

SELEKTIV MUTISME

2019-utgaven

**Beate Oerbeck, Katharina Manassis, Kristin Romvig Overgaard
& Hanne Kristensen**

Norsk utgave Oversettelse: Beate Orbeck, Kristin Romvig Overgaard, Hanne Kristensen



Beate Oerbeck PhD

Oslo University Hospital,
Division of Mental Health and
Addiction, Oslo, Norway

Conflict of interest: none
reported

Katharina Manassis MD,
FRCP(C)

University of Toronto,
Department of Psychiatry,
Toronto, Canada

Conflict of interest: none
reported

Kristin Romvig Overgaard
MD, PhD

Oslo University Hospital,
Division of Mental Health and
Addiction, Oslo, Norway

Conflict of interest: none
reported

Hanne Kristensen MD, PhD

Centre for Child and Adolescent
Mental Health, Eastern and
Southern Norway, Oslo,
Norway

Conflict of interest: none
reported

This publication is intended for professionals training or practicing in mental health and not for the general public. The opinions expressed are those of the authors and do not necessarily represent the views of the Editor or IACAPAP. This publication seeks to describe the best treatments and practices based on the scientific evidence available at the time of writing as evaluated by the authors and may change as a result of new research. Readers need to apply this knowledge to patients in accordance with the guidelines and laws of their country of practice. Some medications may not be available in some countries and readers should consult the specific drug information since not all dosages and unwanted effects are mentioned. Organizations, publications and websites are cited or linked to illustrate issues or as a source of further information. This does not mean that authors, the Editor or IACAPAP endorse their content or recommendations, which should be critically assessed by the reader. Websites may also change or cease to exist.

©IACAPAP 2019. This is an open-access publication under the [Creative Commons Attribution Non-commercial License](#). Use, distribution and reproduction in any medium are allowed without prior permission provided the original work is properly cited and the use is non-commercial.

Suggested citation: Oerbeck B, Manassis K, Overgaard KR, Kristensen H. Selective mutism. In Rey JM, Martin A (eds), *JM Rey's IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health (Norsk utgave)*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2019.

Selektiv mutisme (SM) er karakterisert av en konsistent mangel på tale i spesifikke situasjoner (som skole, sosiale settinger) til tross for normal tale andre steder (som hjemme). SM er en relativt sjelden, men alvorlig tilstand som medfører betydelige sosiale og akademiske vansker dersom den ikke behandles. Siden 2013, ved publikasjonen av «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)» (American Psychiatric Association, 2013), har SM blitt klassifisert som en angstlidelse og navnet ble endret fra *elektiv* mutisme til *selektiv* mutisme, noe som reflekterer et skifte i forståelse av SM fra en viljestyrt handling til en manglende evne til å snakke i spesifikke situasjoner. Dette kapittelet går gjennom kliniske presentasjon, forekomst, forløp, etiologi, diagnose, undersøkelse og behandling av SM med vekt på aspekter som er relevante for praktiserende klinikere.

Tabell F.5.1 Endringer i forståelsen av selektiv mutisme over tid

1877	1934	1994	2013
Nevrolog Adolph Kussmaul: <i>Aphasia voluntaria</i>	Barnepsykiater Moritz Tramer: <i>Elektiv mutisme</i>	DSM-IV: <i>Selektiv mutisme</i> klassifisert blant forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder	DSM-5: <i>SM</i> klassifisert som en angstlidelse

KLINISK PRESENTASJON

Kardinalsymptomet ved SM er den manglende evne til å snakke i visse situasjoner, primært i barnehage eller skole. Altså er symptomene kontekstspesifikke. Diskrepansen i snakke-adferd er sentral for forstyrrelsen, og leder ofte til misforståelser fordi både lærere og foreldre tenderer mot å tro at barn i alle situasjoner oppfører seg slik de selv observerer dem (f.eks. hvis et barn ikke snakker på skolen kan læreren tro at det heller ikke snakker hjemme). SM kan også være person-spesifikk (f.eks. kan barnet være taus med noen personer, men ikke med andre). Ulike mennesker kan øke eller minske symptomene betydelig i den samme situasjonen. For eksempel vil vennlige, humoristiske mennesker som snakker og holder "samtalet" gående uavhengig av barnets aktive deltagelse kunne være til hjelp. Barn med SM synes ofte det er lettere å snakke til barn enn til voksne. Noen vil av og til kunne hviske til en bestevenn på skolen.

En side ved barn som har SM er at de varierer betydelig i sin evne til å bruke nonverbal kommunikasjon (f.eks. øyekontakt, gester, nikke/riste på hodet og peking). Mens noen bruker nonverbal kommunikasjon effektivt, er andre ikke-kommunikative, og kan til og med hverken le eller hoste når andre er tilstede. De sistnevnte er ofte ute av stand til å uttrykke sine behov (om å gå på toalettet, sult, tørst eller smerte) noe som tydeliggjør det potensielt alvorlige ved denne tilstanden.

Til tross for at de opplever betydelig stress på skolen, er skolevegring sjelden. SM forekommer ofte samtidig med andre angstlidelser, særlig sosial angstlidelse, samt med utviklings-forstyrrelser, særlig språkforstyrrelser. Tospråklige barn er overrepresentert.

"Jeg kan ikke begynne å snakke, for da vil alle bare snakke om at jeg snakker..."

(Tenåringsgutt)



Klikk på bildet for å se et videoklipp av et barn med selektiv mutisme

Den kliniske vignetten med Anne illustrerer temperamentstrekk som ofte sees hos barn med SM. Den illustrerer også hvordan den manglende evnen til å snakke kan være ulik i ulike situasjoner, noe som kan skape frustrasjon fordi folk oppfatter tausheten som viljestyrt.

Typisk oppstår SM i alderen 2-5 år, men oppdages vanligvis ikke før barnet starter på skolen, hvor tale er en integrert del av lære- og sosialiseringprosessen. Barn med SM er generelt redd for å gjøre feil og misliker å være fokus for oppmerksomhet. Deres "løsning"; tausheten, og av og til å prøve å være usynlig blir en del av problemet. Når de da en sjelden gang sier noe, får de brått alles oppmerksomhet, noe som øker angsten og vedlikeholder tausheten i en ond sirkel.

Barn med SM blir ofte spurt hvorfor de ikke snakker, og generelt synes de at det er vanskelig å gi et svar. Noen eldre barn med SM har beskrevet en følelse av en veldig stor klump i halsen som hindrer tale.

Barn med SM har en betydelig svekket sosial- og akademisk fungering (Carbone et al, 2010; Remschmidt et al, 2001; Bergman et al, 2002). Videoklippet på høyre side illustrerer typiske symptomer hos to barn, en gutt og en pike.

FOREKOMST OG FORLØP

SM er estimert til å forekomme hos omlag 1% av barnepopulasjonen, med prevalensrater som varierer mellom 0.1% til 2.2%, avhengig av hvilket utvalg og diagnostiske kriterier som er brukt. Selv om det er beskrevet lik forekomst hos

Anne

Anne, en fem år gammel pike ble henvist til Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) på grunn av mistanke om SM. Tausheten hadde vart siden hun startet i barnehagen i treårs alder. Begge foreldrene og førskolelærerne hadde håpet at tausheten ville avta spontant og utsatte derfor å søke hjelp. Nå var de bekymret for at tausheten ville vedvare inn i skolealder og ønsket hjelp.

Anne hadde utviklet seg normalt, men foreldrene beskrev henne som sky og en som brukte tid på å bli trygg i nye situasjoner, og når hun møtte nye mennesker. Begge foreldrene gjenkjente dette temperamentstrekket hos seg selv og moren strevet fortsatt med sosial angst.

Hjemme var Anne en livlig og glad jente. Hun snakket fritt med begge foreldre, sin yngre søster og en jevnaldrende lekekamerat. Når medlemmer av den utvidede familien var på besøk snakket hun til mormor og morfar men ikke til farmor og farfar, noe som gjorde dem ulykkelige. De mente at tausheten var viljestyrt og argumenterte for å legge mer press på Anne for å få henne til å snakke, noe som resulterte i konflikt mellom foreldrene.

Utenfor hjemmet snakket Anne til foreldrene dersom ingen andre kunne høre det, men foreldrene måtte snakke for henne i alle situasjoner, som i butikker og hos tannlegen. Når hun ble invitert i fødselsdagsselskap ville hun gå hvis en av foreldrene ble med, men hun snakket ikke.

