeg finne ut mer om selektiv mutisme. Jeg vil besvare problemstillingen min ved å se på resultater av forskning, erfaringer fra klinikere og konklusjoner i faglitteraturen. I kapittel 2 i oppgaven skal jeg forsøke å besvare første del av problemstillingen min: Hva er selektiv mutisme? Jeg starter med en kort beskrivelse av tilstanden, samt et historisk tilbakeblikk for å vise hvordan vår forståelse av tilstanden har endret seg siden den ble beskrevet for første gang. Deretter tar jeg for meg diagnosen i henholdsvis ICD-10 og DSM-IV. Grunnen til at jeg velger å ha med begge diagnosemanualene, er at jeg benytter internasjonal forskning hvor noen baserer seg på DSM- IV, mens andre bruker kriteriene fra ICD-10. Under dette avsnittet vil jeg også ta for meg sosial fobi i ICD-10 og DSM-IV, da denne diagnosen i nyere forskning ofte settes i sammenheng med selektiv mutisme, og dermed vil ha en relativt sentral plass i oppgaven. Videre vil jeg se på forekomsten av selektiv mutisme, hva som kjennetegner tilstandens utvikling, og finne ut hvilken prognose barn med denne diagnosen kan ha.

I kapittel 3 av oppgaven vil jeg se på hva vi i dag vet om temperamentstrekk hos barn med selektiv mutisme. Herunder tar jeg for meg forskjellen mellom sjenertitet og selektiv mutisme, og karakteristiske trekk ved barna som går igjen i litteratur om tilstanden. I kapittel 4 vil jeg se litt på familiære forhold. Her vil jeg belyse likhetstrekk hos foreldre i forhold til temperament og forekomsten av selektiv mutisme i nær familie.

Jeg vil i kapittel 5 se nærmere på hva litteraturen sier om flerspråklighet og traumer som risikofaktorer, og noen samtidige tilstander som ofte går igjen hos barn med selektiv mutisme. Jeg har fokusert på sosial fobi, opposisjonelle vansker og utviklingsforstyrrelser (motoriske vansker og språkvansker) som er tilstander som har vært beskrevet i forskningen. Jeg vil så ta for meg utredning av barn med selektiv mutisme i kapittel 6. Her ser jeg på hva det bør legges vekt på i en slik utredning, og hvorfor utredningen av disse barna er så viktig.

Kapittel 7 i oppgaven tar for seg hvordan man kan hjelpe tause barn i barnehagen. Her ser jeg først litt på betydningen av tale i dagens samfunn, og vansker det tause barnet kan møte på i sine omgivelser. Deretter vil jeg se på viktigheten av tidlig identifisering av tilstanden, samt forebyggende tiltak og tidlig intervensjon. Jeg vil så se på hvordan man kan skape trygghet for barna i barnehagen, og hvilke prinsipper som er viktige i kommunikasjonen med tause barn. Etter dette tar jeg for meg tiltak i forhold til sosial samhandling, og viktigheten av små grupper og en trygg voksen for tause barn i barnehagen. Til sist i dette kapitlet kommer jeg inn på tiltak i forhold til overgangssituasjoner, som oppstart i barnehage eller på skolen.

Til slutt i oppgaven min nevner jeg hvor foreldrene til barnet med selektiv mutisme kan få ytterligere hjelp.

1.4 Avgrensning

Jeg vil ikke i særlig grad gå inn på behandlingsmetoder i forhold til selektiv mutisme, men fokusere på det en i dag vet om tilstanden, utredning av barna, og tiltak som kan settes i verk i barnehager eller skoler. Jeg vil heller ikke ta for meg medikamentell behandling, da dette ligger utenfor det pedagogiske fagfeltet. I siste kapittel kommer jeg inn på hvordan man kan hjelpe familien til det tause barnet. Jeg vil imidlertid ikke gå dypt inn i dette temaet, da fokuset i denne oppgaven er rettet mot barnehagen.

1.5 Metode

Grunnet tidsperspektivet som står til rådighet for skriving av masteroppgave for studieretningen pedagogisk psykologisk rådgivning, har jeg valgt å skrive en teoretisk oppgave i stedet for å produsere egen forskning. Jeg har brukt nasjonal og internasjonal forskning og faglitteratur omhandlende selektiv mutisme, angstproblematikk hos barn, og enkelte andre vanlige komorbide tilstander som sosial fobi, opposisjonell adferd og utviklingsforstyrrelser. Mye av litteraturen jeg har benyttet, har jeg funnet ved hjelp av litteratursøk i databasen ISI Web of

Knowledge, hvor jeg hovedsaklig har brukt søkeordene «selective mutism» og «elective mutism». Jeg har også gjennomgått litteraturlistene til en del av artiklene for å finne frem til annet relevant stoff. I tillegg har jeg fått hjelp av min veileder, Beate Ørbeck ved Regionssenter for barn og unges psykiske helse (RBUP), til å finne frem til norsk litteratur, blant annet veilederen for pedagogisk psykologisk tjeneste (Lundahl, Ørbeck & Kristensen, 2009).

1.5.1 Intervju med en mor

Jeg har i tillegg til å se på forskning og faglitteratur, fått intervjuet en mor til et barn i førskolealder som har selektiv mutisme. Dette har jeg valgt å gjøre for å sette et eget preg på oppgaven, og for å få et nærmere bilde av hvilke utfordringer barn med selektiv mutisme og deres familie møter hjemme og i barnehagen. Det vil også være nyttig for å få et innblikk i en slik families hverdag. Sitater fra intervjuet har jeg flettet inn i oppgaven, for å gi et mer levende bilde av diagnosen og hverdagen til både barnet og familien. Jeg har selv laget spørsmålene, som er vist i tabell 1.

Barnet er anonymisert i intervjuet, og omtales som «Henriette». «Henriette» har deltatt i en behandlingsstudie på R-BUP. Hun har vært i behandling et halvt år. Familiens fastlege henviste henne til R-BUP for ca ett år siden. På dette tidspunktet hadde «Henriettes» foreldre allerede lagt merke til datterens vansker en god stund.

Intervjuet tok jeg opp med diktafon, og skrev det senere ned ordrett i sin helhet. Av hensyn til anonymisering har jeg valgt å ikke legge ved intervjuet som vedlegg, men i stedet benytte deler av det. Sitatene er gjengitt ordrett i oppgaven for å bevare autensiteten, og skrevet i kursiv for å skille dem fra andre sitater jeg har brukt.

Spørsmål	
1.	Hvordan vil du beskrive temperamentet til barnet ditt?
2.	Når tenkte du første gang at noe var annerledes med henne i forhold til jevnaldrende?
3.	Opplevde hun noe som kan ha vært utløsende for tilstanden?
4.	Hvilke tegn viste hun?
5.	Hvordan var hun hjemme?
6.	Hvordan var hun i andre sosiale sammenhenger?
7.	Hva prøvde dere?
8.	Hva hjalp?
9.	Hva hjalp ikke?
10.	Hva sa barnehagepersonalet, og hva gjorde de i barnehagen?
11.	Hjalp dette/hjalp det ikke?
12.	Hva slags hjelp har dere fått fra andre instanser?
13.	Hva føler du har vært vanskeligst i hverdagen deres?
14.	Hvilke råd ville du gitt til andre i samme situasjon?

Tabell 1. Spørsmål som ble stilt under intervjuet.

2. HVA ER SELEKTIV MUTISME?

Selektiv mutisme er beskrevet som en tilstand hvor barnet kan snakke normalt, og gjerne gjør det hjemme i trygge omgivelser, men unngår konsekvent å snakke i en eller flere andre situasjoner. De er gjerne helt tause i barnehagen eller på skolen:

«Det var vel da hun ble tre år at de sa i barnehagen at hun hadde sluttet å snakke. Men da hadde vi nok hatt en følelse en stund, ja. Og da, særlig da vi så tilbake igjen da, siden hun var to år, hadde det vært noe med henne i barnehagesituasjonene. At hun var veldig knyttet til en person, og veldig ute av seg når hun ikke var der. Hun kunne begynne å gråte på vei til barnehagen. Da hun begynte i barnehagen reagerte hun med all mulig motstand. Hun gråt hele tiden når hun var i barnehagen de første seks ukene» (Mor til «Henriette»).

Barna kan kanskje av enkelte oppfattes som frekke og beregnende av sine omgivelser, i det de konsekvent lar være å svare på tiltale, men tausheten er ikke noe de velger. Studier har vist at de fleste barna med selektiv mutisme svært gjerne *vil* snakke, men ikke får det til (Kristensen, 2005).

Årsaken til at noen barn utvikler selektiv mutisme er omdiskutert, men en oversiktsartikkel peker på en sammenheng med et sårbart temperament, skyhet og hemmet adferd (Anstendig, 1999).

2.1 Kort historisk tilbakeblikk

Adolf Kussmaul, en tysk lege, beskrev i 1877 en tilstand han betegnet «voluntær afasi», hvor pasienten av eksempelvis religiøse årsaker *valgte* å ikke snakke. Begreper som er blitt brukt i forsøk på å beskrive tilstanden er blant andre undertrykket tale, voluntær mutisme, taleunngåelse og talefobi (Cohan, Price & Stein, 2006).

I 1934 brukte den sveitsiske psykiateren Moritz Tramer første gang navnet «elektiv mutisme», og beskrev barn som var tause i enkelte situasjoner til tross for at de egentlig både kunne forstå og bruke språket (Kristensen, 2002). Navnet reflekterer hans hypotese om at barna med tilstanden selv valgte ikke å snakke i situasjonene. Elektiv mutisme er

ennå navnet på diagnosen i det europeiske diagnosesystemet, ICD-10, og var også betegnelsen som ble benyttet i den forrige utgaven av den amerikanske diagnosemanualen, DSM-III.

Flere hypoteser om hva tilstanden skyldes har dukket opp siden Kussmaul beskrev det han kalte voluntær afasi. Den tidlige litteraturen har, som referert av Ørbeck (2008, s. 1149), vært inne på årsaksforklaringer som «... traumer, intrapsykiske konflikter og kontrollerende adferd fra barnets side». Denne forståelsen har i de senere årene endret seg, og dagens teorier går i stor grad ut på at selektiv mutisme er nært knyttet til et hemmet temperament, skyhet og sosial angst (Cohan, Price & Stein, 2006).

2.2 Selektiv mutisme i ICD-10 og DSM-IV

I ICD-10, det europeiske diagnosesystemet, kalles tilstanden som nevnt fremdeles «elektiv mutisme», og beskrives som følgende:

«Tilstanden kjennetegnes ved en markert, følelsesmessig betinget selektivitet når det gjelder tale, som at barnet viser sine språkferdigheter i noen situasjoner, men unnlater å snakke i andre (definerbare) situasjoner. Som oftest kommer tilstanden først til uttrykk i tidlig barndom, og forekommer tilnærmet like hyppig hos begge kjønn. Vanligvis blir mutismen forbundet med markerte personlighetstrekk som omfatter sosial angst, tilbaketrekning, overfølsomhet eller motstand. Vanligvis vil barnet snakke hjemme eller med nære venner, men er stumt på skolen eller overfor fremmede. Også andre mønstre (inkludert det motsatte) kan forekomme» (World Health Organization, 1999, s. 275).

Et kriterium for elektiv mutisme er taushet i visse situasjoner. For at diagnosen skal kunne settes, forutsettes det at barnet har normal eller tilnærmet normal språkforståelse, tilstrekkelige språklige ferdigheter for deltakelse i sosial kommunikasjon, snakker flytende og tilnærmet normalt i noen situasjoner, men er stumt eller tilnærmet stumt i andre situasjoner. Tausheten må også vedvare over tid. Elektiv mutisme er i ICD-10 plassert under kategorien «andre forstyrrelser i sosial fungering i barne-og ungdomsalder», en sekkebetegnelse for diagnoser som er vanskelig å plassere andre steder. Tilstandene i denne gruppen kjennetegnes av avvikende sosial fungering, og

miljømessige faktorer antas å være viktige for utviklingen av tilstanden. Elektiv mutisme ekskluderes i følge ICD-10 ved tilstedeværelsen av gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, schizofreni, spesifikke utviklingsforstyrrelser av tale og språk og forbigående mutisme som følge av separasjonsangst (World Health Organization, 1999).

I DSM-IV heter tilstanden selektiv mutisme. Diagnosen er heller ikke her plassert sammen med angstlidelsene, men under avsnittet andre forstyrrelser i spedbarns-, barne- og ungdomsalder. Det første diagnostiske kriterium for selektiv mutisme, er som i ICD-10 at barnet snakker i enkelte sosiale situasjoner, mens de er tause i andre. I DSM-IV er det også et direkte krav om funksjonsnedsettelse (impairment), det vil si at tilstanden skal gå ut over skolegang eller sosial kommunikasjon. Forstyrrelsen må også ha vart i minst en måned, som ikke er første måned etter skolestart. Videre heter det at tausheten ikke skal skyldes manglende kunnskap om det språket som snakkes i den spesifikke sosiale situasjonen. Tausheten må heller ikke bedre kunne forklares av en kommunikasjonshemming barnet skammer seg over (for eksempel stamming). Også her ekskluderes diagnosen av tilstandene generell utviklingsforstyrrelse og schizofreni, samt andre psykotiske lidelser (American Psychiatric Association, 1994).

Ordet «elektiv», som ennå brukes i ICD-10, kan virke negativt ladet i den forstand at det gir inntrykk av at tausheten er noe barnet selv velger, at de kanskje bruker den som et middel for å oppnå noe, og at de er vrang og vanskelige med vilje. Dermed synes begrepet «selektiv mutisme» som er diagnosenes navn i DSM-IV, å være bedre egnet til å forklare tilstanden. Der ordet «elektiv» gir assosiasjoner til valgfrihet, sier ordet «selektiv» noe om at tausheten forekommer i visse situasjoner, i stedet for at barnet bestemmer seg for å ikke prate (Cline & Baldwin, 2004). At det i DSM-IV er et krav om at tilstanden skal gå utover barnets sosiale fungering og skolesituasjon, fremstår som en styrke. Dette kriteriet gir inntrykk av at det å stille en diagnose dreier seg om et overordnet mål om å bedre barnets livssituasjon.

2.3 Sosial fobi i ICD-10 og DSM-IV

I ICD-10 kan følgende leses om sosial fobi: «Sosiale fobier begynner ofte i ungdomsalderen og er sentrert rundt en frykt for å bli gransket kritisk av andre mennesker i forholdsvis små grupper (i motsetning til folkemengder), og fører ofte til at sosiale situasjoner unngås» (World Health Organization, 1999). De sosiale fobiene kan gjelde visse situasjoner, som det å snakke offentlig, eller det kan dreie seg generelt om sosiale situasjoner utenom familien. Det kan også gjelde visse handlinger, som eksempelvis det å skrive, spise eller drikke mens ukjente ser på, eller bruke offentlig toalett. Unngåelsesadferden knyttet til den sosiale fobien kan ofte føre til isolasjon (World Health Organization, 1999).

I DSM-IV er hovedtrekkene til diagnosen sosial fobi en markert og vedvarende frykt for sosiale situasjoner, eller situasjoner hvor vedkommende kan komme i fokus, og som kan føre til forlegenhet. Eksponering for slike situasjoner fører umiddelbart til angst. Også her er unngåelse av de fleste angstfremkallende situasjonene et kriterium. I DSM-IV er det i tillegg et krav om at unngåelsesadferden eller angsten skal gå utover vedkommendes daglige rutiner, yrkessituasjon eller sosiale liv. For barn (under 18 år) må også symptomene ha vart lengre enn seks måneder (American Psychiatric Association, 1994).