I barnehagen virket Anne glad og fornøyd, men snakket ikke. Hun snakket til foreldrene i garderoben, men ble taus når andre nærmet seg. Derimot brukte hun fritt gester og kommuniserte godt med førskolelærere og jevnaldrende ved å nikke og peke. Hun ble alltid inkludert i leken og de andre barna snakket ofte for henne og syntes ikke å bry seg om hennes manglende tale. Denne adferden stod i kontrast til hennes første måneder i barnehagen. Den gangen gråt hun veldig når foreldrene gikk, og hun kommuniserte ikke med gester. Den økende bruk av nonverbal kommunikasjon og bedring av hennes generelle adferd gav håp om en spontan bedring av tausheten.

"Jeg skulle virkelig gjerne ha snakket med deg, men noe, og jeg vet ikke hva det er, gjør det umulig for meg..."

(Tenåringsjente)



Klikk på bildene for å se en dokumentar (Help me to speak) som følger to barn med selektiv mutisme. Del 1 (over, 12:15) og del 2 (under, 13:11) illustrerer symptomene og adferden.



gutter og jenter, viser de fleste studier at jenter er overrepresentert (jente/gutt ratio på 1.5:1 til 2.6:1) (Bergman et al., 2002, Hua and Major, 2016). Dersom en spør foreldre om når symptomene startet, synes de generelt at det er vanskelig å svare på, og sier ofte at barnet “har alltid vært slik”. Slike uttalelser understreker et temperamentstrekk som sees ved SM: adferdsmessig tilbakeholdenhet—karakterisert ved skyhet, engstelse, tilbaketrekning, og frykt for det ukjente (Gensthaler et al., 2016a, Muris et al., 2015).

De få langtids-oppfølgingsstudiene som finnes viser at selv om kjernesymptomet SM kan minske med årene strever disse typisk fortsatt med kommunikasjonsvansker og sosial angst og har høyere risiko for andre psykiatriske forstyrrelser som voksne (Remschmidt et al., 2001, Steinhausen et al., 2006). Imidlertid avtar presset for å snakke fordi voksne lettere kan velge hvem de skal være sammen med og hva de ønsker å gjøre.

ETIOLOGI

Så langt er det ikke funnet noen enkeltstående årsak til SM. Derimot har forståelsen av denne forstyrrelsen endret seg over tid, fra at SM er en viljestyrt handling, til at det dreier seg om en manglende evne til å snakke i visse situasjoner (se tabell F.5.1). Som for de fleste barnpsykiatriske forstyrrelser antar en et samspill mellom genetikk, temperament, utviklings- og miljøfaktorer, oppsummert under (for en oversikt om SM og en mer omfattende gjennomgang av dens etiologi, se (Cohan et al., 2006b, Muris and Ollendick, 2015, Hua and Major, 2016):

- *Genetiske faktorer.* SM, sosial tilbakeholdenhet og sosial angst går igjen i familier (Black and Uhde, 1995). En spesifikk gen-variasjon er funnet å være assosiert med både SM og sosial angst (Stein et al., 2011).
- *Temperament.* Et tilbakeholdent temperamentstrekk (fryktsomhet og unngåelse i ukjente situasjoner) er generelt assosiert med større risiko for senere angstlidelser (Hirshfeld-Becker et al., 2007). I overensstemmelse med sammenhengen mellom sosial angstlidelse og SM er det også en sammenheng mellom SM og adferdsmessig tilbakeholdenhet (Gensthaler et al., 2016a).
- *Utviklings-faktorer.* Barn med SM har høyere forekomst av flere utviklingsforstyrrelser. De mest vanlige er språkproblemer, men eliminasjonsforstyrrelser og forsinket motorisk utvikling er også hyppige. Det er et lite overlapp med autismspekter tilstander og med redusert intellektuell evne, selv om flertallet av barn med SM har IQ i normalvariasjonsområdet (Kristensen, 2000, Cohan et al., 2006b).
- *Miljømessige faktorer.* Tospråklige barn er overrepresentert. Overganger som skolestart og det å treffe nye mennesker kan utløse tilstanden, og er spesielt vanskelig for barn med SM. Til forskjell fra sjenerte barn som blir “varme i trøya” over tid, vil barn med SM fortsette å være tause og tilbaketrukne.

DIAGNOSE

Diagnostiske kriterier

- Selektiv mutisme er karakterisert ved en konsistent mangel på tale i spesifikke situasjoner (som skole, sosiale settinger) til tross for normal

tale i andre situasjoner (som hjemme) i DSM-5 (American Psychiatric Association (APA), 2013).

- DSM-5 spesifiserer at den selektive mangelen på tale skal ha vart minst en måned før diagnosen settes. *Unntaket er første måned på skolen da mange barn er tause i nye situasjoner, som ved skolestart.*
- Det understrekes at mangelen på tale ikke skyldes at barnet ikke har kjennskap til, eller er ukomfortabel med talespråket som kreves i den sosiale situasjonen.
- Den manglende talen forklares ikke bedre av en kommunikasjonsforstyrrelse (som stamming) og finner ikke eksklusivt sted i et forløp av autismspekter-tilstander, schizofreni, eller en annen psykotisk forstyrrelse.
- Barnets manglende tale skal ha innvirkning på fungering i det daglige – dvs. hindrer barnet i å fungere på skolen eller i sosiale interaksjoner.

SM kalles selektiv mutisme i ICD-11 (World Health Organization, 2018). Beskrivelsen tilsvarer den i DSM-5, og SM er nå inkludert i seksjon for “Angst eller frykt-relaterte forstyrrelser”. Eksklusjonskriteriene i ICD-11 inkluderer autisme spektrum forstyrrelser, schizofreni, and forbigående mutisme som del av separasjonsangst hos yngre barn.

Diagnostiske utfordringer

Det diagnostiske overlappet mellom SM og flere andre barnepsykiatriske forstyrrelser som ofte sees i klinikken, kan gjøre diagnostiseringen av SM vanskelig. Hverken DSM, eller ICD spesifiserer hvorvidt kriteriet “konsistent mangel på tale” innebærer ikke å snakke med voksne. Det bemerkes at noen barn med SM snakker eller hvisker til en «bestevenn» på skolen. En annen utfordring er hvorvidt *noe* tale i klassen (som i små grupper av elever, alene med lærer, eller med lærere og elever i små grupper) likevel kvalifiserer for diagnose. I disse tilfellene, kan støtte for eller mot diagnosen være graden av innvirkning mutismen har på barnets liv. Mer spesifikke retningslinjer finnes ikke, og avgjørelsen er derfor avhengig av klinikerens ferdighet og erfaring.

DIAGNOSTISK NØKKELSPØRSMÅL

Snakker barnet normalt i minst én situasjon (som hjemme) men er helt taus i andre situasjoner (som i barnehage/skole)?

- Hvis ja, be foreldrene å utdype den kliniske presentasjon av barnets taleadferd, hvor lenge mutismen har vart, og hva som er gjort med hvilken effekt, for å hjelpe barnet.

I tillegg:

- Forsikre deg om at barnet ikke har et hørselsproblem.
- Skaff informasjon om barnets generelle utviklingshistorie (oral-motorisk, motorisk, og språklig funksjon) for å utelukke akutt mutisme som følge av psykologisk traume eller ervervet hjerneskade.
- Informasjon om faglig funksjon i barnehage/skole er påkrevet.
- Undersøkelse av ikke-verbal evne til språk og tenkning (intelligens) er anbefalt.

Å diagnostisere SM hos tospråklige barn er særlig krevende. De blir ofte oversett- deres mutisme blir forstått som en følge av det nye språket. I denne undergruppen av barn med SM blir komorbide språkforstyrrelser ofte ikke oppdaget- maskert av mutisme og tospråklighet.

Å skaffe informasjon om, eller å utrede språklig evne på morsmålet, er essensielt. For diagnosen er hovedpoenget at mutismen må ha vart lenger og ikke stå i forhold til graden av kjennskap til og eksponering for andrespråket (Toppelberg et al., 2005).

Komorbiditet

Barn med SM vil ofte ha symptomer på andre angstlidelser, særlig sosial angstlidelse. Studier har funnet slik komorbiditet i omtrent 90 % av beskrevne kasus (Gensthaler et al., 2016b, Oerbeck et al., 2014).

Separasjonsangst er vanlig, særlig hos yngre barn. Likevel er skolevegring sjelden. Utviklingsforstyrrelser er hyppige. De vanligste er språkproblemer, eliminasjonsforstyrrelser og forsinket motorisk utvikling. Hos barn med SM er det funnet komorbide autismspektertilstander i <10% av beskrevne kasus og hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD) er sjelden (Kristensen, 2000).

Det har gjennom tidene vært en viss uenighet omkring forståelsen av opposisjonell adferd som kan sees hos noen barn med SM. Historisk har barn med SM vært beskrevet som kontrollerende, sta og opposisjonelle, ofte med antagelsen om at familie-dynamikken er et hovedproblem. Endringen i DSM-5, hvor SM forstås som en angstlidelse, heller enn en manifestasjon av opposisjonell adferd, er derfor betydningsfull.

Den største studien per i dag av barn med SM (n=130) fant at sosial angst var det mest sentrale tilleggsproblemet. I tillegg skåret rundt halvparten nær klinisk grense (borderline) for språkproblemer- en viktig påminnelse på at disse problemene lett oversees hos barn med SM.

45% hadde skårer nær klinisk grense (borderline) for opposisjonell adferd. Bare 12% hadde en "ren" sosial angst (Cohan et al., 2008). Forfatterne hevder at den opposisjonelle adferd barn med SM kan vise, ofte bare er tilstede i situasjoner som krever verbal kommunikasjon. Altså, de blir opposisjonelle og ikke-føyerlige dersom de presses til å snakke når de er for redde til å gjøre det.

Differensialdiagnostikk

De overlappende symptomer som ofte sees i klinikken kan gjøre diagnostisering vanskelig, særlig ved bruk av ICD-11 kriteriene som krever eksklusjon av gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, schizofreni og forbigående mutisme som del av separasjonsangst hos små barn. Ifølge DSM-5, bør SM ikke diagnostiseres hvis symptomene *forklares bedre av andre forstyrrelser* som kommunikasjonsforstyrrelser, autisme, schizofreni eller andre psykotiske lidelser.

Selv om det kan være krevende, understrekes betydningen av å diagnostisere komorbide utviklingsforstyrrelser. Grunnen er at disse kan tydeliggjøre barnets styrker og svakheter slik at hensiktsmessig støtte og intervensjon kan organiseres i barnehage eller skole. Dersom barnet viser flere sosiale- og kommunikative

Diagnostisering av SM hos tospråklige barn

- Mutismen skal ha vart i minst seks måneder
- Mutismen er tilstede på begge språk
- Det er assosierte symptomer på angst og tilbakeholdenhet.

forsinkelser, eller mutisme samtidig med annen uvanlig sosial adferd, er autismespekterforstyrrelser en mer sannsynlig primær diagnose.

Overlappet mellom SM og sosial angstlidelse er anerkjent i både DSM og ICD. For individer med sosial angstlidelse *og* mistanke om selektiv mutisme er det essensielt med en riktig diagnose. Det er nødvendig å hente inn informasjon fra flere kilder om den selektive tausheten. Å avfeie barn med SM som «bare» sosialt engstelige er potensielt skadelig.

UTREDNING

Diagnostisk vurdering av SM må basere seg på informasjon fra både foreldre og lærere for å sikre korrekt informasjon om barnets manglende evne til å snakke hensiktsmessig i visse sosiale situasjoner. Et multi-informant perspektiv er sentralt på grunn av tilstandens situasjonsbestemte karakter. Foreldre kan faktisk lenge være uvitende om barnets mutisme på skolen. Utredning inkluderer generelt en kombinasjon av diagnostisk intervju og spørreskjemaer fylt ut av foreldre og lærere, samt adferdsobservasjon av de små barna. Eldre barn kan bes om å nikke til spørsmål eller fylle ut skriftlige spørreskjemaer. Noen små barn med SM (4-5 år) er i stand til å fylle ut ”snakkekart” ved hjelp av en av foreldrene. Likevel, hvorvidt barn med SM kan gi informasjon i en ny stressende situasjon med ukjente voksne er meget varierende og ikke nødvendig for å stille diagnose.

Semi-strukturerte diagnostiske intervjuer

Det er to vanlig brukte diagnostiske intervjuer: *The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children: Present and Lifetime Version* (K-SADS-PL) (Kaufman et al., 2013) og *The Anxiety Disorder Interview for DSM-IV Child and Parent version* (ADIS-IV-C/P) (Albano and Silverman, 1996). Tilpasningen av ADIS til DSM-5 er under arbeid. Begge disse intervjuene er laget for barn i alderen 6-18 år, men en kan diagnostisere barn under seks år, så lenge en benytter adferdsbeskrivelser, og har en forståelse av barnets utviklingsnivå (Birmaher et al., 2009). Alternativt kan en benytte førskoleintervjuet “Preschool Age Psychiatric Evaluation” (PAPA) (Egger and Angold, 2004).

Siden SM er en angstlidelse, synes ADIS særlig relevant. ADIS vurderer angstlidelser, stemningslidelser, eksteraliserende vansker, tics, rusbruk og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser basert på DSM. Det inngår et nyttig “følelsetermometer” (skåres fra 0-8) hvor barn og foreldre kvantitativt kan rangere alvorlighetsgraden av angstsymptomer og grad av innvirkning på barnets funksjonsnivå. Rangering av angsten brukes som en hjelp i diagnostiseringen. Videre kan termometeret benyttes av eldre barn og foreldre som oppfølgende kontroll av angstnivået og også måle respons på behandling over tid.

Yngre barn kan være i stand til å benytte enklere visuelle modeller i form av håndtegnede eller ferdigtrykkede smilefjes og engstelige fjes i rangeringen. Et eksempel på et skole-snakkekart for yngre barn sees nedenfor. Avhengig av alder kan en be barnet peke på eller tegne stjerner i de situasjoner der de snakker. En kan også bruke fargerike huskelapper (post-it); som grønn for tale, gul for ikke-verbal kommunikasjon, og rød for mutisme. Eldre barn kan lage sine egne snakkekart, med lister over dem de snakker til, og mennesker de vil arbeide for å kunne snakke til i ulike situasjoner. Klinikere må være kreative for å engasjere barnet i prosessen.

PRAKTISKE RÅD VED UTREDNING

- De fleste barn med SM vil samarbeide godt i en strukturert testsituasjon hvis de er villige til å delta og er godt forberedt
- Foreldrene kan være til stede og assistere med presentasjonen av oppgavene dersom barnet ønsker dette
- Før testingen begynner, fortell barna at de ikke behøver å snakke til deg
- Vis frem testmaterialet og forklar de alternative svarmåtene, som peking, nikking og skriftlige svar (eldre barn)
- Barnet bør sitte ved siden av undersøkeren, ikke rett overfor, slik det er vanlig ved testing, for å unngå direkte øyekontakt som ofte gjør barn med SM ukomfortable. I denne posisjonen kan både barnet og undersøkeren fokusere på testmaterialet foran seg
- Tester på reseptivt språk som ikke går på tid (høyere skåre ved raske svar) er å foretrekke da barn med SM kan bruke tid på å svare fordi de er redde for å gjøre feil
- En brukbar test er "Peabody Picture Vocabulary Test" (PPVT) (Dunn and Dunn, 2007) hvor klinikerer sier et ord og barnet peker på det korresponderende bildet blant flere alternativer. Andre ikke-verbale tester ment for et raskt estimat av verbal evne, faglig nivå og intelligens kan også benyttes
- For evaluering av eventuelle artikulasjonsproblemer og barnets pragmatiske språk, kan foreldre oppfordres til å bruke en digital opptager for å dokumentere tale i dagligdage situasjoner hjemme (som lek, snakke med et søsken eller med foreldre).

Spørreskjemaer

Generelle

Flere spørreskjemaer om angstsymptomer er mulig å bruke (se [kapittel F1 i denne læreboken](#)). En som er fritt tilgjengelig også i norsk versjon er [Revised Children's Anxiety and Depression Scale \(RCADS\)](#) som også inkluderer et screening spørsmål om snakking:

Nr 38. *Barnet mitt føler seg redd hvis han/hun må snakke foran klassen.*

Svar-alternativene er "Aldri", "Noen ganger", "Ofte" and "Veldig ofte", og en engelsk brukermanual er tilgjengelig på nettsiden.

Selektiv mutisme spørreskjemaer

De mest brukte standardiserte spørreskjemaer ble utviklet av Lindsey Bergman og finnes blant annet i hennes manual for behandling av SM (Bergman, 2013). Det er en versjon for foreldre "The Selective Mutism Questionnaire" (SMQ) (Bergman et al., 2008) og en for lærere "School Speech Questionnaire" (SSQ) (Bergman et al., 2002).