2.4 Forekomst

Det er ingen sikre tall som sier noe om forekomsten av norske barn med selektiv mutisme. Som nevnt innledningsvis, tyder tall fra USA og Sverige på at omlag 1% barn og unge lider av selektiv mutisme (Kristensen, 2005). Ut fra skjemaer fylt ut av lærere fra et stort skoledistrikt i USA, identifiserte Bergman, Piacentini og McCracken (2002) barn fra barnehagealder og opp til andre klasse, som tilfredsstilte DSM-IV kriteriene for selektiv mutisme. Resultatene viste en forekomst på 0,71%. Elizur og Perednik (2003) gjennomførte telefonintervjuer med førskolelærere i Vest-Jerusalem, og identifiserte 31 immigrantbarn og 33 israelske barn med selektiv mutisme, som utgjorde 0,76% av førskolebarna som var i alderen 4 til 6 år. Kopp og Gillberg (1997) undersøkte

forekomsten av selektiv mutisme i et svensk skoledistrikt. På bakgrunn av et skjema omhandlende vanskene knyttet til selektiv mutisme, som ble fylt ut av lærerne til 2793 barn i alderen 7-15 år, fant de ut at 5 av barna tilfredstilte de diagnostiske kriteriene til selektiv mutisme, noe som ga en forekomst på kun 0,18%. En finsk studie ga et forekomsttall på hele 2% av finske andreklassinger (Kumpulainen, Räsänen, Raaska & Somppi, 1997).

Forekomsttallene på barn med selektiv mutisme varierer med alderen på de undersøkte barna, som en kan se ut fra de to undersøkelsene beskrevet over. Høyere tall fra undersøkelser med yngre barn, tyder på at tilstanden oftest kan finnes hos barn i førskole- og småskolealder (Cohan, Price & Stein, 2006).

Det fleste tallene på forholdet mellom jenter og gutter tyder på en liten overvekt av jenter med selektiv mutisme. I en studie av 100 tyske og sveitsiske barn, var forholdet jenter:gutter 1,6:1 (Steinhausen & Juzi, 1995). En studie av Black og Uhde (1995) tyder også på en overvekt av jenter. Her lå forholdet jenter:gutter på 1,9:1 blant 131 barn i alderen 2-16 år som tilfredsstilte kriteriene for selektiv mutisme i studiens første fase. Blant de 30 barn som møtte de noe strengere kriteriene som var satt for studiens andre del var forholdet jenter:gutter 2,3:1. Disse 30 barna var i alderen 5 til 16 år, med engelsktalende foreldre og selektiv mutisme av minst 4 måneders varighet. Dette forholdet står i motsetning til andre typer språklige vansker som forekommer i barndommen, der gutter som regel er i flertall statistisk sett. En mulig forklaring på dette, kan være at selektiv mutisme er en emosjonell lidelse, som igjen er et område hvor flest jenter rammes (Cline & Baldwin, 2004).

De varierende resultatene i forhold til forekomsten av barn med selektiv mutisme kan skyldes flere faktorer. Metoden som er brukt i de ulike studiene er forskjellige, og kan dermed føre til sprikende resultater. Avgrensningskriteriene varierer også, eksempelvis i forhold til alder på barna som er inkludert i studiene. At forekomsttallene varierer fra land til land, kan kanskje også skyldes kulturelle forskjeller i forhold til hvor mye man snakker. En særlig høy forekomst beskrives av Kumpulainen et al. (1997) i deres studie av finske andreklassinger. En studie av samtaler rundt middagsbordet i svenske, finske og svensk-finske familier, viste at finnene hadde lengre og oftere pauser i samtaler,

samt en mer passiv kommunikasjonsform enn svenskene hadde (Tryggvason, 2006). Dette resultatet peker mot kulturelle forskjeller i bruk av språk i dagliglivet.

2.5 Tilstandens utvikling og kjennetegn

«Henriettes» mor merket de første symptomene ved oppstart i barnehagen:

«Hun startet i barnehagen da hun var ett og et kvart år; da fikk jeg en veldig sterk følelse av at det var veldig galt. Men det var kanskje først da hun var litt eldre at det ble mer tydelig at hun var litt tilbaketrukket i barnehagen, mens hun ikke var det i det hele tatt privat» (Mor til «Henriette»).

Selektiv mutisme diagnostiseres ofte ikke før barnet begynner i barnehagen eller på skolen. Grunnen til dette er gjerne at barnet snakker normalt hjemme, og at foreldrene dermed ikke er klar over tilstanden (Anstendig, 1999). En tysk undersøkelse viste at gjennomsnittlig alder for symptomstart var tre år, mens barna gjennomsnittlig ikke ble henvist for disse symptomene før de var åtte år (Remschmidt, Poller, Herpertz-Dahlmann, Hennighausen & Gutenbrunner, 2001), hvilket tyder på at det ofte går flere år før barn med selektiv mutisme får behandling for sine vansker.

Hvordan tilstanden arter seg, når barnet er taust og når det sier noe, varierer også fra barn til barn. Henriettes taushet beskrives slik av hennes mor:

«Hun fortsatte å prate med alle hjemme. Og også det at hun alltid har løpt mot døra når noen kommer; men det sluttet hun med da. Det var jo våren for halvannet år siden omtrent, da sluttet hun helt å snakke i barnehagen. Eller hun kunne hviske kanskje, med enkelte. Også var det over sommerferien, så skulle hun begynne i ny avdeling i samme barnehagen, og da ble det veldig tydelig at hun ikke snakket. Da sluttet hun også å snakke med besteforeldrene sine, og i andre sosiale sammenhenger» (Mor til «Henriette»).

Noen av barna kommuniserer og svarer ved hjelp av blick og kroppsspråk, mens andre ikke gjør dét heller. Som nevnt snakker barnet gjerne hjemme, men de fleste er også tause her, dersom det er fremmede mennesker til stede. Flere av barna kan heller ikke

snakke med tanter, onkler eller besteforeldre som de ser mer sporadisk. De fleste kan ikke prate direkte til en fremmed, men noen kan snakke med den fremmede gjennom en forelder. De fleste barna snakker klart og tydelig dersom de føler seg trygge, men tilstanden kan også ramme barn med språkvansker (se avsnitt 5.3.1 Kommunikasjonsforstyrrelser). Noen barn med selektiv mutisme kan prate med mennesker de ikke kjenner så godt, dersom de ikke står rett ovenfor dem (for eksempel på telefon, eller gjennom en lukket dør), men dette er sjelden (Kearney, 2010). Noen barn snakker med en nær venn på skolen eller i barnehagen, men generelt snakker de verken med lærere eller medelever på denne arenaen utenfor hjemmet.

En annen viktig forskjell i symptomutformingen er at enkelte barn med selektiv mutisme kan delta nonverbalt i sosiale sammenhenger, mens andre ikke deltar i sosiale situasjoner i det hele tatt. Tilstanden kjennetegnes med andre ord ved at barnet ikke snakker med voksne, med unntak av foreldre i hjemmet. I hovedsak snakker barna heller ikke med andre barn i barnehagen, men her er variasjonen langt større. Noen sier ingenting, mens andre snakker med en nær venn når de voksne ikke hører på. Tausheten forekommer altså i konkrete sosiale settinger som skole og barnehage, på kafé, hos legen etc.

«Når jeg ser tilbake på det, så ser jeg at hun i de situasjonene når hun ikke har fått noen oppmerksomhet, da har hun vært fri til å prate med oss. Så på butikken har det vært greit. Men så snart noen kunne gi henne oppmerksomhet, så har hun ikke snakket. Så for eksempel når vi var på besøk hos folk, en gang var vi på besøk hos en i barnehagen, og da bare satt hun på fanget mitt og gjemte seg hele tiden» (Mor til «Henriette»).

Selektiv mutisme går i stor grad utover barnas læring og skoleprestasjoner, samt deres sosiale utvikling (Kristensen, 2005). Bergman, Piacentini og McCracken (2002) fant i sin sammenlikning av 16 barn med selektiv mutisme i barnehagen, første og andre klasse, og en jevnaldrende kontrollgruppe, at barna med diagnosen var signifikant mer hemmet både i forhold til sosial- og akademisk fungering.

Selv om barna med selektiv mutisme er forskjellige, danner situasjonene hvor barna er tause et mønster ut fra den forskning som er gjort. Mønsteret kan oppsummeres på følgende måte:

«Being mute away from home is more likely than being mute at home. School is a very common place for this behavior to occur. Being mute with adults is more likely than with other children, and being mute with unfamiliar nonfamily members is more likely than with familiar family members» (Garcia, Freeman, Francis, Miller & Leonard, 2004, s. 435).

Ofte har det seg i følge Garcia, slik at barn med mutisme som i stor grad avviker fra det beskrevne mønsteret, barn som eksempelvis ikke snakker i det hele tatt, eller som snakker alle andre steder enn hjemme, har en annen problematikk og krever en annen tilnærming enn de barna som er beskrevet her.

2.6 Prognose

Det er få studier som sier noe om hvordan det går med barn med selektiv mutisme etterhvert som de blir eldre. En av de eldre oppfølgingsstudiene som er gjort, er norsk. Wergeland (1979) undersøkte 11 barn som hadde fått diagnosen elektiv mutisme og var innlagt på barnepsykiatrisk klinikk ved Universitetet i Oslo, mellom 8 og 18 år etter innleggelsen. Barna, 7 jenter og 4 gutter, var mellom 6 og 11 (gjennomsnittlig 9,5) år gamle da de ble henvist til klinikken, og mellom 16 og 26 (gjennomsnittlig 23) år da de ble fulgt opp. Etter innleggelsen mottok seks av barna langvarig behandling, mens de siste fem ikke ønsket dette. I oppfølgingsstudien viste det seg at det generelt sett hadde gått bedre med de ubehandlede barna enn med de behandlede senere i livet. Hos de behandlede barna var symptomene borte, men kun to av de seks kunne beskrives som veltilpassede. De fem ubehandlede barna kunne alle beskrives som veltilpassede.

Wergeland (1979) konkluderer i sin artikkel med at resultatene av tidligere undersøkelser ikke tydet på at gruppen som mottok behandling hadde en mer alvorlig grad av selektiv mutisme enn de som ikke mottok behandling. På den andre siden tyder forskjeller mellom de to gruppene på at flertallet av gruppen som mottok behandling (5

av 6) hadde hatt symptomer i mer enn fire år før innleggelsen. En mulig forklaring på resultatene av studien (annet enn at behandlingen ikke virket) kan dermed være at de behandlede barna kan ha grodd tettere fast i tausheten, og således var vanskeligere å behandle enn gruppen som ikke mottok behandling. Tross dårlige resultater av behandlingen valgte Wergeland likevel å publisere sine erfaringer med pasientgruppen, og var med på å løfte frem interessen for denne tilstanden.

I en tysk oppfølgingsstudie ble 45 barn i alderen 5-12 år fulgt opp i gjennomsnittlig 12 år etter at de først ble henvist for sine vansker (Remschmidt et al., 2001). Intervjuer og spørreskjemaer viste at 39% var helt kvitt symptomene på selektiv mutisme, 29% viste betydelig bedring, mens alle de andre kun viste tegn til lett bedring. Alle utenom de 39% som var kvitt symptomene hadde fortsatt kommunikative vansker. Resultatene fra denne etterundersøkelsen tyder på at selektiv mutisme er en vedvarende diagnose med forholdsvis lav remisjonsprosent (Remschmidt et al., 2001). Når en del av de undersøkte likevel hadde mindre problemer i forhold til tausheten, kan dette blant annet skyldes at barna etterhvert som de blir eldre i større grad selv kan velge hvilke sosiale situasjoner de skal delta i, og hvem de skal snakke med (Lundahl, Ørbeck & Kristensen, 2009). I tillegg kan voksne styre unna situasjoner hvor det forventes at de må snakke, i motsetning til et barn som må gå på skolen (Garcia et al., 2004).

Fra november 2007 til november 2008 ble det ved foretatt en pilot-behandlingsstudie ved Regionsenter for Barn og Unges Psykiske helse (RBUP) i Oslo, hvor en behandlingsmanual utarbeidet av en tverrfaglig gruppe ble utprøvd. Denne studien inkluderte syv barn i alderen tre til fem år, og har foreløpig gitt positive resultater, da alle barna begynte å snakke i barnehagen (Ørbeck, 2008). I 2009 ble en randomisert-kontrollert behandlingsstudie startet opp, hvor effekten av en behandlingsmanual basert på de samme generelle prinsipper skal undersøkes. I behandlingen inngår defokusert kommunikasjon som et grunnprinsipp. I tillegg benyttes adferdsterapeutiske teknikker for gradvis å lære barnet til å mestre angsten for å snakke. Effekten skal måles etter 3, 6, 12 og 60 måneder (Kristensen & Ørbeck, 2009).

3. BARNETS TEMPERAMENT

I tillegg til taushet i spesifikke situasjoner, er det gjerne flere særtrekk som kan finnes hos barn med selektiv mutisme. I følge Garcia et al. (2004) beskrives ofte barna blant annet som sky, hemmede, tilbaketrukne og engstelige.

3.1 Sjenerthet eller selektiv mutisme?

«Man kunne også kalle henne sjenert da. Det er kanskje den beskrivelsen de fleste ville gitt. Det virker som sjenerte barn, de får ikke være i fred. Og særlig voksne er veldig glad i å sette seg ned på huk og spørre ut ungene om ting, og ikke er noe særlig våkne for at ungen ikke har lyst til å svare. Hvertfall gjelder det for vår del. Sånn at man kan gå inn og beskytte ungen sin der, hvis man ser at barnet ikke trives i de situasjonene. Også virker det som at de ungene som er utadvendte... Det omtales veldig positivt å være utadvendt, og det er liksom et mål for mange kan det virke som. Også tenke at det er helt fint å være av de mer tilbaketrukne. Det er også en helt vanlig og fin måte å være på» (Mor til «Henriette»).

Flere av de nevnte trekkene som barn med selektiv mutisme ofte har, kan antakelig tolkes som ekstrem sjenerthet av omgivelsene. Sjenerthet er et trekk som mange kan kjenne seg igjen i. Mange barn er sjenerte og noe tilbaketrukne i nye situasjoner i oppveksten, uten at de trenger å ha en diagnose av den grunn (Kristensen & Ørbeck, 2008). Når sjenertheten og tilbaketrukkenheten går utover barnets skoleprestasjoner og sosiale utvikling, er det derimot grunn til bekymring. 85% av barn med selektiv mutisme beskrives som svært sky eller sjenerte (Anstendig, 1999).

Det kan være lett å tenke at det tause barnet som ikke prater med fremmede bare er sjenert. Sage og Sluckin (2004) skriver at foreldre til barn med selektiv mutisme ofte også tar barnet for bare å være sjenert, men at bekymringen deres gjerne øker når barnet starter i barnehage eller på skolen, hvor de forblir tause. Det er imidlertid flere forskjeller mellom sjenerthet og selektiv mutisme. Sjenerte barn kan ofte også ha vanskeligheter med nye og ukjente situasjoner og mennesker, og kan trenge mer tid og oppmuntring enn barn som ikke er sjenerte. Klinisk erfaring har vist at for det sjenerte barnet vil det ofte være tilstrekkelig med litt ekstra tålmodighet og oppmuntring, og

hjelp til å oppleve mestring og fremme selvtillitt (Kristensen & Ørbeck, 2008). En viktig forskjell mellom et sjenert barn og et barn med selektiv mutisme, er at det negative mønsteret som et barn med selektiv mutisme har kommet inn i, går utover barnets sosiale fungering i en så alvorlig grad at det kreves behandling for å takle barnehage, skole og andre sosiale situasjoner (Cline & Baldwin, 2004).

3.2 Hemmet adferd

Et temperamentstrekk som går igjen blant barna med selektiv mutisme, er hemmet adferd (behavioral inhibition), som det ennå ikke finnes et godt norsk ord for. Barnet reagerer på nye og ukjente situasjoner med tilbakeholdenhet og unngåelse, viser gjerne frykt, og er urolige. Ikke alle barn med hemmet adferd utvikler selektiv mutisme, men foreldre til barn med diagnosen beskriver ofte et barn med en personlighet som er forenelig med hemmet adferd (Cline & Baldwin, 2004).