Svaralternativene er: aldri (0), sjelden (1), ofte (2), og alltid (3). Selv om en kan lage en sumskåre som et uttrykk for alvorlighetsgraden av mutisme, er disse spørreskjemaene ment benyttet som kvantitative mål; det er *ingen diagnostisk grenseverdi* (cut-off). Diagnose skal baseres på den kliniske undersøkelsen. SM skjemaene er nyttige som mål på SM symptomer før, i løpet av, og etter behandling. Foreldreversjonen rangerer tre ulike situasjoner: skole, hjemme, og i sosiale situasjoner utenom skolen. Subskala-skårer og totalskåre kan lages. Lærerversjonen skåres av lærer ut fra snakking i skolesituasjonen (se Appendix F.5.5 og F.5.6).

Eksempel på snakkekart, yngre barn, skoleversjon

Snakkekart er til hjelp ved vurdering av selektiv mutisme. Avhengig av alder kan en be barnet om å peke på eller tegne stjerner i de situasjoner der de snakker eller bruke fargerike huskelapper (post-it); for eksempel grønn for tale, gul for ikke-verbal kommunikasjon, og rød for mutisme. Kartet kan gi informasjon om hvordan barnet vurderer sin tale i ulike situasjoner. Det kan også brukes til å evaluere endring over tid.

Barnets navn: _____ Alder: _____

Hvem hjalp til med å fylle ut kartet: _____ Dato: _____

På vei til skolen



I klasserommet



I liten gruppe



Alene med lærer eller andre voksne (hvem?)



I andre rom på skolen



Under måltider



Ute i friminuttet



Elisa Shipon-Blum har utviklet et skjema “*The Social Communication Anxiety Inventory; S-CAI*”, en norsk utgave finnes i vår veileder om selektiv mutisme (Lundahl et al., 2012). S-CAI tydeliggjør variasjonen i adferden til barn med SM ved å utvide alternativene for barnets respons: ikke-kommunikativ, ikke-verbal, overgangsfase og verbale stadier (se eksempel fra “hjemme-” situasjonen under).

The Frankfurt Scale for the Assessment of Selective Mutism (FSSM) av Angelika Gentshaler inkluderer både en diagnostisk skala og en skala for alvorlighetsgrad. Det finnes tre utviklingstilpassede versjoner av FSSM: For barnehagebarn i alderen 3-7 år (FSSM 3-7), for skolebarn 6-11 år (FSSM 6-11) og for ungdommer 12-18 år (FSSM 12-18). Den tyske versjonen er validert (Gentshaler et al, 2018).

BEHANDLING

I forståelsen av behandling kan det være nyttig å ta hensyn til tre grupper av faktorer:

- 1. Sårbarhetsfaktorer** (genetikk, temperament (adferdsmessig tilbakeholdenhet), sosial angst, og utviklingsforstyrrelser). Fokus for behandling er ikke å endre barnets temperament. Dersom utviklingsforstyrrelser er tilstede, må tilrettelagt støtte settes inn i skolen.
- 2. Utløsende faktorer** (overganger og uventede hendelser slik som å starte i barnehagen eller på skolen, migrasjon, bruk av et nytt språk). Barn med SM profitterer meget på forberedelse, på trening, og ved å få mer tid til å tilpasse seg en ny situasjon eller overgang, så vel som på et strukturert miljø hvor de vet hva som venter dem.
- 3. Opprettholdende faktorer** (adferd til mennesker som omgir barnet). Det er to fallgruver. Den ene er å akseptere barnets unngåelseadferd, snakke for dem og akseptere deres manglende evne til å bedre sin kommunikasjon. Den andre er å forvente kommunikasjon barnet ikke er i stand til å imøtekomme i akkurat den situasjonen. Selv om det kan være godt ment, er ingen av disse to holdningene til hjelp, de

Eksempler fra SCAI, Elisa Shipon-Blum

Kryss av for barnets vanlige funksjonsnivå	Ikke kommunikativ	Ikke verbal Respons	Ikke verbalt Initiativ	Overgangsfase (hviske, lage lyder)	Verbal Respons	Verbalt Initiativ
Hjemme						
- med familie						
- med jevnaldrende (mindre kjente)						
- med jevnaldrende (godt kjente)						

gjør at barnet føler seg mer ukomfortabel og kan øke symptomene (se tekstboks om anbefalt adferd).

SM anses generelt for å være vanskelig å behandle og det er få effektstudier av høy kvalitet. Behandlingslitteraturen har vært dominert av kasus studier eller kasus-serier som inneholder en meget variert rekke behandlingstilnærminger som i stor grad reflekterer behandlernes teoretiske orientering. Det er fortsatt lite data på effekt av behandling og prediktorer for bedring. De få langtids-oppfølgingsstudiene som finnes er retrospektive, med lite spesifikk informasjon om den behandling som ble gitt på klinikkene for lenge siden. En oversiktsstudie om psykososial behandling fra 2006 slo med en viss forsiktighet fast at kognitiv adferdsterapi (CBT) var å anbefale (Cohan et al., 2006a). I senere år har evidensbasert CBT, spesielt tilpasset barn med SM blitt utviklet (Klein et al., 2016, Bergman, 2013, Oerbeck et al., 2014). Alle behandlingstilnærmingene argumenterer for tidlig intervensjon, og selv om de er litt ulike i design, frekvens, varighet, og lokalisering av behandlingssesjonene, er det slående likheter mellom dem, og med pionerarbeid på behandling av SM fra britiske, kanadiske og amerikanske grupper (Johnson and Wintgens, 2016, McHolm et al., 2005, Kearney, 2010). En annen kanadisk gruppe har publisert en oversiktsartikkel om behandling av SM som inkluderer psykososial behandling og bruk av medikamenter (Manassis, 2009).

Psykososial behandling

For enkelthets skyld, er nøkkelfaktorer for behandling beskrevet under. Deretter presenteres en kort oversikt over evidensbaserte intervensjoner, illustrert med noen kasuseksempler.

- Intervensjoner involverer oftest flere faggrupper og har fokus på å minske angsten, øke den sosiale tale og å lette SM-relatert innvirkning på dagliglivet.
- Alle tilnærmingene legger vekt på den adferdsmessige komponenten av CBT, da symptomet mutisme og i mange tilfeller barnets unge alder vanskeliggjør kognitiv restrukturering. Graderte eksponeringsoppgaver og belønning ved snakking benyttes (reward contingency).
- Foreldreinvolvering er essensiell. Det er påkrevet med psykoedukasjon om SM og informasjon om hvordan de best kan hjelpe barna sine ved å redusere adferd som opprettholder den (for eksempel å kommunisere for sitt tause barn) og skape kommunikasjonsmuligheter i lav-angst-situasjoner både hjemme og ute. Se tekstboks for foreslått litteratur til bruk for barn med SM, nøkkelpunkter i forhold til jevnaldrende og andre rundt barnet, og link til en engelsk foreldrebrosjyre: [information leaflet offered by SMIRA](#), en brisk støttegruppe for SM. En norsk informasjonsbrosjyre er også tilgjengelig, se appendix F.5.7.
- Omfattende involvering og koordinering med lærere er nødvendig da barn med SM oftest har mest symptomer på skolen. Psykoedukasjon om SM, konsultasjoner i løpet av behandlingen og enkle eksponeringsoppgaver på skolen benyttes.
- Siden barn med SM ofte ikke snakker til terapeuten er det viktig å ha en strategi som sørger for at barnet blir engasjert. Sentralt i så måte er å

Nyttige psykoedukative ressurser for barn med selektiv mutisme og deres familier
(Klikk på bildet for å få mer informasjon)





hente inn informasjon om hva barnet virkelig liker, bruke morsomme favoritt leker/spill og gjøre belønningene attraktive for den enkelte.

- Et hovedmål i behandlingen er å minske angsten for å snakke og la barnet kjenne seg mer komfortabel ved ikke å forvente at barnet ser direkte på behandleren. Dette kan virke som en paradoksal intervensjon som motarbeider det endelige målet om å øke snakkingen. Likevel er dette sentralt for å få barn med SM til å slappe av og engasjere seg i kommunikasjon med ukjente i nye situasjoner.