Barn med dette temperamentstrekket er sensitive i forhold til trusler, ukjente mennesker og nye, ukjente ting i sitt miljø, og kan reagere på dette ved å slutte med aktiviteten de var igang med. Stress i form av slike situasjoner fremkaller fysiologiske reaksjoner som eksempelvis forhøyet autonomisk reaksjonsevne og lavere terskel for å bli skremt (Fox, 2010). Opphisselsen som den nye og fremmede situasjonen fremkaller, fører til at barnet trekker seg tilbake adferdsmessig og vokalt. Da denne adferden hjelper barnet å beskytte seg fra det som fremkaller frykt, blir den etterhvert en vane (Manassis & Bradley, 1994, i Anstendig, 1999). Adferden kan gjerne identifiseres i løpet av barnets første år. Temperamentstrekket har vist seg å være stabilt fra spedbarnsalder til sen barndom. I spedbarnsalderen er barna gjerne irritable, mens de senere i barndommen er forsiktige og tilbaketrukne. En hemmet adferd vil igjen kunne gjøre det vanskelig for barna å inngå i sosiale relasjoner (Cooper & Eke, 1999).

I en gjennomgang av litteratur omhandlende selektiv mutisme, konkluderer Sharp, Sherman og Gross (2007) blant annet med at de typiske barna med selektiv mutisme fremstår som sky, adferdsmessig hemmet, tilbaketrukne og/eller sosialt engstelige før de slutter å prate. De foreslår videre at selektiv mutisme dermed fremstår som en slags

forlengelse av skyhet eller et «slow-to-warm temperament». Dersom en ser på selektiv mutisme som en alvorlig og språkbasert form for hemmet adferd, taler det for tausheten som et symptom på angst, i stedet for et resultat av bevisst adferd som et middel for å manipulere og kontrollere omgivelsene (Anstendig, 1999).

4. FAMILIÆRE FORHOLD

Flere undersøkelser har vist at en del av barna med selektiv mutisme har foreldre som har hatt samme eller liknende vansker. Black og Uhde (1995) evaluerte 30 barn med selektiv mutisme i alderen 5-16 år. Undersøkelsen innhentet også informasjon om tilsvarende vansker hos familiemedlemmer, som viste at symptomer på sosial fobi forekom hos 44% av foreldrene, mens 15% hadde hatt selektiv mutisme. Hos flere av foreldrene varte mutismen inn i ungdomsalderen. Mange av foreldrene hadde fortsatt problematikk knyttet til sosial fobi. Når det gjaldt søsken, var det 21% som hadde sosial fobi, mens hele 19% hadde selektiv mutisme. I en studie av Kristensen og Torgersen (2001) ble foreldrene til 54 henviste barn med selektiv mutisme sammenliknet med en kontrollgruppe bestående av foreldrene til 108 aldersmatchede barn som ikke var henvist. Resultatene herfra viste at 38,9% av mødrene og 31,5% av fedrene til barna med selektiv mutisme viste tegn til sosial angst og skyhet, mens kun 3,7% av mødrene og 0,9% av fedrene i kontrollgruppen hadde slike symptomer. Når det gjaldt selektiv mutisme var det 9,3% av mødrene til barna med diagnosen som hadde symptomer på dette. Resultatene fra Black og Uhde og fra Kristensen og Torgersen viser en klar sammenheng mellom selektiv mutisme hos barn og skyhet og sosial angst hos foreldre, og tyder dermed på at selektiv mutisme og sosial angst kan være et familiært fenomen.

Det er også funnet en sammenheng mellom sky barn uten selektiv mutisme og angsthistorikk hos mødrene deres. Cooper og Eke (1999) undersøkte sammenhengen mellom skyhet i barndommen og sosial fobi hos mødre. De fant i denne studien ut at det var en betydelig økt sannsynlighet for at mødre med sky barn hadde angstproblematikk sammenliknet med kontrollgruppen. Forekomsten av sosial fobi blant disse mødrene var syv ganger høyere enn hos kontrollgruppen, hvor barna ikke hadde denne typen problematikk. Ut fra resultatene av den nevnte forskningen, kan det antas at angst og reservert temperament er trekk som går igjen i familier.

I tidlig litteratur har en vært opptatt av at selektiv mutisme er et uttrykk for en usunn familiesituasjon. I følge Anstendig (1999), som refererer til litteratur fra 1979 til 1989, er barna som lever i slike familier tause av to grunner: For det første er de redde for å forråde familien sin, ved å avsløre hemmeligheter til «verden utenfor». For det andre er

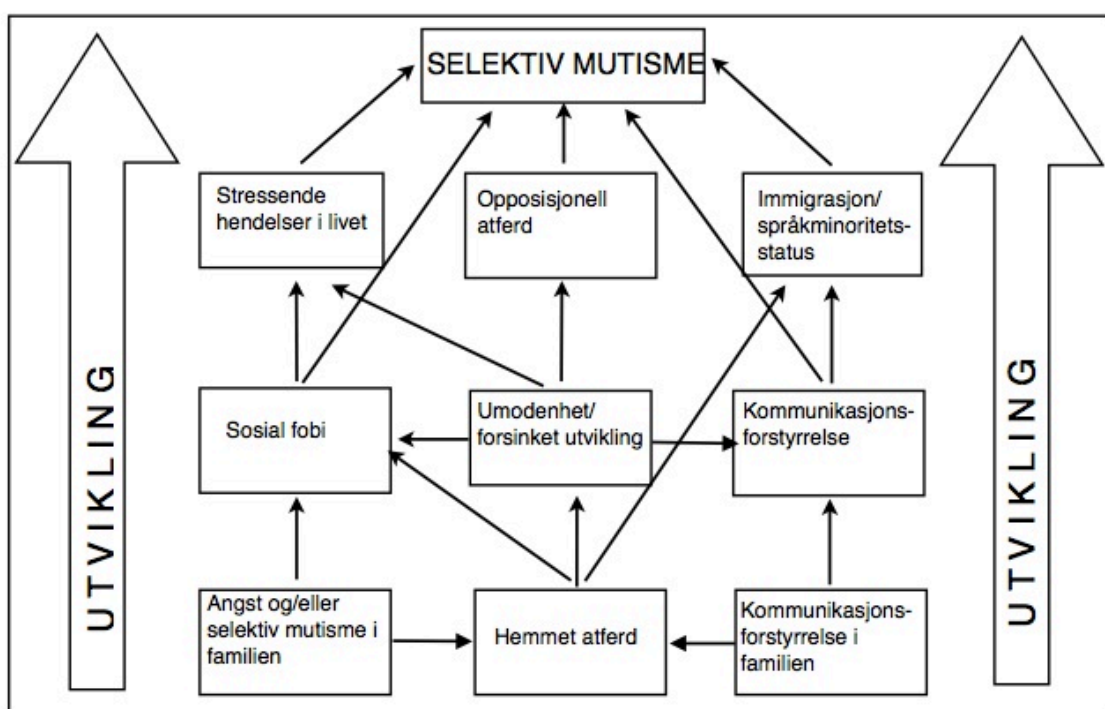
de opposisjonelle. Gjennom en mor som er unaturlig avhengig sitt barn, har barnet lært å være stridslystent og krevende, og tar denne lærte adferden med utenfor hjemmet. Når en leser dette er det lett å forstå at barn med selektiv mutisme og deres familier tidligere kan ha blitt møtt på en lite hensiktsmessig måte. Cunningham, McHolm, Boyle og Patel (2004) fant imidlertid resultater som tydet på at selv om foreldre til barn med selektiv mutisme rapporterer om enkelte disiplinære vanskeligheter (eksempelvis mindre samarbeidsvillige barn), skilte ikke oppdragelsesstrategiene deres seg fra kontrollgruppen.

5. RISIKOFAKTORER OG KOMORBIDITET

Som tidligere nevnt, diagnostiseres som regel ikke tilstanden før barnet begynner i barnehagen eller på skolen. Likevel viser barnet ofte symptomer i forkant av dette. Anstendig (1999) oppsummerer en del av symptomene eller personlighetstrekkene som går igjen i litteraturen om selektiv mutisme:

«...shyness, mother-child overenmeshment and interdependence, premorbid speech and language abnormalities that do not account for the psychological mutism, anxiety disorders, oppositional behaviors, and traumatic incidences within the first 3 years» (Anstendig, 1999, s. 418).

Cohan, Price og Stein (2006, s. 352) har laget en figur (figur 1) for å illustrere mulige årsaker til utvikling av selektiv mutisme hos et barn:



Figur 1. Illustrasjon av mulige årsaker til utvikling av selektiv mutisme.

5.1 Angst og sosial fobi

Et trekk som svært ofte går igjen hos barn med selektiv mutisme, er engstelse. Barn med selektiv mutisme har mange av de samme symptomene som er karakteristiske for sosial fobi. De unngår sosiale situasjoner, blir svært stressede i sosiale sammenhenger, og er redde for å snakke med fremmede (Yeganeh, Beidel, Turner, Pina & Silverman, 2003).

«Nylig fortalte hun at hun hadde vært redd for å snakke i barnehagen. Hun ville ikke noen skulle høre henne snakke, var redd for å snakke for høyt og ville ikke at de andre skulle bry seg om at hun snakket. Hun er litt irritert over en jente i barnehagen som snakker lite og lavt, og sier at hun ikke kan forstå hvorfor ikke den andre jenta har begynt å snakke nå som hun har gjort det!» (Mor til «Henriette»).

Sosial fobi dreier seg som nevnt om overdreven angst knyttet til sosiale situasjoner som følge av frykt for å ydmyke eller dumme seg ut foran andre. Barn med sosial fobi føler ubehag i sosiale situasjoner med både voksne og jevnaldrende (Pine & Klein, 2009). Situasjonene som fremkaller angst inkluderer en eller flere sosiale situasjoner utenom familien. Barnet har ofte lav selvfølelse, og er redde for kritikk. Unngåelsesadferd er et diagnostisk kriterium, og kan i stor grad føre til at barnet blir sosialt isolert (World Health Organization, 1999).

Mange studier viser en sammenheng mellom selektiv mutisme og sosial fobi. Dummit et al. (1997) fant sosial fobi eller unnvikende personlighetsforstyrrelse hos alle de 50 barna med selektiv mutisme i alderen 3-17 år som de undersøkte i sin studie. Studien til Black og Uhde (1995) viste at nesten alle barna (97%) også tilfredstilte kriteriene for diagnosen sosial fobi. I studien konkluderer de med at problemene barna har med å snakke i sosiale situasjoner er et tegn på sosial angst, og at selektiv mutisme dermed er et uttrykk for eller et resultat av sosial fobi, og ikke en egen lidelse. For å underbygge denne konklusjonen pekes det blant annet på at sosial angst var det eneste kliniske trekket som gikk igjen hos alle barna i studien. Videre fant de en signifikant korrelasjon mellom alvorlighetsgraden av mutismen og foreldrenes gradering av angstsymptomer. Frykt for å prate offentlig eller med fremmede er også blant de vanligste symptomene hos voksne mennesker med sosial fobi, selv om voksne som nevnt i større grad enn barn

har muligheten til å velge hvilke sosiale settinger de vil delta i (Black & Uhde, 1995). Kristensen (2000) fant i sin studie sosial fobi hos 66,7% av de 54 barna hun undersøkte. På tross av at dette tallet er noe lavere enn eksempelvis resultatet av Black og Uhdes studie, var angst også her det mest vanlige komorbide symptomet blant barn med selektiv mutisme.

For å undersøke teorien om at selektiv mutisme er en variant av sosial fobi, ble 23 barn med selektiv mutisme sammenliknet med like mange aldersmatchede barn med kun sosial fobi i en studie (Yeganeh et al., 2003). Observasjoner og strukturerte intervjuer tydet på at barna med selektiv mutisme hadde et høyere angstnivå enn barna med sosial fobi, men selvrapporteringsdata fra barna viste ikke et tilsvarende høyere nivå av angst. En senere undersøkelse av Yeganeh, Beidel og Turner (2006) ga tilsvarende resultater i forhold til dette.

Det er fortsatt uklart hvorfor noen barn med sosial fobi utvikler selektiv mutisme, mens andre ikke gjør det. En teori går ut på at «[...] the mutism is a freeze defence, a common behavior when apprehending danger [...]» (Anstendig, 1999). Barna opplever altså en så høy grad av angst i møte med en sosial situasjon, at de fysisk ikke er istand til å snakke. Et argument som Cline og Baldwin (2004) mener taler mot at selektiv mutisme er en del av sosial fobi, er at sosial fobi som regel viser seg på et senere tidspunkt i barndommen enn selektiv mutisme. De foreslår at dette kan skyldes at selvbevissthet er en forutsetning for utviklingen av sosial fobi. I følge Velting og Albano (2001) tyder resultater av studier i forhold til dette på at evnen til å ta andres perspektiv og føle en klar bekymring i forhold til negative evalueringer fra andre ikke er fullt utviklet før i 8 årsalderen. I følge Black og Uhdes studie (1995) rapporterte derimot foreldrene at symptomene på sosial angst og selektiv mutisme hos barna hadde dukket opp like tidlig. En årsak til at det av noen hevdes at sosial fobi viser seg på et senere tidspunkt, kan dessuten være at symptomene på diagnosen hos barn undervurderes, eller tolkes som noe annet enn sosial fobi, for eksempel separasjonsangst, og dermed ikke diagnostiseres med en gang. Små barn har heller ikke like store evner til å sette ord på følelsene sine, angsten sin, som det eldre barn, tenåringer og voksne har, og dette kan også være en medvirkende årsak til at diagnosen sosial fobi sjelden stilles hos små barn. At det er

vanskeligere å sette korrekt diagnose på små barn trenger imidlertid ikke å bety at ikke vanskene er av samme art.

Anstendig (1999) peker på flere likheter mellom selektiv mutisme og sosial fobi. Barn med sosial fobi trekker seg unna sosiale situasjoner. Dette gjør også barn med selektiv mutisme, ved å ikke snakke. Barn med sosial fobi kan få panikk i sosiale situasjoner, og reagere med eksempelvis hemmet adferd. Et barn med selektiv mutisme opplever også denne panikken, og reagerer med taushet i et forsøk på å kontrollere den fryktede situasjonen. Som tidligere nevnt, er også hemmet adferd et typisk temperamentstrekk som kan finnes hos barn med selektiv mutisme. Tausheten oppstår gjerne som et resultat av det følelsesmessige stress barnet opplever i forbindelse med en fremmed og utrygg situasjon. Situasjonene som fremkaller symptomene på de to diagnosene er også sammenfallende. Ved tilstedeværelsen av fremmede mennesker forsterkes symptomene på både sosial fobi og selektiv mutisme, mens de gjerne er minst fremtredende rundt kjente mennesker og familie (Manassis, 2009).

5.1.1 Sosial fobi eller spesifikk talefobi?

Heidi Omdahl og David Galloway (2008) intervjuet seks voksne mennesker som hadde tilfredsstillt kriteriene for selektiv mutisme i barndommen, som nå var friske, og observerte fem barn med selektiv mutisme i barnehagen/skolen og hjemme samt intervjuet deres foreldre. Omdahl og Galloway ønsket å undersøke om de fant tegn på at selektiv mutisme er et symptom på sosial fobi. Resultatene av undersøkelsen tydet på at det kun var to av de voksne som hadde følt sosial engstelse i barndommen. De fem observerte barna deltok i aktiviteter med både voksne og barn, så lenge de ikke trengte å snakke, og Omdahl og Galloway tolker dette som at barna ikke viser tegn til sosial fobi.