Integrert Adferdsterapi ved SM utviklet av Lindsey R Bergman

Denne behandlingen gjøres på klinikken av erfarne klinikere med foreldredeltagelse og benytter graderte eksponeringsøvelser mot den fryktede situasjon (verbal kommunikasjon) (Bergman, 2013). Behandlerne kommuniserer tett med lærere for å sikre relevante eksponeringsøvelser på skolen. En pilot randomisert kontrollert studie av 21 barn (4-8 år) fant en signifikant økning av tale etter behandling og ingen endring i ventelistekontroller (Bergman et al., 2002). Et viktig funn var at 67% av barna som fikk behandling ikke lenger fylte kriteriene for diagnosen SM, og den kliniske bedringen var opprettholdt ved oppfølging tre måneder etter (Bergman et al., 2013). Diagnostisk komorbiditet

Foreslåtte råd til jevnaldrende

De fleste mennesker er redde for noe. Dette barnet synes det er vanskelig å snakke. Det er noe vi kan gjøre for å hjelpe ham/henne til å snakke. Sånn kan du hjelpe:

- Når noen ikke snakker kan andre føle seg ukomfortable sammen med den personen. Vær vennlig mot barnet og prøv å få ham/henne med i leken
- Ikke snakk om at dette barnet ikke snakker til andre og generelt, ikke snakk for barnet
- Ikke lag oppstyr dersom barnet begynner å snakke, bare fortsett med det du holder på med.

ble ikke undersøkt, men signifikant reduksjon i symptomer på sosial angst ble rapportert av foreldre, dog ikke av lærere. Se Appendix F.5.1 for en oversikt av de 20 sesjonene i Bergman's behandlingstilnærming.

Bergman's manual har skjemaer og diagrammer som er hjelpsomme i utredning og behandling av SM, inkludert forslag til eksponeringsøvelser. Strukturerte oppgaver, planlagte belønninger, beskrivelse av effekt (hvordan det gikk) og barnets rangering av følelsen underveis er sentrale komponenter, Se Appendix F.5.2 and F.5.3 for oversatte eksempler. Klikk her for å laste ned engelskspråklig materiale fra [manualen hennes](#).

Sosial Kommunikasjon Angst Behandling utviklet av Elisa Shipon-Blum.

Denne behandlingen (*Social Communication Anxiety Treatment; S-CAT*) gjennomføres også på klinikken, benytter graderte eksponeringsoppgaver og konsulterer lærere for å sikre en god forståelse av SM og relevante eksponeringsoppgaver på skolen. Behandlingen består av ni ukentlige sesjoner og tar i bruk omfattende overføring av ansvar til foreldre mellom sesjonene for å fremme generalisering av behandlingseffekt. S-CAT tar i bruk adferdsmessige og kognitive strategier for å hjelpe barn med å kommunisere i et eget rammeverk av verbaliseringsstrategier (se Appendix F.5.3) med økende vanskelighetsgrad ved bruk av en trygghet i sosial kommunikasjonsskala (engelsk detaljert beskrivelse finnes [her](#)).

En pilotstudie av SCAT programmet, uten en kontrollgruppe, som inkluderte 40 barn med SM i alderen 5-12 år fant at foreldre beskrev en signifikant økning av tale. Mindre alvorlige SM symptomer og høy grad av at foreldre tok i bruk eksponeringsøvelser med barnet var assosiert med bedre resultat (Klein et al., 2016). En engelskspråklig beskrivelse av Shipon-Blum's S-CAT program er [her](#).

En mors spørsmål

Min datter M er 8 år og går i annen klasse. Hun har alltid vært veldig sjenert og snakket bare med min mann og meg, min sønn, sine besteforeldre og noen tanter og onkler. I dag snakker hun til alle i nærmeste familie. På skolen kan hun bare snakke til gymlæreren når de er alene. Vi har vært til behandling et års tid nå [...] Behandleren og jeg forsøker å gi lærerne hennes informasjon om SM. Jeg har fulgt henne inn før de andre barna kommer, og noen ganger leser hun noen ord foran læreren sin. Jeg har også tatt opp hennes muntlige bokrapporter så læreren kan høre dem. M har en veldig god venn som hun snakker med på skolen. Hun føler seg komfortabel med denne vennen og har via henne fått nye venner og deltar i etter-skole-aktiviteter. Lærerne hennes, spesielt gym læreren, mener M bruker denne jenta som en krykke. De vil skille dem neste år. Jeg er helt imot dette fordi M er mindre engstelig når hun er sammen med denne jenta. Jeg vet hvor frustrerende det er når du ikke får noen kommunikasjon. Jeg tror læreren tenker at hun kan kurere M ved å holde henne borte fra venninnen. Men jeg tenker at det å la M få fortsette å være sammen med barn hun er komfortabel med bare vil hjelpe henne. De synes å tro at hun behøver noen andre venner. M har andre venner, hun kan bare ikke ta initiativ til vennskap på egen hånd.

Mitt spørsmål til deg er, "burde M skilles fra den eneste jenta hun er komfortabel med å snakke til?"

Hva tror du?

Greta

Greta var en 5 år gammel pike med SM fra 3 års alder, da hun startet i barnehagen. Hun var tospråklig med mutisme på begge språk. Hennes tenåringsbror hadde fortsatt SM til tross for lang kontakt med psykisk helsevern.

Da hun ble introdusert for eksponeringsøvelser under de tre hjemmebesøkene snakket Greta spontant til behandleren i sesjon 2 når de spilte hennes yndlingsspill. Hun fortsatte å snakke til behandleren når behandlingen fortsatte i et eget rom i barnehagen. Hun var ivrig engasjert i å lage en rangeringsliste over mennesker som skulle bli invitert inn, og foretrakk å begynne med et jevnaldrende barn. Interessant nok var den første hun inviterte en sjenert og tilbakeholden pike- Greta fortalte behandleren at hennes venninne også trengte denne form for hjelp!

Etter 6 uker begynte Greta å hviske til jevnaldrende utenfor øvelsesrommet, og i løpet av 2 uker snakket hun fritt til barn og voksne. Ved oppfølging 5 år senere snakket hun fortsatt i alle situasjoner og hadde ikke symptomer på sosial angst.

Hjem- og skole basert intervensjon for SM av Hanne Kristensen og hennes gruppe

Denne behandlingen starter i hjemmet, hvor barnet føler seg mest trygg og mer sannsynlig vil begynne å snakke, og behandlingen fortsettes på skolen hvor symptomene er mer alvorlige. Denne tilnærmingen ansees å kunne være særlig nyttig i grisevendte strøk der det mangler ekspertklinikker. En lærer eller en annen nøkkelperson kan gjennomføre intervensjonen under veiledning fra en kliniker. Se Appendix F.5.4 for en oversikt over den hjem- og skolebaserte intervensjonen.

Vi fant god effekt av behandling i en pilotstudie av syv førskolebarn diagnostisert med langvarig SM (gjennomsnittlig 20 måneder) (Oerbeck et al., 2012). Seks av de syv barna snakket fritt i alle førskole-situasjoner etter gjennomsnittlig 14 ukers behandling, og gjorde det fortsatt ved 1.5 års oppfølging. I en randomisert kontrollert studie som inkluderte 24 barn med SM (alder 3 -9 år), fant vi en signifikant økning av tale etter tre måneders behandling og ingen endring hos venteliste-kontroller (Oerbeck et al., 2014).

En langtidsoppfølging av 30 av i alt 32 barn (alder 3-9 år) som har gjennomført denne behandlingen i Norge viste ifølge foreldre og lærere at 21 av 30 barn ikke lenger fylte diagnostiske kriterier for SM. Fire barn hadde fortsatt SM og fem delvis remisjon (det vil si at de snakket i noen, men ikke alle skolesituasjoner). Informasjon fra barna selv ble inkludert i denne oppfølgingsundersøkelsen, og barna vurderte sin globale livskvalitet som god. (Oerbeck et al., 2018).

Farmakologi

Bruk av medikamenter til barn med SM er for det meste “off label” (bruk av markedsførte legemidler på en annen måte enn angitt i felleskatalogen) på grunn av liten empirisk evidens; derfor bør medikamenter vurderes bare i helt spesielle tilfeller. Per i dag er det to små blind- studier, en for fluoksetin og den andre for sertralin (Manassis et al, 2016). Medikamenter som benyttes er primært basert på funn ekstrapolert fra behandling av andre angstlidelser. Det er viktig å være klar over dette og forklare rasjonale for å bruke medikamenter — som mangel på respons på psykologisk behandling, den sterke sammenhengen mellom SM og sosial angstlidelse (Compton et al, 2014). Disse momenter kan gjøre at familier ofte lurer på om det er verdt å risikere eventuelle bivirkninger. Likevel, risikoen for forverring av sosial- og akademisk fungering kan være stor hvis SM ikke behandles effektivt, og medikamenter har potensiale for å bedre funksjon på disse områder (Manassis & Tannock, 2008). Dersom angsten bedres med medikamenter vil noen barn vise raskere fremgang i den psykososiale behandling. Det er også betryggende for familier dersom en forsikrer om at respons på medikamentet (positiv eller negativ) vil følges nøye opp, og at det er en plan for å avslutte bruk av medikamenter så snart barnet snakker normalt i de fleste sosiale situasjoner.

Når kan medikamenter være nyttige ved SM?