Omdahl og Galloway (2008) konkluderer med at de manglende bevisene for sosial engstelse blant subjektene i studien ikke støtter synet på selektiv mutisme som et symptom på sosial fobi. I stedet foreslår de å se på diagnosen som en spesifikk talefobi (Specific Phobia of Expressive Speech). I følge forfatterene tilfredsstilte både de voksne subjektene og de observerte barna diagnosekriteriene for spesifikke fobier i DSM-IV.

Disse kriteriene går blant annet ut på at den fobiske situasjonen unngås, og at eksponering for den fobiske stimulusen alltid fører til en umiddelbar angstreaksjon. Det kan imidlertid stilles spørsmål ved denne konklusjonen. Barn med selektiv mutisme er i følge diagnosekriteriene ikke tause i alle sammenhenger, men i én eller flere *sosiale* situasjoner. De fleste barna snakker hjemme og med sine foreldre. Kan det da påstås at barna tilfredsstillt kravet om at eksponering for den fobiske situasjonen, med andre ord situasjoner hvor de må snakke, alltid utløser angst? Teorien om selektiv mutisme som en spesifikk talefobi forklarer dermed ikke hvorfor barnet snakker i enkelte sammenhenger, mens de er tause i andre.

4 av de 6 voksne subjektene i studien rapporterte ikke om sosial engstelse i barndommen. Dette kan ha flere årsaker, og en kan vanskelig generalisere ut fra så få individer som kan representere en viktig undergruppe av barn med selektiv mutisme med liten eller ingen grad av opplevd sosial angst, og som det trengs mer kunnskaper om.

5.2 Utagerende og opposisjonell adferd

I tillegg til å være engstelige, tilbaketrukkede og hemmede, kan et mindretall av barna framstå som passiv-aggressive, sta, ulydige, sinte, manipulerende, kontrollerende og opposisjonelle (Garcia et al., 2004).

Høye forekomsttall i tidlig litteratur i forhold til denne typen adferd kan finnes i en studie av Krohn, Weckstein og Wright (1992), hvor de fant at 90% av de 20 studerte barna kunne beskrives som kontrollerende, negative eller opposisjonelle i både verbale og ikke verbale situasjoner. Dette kom forfatterene frem til gjennom journalføring av personlighetstrekk beskrevet av foreldre eller lærere.

Miriam Lesser-Katz (1988) ser ut i fra sin psykodynamiske praksis på selektiv mutisme som en frykt for fremmede mennesker som kommer til syne på to forskjellige måter:

«Elective mutism (EM) can be understood as a fixation at or regression to an earlier developmental stage when children typically exhibit stranger reaction. Summoned from the biological repertoire, the reaction is based on the model of "fight or flight." Treatment, therefore, requires helping the child to feel safe in the presence of strangers—not only to set the stage for therapy but as its partial goal» (Lesser-Katz, 1988, s. 305).

Lesser-Katz behandlet 15 barn med selektiv mutisme i løpet av en to års periode, og beskriver to typer barn med tilstanden. Den ene typen er det «føyelige» barnet, som er passivt, engstelig og avhengig av sin mor, og som reagerer på fremmede ved «flight». Den andre typen er det opposisjonelle barnet, som er lite medgjørlig og reagerer med aggressiv unngåelse, «fight». Selv om reaksjonsmønstrene til disse to typene barn er forskjellige, fungerer tausheten som en beskyttende barriere mot situasjoner de ikke klarer å takle. Både det medgjørlige og det opposisjonelle barnet trenger å føle trygghet i nærværet av fremmede mennesker (Lesser-Katz, 1988).

En del studier tyder også på at noen få av barna med selektiv mutisme viser utagerende adferd. Blant 30 undersøkte barn med selektiv mutisme, hadde kun 3 av dem diagnosen opposisjonell adferdsforstyrrelse i Black og Uhdes studie (1995). For å komme frem til resultatene ble det blant annet benyttet strukturerte diagnostiske intervjuer. Steinhausen og Juzi (1995) fant opposisjonell eller utagerende adferd hos 20% av et utvalg henviste og ikke-henviste barn med selektiv mutisme. Elizur og Perednik (2003) fant i sin studie at barn med selektiv mutisme skåret lavere (ikke signifikant) enn kontrollgruppen på eksternaliserte vansker. Yeganeh, Beidel og Turner (2006) sammenliknet 21 barn med selektiv mutisme og sosial fobi, 21 barn med kun sosial fobi og 21 normale barn, alle i alderen 7-15 år. De fant at 29% av barna med både selektiv mutisme og sosial fobi tilfredstilte kriteriene for opposisjonell adferdsforstyrrelse, mens bare 5% av barna med kun sosial fobi gjorde det.

Mens mye av forskningen i forhold til sammenhengen mellom sosial angst og selektiv mutisme har gitt sammenfallende resultater, er det noe mer varierende resultater i forhold til utagerende adferd hos barna. Cohan et al. (2008) foreslår at de varierende resultatene i disse studiene kan tyde på at voksne kan tolke barnet som ikke snakker som kontrollerende, manipulativt og/eller opposisjonelt når de egentlig viser sterk angst. Det kan også reises spørsmål i forhold til resultatene i studien til Krohn, Weckstein og

Wright (1992) da bakgrunnen for funn angående opposisjonelle trekk var løse beskrivelser fra foreldre eller lærere, og ikke hentet fra standardiserte måleinstrumenter eller kliniske observasjoner.

5.3 Utviklingsforstyrrelser

Undersøkelser gjort i de senere år, tyder på at mange av barna med selektiv mutisme har utviklingsforstyrrelser. Spesifikke utviklingsforstyrrelser, som språkvansker, ser ut til å være mest utbredt, på tross av at de fleste barna snakker tilnærmet normalt hjemme (Manassis, 2009).

5.3.1 Kommunikasjonsforstyrrelser

Kristensen (2000) fant at nesten 70% av 54 barn med selektiv mutisme i alderen 4 til 17 år fylte kriteriene for en utviklingsforstyrrelse. Halvparten av de samme 54 barna tilfredsstilte kriteriene for minst en kommunikasjonsforstyrrelse (Kristensen, 2000). Det samme fant Manassis et al. (2007) da de sammenliknet en gruppe barn med selektiv mutisme i alderen 6 til 10 år med en gruppe barn med angstlidelser og en gruppe med normale barn i samme alder. Barnas språkferdigheter ble målt med tester på reseptivt vokabular, fonemisk bevissthet og forståelse av grammatiske konstruksjoner. Barna med selektiv mutisme kom dårligere ut enn både angstgruppen og kontrollgruppen i forhold til alle de tre språktestene.

Kristensen og Torgersen (2002) beskrev også at barn med selektiv mutisme og en komorbid kommunikasjonsforstyrrelse i deres studie var mer følelsesmessig stabile og sosiale enn barna uten kommunikasjonsforstyrrelser. I tillegg skilte ikke foreldrene til barna med kommunikasjonsforstyrrelser seg nevneverdig fra kontrollgruppen i forhold til temperament målt ved hjelp av et selvrapporteringsverktøy (EAS adult self-report), mens foreldrene til barna uten kommunikasjonsforstyrrelser ofte hadde et tilsvarende engstelig temperament som sine barn. Resultatene fra denne studien tyder på at det kan

finnes to mulige veier inn i selektiv mutisme, en via språkvanskene, og en via temperamentet.

Grunnet tausheten, som er hovedsymptomet på selektiv mutisme, overses ofte vansker i forhold til språk, og andre utviklingsforstyrrelser, hos disse barna (Ørbeck, 2008). Hos 4 av de 54 barna i studien til Kristensen (2000) ble det oppdaget en lettere psykisk utviklingshemming. Diagnosen var ikke tidligere oppdaget, selv om 3 av disse var i alderen 9 til 14 år og hadde gått lenge på skolen. 4 av barna fylte også kriteriene på Asperger syndrom. Heller ikke hos disse barna var vanskene diagnostisert tidligere.

5.3.2 Motorikk

Undersøkelser av nyere dato har avdekket vansker i forhold til motorikk hos barn med selektiv mutisme. Kristensen (2002) undersøkte motoriske ferdigheter hos de nevnte 54 barna med selektiv mutisme og de 108 kontrollbarna både ved foreldreintervju og ved alderstilpassede motoriske tester. Halvparten av barna med selektiv mutisme ble rapportert av mor å ha forsinkede motoriske ferdigheter sammenliknet med jevnaldrende barn, mot kun en tidel av kontrollbarna. Resultatene av de motoriske testene tydet på at 17% av barna hadde en koordinasjonsforstyrrelse. Disse resultatene stemmer overens med Steinhausen og Juzi (1995) som fant at 18% av de 100 undersøkte barna med selektiv mutisme viste tegn til forsinket motorisk utvikling.

Sosial angst er assosiert med blant annet unnvikende personlighetstrekk, og i en studie av barn med sosial angst og med ADHD fant Kristensen og Torgersen (2007) en sammenheng mellom unnvikende personlighetstrekk og motoriske vansker. De foreslår blant annet at sosial angst og motoriske vansker påvirker hverandre gjensidig. Det å gjøre noe en ikke er god på, og dermed være eksponert for latterliggjøring av andre kan føre til angst for mange av oss, og da i enda større grad for barn som er sosialt engstelige.

5.5 Traumer

Innledningsvis i dette kapittelet ble traumer nevnt som en mulig årsak til utviklingen av selektiv mutisme hos et barn. Eldre forskning var inne på denne tanken. Hayden (1980) fant eksempelvis at 30% av 68 barn hun undersøkte hadde opplevd seksuelt misbruk, mens hele 77% hadde opplevd en eller annen form for mishandling som var alvorlig nok til at det var blitt etterforsket av politiet. Det er imidlertid uklart om misbruket fant sted før eller etter tausheten oppsto, og Hayden stiller selv spørsmål i forhold til et syklisk forhold mellom tausheten og misbruket, hvor tausheten fører til ytterligere misbruk. I tillegg er to av kriteriene for subjektene i studien at barnet *tidligere* har snakket normalt eller tilnærmet normalt i minst en setting, og at tausheten må ha vært total i minst en setting i minst åtte uker. Disse kriteriene stemmer ikke overens med diagnosekriteriene for selektiv mutisme. Dette tyder dermed på at tausheten i denne studien ikke er knyttet til diagnosen selektiv mutisme, men at symptomene hos barnet er et resultat av mishandling eller andre traumatiske opplevelser, som krever en helt annen tilnærming.

Nyere forskning viser at barn med selektiv mutisme ikke har hatt flere traumatiske opplevelser i løpet av livet enn andre barn. Eksempelvis fant Black og Uhde (1995) signifikante traumer hos 4 av de 30 undersøkte barna, men de fant ikke bevis for noe kausalt forhold mellom disse traumene og utviklingen av selektiv mutisme hos de 4 barna, og konkluderer med at resultatene ikke støtter teorien om traumer som årsak til utviklingen av selektiv mutisme. Cohan, Price og Stein (2006) beskriver imidlertid at hendelser som «hverdags-traumer» (for eksempel brå start i barnehagen, overdreven oppmerksomhet fra voksne eller andre barn i forhold til stemme etc.) ofte kan observeres i forkant av utviklingen av selektiv mutisme. Dette er noe annet enn traumer forårsaket av overgrep og mishandling.

5.6 Flerspråklighet

Enkelte populasjonsstudier har vist at det er en sammenheng mellom selektiv mutisme og flerspråklige barn, og at mange av barna med selektiv mutisme har

innvandererbakgrunn (Toppelberg, Tabors, Coggins, Lum & Burger, 2005). 28% av 100 barn med selektiv mutisme som ble undersøkt av Steinhausen og Juzi (1995) var av immigrantbakgrunn. I undersøkelsen av Elizur og Perednik (2003), nevnt i avsnitt 2.4 Forekomst, tydet tallene på at 0,76% av de undersøkte barna hadde selektiv mutisme. Forekomsten av israelske barn med selektiv mutisme var 0,47%, mens den for barn med immigrantbakgrunn var 2,2%, mer enn fire ganger større. Kriteriene for selektiv mutisme som ble benyttet i undersøkelsen var i tråd med DSM-IV. Det vil si at det i undersøkelsen ble hevdet at barna hadde gått tilstrekkelig lenge på skolen, og at mutismen ikke kom av at barna ikke hadde tilstrekkelige språkferdigheter på hebraisk. Faktorer i miljøet rundt barnet i barnehagen og skolen kan utløse selektiv mutisme hos et sårbart flerspråklig barn, hevder Toppelberg et al. (2005); manglende støtte for barnet som er i en læringsprosess i forhold til andrespråket, fordømmer rettet mot barnets kulturelle og/eller språklige bakgrunn, høye kognitive og lingvistiske krav rettet mot barnet og et dårlig forhold mellom hjem og skole.

Selv om flere undersøkelser tyder på en høyere forekomst av selektiv mutisme hos flerspråklige barn, er det i følge Toppelberg et al. (2005) likevel en utfordring å diagnostisere selektiv mutisme hos disse barna. Denne påstanden støttes av kriteriet i DSM-IV, som sier at diagnosen ikke skal settes på barn med en annen språklig bakgrunn som ikke snakker med fremmede i sitt nye land. Dette kriteriet er i tråd med Tabors (1998) beskrivelse av en nonverbal periode i innlæringen av et nytt språk. En slik periode på inntil seks måneder, er i følge Tabors helt normal hos 3-8 år gamle barn når de innser at deres morsmål ikke blir forstått på skolen, men ikke har tilstrekkelige ferdigheter i andrespråket. Dette har ført til at tospråklige barn er blitt ekskludert fra flere studier av selektiv mutisme, mener artikkelforfatterene (Toppelberg et al., 2005). Tabors (1998, s. 22) skriver følgende om flerspråklige barn som er i en nonverbal periode: «...but they don't stop communicating. Crying, whimpering, whining, pointing, and miming are all nonverbal requests used during this period». Flerspråklige barns nonverbale kommunikasjon står dermed i motsetning til mange av barna med selektiv mutisme som ofte har lite nonverbal kommunikasjon og svak blikkontakt (Ørbeck, 2008).

6. UTREDNING

6.1 Viktigheten av utredning

I arbeidet med et barn med selektiv mutisme anbefales det at det opprettes et tverrfaglig team. Et slikt team vil som regel bestå av foreldre, sentrale personer fra barnehagen til barnet, pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) og behandlere fra barn og unges psykiske helse (BUP). BUP har ansvaret for behandlingen av barnet. (Lundahl, Ørbeck & Kristensen, 2009). PPTs rolle utdypes i avsnitt 6.3 Pedagogisk psykologisk tjeneste.

Den høye forekomsten av utviklingsforstyrrelser hos barn med selektiv mutisme, gjør at disse barna må utredes. Dersom barnet har flere vansker enn de som er knyttet til mutismen, kan det være behov for spesifikke tiltak i forhold til vanskene. Tausheten hos barn med selektiv mutisme kan føre til at utviklingsforstyrrelser ikke oppdages hos disse barna. Konsekvensene av dette kan være at kravene som stilles til barnet ikke er i overensstemmelse med barnets faktiske utviklingsnivå (Kristensen, 2000). Det er dermed svært viktig at forsinkelser i forhold til eksempelvis språk og motorikk oppdages hos barn som ikke snakker, slik at krav og forventninger ikke kun justeres i forhold til kronologisk alder, men til barnets faktiske utviklingsnivå (mental alder).

Selv om det skulle være slik at flerspråklige barn har en nonverbal periode under tilegnelsen av andrespråket (Tabors, 1998), er det viktig å ikke avfeie muligheten for selektiv mutisme hos disse barna. Derimot taler den høye forekomsten av selektiv mutisme hos flerspråklige barn for betydningen av å undersøke om tausheten kommer av en normal nonverbal periode eller selektiv mutisme. Selektiv mutisme bør vurderes i utredningen av denne gruppen av barn, slik at de kan få den hjelpen de har behov for. Hvorvidt tausheten er gjeldende for begge språk, observasjoner i forhold til barnets nonverbale kommunikasjon og temperament, lengden på den nonverbale perioden og barnets kunnskaper om andrespråket er viktige faktorer i forhold til utredningen av flerspråklige barn (Toppelberg et al., 2005).