I kaseksemplet hadde symptomene vedvart over to år til tross for intensiv psykososial behandling. Forsøket på en “ny start” med flytting til ny skole hadde ikke hjulpet og hennes sosiale funksjon var tydelig forverret. Disse hendelser syntes å gi grunn for bruk av medikamenter. Likevel, spørsmålet om når en skal bruke

medikamenter ved SM er ikke lett å svare på. Når en skal vurdere for og imot å anbefale medikamenter må en overveie flere faktorer:

- Begrenset evidens for effekt og mulige bivirkninger, særlig hos prepubertale barn
- Medikamenter bør bare brukes sammen med psykososial behandling, ikke som behandling alene, selv om ytterligere studier av slik kombinasjonsbehandling er nødvendig (Ostergaard 2018)
- Det må være klart at barnet ikke har hatt effekt av psykososial behandling alene og at symptomene er alvorlige og funksjonshemmende. Det diskuteres om hvor lenge en psykososial behandling skal vare før en legger til medikamenter, men de fleste forfattere foreslår flere måneder
- Fordi eldre barn kan synes å ha noe lavere respons på psykososial behandling enn yngre barn (Oerbeck et al., 2015), kan medikamenter vurderes tidligere hos eldre barn. Medikamenter kan også vurderes tidligere i områder der psykososial behandling er vanskelig tilgjengelig.
- Klinikeren må vurdere potensiell nytte mot risiko av medisiner for hvert enkelt barn og hjelpe barnet og familien til også å forstå disse.



Klikk på bildene for å se dokumentaren (Hjelp meg å snakke) som følger to barn med selektiv mutisme. Del 3 (over, 14:05) og del 4 (under, 13:11) illustrerer aspekter av psykologisk og farmakologisk behandling.



Ellen

Ellen var en 6½ år gammel jente da hun kom til vurdering. Hun hadde flyttet til Europa med familien fra Sørøst Asia da hun var tre år gammel. Hjemme snakket hun flytende både på det lokale språket og på morsmålet. Ellen ble av foreldrene beskrevet å ha vært en stille og sjenert jente hele livet, men hadde ellers vist en normal utvikling. Ved start i barnehagen var hun helt taus, og i skoleklassen var læreren fornøyd med å ha en så føyelig elev som ikke forstyrret. Hun forsikret foreldrene om at Ellen nok ville delta aktivt så snart hun vennet seg til sitt nye miljø. Imidlertid snakket ikke Ellen på skolen det året eller året som fulgte.

Ellen ble henvist til barnepsykiatrisk vurdering ved slutten av første klasse fordi læreren hadde problemer med å vurdere hennes akademiske fremgang på grunn av hennes taushet. Ellen ble diagnostisert med SM. Ikke-verbal kommunikasjon med jevnaldrende ble observert og hadde resultert i noen vennskap. Hun ble ofte inkludert i lek med jevnaldrende og flere av dem snakket for henne i klassen. Klinikeren som vurderte Ellen foreslo adferdsterapi for å øke snakkingen hennes. Familien var imidlertid overbevist om at en "ny start" på en annen skole neste semester ville løse problemet, så de foreslåtte intervensjonene ble ikke satt i gang.

På sin nye skole i annen klasse snakket Ellen fortsatt ikke. Videre hadde hun mistet kontakten med jevnaldrende fra den gamle skolen og ble mobbet på den nye skolen. Hun ble mer og mer tilbaketrukket, og la hodet på pulten det meste av dagen uten å se opp. Skolen sørget for at en logoped arbeidet med Ellen og introduserte et adferdsmodifiserende program som tidligere hadde vist seg å øke tale hos barn i lignende saker, men 4 måneder senere var det ingen fremgang. En ny barnepsykiatrisk vurdering ble gjennomført — Ellen var da 7½ år gammel — og medikamenter ble anbefalt. Når de så hvordan datterens tilstand forverret seg var foreldrene villige til å vurdere denne muligheten.

Fluoksetin 10mg daglig ble påbegynt. Ellen tålte medisinen godt uten bivirkninger. Seks måneder senere ble hun observert smilende, men fortsatt uten å snakke, til tross for vedvarende arbeid fra logopeden med det adferdsmodifiserende programmet. Dosen ble øket til 15mg per dag (20mg og 10mg kapsler i alternerende dager). Etter tre uker begynte hun å hviske til jevnaldrende. Etter nye fire uker startet hun å snakke med læreren alene. Ellen fortsatte på medisiner og fikk også beholde læreren i tredje klasse noe som resulterte i normal sosial tale, vennskap og akademisk fremgang det året. Medikasjonen ble trappet ned rett etter start i fjerde klasse da Ellen fortsatte å snakke normalt i alle situasjoner.

Som for mange andre barnepsykiatriske tilstander der studier mangler om hva som er optimal dose, gjelder generelt regelen "start lavt og ta det rolig" når man forskriver medikamenter for SM.

Valg av medikament

Fluoksetin er det mest studerte selv om det finnes rapporter om andre selektive serotonin reopptakshemmere (SSRI) og også om to monoaminoksidasehemmere (MAOH): fenelzin (registreringsfritak i Norge), og moklobemid (Manassis et al., 2016). Bruk av MAOH hos barn bør unngås gitt de potensielle bivirkninger og interaksjon med matvarer. Vi anbefaler å starte med fluoksetin og bytte til sertralin hvis det er dårlig toleranse eller manglende respons.

Hvordan bør medikamenter foreskrives?

Yngre barn (under omlag 7 år) kan starte med 5mg fluoksetin per dag, enten i flytende form eller (hvis ikke tilgjengelig) ved å ta en 10mg kapsel hver annen dag. På grunn av lang halveringstid, kan fluoksetin-dosen titreres ved å tilpasse antall kapsler per uke. Dersom en bytter til sertralin, bør 12.5 mg per dag foreskrives initialt (det vil si en halv 25mg kapsel). Som i eksempelet med Ellen, kan doseendringer være nødvendig fordi barn varierer i farmakokinetikk, noe som tilsier individuell vurdering dose-effekt og toleranse.

Det er fornuftig å overvåke barnets vekt som noen ganger kan påvirkes av medikament-relatert kvalme, spesielt tidlig i behandlingen. Adferdsmessig aktivisering, en mulig negativ effekt av SSRI er ikke uvanlig hos barn (Strawn et al., 2015), og kan kreve en reduksjon av dose eller endring av medikament. Muligheten for en økning i selvmordsadferd, selv om det er uvanlig (Bridge et al., 2007), bør nevnes for familien og nødvendige tiltak settes i gang for å sørge for barnets sikkerhet. Når en vurderer effekt av behandling, er det viktig å få informasjon fra lærere så vel som foreldre, og fra barnet, når det etter hvert kommuniserer noe. Når barna er medisinerer, ser en ofte ikke bedring i hjemmesituasjonen hvor symptomene typisk er mindre alvorlige, mens de er mer synlige på skolen. Bedring kan ta tid: typisk to til fire uker for angstreduksjon på optimal dose, men ofte ytterligere flere uker før denne endring overføres til med hensiktsmessig verbal kommunikasjon. Jevnlig oppfølging, det vil si hver annen uke er ideelt for å følge med på negative effekter, tilpasse dose og fortsette med psykososial behandling.

Å trappe ned på medikasjon om sommeren er generelt ikke å anbefale da skolestart om høsten ofte er utfordrende for barn med SM, og kan noen ganger gi tilbakefall. Likevel, når barnet snakker normalt i de fleste sosiale situasjoner og har etablert god sosial- og akademisk funksjon bør klinikerer trappe ned medikasjonen. Oftest gjøres dette ved å redusere dose, vente noen få uker for å se om symptomene dukker opp igjen, redusere dosen ytterligere, vente igjen og deretter stoppe medikasjon hvis symptomene ikke kommer tilbake. Dersom symptomene kommer tilbake, økes medikasjonen til den sist fungerende laveste dose. Deretter kan medikamentdosen re-evalueres hver sjettede måned omtrent, for å sikre at barnet fortsetter på lavest mulig dose. Nytte- og risiko av langtids medisinerer er foreløpig ukjent.

KULTURELLE ASPEKTER

Grensene mellom normalitet og patologi varierer mellom kulturer. Derfor vil det være forskjellig om en adferd ansees som problematisk. Terskelen for toleranse for situasjonsbestemt taushet varierer på tvers av kulturer, sosiale sammenhenger,

Når barnet viser fremgang med sosial tale er det viktig å opprettholde medikasjon i noen få måneder for å optimalisere effekt av samtidig psykososial behandling, la barnet få utvikle trygghet på sine nye sosiale evner og unngå tilbakefall.

og familier. Men for SM - det vil si i form av selve lidelsen – vil omtrent alle kulturer (selv der hvor sjenanse og det å være fâmælt ansees som en positiv kvalitet) vurdere oppførselen som avvikende og foreldre vil ønske hjelp for å bedre barnets fungering

Vi mener at de kulturelle aspekter som krever sensitivitet når det gjelder SM har å gjøre med behandling:

- Internasjonalt er det en variasjon i hva slags vekt man legger på barnets evne til å presentere muntlig stoff på skolen. Det varierer også hvor mye press som ansees akseptabelt for å hjelpe et barn til å øke snakkingen sin.
- Når det gjelder psykososial behandling, varierer det fra land til land om helsepersonell tillates å hjelpe barna hjemme eller på skolen.
- Hva gjelder farmakologisk behandling, er det stor variasjon når det gjelder hvor villige folk er til å bruke medikamenter. I mange land er slik behandling regnet som “off label”— som innebærer at leger forskriver medikamenter på en annen måte enn det som er offisielt godkjent av helsemyndighetene, vanligvis fordi det mangler god nok evidens for effekt.

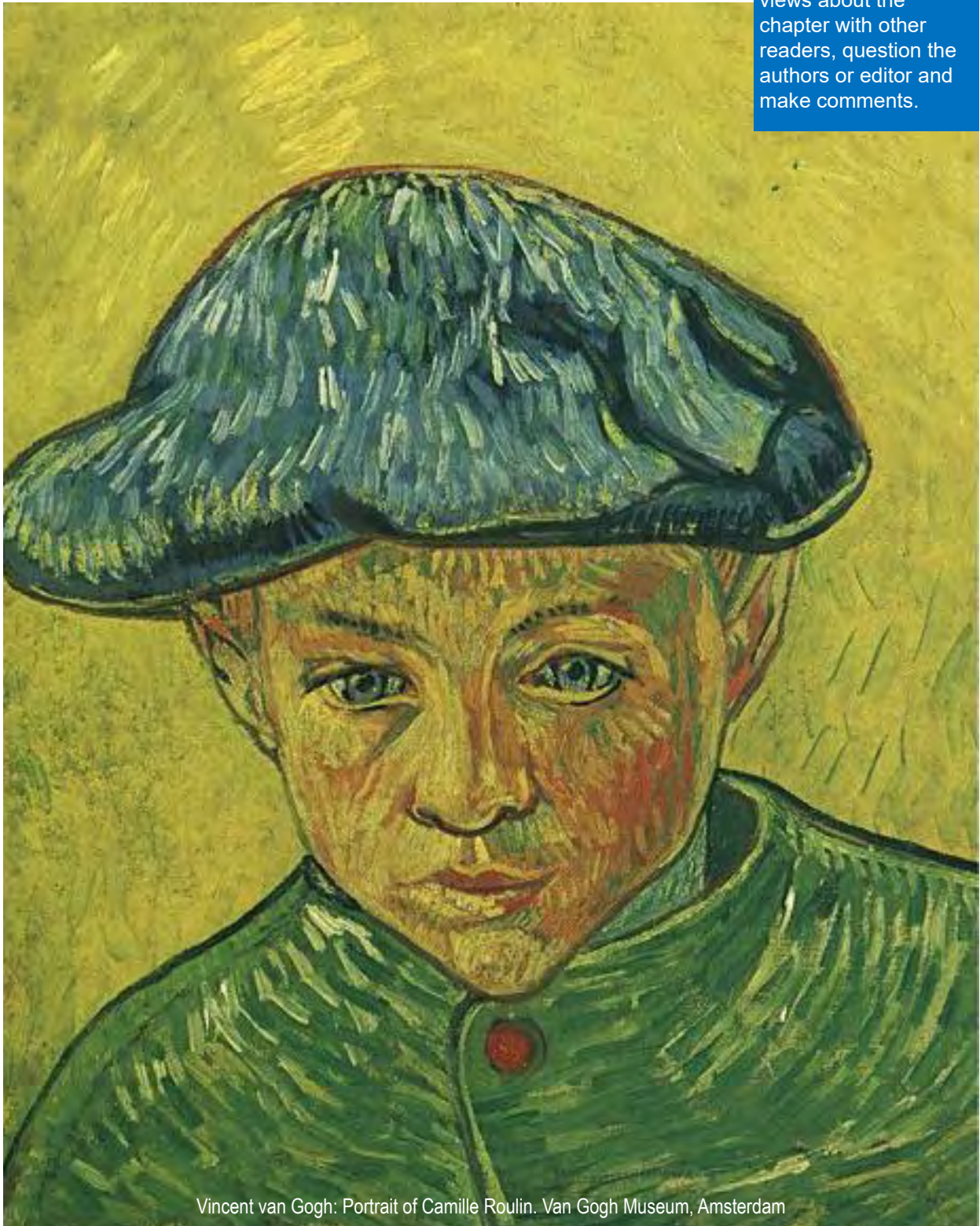
HOVEDPUNKTER

- SM er en relativt sjelden angsttilstand hos barn som medfører en betydelig svikt i sosial- og akademisk fungering
- Kardinalsymptomet ved SM er en konsistent mangel på tale i spesifikke situasjoner (skole, sosiale settinger) til tross for normal tale i andre situasjoner (hjemme)
- SM går i familier og er assosiert med temperamentstrekket adfermessig tilbakeholdenhet
- Komorbide tilstander forekommer ofte, særlig andre angstlidelser og utviklingsforstyrrelser, som det er viktig å utrede barnet for
- Utredning krever erfaring, sensitivitet og detaljert informasjon fra foreldre og lærere, så vel som evaluering av barnet
- Det finnes behandling for SM
- Psykoedukasjon og adferdsmodifiserende tiltak er nødvendige første skritt
- Deretter er en strukturert behandlingstilnærming, som fokuserer på gradvis eksponering for den fryktede oppgaven (å snakke) med belønning for snakking, den behandling man bør velge
- Medikamenter er indisert der det er ingen, eller kun delvis respons på psykososial behandling. Medikasjon kan vurderes tidligere der evidensbasert psykososial behandling ikke er tilgjengelig.
- Medikasjon bør brukes sammen med psykososial behandling for SM, ikke alene
- Per i dag er det ingen medikamenter som er generelt godkjent for barn og unge med SM. Likevel, eksisterende studier peker på en forsiktig optimisme når det gjelder SSRI
- Hvis SM forblir ubehandlet er tilstanden assosiert med en kraftig forhøyet risiko for andre psykiatriske lidelser (særlig angstlidelser) så

vel som fortsatt svikt i sosial- og akademisk fungering, vilje ikke snakker eller er et resultat av et traume). Denne sesjonen er viktig for å sikre en felles evidensbasert forståelse av SM, og hvordan en best kan hjelpe barnet.

- Do you have questions?
- Comments?

[Click here to go to the Textbook's Facebook page to share your views about the chapter with other readers, question the authors or editor and make comments.](#)