Både i ICD-10 og i DSM-IV er generell utviklingsforstyrrelse et eksklusjonskriterium for diagnosen selektiv mutisme. Likevel kan barn ha vansker som er knyttet både til

selektiv mutisme og utviklingsforstyrrelser, noe som vises i en studie av Kristensen (2000). Her ble det i tillegg til språklige og motoriske vansker hos mange av barna oppdaget Asperger syndrom og/eller lettere psykisk utviklingshemming hos til sammen 8 av de 54 barna. Dersom barnet for eksempel har en språkvanske, er diskrepansen i bruk av språk i ulike sosiale situasjoner det sentrale for å likevel tenke at barnet også har en selektiv mutisme-diagnose (Lundahl, Ørbeck & Kristensen, 2009). Hvis barn med vansker knyttet til utviklingsforstyrrelser ikke utredes i forhold til selektiv mutisme, kan det kanskje innebære at barnet ikke får den behandlingen det har behov for, eller at nødvendige tiltak ikke settes igang i barnehage/skole.

På årsmøtet i American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 26.-31. oktober 2010 (Personlig kommunikasjon, Beate Ørbeck) ble det fremsatt et endringsforslag for DSM-V om at autisme ikke lenger skal være et eksklusjonskriterie for ADHD. Klinisk erfaring viser at barn med autisme-spekterforstyrrelser kan variere veldig i forhold til uro og konsentrasjonsvansker, og at en dermed vil være tjent med å differansiere disse både i forhold til diagnose og behandling (Mao & Yen, 2010). Det er ikke foreslått tilsvarende endringer for diagnosen selektiv mutisme. Dersom dette en gang blir aktuelt også for barn med autisme-spekterforstyrrelser og selektiv mutisme, kan det innebære at flere barn med får den hjelpen de har behov for.

6.2 Hva bør det legges vekt på i utredningen?

I Beate Ørbecks artikkel (2008, s. 1151) kan man lese følgende om utredning av barn med selektiv mutisme: «Utredning ved selektiv mutisme innebærer en nøye symptomkartlegging med hensyn til taushetens historiske forløp og hvordan den arter seg i forhold til ulike situasjoner/ulike mennesker, samt grad av ikke-verbal kommunikasjon hos barnet». SMQ (Selective Mutism Questionare) har vist seg å være nyttig for utredning i forhold til blant annet planlegging av behandling og forståelse for tilstanden (L. R. Bergman, Keller, Piacentini & A. J. Bergman, 2008). For å utelukke mutisme som en følge av andre årsaker, som akutt traume eller ervervet hjerneskade, må det innhentes opplysninger om barnets utviklingshistorie. Ved hjelp av spørreskjemaer og intervjuer kan informasjon om selektiv mutisme i familien, samt språklig og

motorisk utvikling og komorbide tilstander hos barnet finnes. Barnets hørsel må også undersøkes.

6.3 Pedagogisk Psykologisk Tjeneste (PPT)

I tillegg til behandling, vil barnet med selektiv mutisme ha behov for tilrettelegging og hjelp, både hjemme og i barnehagen. I opplæringslovens § 5-7 heter det at:

«Barn under opplæringspliktig alder som har særlege behov for spesialpedagogisk hjelp, har rett til slik hjelp. Hjelpa skal omfatte tilbod om foreldrerådgiving. Hjelpa kan knytast til barnehagar, skolar, sosiale og medisinske institusjonar og liknande, eller organiserast som eige tiltak. Hjelpa kan også givast av den pedagogisk-psykologiske tenesta eller av ein annan sakkunnig instans» (Opplæringslova, 2010).

Her kommer Pedagogisk Psykologisk Tjeneste (PPT) inn i bildet. PPT har ansvar for å utarbeide sakkyndig vurdering og dermed utløse rettighetene som førskolebarn har i følge opplæringsloven. Det er et krav i denne loven at hver kommune og fylkeskommune skal ha en slik tjeneste (Utdanningsdirektoratet, 2009), som skal være tilgjengelig for blant annet barn hjemme og i barnehage som har behov for særskilt hjelp i forhold vansker knyttet til språk, kommunikasjon, forsinket utvikling og sosiale vansker (Utdanningsetaten, 2010).

For å hjelpe barnet best mulig, er det helt sentralt at hjem og barnehage har et godt samarbeid. Det bør også tas høyde for at foreldre og barnehagepersonale kan ha et ulikt syn på barnet, da de som tidligere nevnt gjerne ser to forskjellige barn hjemme og i barnehagen. Foreldrene føler kanskje at barnehagen lager en for stor sak ut av barnets vansker, da tausheten gjerne ikke er et like stort problem i hjemmet, mens barnehagepersonalet kan oppleve at foreldrene ikke bekymrer seg nok over adferden de ser i barnehagen (Kristensen, 2005). PPT kan i slike tilfeller bidra til styrking av samarbeidet mellom hjem og barnehage ved å sørge for bedre kommunikasjon, og informere både hjem og barnehage om tilstandens natur og hvordan barnets adferd kan variere fra situasjon til situasjon.

I utredningen av et barn med symptomer på selektiv mutisme som er henvist til PPT bør det legges vekt på kartlegging av barnets kommunikasjon hjemme og på fritiden, samt i barnehagen, for å få informasjon om i hvilke situasjoner barnet henholdsvis snakker og er taust. Gjennom en slik kartlegging undersøkes også i hvilken grad barnet kommuniserer nonverbalt i de forskjellige situasjonene, og hvem barnet kommuniserer verbalt/nonverbalt med. Skjemaer som kan benyttes for å kartlegge barnets kommunikasjon i forskjellige situasjoner og for å registrere eventuelle endringer over tid, kan finnes i veilederen for pedagogisk psykologisk tjeneste. Skjemaene er ikke normerte, men kan brukes som et hjelpemiddel i den kvalitative vurderingen av barnets kommunikasjon i barnehagen, hjemme og i andre relevante situasjoner (Lundahl, Ørbeck & Kristensen, 2009). Kartleggings skjemaene tar for seg ulike situasjoner, og barnets adferd kan beskrives ved hjelp av følgende seks kategorier av alvorlighetsgrad:

- Non kommunikativ: Barnet kommuniserer verken verbalt eller nonverbalt.
- Nonverbal respons: Barnet gir respons i form av gester eller tegn.
- Nonverbalt initiativ: Barnet gir respons og tar i tillegg kommunikativt initiativ ved hjelp av gester eller tegn.
- Verbal respons: Barnet gir respons i form av lyder, enkeltord eller setninger.
- Verbalt initiativ: Barnet gir respons og tar i tillegg kommunikativt initiativ ved hjelp av lyder, enkeltord eller setninger.
- Normal tale: Barnet snakker normalt.

Barnets kommunikasjon i forskjellige situasjoner kan også beskrives ved hjelp av en figur fra Elisa Shipon-Blums (2010A, 2010B) «The Social Communication Bridge» (Fig. 2). Hvor hvert enkelt barn er på sosial kommunikasjons-brua varierer med hvilken setting barnet er i, og hvilke personer som er tilstede. Jo mer ukomfortabelt og engstelig barnet er, jo lengre mot den nonkommunikative enden vil han eller hun befinne seg. I situasjonene hvor barnet føler seg tryggere vil han eller hun dermed befinne seg nærmere den verbale enden av brua.



Fig. 2: Social Communication Bridge (Shipon-Blum, 2010B).

I tillegg til kommunikasjonsmønster skal barnets språklige- og evnemessige fungering kartlegges, med tanke på språkvansker, lærevansker og andre utviklingsforstyrrelser. Å teste et barn som ikke snakker kan være vanskelig, og forutsetter kreativ tenkning (Ørbeck, 2008). Det er viktig at barnet føler seg trygg i en utredningssituasjon. Den som skal utrede må forklare sin rolle for barnet, og hva utredningen går ut på. Barnet må ikke presses, og det må gis klart uttrykk for at barnet ikke trenger å snakke under utredningen, men gjerne kan bruke andre svarmåter som peking og nikkning. Dersom barnet er i skolealder og kan lese og skrive, er skriftlige svar også et alternativ (Lundahl, Ørbeck & Kristensen, 2009). Generelt vil det lønne seg å sitte ved siden av barnet under testsituasjonen, i stedet for ovenfor. På denne måten unngår barnet blikkontakt, som ofte føles problematisk for det tause barnet, i tillegg til at fokuset flyttes fra barnet og over på testmaterialet (Ørbeck, 2008). Elisa Shipon-Blum (2003A) foreslår ut fra sin erfaring at barnet bør testes av en kjent person, eller eventuelt at den som skal teste barnet møter barnet flere ganger forut for selve testingen hvis dette ikke er mulig. Barnet bør også i forkant få anledning til å gjøre seg kjent med rommet hvor testingen skal foregå. Dette

kan gjøres ved at barnet får oppholde seg i rommet mens han eller hun holder på med en ønsket aktivitet. Eventuelt kan testingen foregå i barnets hjem, eller i et kjent rom i barnehagen. Erfaringer her i Norge tilsier at det er unødvendig at testlederen kjenner barnet fra før av eller møter barnet flere ganger forut for testingen. Det er derimot viktig at den som skal teste barnet har god kompetanse både i forhold til testene som skal benyttes, og i forhold til barnets vansker slik at det kan legges til rette for en trygg atmosfære, et vanlig krav ved utredning i PPT. For små barn kan det være aktuelt å ha med en av foreldrene (Lundahl, Ørbeck & Kristensen, 2009). Fordelen med å ha med foreldre i testsituasjonen er, i tillegg til at barnet blir tryggere, at foreldre som observerer testingen kan bekrefte hvorvidt barnets resultater er innenfor det de vanligvis forventer av barnet.

6.3.1 Testing av evnenivå og språklig funksjon

I forhold til testing av evnenivå, finnes det flere tester som kan brukes på barn i førskolealder. Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence-III (WPPSI-III; Wechsler, 2002) er en test utviklet for å måle kognitive evner hos barn i alderen 2 til 7 år. Testen består av en verbaldel og en utføringsdel. Da de færreste barn i denne alderen kan lese og skrive, vil det være vanskelig å teste førskolebarn som ikke snakker med verbaldelen, men utføringsdelen kan benyttes.

Det finnes også rene nonverbale tester som kan benyttes når barnets evnenivå skal testes, eksempelvis Leiter International Performance Scale-R (Leiter-R; Roid & Miller, 1997). Innledningsvis i denne testen, forklares det at det «ikke er lov» til å snakke, men at hele testen skal gjennomføres ved bruk av nonverbal kommunikasjon. Dette kan redusere angsten hos det tause barnet, i det det fjerner alt press knyttet til det å snakke med testlederen. Wechsler Nonverbal Scale of Ability (WNV; Wechsler & Naglieri, 2006) er en test for barn i alderen 4 til 11 år som ikke krever verbale svar, og kan dermed være egner i forhold til utredning av barn med selektiv mutisme. Testen måler «evnen til å håndtere abstraksjoner, regler, generaliseringer og logiske relasjoner».

Reynell Development Language Scales III (Reynell III; Edwards et al., 1997) kan benyttes for å teste språkforståelse og talespråk hos de yngste barna.

Språkforståelsesdelen går ut på å peke på og manipulere objekter, og kan dermed være aktuell i forhold til små barn med selektiv mutisme. I forhold til testing av språklig funksjon kan eksempelvis Test for Reception of Grammar 2 (TROG-2, Bishop, 2003) benyttes. Testen benyttes som et instrument vurdering av reseptiv grammatisk forståelse hos barn i alderen 4-16 år. Barnet skal peke på ett av fire mulige bilder for hver setning som testlederen leser opp, og krever dermed ikke muntlig svar.

7. HVORDAN KAN MAN HJELPE TAUSE BARN I BARNEHAGEN?

7.1 Betydningen av tale i dagens samfunn, og vansker det tause barnet møter

«Taushet er også tale» (Afrikansk ordspråk).

Tale er det vanligste kommunikative virkemiddel i dagens samfunn. De fleste mennesker bruker tale for å uttrykke seg. I samtale med andre mennesker bytter man som oftest på å snakke (Fleischer & Jessen, 2004), og de fleste er vant til at mennesket man står ovenfor svarer på spørsmål og utsagn en måtte komme med. Taushet er også en kommunikasjonsform, og kan for eksempel brukes til å uttrykke følelser som tristhet, kjedsomhet eller beundring. I mange kulturer er taushet et vanlig innslag i samtaler, og kan også være assosiert med styrke (Cline & Baldwin, 2004).

Mens det i andre kulturer kan være forventet at et barn skal forholde seg taust, er tale i vårt samfunn en viktig del av sosialiseringen. Tale er et hjelpemiddel i prosessen hvor barn lærer å forstå seg selv og menneskene rundt seg. Et barn som snakker kan uttrykke følelser, frustrasjon og stress til andre på en tydeligere måte enn et taust barn kan. Taushet tolkes ofte som et tegn på at noe er galt (Cline & Baldwin, 2004).

Dersom et talende menneske møtes med taushet der et muntlig svar var forventet, kan det oppstå usikkerhet (Fleischer & Jessen, 2004). En lærer som har tatt i bruk alle midler hun vet om for å få det tause barnet til å prate, kan kanskje reagere på tausheten med sinne. Andre igjen kan reagere med selv å bli taust, å snakke for to, eller med å fortsette å stille spørsmål for å få barnet til å prate (Kristensen, 2005).

Mellommenneskelige forhold opprettholdes som regel ved hjelp av tale. Barnet som ikke snakker vil dermed ofte ha store vansker med å inngå i sosiale relasjoner med andre barn, og vil dermed kunne gå glipp av mye av den sosiale treningen som foregår i slike relasjoner (Anstendig, 1999). Andre barn synes ofte det er vanskelig å forholde seg til barnet som ikke snakker, og trekker seg unna. Dette vil føre til ytterligere isolasjon for det tause barnet.

Det er viktig å snakke med personalet i barnehagen om at taushet kan vekke sterke reaksjoner. Det kan tenkes at flere ansatte har jobbet mye med det tause barnet over tid, og at de føler frustrasjon og hjelpeløshet over manglende fremskritt. Kanskje har barnet begynt å snakke med en bestemt voksen, noe som kan fremkalle negative følelser fra en annen voksen som barnet ikke snakker til. For at samarbeidet rundt barnet skal fungere så godt som mulig, er det viktig å bevisstgjøre personalet på slike følelser og reaksjoner, for å kunne forstå og alminneliggjøre dem (Lundahl, Ørbeck & Kristensen, 2009).

7.1.1 Misforståelser

Som nevnt kommuniserer noen av barna med selektiv mutisme med kroppsspråk og ansiktsuttrykk, mens andre ikke gjør det. En kan tenke seg at jo færre virkemidler barnet bruker i sin kommunikasjon med sine omgivelser, desto vanskeligere er det å forstå barnets ønsker og behov. Taushet er videre et mer tvetydig kommunikasjonsmiddel, som gir større rom for misforståelser enn det tale gjør. Misforståelser kan igjen føre til konflikter. En vanlig misforståelse i forhold til barn med selektiv mutisme, er at barna lar være å snakke av tross. Lærere eller barnehagepersonale som vet at barnet egentlig kan snakke og gjør dette hjemme, kan oppfatte tausheten som et viljestyrt middel for å kontrollere omgivelsene sine, og reagere negativt i forhold til barnet som «nekker» å snakke til dem (Kristensen, 2005).

7.2 Viktigheten av tidlig identifisering

«Det har jo selvsagt også vært vanskelig å se at hun ikke har hatt det godt i de situasjonene. Det med å ha henne i barnehagen har vært så vondt at vi har nesten ikke orket å forholde seg ordentlig til det. Man må liksom ha barna sine i barnehagen. Det har vært vanskelig det med usikkerheten knyttet til hvordan vi skal gjøre det» (Mor til «Henriette»).

En faktor som kan tenkes å være viktig for de tause barna, er at tilstanden oppdages tidlig. I og med at tilstanden er såpass lite utbredt, er det ikke så mange lærere og

førskolelærere som kjenner til den, og trekkene kan dermed mistolkes eller undervurderes i forhold til alvorlighetsgrad. Mange kan kanskje tenke at barnet er sjenert, og antakelig vil vokse av seg tausheten. Mens en venter på at barnet skal vokse ut av tilstanden, kan en tenke seg at barnet snarere kan gro tettere fast i mønsteret han eller hun har kommet inn i, og det kan bli vanskeligere å komme ut av det igjen. Det er dermed ingen god idé å skjerme barnet ved å la han eller henne være helt i fred, da det er lite sannsynlig at taushet som skyldes selektiv mutisme er noe som vil gå over av seg selv med tiden (Kristensen, 2005).

7.3 Forebyggende tiltak og tidlig intervensjon

I Utdanningsdirektoratets veileder om spesialpedagogisk hjelp og spesialundervisning kan følgende leses:

«Tidlig innsats innebærer konsentrert innsats på et tidlig tidspunkt i barns liv. Det skal mobiliseres beredskap for å yte ekstra støtte med én gang det oppstår behov for det. Begrepet ”tidlig innsats” anvendes i et livslangt perspektiv i utdanningsløpet, fra førskolealder til voksen alder» (Utdanningsdirektoratet, 2009, s. 5-6).

Tidlig intervensjon dreier seg om å gripe inn med en gang det oppdages at et barn har behov for ekstra tilrettelegging (Utdanningsdirektoratet, 2009). For engstelige og tilbaketrukne barn som snakker lite, vil det være viktig å være oppmerksom, særlig ved oppstart i barnehage eller overgang fra barnehage til skole. Dette kan forhindre at barnets vansker utvikler seg videre, og sørge for at barna får reelle mulighetene til å lykkes i barnehagen og på skolen. Disse barna kan også nytte godt av prinsippene for kommunikasjon med tause barn, som kan finnes i neste kapittel; omhandlende tiltak for barn med selektiv mutisme. Dersom det settes igang forebyggende tiltak i forhold til sårbare barn så tidlig som mulig, kan det kanskje hindres at tausheten fester seg (Lundahl, Ørbeck & Kristensen, 2009).

«Vi har vel tenkt i ettertid at den barnehagestarten kan ha satt igang et eller annet. Jeg husker da hun startet i barnehagen så tenkte jeg at jeg burde ha vært der med henne hele dagen i mange dager. Men så var det en sånn veldig sterk anbefaling fra barnehagens side om å gå fra henne dag nummer to. Også hørte vi på den da, og alle sa at det dette her blir bedre bare hun venner seg til det, men vi hadde en sånn indre følelse av at det var helt feil. Så vi har tenkt etterpå at det kanskje satte noen spor hos henne» (Mor til «Henriette»).

Som en kan se av sitatet, kan foreldre oppleve at barnehagen anbefaler dem å gå fra barnet etter få dager i barnehagen. Dersom foreldre ønsker å være med barnet en lengre periode, kan de ofte bli oppfattet som overbeskyttende, og sensitiviteten ovenfor barnets sårbarhet kan til og med kanskje av noen vurderes som årsaken til barnets engstelse. Sårbare barn kan ha behov for en lengre overgangsperiode enn andre barn (Kristensen & Ørbeck, 2008). Dette faktum understreker viktigheten av individuell tilpasning for barn som begynner i barnehagen. Individuell tilpasning er en rettighet i følge opplæringslovens kapittel 5 (Opplæringslova, 2010), og utdypes i veilederen fra Utdanningsdirektoratet.

Mangfoldet blant barn og unge forutsetter at de møtes med mangfold og fleksibilitet i tilnæringsmåter og aktiviteter innenfor fellesskapet. Hvert individ må forstås og møtes ut fra sin bakgrunn, sine forutsetninger, sitt behov og sine interesser, og individet skal tilhøre et inkluderende fellesskap som preges av deltakelse, medvirkning, samhandling, mestring og læring. Strategier og tiltak for kartlegging, læring og vurdering må fokusere på potensialet til barn og unge og motvirke tendenser til standardisering, ”mangeltenkning” og segregering (Utdanningsdirektoratet, 2009, s. 6).

Noen barn takler oppstart i barnehage på en grei måte, og uten at foreldrene trenger å være sammen med dem over flere dager, mens et mer engstelig barn kan ha behov en mer tilrettelagt oppstartsperiode, med kortere dager i barnehagen sammen med en av foreldrene. Lengden på dagene i kan gradvis forlenges i takt med at barnet blir tryggere, og foreldrene kan gå fra barnet når han eller hun er klar for å være alene. Det er viktig at hjem og barnehage samarbeider for å komme frem til en best mulig løsning.

«Vi har jo hatt mye samarbeid med barnehagen om det, og det har hatt kjemperesultater» (Mor til «Henriette»).

Det er sannsynlig at personalet i barnehagen hvor det tause barnet går, ikke kjenner til tilstanden. Første skritt på veien for å hjelpe barnet, vil derfor være å spre kunnskap om selektiv mutisme i forhold til forekomst, årsaker og forløp (Lundahl, Ørbeck & Kristensen, 2009). Slik kan en unngå vanlige feil i forhold til hvordan barnets taushet bør takles:

«... jeg tror alle tenkte at hun valgte selv å ikke snakke. Og da tenkte de vel også at de skulle la henne være i fred med det, så kanskje hun ombestemte seg etterhvert. Men så så barnehagen også etterhvert at hun nok ikke ville selv at det skulle være sånn, og at det var en trygghetsting» (Mor til «Henriette»).

Som tidligere nevnt, beskrives barn med selektiv mutisme i enkelte tidlige studier som kontrollerende, negative eller opposisjonelle (Krohn et al. 1992). Er denne oppfatningen av barna en feiltolkning av symptomer på sterk angst, understreker dette viktigheten av å informere barnehage og skolepersonell om diagnosen selektiv mutisme og dens særtrekk. Opplæring av personalet kan hindre feiltolkninger av barnets adferd, og sikre at barna blir fulgt opp på en mest mulig hensiktsmessig måte også utenom eventuelle behandlingssituasjoner. Alle som omgås barnet til daglig kan ha god nytte av informasjon om hvordan man best kan kommunisere med det tause barnet. (Se avsnitt 7.4 Viktige prinsipper i kommunikasjon med det tause barnet og 7.4.1 Defokusering i kommunikasjon).

7.3.1 Skape trygghet

Det kan kanskje være fristende å presse det tause barnet til å prate, for eksempel ved å fortsette å stille spørsmål i håp om at barnet etterhvert vil svare. Dette vil sannsynligvis kun være med på å øke den angsten barnet føler, og heller gjøre vondt verre ved å bidra til at tausheten opprettholdes (Kristensen, 2005).

«Det å presse hjalp ikke. Det som vi synes har vært så viktig, er å respektere hvor hennes grenser går. Så å prøve å dytte henne utfor der, det funker ikke. Da blir hun veldig utrygg. Så det handler hele tiden om at hun skal føle seg trygg. Og hvis hun blir utrygg, hvis vi gjør noe som gjør henne utrygg så går det ikke. Men etterhvert så tenker vi ikke så mye på det som en snakke-ting, men som en trygghets-ting» (Mor til «Henriette»).

I forhold til engstelige barn med et reservert temperament og/eller hemmet adferd vil det være viktig å skape trygghet og forutsigbarhet. Barn med et hemmet temperament, reagerer som tidligere nevnt på nye situasjoner og nye mennesker med eksempelvis frykt og passivitet (Fox, 2010). «Henriette» reagerer på endringer med motstand:

«Hun er ikke noe glad i endringer. Ingen endringer liker hun. Hun er ikke noe glad for at vi skal dra til steder. Store og små endringer protesterer hun mot. Hun har det best hjemme» (Mor til «Henriette»).

Det vil dermed være til god hjelp å forberede disse barna på nye ting som skal skje, slik at nye situasjoner ikke kommer som en skremmende overraskelse på dem. En voksen som barnet kjenner godt, og som kjenner barnet, og vet hva som kan forårsake engstelse og frykt kan informere barnet i god tid om ting som hvilken aktivitet som skal startes opp, hvilke nye mennesker som skal komme, og hvor de skal dra hen. «Henriettes» mor beskriver jentas usikkerhet knyttet til det å ha bursdagsselskap:

«Da hun ble fire år ville hun ikke ha bursdagsselskap. Og nå lurte hun på når hun hadde bursdag igjen, for nå ville hun ha selskap. Og da sa hun at før da, da hun var liten, så når det kom masse mennesker, så visste hun jo aldri når de skulle gå hjem igjen, og hun var ikke vant med det, derfor ville hun ikke ha selskap» (Mor til «Henriette»).

7.4 Viktige prinsipper i kommunikasjon med det tause barnet

Det er svært viktig at barnet ikke presses til å snakke. Når en møter barnet for første gang, er det viktig at barnet får beskjed om at han eller hun ikke trenger å snakke til en. Alle barn kan også nytte godt av å få informasjon om selektiv mutisme som er tilpasset

barnets nivå, og også få vite at det finnes andre barn som har samme problem (Ørbeck, 2008).

For «Henriette» virket beskjeden om at hun ikke trengte å snakke med psykologen som skulle komme hjem til dem første gangen positivt:

«Etter råd fra [psykologen] hadde jeg på forhånd fortalt om at hun skulle komme, men at hun ikke trengte å snakke med henne. Det var nok et godt utgangspunkt» (Mor til «Henriette»).

Videre forteller mor til Henriette følgende om det første møtet med psykologen som skulle utrede henne:

«Jeg tror hun umiddelbart må ha skjont at hun var en "ufarlig" person for henne, i motsetning til bestemødrene og andre hyggelige og kontaktsøkende voksne som viste alt for stor interesse for henne. Da vi hadde hilst på [psykologen] ute i bakgården begynte hun å klatre på et lekehus og deretter i et klatrestativ, og dette har jeg for meg at hun gjorde i en slags kontakt med [psykologen] og også for å vise seg litt frem. Helt ulikt henne på den tiden, hvor hun nærmest ble lammet i sosiale sammenhenger og helst ville gjemme seg under klærne mine når vi møtte andre. [Psykologen] tullet litt og det syntes hun var morsomt. Hun klarte å få både datteren min og meg til å slappe av. Bra gjort på den tiden! Da vi kom inn og gikk i gang med oppgaver var hun med på det også» (Mor til «Henriette»).

I sitatet over nevner Henriettes mor blant annet at psykologen som kom hjem til dem tullet med Henriette, og at hun syntes det var morsomt. Bruk av humor står sentralt, da vi vet at latter kan løsne på spenninger, noe Heidi Omdal viste i sin hovedoppgave (1999) hvor humor i lek med barna virket godt.

7.4.1 Defokusering i kommunikasjon

Hanne Kristensen (2005) understreker viktigheten av *defokusering i kommunikasjon* med barn med selektiv mutisme. Defokusering dreier seg om å finne et felles fokus utenfor barnet. I sin artikkel «Taushet er også tale - Selektiv mutisme hos barn og unge»

tar hun opp fire viktige aspekter ved defokusering. Disse punktene er også utdypet i «Selektiv mutisme hos barn og unge - En veileder for pedagogisk psykologisk tjeneste» (Lundahl, Ørbeck & Kristensen, 2009).

- *Regulering av kontakt og kroppsspråk*

Barn med selektiv mutisme må møtes på det nivået av kommunikasjon han eller hun er på, både i forhold til mental alder og grad av nonverbal kommunikasjon. Dersom barnet ikke kommuniserer nonverbalt må arbeidet først settes inn på å oppnå en kontakt med barnet - ikke på å få ham eller henne igang med å snakke.

Barnet kan ofte lettere svare på tiltale gjennom gjenstander, som en bamse eller fingerdukke. De kan også kommunisere via søsken, eller med en fordreid stemme. Dersom hjelpemidler som dukker eller en datamaskin tas i bruk, kan fokus og blikk rettes mot gjenstanden eller aktiviteten en holder på med, og ikke på barnet selv. For «Henriette» og behandleren hennes gjorde et prinsesseslott underverker:

«Den første dagen behandleren var i barnehagen, og vi skulle være der sammen, hadde jeg fått et prinsesseslott av en på jobben som jeg hadde med. Men jeg hadde ikke tenkt til å ta det frem, så jeg hadde gjemt det litt bort for at det ikke skulle ta oppmerksomheten. Også kom vi inn på rommet der vi skulle være, og da bare lå hun i fanget mitt og gjemte seg bort, og var veldig sånn sjenert. Også tenkte jeg «skitt au, vi tar frem prinsesseslottet». Og da ble hun så glad og entusiastisk for det slottet, og hun begynte å synge sanger og leke med dukkene og var helt avslappet plutselig, ved et trylleslag, og da var vi igang» (Mor til «Henriette»).

Det vil også lønne seg å sitte ved siden av barnet, i stedet for rett ovenfor, og ikke for tett på, noe som kan være med på å gjøre barnet mer avslappet i situasjonen. Her må personalet arbeide med seg selv, og lære seg til å kjenne barnets grenser.

- *Form og tema*

Dersom en stiller åpne og undrende spørsmål i stedet for direkte spørsmål, vil samtalen med det tause barnet få mindre preg av et intervju som setter barnet i fokus. I stedet for «Hva vil du ha å spise?» kan man eksempelvis si «Jeg lurer på jeg, om «Henriette» vil ha en yoghurt?», og la det ligge litt i luften. Det vil også være en fordel om samtalen ikke dreier seg om barnet, men om en aktuell gjenstand eller aktivitet som barnet er interessert i. En tellelek eller rim og regler kan være et godt utgangspunkt, og det kan lønne seg å forsikre barnet om at det er helt i orden om man sier feil, da mange av barna er veldig redde for dette. Alle som har med disse barna å gjøre oppfordres også til selv å gjøre litt feil, kommentere på det og si at det ikke gjør noe.

- *Opprettholding av dialogen*

Det kan være utfordrende å opprettholde kommunikasjonen når den ene parten forholder seg taus. Selv om barnet en kommuniserer med forblir stille, er det viktig å legge inn pauser i «samtalen» slik at en ikke tar over samtalen helt, og barnet får anledning til å tenke og til å svare eller bidra på en annen måte. Dersom barnet forblir taust må den voksne vise trygghet, og fortsette å snakke slik at kommunikasjonen opprettholdes. Gjennom å kommunisere på denne måten viser man aksept for barnets taushet, men gir samtidig rom for at barnet skal kunne si noe når han eller hun er klar til det.

- *Regulering av reaksjonen når barnet begynner å snakke*

Da barn med selektiv mutisme ofte frykter oppmersomhet og fokus på seg selv, er det viktig å ikke reagere med stor oppstandelse selv om barnet sier noe, men beholde fatningen og forsøke å ta det litt som en selvfølge. Å fortsette med det en holdt på med før barnet sa noe, er viktig!

7.5 Tiltak i forhold til sosial samhandling med andre barn

«Vi synes vel at hun har ikke noe lett for å komme i kontakt med andre barn. Hun kan nok møte andre barn litt aggressivt. Kanskje hun føler veldig behov for å beskytte tingene sine, et eller annet sånt. Særlig de som er jevnaldrende. Så hun trenger en del hjelp for å komme i god kontakt med andre barn» (Mor til «Henriette»).

De fleste barn med selektiv mutisme snakker verken med voksne utenom foreldre, eller med andre barn. Dette fører til at de ikke får den sosiale treningen som snakkende barn får (Anstendig, 1999). Barn med en hemmet adferd trekker seg gjerne tilbake i nye situasjoner, noe som vil gjøre det utfordrende å danne relasjoner med andre barn.

«Henriette» har trengt hjelp i forhold til det sosiale både hjemme og i barnehagen:

«Vi bor et sted med stor fin bakgård og masse unger, og hun tar ikke kontakt med de andre ungene der. Det er bare en annen egentlig, som hun leker med der. Og der har vi hjulpet henne veldig igang med den kontakten. Og hun har god kontakt med barn i barnehagen nå. Men jeg tenker også at det at hun ikke snakket, eller var så utrygg så lenge, det var et sosialt handikap som gjorde at hun er kanskje litt på etterskudd med en del ting. I den fasen barn er i når de er en 2-3 år, tester ut mye, og kanskje slåss og krangler og sånn. Det har ikke hun vært med på egentlig, så hun har kanskje gått glipp av noe der» (Mor til «Henriette»).

Det er viktig å oppmuntre barnet til lek og samhandling med de andre barna i barnehagen. De fleste barn med selektiv mutisme har store vanskeligheter med å innlede kommunikasjon. Dersom det i barnehagen legges til rette for aktiviteter hvor nonverbal kommunikasjon kan benyttes, kan dette være med på å bidra til å redusere stress knyttet til det å snakke (Lundahl, Ørbeck & Kristensen, 2009).

Manglende sosiale ferdigheter kan være med på å gjøre det vanskelig for det tause barnet. Sosiale situasjoner blir nye og fremmede, og barnet vet kanskje ikke hva som forventes i sosiale relasjoner, eller hva han eller hun kan vente seg av andre. Manglende sosiale ferdigheter kan kompenseres for gjennom trening på slike ferdigheter. Dette kan være med på å gjøre sosiale situasjoner mindre skremmende for barnet. Coplan, Schneider, Matheson og Graham (2010) utviklet et tidlig-intervensjonsprogram for barn

med en ekstremt hemmet adferd. Programmet gikk blant annet ut på å trene på sosiale ferdigheter, og ble testet på en gruppe barn med hemmet adferd. Treningen gikk blant annet ut på hvordan man tok initiativ til å leke med andre barn, og gjenkjennelse av ansiktsuttrykk. Barna som deltok ble sammenliknet med en annen gruppe barn med hemmet adferd som sto på venteliste, og dermed ikke fikk behandling ennå. Resultatene tydet på at barna som fikk behandling viste en betydelig økning i sosialt kompetent adferd i tillegg til mindre sosial engstelse.

Velmente råd om hva barnet burde gjøre i sosiale settinger kan ofte føre til indre stress for barnet, mener Elisa Shipon-Blum (2003B). Hun foreslår å snakke med barnet som situasjoner som kan forekomme i barnehagen eller på skolen, og å lage rollespill sammen for å komme på ideer om hva som kan gjøre disse situasjonene bedre, eller hvordan man kan bli kjent med andre barn.

Å snakke med barna i barnehagen om tausheten til barnet som ikke snakker, kan ha nytteverdi både for de andre barna og for det tause barnet. Barnehagepersonalet bør innledningsvis alminneliggjøre problemet ved å forklare barna at man strever med forskjellige ting. En kan for eksempel si at noen synes det er vanskelig å sitte stille, eller klarer kanskje ikke å konsentrere seg så lenge. Henriette snakker ikke så mye her i barnehagen, for det synes hun er vanskelig. Deretter bør det presiseres for de andre barna at det vil være bedre for det tause barnet dersom ingen presser, maser eller erter, og vise hvordan man kan leke og kommunisere med barnet, selv om han eller hun kanskje ikke svarer eller snakker med dem (Lundahl, Ørbeck & Kristensen, 2009).

7.6 Små grupper og en trygg voksen

Det kan i barnehagen arrangeres språkgrupper og/eller lekegrupper med få barn og økt voksentetthet. Her kan barnet oppmuntres og hjelpes til å samhandle med de andre barna i gruppen. Den voksne som leder gruppa bør være en trygg person som barnet kjenner, og som kan veilede barnet i lek og aktiviteter (Lundahl, Ørbeck & Kristensen, 2009). Det er viktig at den voksne har en god forståelse av vanskene knyttet til selektiv mutisme, og at han eller hun har god nonverbal kommunikasjon. At barnet ser at

nonverbal kommunikasjon aksepteres av den voksne demper angst og press, og gir barnet en følelse av å bli forstått. Mens målet i en behandlingssituasjon er at barnet etterhvert skal klare å prate, kan ikke dette *kreves* av barnet i barnehagen. Det viktigste er at barnet er i samhandling med andre og får uttrykt sine behov. Den voksne bør hjelpe barnet med å finne alternative måter å kommunisere behov på, eksempelvis dersom de må på toalettet. Her kan det avtales tegn som at barnet gir den voksne en gjenstand, et håndsignal, eller peker på en viss figur på en lapp når det har behov for å bruke toalettet (Shipon-Blum, 2003A).

Selv om et av kravene for at en selektiv mutisme diagnose skal kunne stilles er at barnet må ha tilegnet seg det norske språket, og at tausheten må være gjeldene i både situasjoner der norsk benyttes og situasjoner der morsmålet benyttes, kan flerspråklige barn ha nytte av ekstra ressurser i forhold til språkopplæring både innen norsk og morsmålet. For barn i barnehage vil dette innebære en tospråklig assistent (Lundahl, Ørbeck & Kristensen, 2009). Den tospråklige assistenten kan fungere som det flerspråklige barnets trygge voksne.

7.7 Tiltak i forhold til overgangssituasjoner

«Vi var veldig spent på hvordan det var for henne å begynne i barnehagen igjen etter ferien. Og nå har hun også begynt på ny avdeling, men nå var det godt forberedt da. Og det har gått kjempebra. Og hver dag når jeg henter henne nå, så får jeg beskjed [av «Henriette»] om at jeg kommer altfor tidlig og henter henne» (Mor til «Henriette»).

Selektiv mutisme oppstår gjerne ved overgang til barnehage eller skole. Slike overganger kan være vanskelig for mange barn, men for barn med et spesielt sårbart temperament kan det bli en for stor påkjenning, og utløse tilstanden (Ørbeck, 2008).

Ofte viser det sårbare barnet tidlig tegn på engstelse. Rosemary Sage og Alice Sluckin (2004) beskriver metoder de selv har brukt i tilnærmingen til barn som kan stå i fare for å utvikle selektiv mutisme, eller som allerede er tause i visse situasjoner. En metode som kan lette overgangen fra barnehage til skole, er å la barnet bli gradvis kjent med det

nye miljøet, og menneskene som inngår i det. Det ukjente bør introduseres i små porsjoner, for å gradvis venne barnet til en ny hverdag borte fra hjemmet.

Mange yngre barn er redde for den nye læreren de kommer til å få når de begynner på skolen (Shipon-Blum, 2003B). Det vil dermed som første skritt være en klar fordel om barnet får møte den nye læreren i forkant av oppstarten på skolen. Det kan eksempelvis arrangeres faste besøksdager før skolestart, hvor barna som skal starte på skolen får komme på besøk på skolen og leke i skolegården, se på klasserommet sitt, og gjøre seg kjent på skolen (Lundahl, Ørbeck & Kristensen, 2009).

Hvis det første møtet mellom barnet og den nye læreren i tillegg skjer hjemme hos barnet, vil barnet få muligheten til å bli kjent med det nye mennesket på trygg og kjent grunn (Sage & Sluckin 2004). Eventuelt kan det arrangeres et møte mellom barnet og læreren i det nye klasserommet. Under dette møtet kan barnet få leke i klasserommet, og målet vil være å få barnet til å slappe av. Det er viktig at det under dette møtet ikke legges press på barnet i forhold til snakking. Shipon-Blum (2003B) anbefaler at den voksne som er med barnet får læreren til å fortelle litt om seg selv. På denne måten får barnet se at læreren er en vanlig person med et vanlig liv. Møtet med den nye læreren, den nye skolen og det nye klasserommet bør i første omgang skje etter skoletid når det ikke er andre barn tilstede, for å gjøre besøket så skånsomt som mulig i første omgang (Sage & Sluckin, 2004). Møtet med den nye skolen, kan også foregå gjennom et samarbeid mellom barnehage og skole. Dette samarbeidet er en forutsetning for å skape en god overgang for barnet (Utdanningsdirektoratet, 2009). En slik tilnærming til det nye og ukjente er imidlertid ikke helt uproblematisk. En kan ikke pålegge en lærer å ta på seg ansvar av denne typen. Det kan føles i overkant nært og personlig for læreren å prate om livet sitt til barnet og foreldrene. Det er viktig å forklare nytten av disse tiltakene for læreren, men tiltak på skolen er noe som foreldre og lærer må samarbeide om.

Som nevnt, er det mange sjenerte og reserverte barn som trenger en lengre innkjøringsperiode i barnehagen enn det andre barn gjør. Dette gjelder også når barnet går over fra barnehage til skolen. Dersom barnet blir tryggere av å ha en av foreldrene til stede den første tiden etter skolestart, bør det åpnes for dette (Lundahl, Ørbeck &

Kristensen, 2009). En av foreldrene kan følge barnet og være der sammen med barnet i gradvis kortere økter. Målet er at barnet gradvis skal føle seg tryggere i klasserommet uten foreldrene til stede. Mange barn vil også hviske eller snakke med foreldrene når det er i klasserommet. Dersom forelderer sitter eller beveger seg lengre og lengre vekk fra barnet, må barnet etterhvert hviske høyere for å bli hørt foreslår Shipon-Blum (2003B).

7.8 Tiltak for barn med utviklingsforstyrrelser/reduisert kognitiv funksjon

Dersom det skulle vise seg at barnet har utviklingsforstyrrelser, er det viktig at krav og forventninger tilpasses barnets mentale alder, og at det legges opp til aktiviteter i barnehagen hvor barnet kan oppleve mestring ut fra nivået han eller hun er på.

Defokusert kommunikasjon kan benyttes, og tilpasses også barnets utviklingsnivå.

Barn med en redusert kognitiv funksjon kan trenge mye voksenstøtte i forhold til lek.

Grundige forberedelser må også til når nye ting skal introduseres, som eksempelvis turer, nye aktiviteter eller nye leker. Det skal også utarbeides en spesialpedagogisk plan for disse barna (Lundahl, Ørbeck & Kristensen, 2009). Barn med spesialpedagogiske behov har rett til slik hjelp i følge opplæringsloven (Opplæringslova, 2010).

8. HJELP TIL FAMILIEN

Mor til Henriette beskriver hennes første tanker om datterens vansker på følgende måte:

«Vi følte at vi ikke fikk kontakt med henne, og vi trodde da også at hun valgte selv å ikke snakke. Vi skjønte ikke det at hun ikke fikk det til. Så da prøvde vi litt sånn lokking og lirking, men også prøvde vi nok en del å presse henne. Og vi ble frustrerte, og jeg husker vi sa «nå må du snakke høyere, eller så skjønner vi ikke hva du vil! Sånne ting som vi ser nå at ikke var helt måten å gjøre det på. Men når vi ble klar over hva dette handlet om, så har vi egentlig bare fokusert på å skape trygghet for henne, gjennom å beskytte henne.» (Mor til «Henriette»).

De færreste foreldre vet hva de står ovenfor når barnet deres er taust i visse sammenhenger, mens de snakker fritt i andre. Lærere og barnehagepersonales beskrivelser av et engstelig og taust barn i barnehagen stemmer ofte ikke overens med foreldrenes inntrykk av den livlige pratemakeren de ser hjemme (Kristensen, 2005). I en slik situasjon kan nok mange foreldre tenke at barnet er trassig og vranget, og velger å la være og snakke. En kan tenke seg at et vanlig resultat av slike tanker, vil være lokking og lirking, eller pressing av barnet, som beskrevet av Henriettes mor.

Foreldre har i likhet med barnehagen og skolen, behov for informasjon om tilstanden for å få en bedre forståelse av hva barnets vanskeligheter dreier seg om, og hvordan de kan overkommes eller lettes, og hvilke tiltak som kan gjennomføres i familien.

«En ting som var kjempevanskelig, var det at vi selv lenge har hatt en sånn magesfølelse for at ting ikke var helt riktig. Kanskje ikke vi tenkte så mye at det var noe galt med henne, men det som ikke var riktig var at omgivelsene våre presset oss til å gjøre ting med datteren vår som vi syntes var galt. Besteforeldre som ville ha henne med på masse forskjellig. Og da kjente vi i magen at dette er ikke bra. Men det er sånne vanlige ting å gjøre. Vi har fått mange tilbakemeldinger på at vi overbeskytter henne når vi har fulgt magesfølelsen vår. Det har vært vanskelig. Og derfor har det vært så fint å få en merkelapp på det også, for da kan vi si at det er riktig det vi gjør og kjenner, og det dere sier, det er ikke riktig for henne» (Mor til «Henriette»).

Sitatet fra Henriettes mor, beskriver en problematikk som mange foreldre kan møte på. Som tidligere nevnt, kan kanskje foreldrenes forsøk på å beskytte et engstelig barn tolkes som overbeskyttelse (Kristensen & Ørbeck, 2008). Dermed blir det viktig å støtte opp under foreldres forståelse av hva barnet deres trenger, og å forsikre dem om at de det tenker og gjør er riktig - og ikke minst viktig for at barnet skal oppleve den tryggheten som han eller hun har behov for i hverdagen. Dersom foreldrene møtes med forståelse i forhold til sine løsningsforsøk, vil det også være lettere for dem å være med på tiltak som sakte øver opp barnets tålegrenser.

Hjemme hos «Henriette» har de funnet ut hvordan hverdagen per i dag kan gjøres tryggere for henne:

«For eksempel så sier vi at «i dag kommer mormor på besøk». Så sier hun «nei, jeg vil ikke det», så sier vi «jammen du trenger ikke å snakke med henne, du kan bare gå og gjøre som du vil». Også sier hun kanskje at «ja, da skal jeg gjemme meg når hun kommer» «ja, bare gjør det», også lar vi henne gjemme seg. Og de som kommer på besøk, de får beskjed om å ikke mase noe med henne, ikke stille henne spørsmål. Så det er sånn vi tenker nå, at vi i størst mulig grad beskytter henne mot en god del av den oppmerksomheten som gjør henne utrygg» (Mor til «Henriette»).

8.1 Hvor kan familien få hjelp?

Både barnehagen (med foreldrenes samtykke) og foreldrene selv kan henvise barn til PPT. Foreldre til barn med selektiv mutisme kan få råd og veiledning i forhold til barnets tilstand av ansatte i PPT. PPT kan også hjelpe til med henvisning til BUP. BUP vurderer barnet og stiller diagnose, og har også behandlingsansvaret for barn med tilstanden (Lundahl, Ørbeck & Kristensen, 2009).

10. AVSLUTNING

Denne oppgaven presenterer en oversikt over det vi vet om selektiv mutisme i dag. Det er vanskelig å si hvorfor noen barn ikke snakker i visse situasjoner, da selektiv mutisme fremstår som en tilstand med en sammensatt etiologi. Det er imidlertid bred enighet blant fagpersoner i dag om at tilstanden henger sammen med en hemmet adferd og et temperament preget av skyhet hos barnet, og mange av barna fremstår som svært sjenerte i møte med voksen og andre barn. Det er likevel en klar forskjell mellom selektiv mutisme og sjenerthet/skyhet. Dette skillet kommer klart til uttrykk i DSM-IV, med kravet om at vanskene skal gå utover barnets skolegang og sosiale fungering. Sammenhengen mellom temperamentstrekk som skyhet og hemmet adferd understreker viktigheten av å være litt ekstra oppmerksom i forhold til barn med disse trekkene. Oppmerksomheten bør spesielt rettes mot overgangssituasjoner, som oppstart i barnehage eller skole, da det ofte er i slike situasjoner at tausheten oppstår. Tilpasning i forhold til temperament kan være med på å redusere stress hos engstelige barn. Dersom det i større grad åpnes for at enkelte barn kan få lengre tid til å bli kjent med nye mennesker og trygge i nye omgivelser, kan dette kanskje hindre at taushet og angst oppstår.

Barn med selektiv mutisme kan ha komorbide diagnoser. Siden tilstanden først ble beskrevet i 1877 har både traumer, opposisjon og engstelighet vært tematisert i litteraturen. Den mest utbredte komorbide diagnosen blant barn med selektiv mutisme er sosial fobi, og i dag fokuserer man på selektiv mutisme som en tilstand nært knyttet til sosial engstelse. Enkelte mener også at tilstanden er et uttrykk for, eller et resultat av en sosial fobi. Opposisjonelle trekk er beskrevet hos barn med selektiv mutisme, men disse trekkene kan forstås som et forsvar mot angsten, en vegring mot å gå inn i for vanskelige situasjoner. Når det gjelder traumer, tyder ikke forskning på at barn med selektiv mutisme har hatt flere traumatiske opplevelser enn andre barn. På grunn av et sårbart temperament kan imidlertid «hverdags-traumer», som for brå overganger, virke utløsende på tilstanden.

For de tause barna er anbefalingen at de fanges opp så fort som mulig, for å hindre at de «gror fast» i den tausheten omgivelsene bare venter på at de skal vokse seg ut av. Hos

mange av barna med selektiv mutisme er det funnet kommunikasjonsforstyrrelser og motoriske vansker. Dette understreker viktigheten av grundig utredning av tause barn, for å avdekke vansker (eksempelvis språkvansker) som kan være skjult av tausheten. Dersom tilleggsvansker oppdages, kan tiltak settes i gang i forhold til alle barnets vansker og behov. Flerspråklighet er en risikofaktor for selektiv mutisme. Selv om det i følge litteratur kan være utfordrende å skille mellom en normal periode med taushet og selektiv mutisme hos flerspråklige barn, må en være spesielt oppmerksom på selektiv mutisme hos denne gruppen barn.

PPT skal kartlegge det tause barnets kommunikasjon i ulike situasjoner, og utrede i forhold til tilleggsvansker. PPT har ansvaret for å utløse rettighetene som barn har krav på i forhold til tilrettelegging og hjelp hjemme, i barnehagen og på skolen og kan bidra med informasjon til hjem og barnehage og til å styrke samarbeidet mellom disse.

Tiltak som kan settes i verk i forhold til barn med selektiv mutisme i førskolealder dreier seg i stor grad om å skape trygghet for barnet i hverdagen. Det er viktig at alle involverte parter, som foreldre og barnehagepersonale, får god informasjon om tilstanden, og hvordan forholdene kan legges til rette for barnet. Kommunikasjonen bør også tilpasses det utviklingsnivået barnet er på, både i forhold til mental alder og grad av nonverbal kommunikasjon. Her kan defokusert kommunikasjon være nyttig. Barnet må ikke presses til å snakke, da det er sannsynlig at dette kan forsterke angsten. Det bør derimot vises alternative måter barnet kan kommunisere sine følelser, ønsker og behov på. Mange av tiltakene ment for barn som har utviklet selektiv mutisme, kan også benyttes i forhold til engstelige og tilbaketrukne barn, for å hindre utviklingen av selektiv mutisme.

Det er svært viktig at det legges til rette for individuell tilpasning i forhold til hvert barns forutsetninger og temperament i barnehagen. Enkelte barn trenger en lengre overgangsperiode ved oppstart i skole og/eller barnehage enn andre barn. Det bør åpnes for kortere dager i barnehagen, og muligheter for å ha med en av foreldrene en periode i barnehagen og på skolen. Individuell tilpasning er et hvert barns rett i følge opplæringsloven.

11. LITTERATUR

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 4th Edition (DSM-IV)*. Washington DC: American Psychiatric Association.

Anstendig, K. D. (1999). Is Selective Mutism an Anxiety Disorder? Rethinking Its DSM-IV Classification. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(4), 417-434.

Bergman, L. R., Piacentini, J., & McCracken, J. T. (2002). Prevalence and Description of Selective Mutism in a School-Based Sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(8), 938-946.

Bergman, L. R., Keller, M. L., Piacentini, J., & Bergman, A. J. (2008). The Development and Psychometric Properties of the Selective Mutism Questionnaire. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(2), 456-464.

Bishop, D. V. M. (2003). *Test for Reception of Grammar 2 (TROG-2)*. London: Psychological Corporation.

Black, B., & Uhde, T. W. (1995). Psychiatric Characteristics of Children with Selective Mutism: A Pilot Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(7), 847-856.

Cline, T., & Baldwin, S. (2004). *Selective Mutism in Children*. London: Whurr Publishers.

Cohan, S. L., Price, J. M., & Stein M. B. (2006). Suffering in silence: Why a Developmental Psychopathology Perspective on Selective Mutism Is Needed. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27(4), 341-355.

- Cohan, S. L., Chavira, D. L., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Roesch, S. C., & Stein, M. B. (2008). Refining Classification of Children with Selective Mutism: A Latent Profile Analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(4), 770-784.
- Cooper, P. J., & Eke, M. (1999). Childhood Shyness and Maternal Social Phobia: A Community Study. *British Journal of Psychiatry*, 174(5), 439-443.
- Coplan, R. J., Schneider, B. H., Matheson, A., & Graham, A. (2010). «Play Skills» for Shy Children: Development of a Social Skills Facilitated Play Early Intervention Program for Extremely Inhibited Preschoolers. *Infant and Child Development*, 19(3), 223-237.
- Cunningham, C. E., McHolm, A., Boyle, M. H & Patel, S. (2004). Behavioral and emotional adjustments, family functioning, academic performance, and social relationships in children with selective mutism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(8), 1363-1372.
- Dummit, E. S., Klein, R. G., Tancer, N. K., Asche, B., Martin, J., & Fairbanks, J. A. (1997). Systematic Assessment of 50 Children With Selective Mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(5), 653 -660.
- Edwards, S., Fletcher, P., Garman, M., Huges, A., Letts, C., & Sintia, I. (1997). *Reynell Development Language Scales III*. London: NferNelson, LTD.
- Elizur, Y., & Perednik, R. (2003). Prevalence and Description of Selective Mutism in Immigrant and Native Families: A Controlled Study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(12), 1451-1459.
- Fatland, E. (2009). De tause barna. *A-Magasinet*, 14.aug., 42-47.
- Fleischer, E., & Jessen, G. (2004). *Når tavsheden taler. En bog om tavshed og hvordan tavshed håndteres*. Odense: Clausen Offset.

- Fox, N. A. (2010). Factors Contributing to the Emergence of Anxiety Among Behaviorally Inhibited Children: The Role of Attention. I H. Gazelle, & K. H. Rubin, K. (Red.), *Social Anxiety in Childhood: Bridging Developmental and Clinical Perspectives. New Directions for Child and Adolescent Development*. (s. 33-49). San Francisco: Jossey- Bass.
- Garcia, A. M., Freeman, J. B., Francis, G., Miller, L. M., & Leonard, H. L. (2004). Selective Mutism. I T. H. Ollendick, & S. M. John (Red.), *Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents. A Clinician's Guide to Effective Psychosocial and Pharmacological Interventions*. (s. 433-455). New York: Oxford University Press, Inc.
- Hayden, T. L. (1980). Classification of Elective Mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 19(1), 118-133.
- Kearney, C. A. (2010). *Helping Children with Selective Mutism and their Parents: A Guide for School-Based Professionals*. Oxford: Oxford University Press.
- Kopp, S., & Gillberg, C. (1997). Selective Mutism: A Population-based Study: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(2), 257-262.
- Kristensen, H. (2000). Selective mutism and Comorbidity With Developmental Disorder/ Delay, Anxiety Disorder, and Elimination Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(2), 249-256.
- Kristensen, H. (2002). Non-specific markers of neuro-developmental disorder/delay in selective mutism. A case-control study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11(2), 71-78.
- Kristensen, H. (2005). Taushet er også tale: Selektiv mutisme hos barn og unge. I *Barn i Norge: «Se meg»*. (Årsrapport, s. 17-25). Oslo: Voksne for barn.

- Kristensen, H., & Torgersen, S. (2001). MCMI-II Personality Traits and Symptom Traits in Parents of Children With Selective Mutism: A Case-Control Study. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(4), 648-652.
- Kristensen, H., & Torgersen, S. (2002). A case-control study of EAS child and parental temperaments in selectively mute children with and without a co-morbid communication disorder. *Nordic Journal of Psychiatry, 56*(5), 347-353.
- Kristensen, H., & Torgersen, S. (2007). The association between avoidant personality traits and motor impairment in a population-based sample of 11-12-year-old children. *Journal of Personality Disorders, 21*(1), 87-98.
- Kristensen, H., & Ørbeck, B. (2008). Sjenanse og selektiv mutisme - Hva er forskjellen? I *Barnehageboken*. (s. 46). Oslo: Cappelen Damm.
- Kristensen, H., & Ørbeck, B. (2009). Hvordan best hjelpe når taushet ikke er gull? En randomisert kontrollert behandlingsstudie av barn med selektiv mutisme 3-9 år. *R-BUP*. Hentet 25. oktober 2010, fra [http://www.r-bup.no/CMSCMSPublish.nsf/EF47ED2B47C36186C1257618004C5DFC/\\$file/Hvordan %20best%20hjelpe%20når%20taushet%20ikke%20er%20gull.pdf](http://www.r-bup.no/CMSCMSPublish.nsf/EF47ED2B47C36186C1257618004C5DFC/$file/Hvordan%20best%20hjelpe%20når%20taushet%20ikke%20er%20gull.pdf)
- Krohn, D. D., Weckstein, S. M., & Wright, H. L. (1992). A Study of the Effectiveness of a Specific Treatment for Elective Mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*(4), 711-718.
- Kumpulainen, K, Räsänen, E., Raaska, H., & Somppi, V. (1997). Selective mutism among second-graders in elementary school. *European Child & Adolescent Psychiatry, 7*(1), 24-29.
- Lesser-Katz, M. (1988). The Treatment of Elective Mutism as Stranger Reaction. *Psychoteraphy, 25*(2), 305-313.

- Lundahl, K., Ørbeck, B., & Kristensen, H. (2009). *Selektiv mutisme hos barn og unge. En veileder for pedagogisk psykologisk tjeneste*. Jaren: PP-tjenestens Materiellservice.
- Manassis, K., Tannock, R., Garland, J., Minde, K., McInnes, A., & Clark S. (2007). The Sounds of Silence: Language, Cognition, and Anxiety in Selective Mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(9), 1187-1195.
- Manassis, K. (2009). Silent suffering: Understanding and treating children with selective mutism. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9(2), 235-243.
- Mao, A. R., & Yen, J. (2010). Review of Proposed Changes in Child and Adolescent Psychiatry Diagnostic Criteria for DSM-Version 5. *Child & Adolescent Psychopharmacology News*, 15(3), 1-7.
- Omdal, H. (1999). "I would not mind talking to you, but something stronger than I, for which cannot be blamed, prevents me ". *En studie av kommunikasjonen og det sosiale samspillet mellom førskolebarn med selektiv mutisme og barnehagepersonalet*. Hovedfagsoppgave. Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo.
- Omdahl, H., & Galloway, D. (2008). Could Selective Mutism be Re-conceptualised as a Specific Phobia of Expressive Speech? An Exploratory Post-hoc Study. *Child and Adolescent Mental Health*, 13(2), 74-81.
- Opplæringslova. (2010). *Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa m.v. av 17. juli 1998 nr. 61*. Hentet 14. november 2010, fra Lovdata <http://www.lovdata.no/all/hl-19980717-061.html>
- Pine, D. S., & Klein, R. G. (2009). Anxiety Disorders. I M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. S. Stevenson, E. Taylor, & A. Thapar (Red.). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Blackwell Publishing.

- Remschmidt, H., Poller, M., Herpertz-Dahlmann, B., Hennighausen, K., & Gutenbrunner, C. (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251(6), 284-296.
- Roid, G. H., & Miller, L. J. (1997). *Leiter International Performance Scale-R (Leiter-R)*. Wood Dale, IL: Stoelting Co.
- Sage, R., & Sluckin, A. (2004). *Silent Children. Approaches to Selective Mutism*. Leicester: The Selective Mutism Information & Research Association.
- Sharp, W. G., Sherman, C., & Gross, A. M. (2007). Selective mutism and anxiety: A review of the current conceptualization of the disorder. *Journal of Anxiety Disorder*, 21(4), 568-579.
- Shipon-Blum, E. (2003A). *The Ideal Classroom Setting for the Selectively Mute Child*. Philadelphia: Smart-Center.
- Shipon-Blum, E. (2003B). *Easing School Jitters for the Selectively Mute Child*. Philadelphia: Smart-Center.
- Shipon-Blum, E. (2010A). What is Social Communication Anxiety Treatment (SCAT)? *Smart-Center*. Hentet 10.11.2010, fra <http://www.selectivemutismcenter.org/cms/scat.aspx>
- Shipon-Blum, E. (2010B). The Social Communication Bridge. *Smart-Center*. Hentet Hentet 10.11.2010, fra <http://www.selectivemutismcenter.org/docs/SocComBridge3.pdf>
- Steinhausen, H.-C., & Juzi, C. (1995). Elective Mutism: An Analysis of 100 Cases. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(5), 606-614.

- Tabors, P. O. (1998). What Early Childhood Educators Need to Know: Developing Effective Programs for Linguistically and Culturally Diverse Children and Families. *Young Children*, 53(Nov.), 20-26.
- Toppelberg, C., Tabors, P., Coggins, A., Lum, K., & Burger, C. (2005). Differential Diagnosis of Selective Mutism in Bilingual Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(6), 592-595.
- Tryggvason, M.-T. (2006). Communicative behavior in family conversation: Comparison of amount of talk in Finnish, SwedishFinnish, and Swedish families. *Journal of Pragmatics*, 38(11), 1795-1810.
- Utdanningsdirektoratet (2009). *Spesialundervisning. Veileder til opplæringsloven om spesialpedagogisk hjelp og spesialundervisning*. Oslo: Utdanningsdirektoratet.
- Utdanningsetaten (2010). *Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT)*. Hentet 12. november 2010, fra Utdanningsetaten
http://www.utdanningsetaten.oslo.kommune.no/ppt_ot/pptjenesten/
- Velting, O. N., & Albano, A. M. (2001) Current Trends in the Understanding and Treatment of Social Phobia in Youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(1), 127-140.
- Wechsler, D (2002). *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence - Third Edition*. San Antonio, TX The Psychological Corporation.
- Wechsler, D., & Naglieri, J. A. (2006). *Wechsler Nonverbal Scale of Ability*. San Antonio, TX The Psychological Corporation.
- Wergeland, H. (1979). Elective Mutism. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 59(2), 218-228.

World Health Organization (1999). *ICD-10 Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. 10. utgave.* Oslo: Universitetsforlaget.

Yeganeh, R., Beidel, D. C., Turner, S. M., Pina A. A., & Silverman, W. K. (2003). Clinical Distinctions Between Selective Mutism and Social Phobia: An Investigation of Childhood Psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 42(9), 1069-1075.

Yeganeh, R., Beidel, D.C., & Turner, S. M. (2006). Selective Mutism: More than Social Anxiety?. *Depression and Anxiety*, 23(3), 117-123.

Ørbeck, B. (2008). Selektiv mutisme hos barn. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 45 (9), 1149-1154.