Vincent van Gogh: Portrait of Camille Roulin. Van Gogh Museum, Amsterdam

REFERENCES

- Albano AM, Silverman WK (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV*. San Antonio, TX: Graywind Publications Inc.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bergman LR (2013). *Treatment for Children with Selective Mutism. An integrative Behavioral approach*. New York: Oxford University Press.
- Bergman LR, Keller ML, Piacentini J et al (2008). The development and psychometric properties of the Selective Mutism Questionnaire. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37:456-464.
- Bergman LR, Piacentini J, Mccracken JT (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41:938-946.
- Bergman RL, Gonzalez A, Piacentini J et al (2013). Integrated behavior therapy for selective mutism: A randomized controlled pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 51:680-689.
- Birmaher B, Ehmann M, Axelson DA et al (2009). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS-PL) for the assessment of preschool children. A preliminary psychometric study. *Journal of Psychiatric Research*, 43:680-686.
- Black B, Uhde TW (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34:847-856.
- Bridge JA, Iyengar S, Salary CB (2007). Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA*, 297:1683-1696.
- Carbone D, Schmidt LA, Cunningham CC et al (2010). Behavioral and socio-emotional functioning in children with selective mutism: A comparison with anxious and typically developing children across multiple informants. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 1057-1067.
- Cohan SL, Chavira DA, Shipon-Blum E et al (2008). Refining the classification of children with selective mutism: a latent profile analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37:770-784.
- Cohan SL, Chavira DA, Stein MB (2006a). Practitioner review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: a critical evaluation of the literature from 1990-2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47:1085-1097.
- Cohan SL, Price JM, Stein MB (2006b). Suffering in silence: Why a developmental psychopathology perspective on selective mutism is needed. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27:341-355.
- Compton SN, Peris TS, Almirall D et al (2014). Predictors and moderators of treatment response in childhood anxiety disorders: results from the CAMS trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82:212-224.
- Dunn LM, Dunn DM (2007) *Peabody Picture Vocabulary Test-IV*. San Antonio, TX: Pearson Assessments.
- Egger HL, Angold AC (2004). The preschool age psychiatric assessment (PAPA): A structured parent interview for diagnosing psychiatric disorders in preschool children. In: Delcarmen-Wiggins R & Carter A (eds) *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment*. Oxford: Oxford University Press.
- Gensthaler A, Dieter J, Raisig S et al (2018). Evaluation of a novel parent-rated scale for selective mutism. *Assessment*, <https://doi.org/10.1177/1073191118787328>
- Gensthaler A, Khalaf S, Ligges M et al (2016a). Selective mutism and temperament: the silence and behavioral inhibition to the unfamiliar. *European Child & Adolescent Psychiatry*. DOI: 10.1007/s00787-016-0835-4
- Gensthaler A, Maichrowitz V, Kaess M et al (2016b). Selective mutism: The fraternal twin of childhood social phobia. *Psychopathology*, 49:95-107.
- Hirshfeld-Becker DR, Biederman J, Henin A et al (2007). Behavioral inhibition in preschool children at risk is a specific predictor of middle childhood social anxiety: A five-year follow-up. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28:225-233.
- Hua A, Major N (2016). Selective mutism. *Current Opinion in Pediatrics*, 28:114-120.
- Johnson M, Wintgens A (2016). *The Selective Mutism Resource Manual, 2nd ed*. Brackley, UK: Speechmark Publishing.
- Kaufman J, Birmaher B, Axelson D et al (2013). *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children: Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) 2013 Working draft*. New Haven, Yale University, Child and Adolescent Research and Education.
- Kearney CA (2010). *Helping Children with Selective Mutism and their Parents: A Guide for School-Based Professionals*. New York, NY: Oxford University Press.
- Klein ER, Armstrong SL, Skira K et al (2016). Social Communication Anxiety Treatment (S-CAT) for children and families with selective mutism: A pilot study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* DOI: 10.1177/1359104516633497
- Kristensen H (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39:249-256.
- Manassis K (2009). Silent suffering: understanding and treating children with selective mutism. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9:235-243.
- Manassis K, Oerbeck B, Overgaard KR (2016). The use of medication in selective mutism: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 25:571-578.

- Manassis K, Tannock R (2008). Comparing interventions for selective mutism: A pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53:700-703.
- McHolm AE, Cunningham CE, Vanier MK (2005). *Helping your Child with Selective Mutism: Practical Steps to Overcome a Fear of Speaking*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Muris P, Hendriks E, Bot S (2015). Children of few words: Relations among selective mutism, behavioral inhibition, and (social) anxiety symptoms in 3- to 6-year-olds. *Child Psychiatry & Human Development*, 18:151-169.
- Muris P, Ollendick TH (2015). Children who are anxious in silence: A review on selective mutism, the new anxiety disorder in DSM-5. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18:151-169.
- Oerbeck B, Johansen J, Lundahl K et al (2012). Selective mutism: A home- and kindergarten-based intervention for children 3-5 years: A pilot study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 17:370-383.
- Oerbeck B, Overgaard KR, Stein MB et al (2018). Treatment of selective mutism: a 5-year follow-up study. *European Child and Adolescent Psychiatry* 27:997-1009.
- Oerbeck B, Stein MB, Pripp AH et al (2015). Selective mutism: follow-up study 1 year after end of treatment. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24:757-766.
- Oerbeck B, Stein MB, Wentzel-Larsen T et al (2014). A randomized controlled trial of a home and school-based intervention for selective mutism – defocused communication and behavioural techniques. *Child and Adolescent Mental Health*, 19:192-198.
- Ostergaard KR (2018). Treatment of selective mutism based on cognitive behavioural therapy, psychopharmacology and combination therapy - a systematic review. *Nordic Journal of Psychiatry* 72:240-250.
- Remschmidt H, Poller M, Herpertz-Dahlmann B et al (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251:284-296.
- Stein MB, Yang B-Z, Chavira DA et al (2011). A common genetic variant in the neurexin superfamily member CNTNAP2 is associated with increased risk for selective mutism and social anxiety-related traits. *Biological Psychiatry*, 69:825-831.
- Steinhausen H-C, Juzi C (1996). Elective mutism: An analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35:606-614.
- Strawn JR, Welge JA, Wehry AM et al (2015). Efficacy and tolerability of antidepressants in pediatric anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 32:149-157.
- Toppelberg CO, Tabors P, Coggins A et al (2005). Differential diagnosis of selective mutism in bilingual children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44:592-595.
- World Health Organization (2018). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th Revision)*.



Appendix F.5.1

Oversikt over de 20 sesjonene i Bergman's Integrrert Adferdsterapi for barn med selektiv mutisme

	TITTEL I MANUALEN	HOVEDINNHOOLD
1	Introduksjon	Gi en oversikt over behandlingen og begynn med å øke barnets opplevelse av å være komfortabel i den nye situasjonen
2	Følelsesdiagram, belønningssystem	Introduser og øv på "følelsestermometeret" et utviklingsmessig vennlig subjektivt mål på følelsesmessig stress. Introduser barn og familie for bruk av et belønningssystem for å forsterke snakking og hjelp dem å lage et spesielt tilpasset system til sitt barn
3	Klasseliste og hierarkbygging	Hent inn detaljer om barnets snakking med jevnaldrende i klassen. Lag en "snakke-stige" eller hierarki (gradert liste over situasjoner som innebærer verbal kommunikasjon som barnet skal arbeide med)
4	Eksponeringsøvelser*	Gå gjennom rasjoalet bak eksponeringsøvelser og begynn med eksponeringer i sesjonen som skal være guide for fremtidige eksponeringer i og utenfor sesjonene
5-9	Initialt (milde) eksponeringer*	Lag, utfør og gi eksponeringsøvelser for situasjoner der barnet strever med å snakke i sesjonen og andre steder (skole, utvidet familie, lokalsamfunnet etc.)
10	Behandlingens midtre sesjon	Fokuser på og gå gjennom fremgang per dags dato og løs problemene som hindrer suksess (feks. lærere eller foreldre som ikke gjør eksponeringsøvelser, problemer med belønninger, manglende generalisering, barnets motstand)
11-14	Mellomnivå (moderate) eksponeringer*	Fortsett arbeidet med eksponering fra barnets hierarki ("snakke-stigen") med informasjon fra lærere og foreldre
15	Fortsatt eksponeringer* og introduksjon av overføring av kontroll	Fortsett eksponeringsøvelsene og introduser begrepet overføring av kontroll som en nødvendig prosess for videre arbeid hvor ansvaret for det pågående arbeidet gis over til foreldrene og barnet. Relevant siden det antagelig vil være fortsatt arbeid etter at formell behandling avsluttes. Begynn å utløse flere ideer fra foreldre/barn fra utenom-sesjon eksponeringene som en del av metoden for å guide dem til direkte fremgang i behandlingen
16-17	Avanserte eksponeringer og og ytterligere fokus på overføring av kontroll	Arbeid rutinemessig på mer avanserte eksponeringsøvelser og ha mer fokus på overføring av kontroll og ansvar til familien såvel som lærere dersom det er aktuelt
18-19	Gå gjennom fremgang / Avanserte eksponeringer og overføring av kontroll	Anerkjenn områder der det har blitt fremgang og identifiser situasjoner hvor det fortsatt er vanskelig å snakke. Lag strategier for fortsatt arbeid på disse områdene særlig hvis det fortsatt er funksjonell svikt. La familie og/eller lærer foreslå eksponeringsøvelser for å bearbeide symptomområder det det fortsatt er svikt
20	Forebygge tilbakefall og avslutnings-seremoni	Vis barnet diagrammet over fremgangen for å anerkjenne og forsterke fremgangen. Lag liste over utfordringer som fortsatt er tilstede og tenk sammen for å få ideer til å fortsatt arbeide med disse. Gjennomgå strategier for å motvirke tilbakefall. Gi diplom for fullført arbeid og hvis tiden tillater det, ha en liten feiring

* Enkle kognitive restruktureringsteknikker kan legges til i disse stadiene når det er naturlig ut fra barnets alder

Appendix F.5.2

Eksempel på et skjema brukt for å gjennomføre en strukturert oppgave ifølge Bergman's manual

Oppgave:

Forventet belønning:

- Effekt:**
- [1] Ikke forsøkt – ikke mulig
 - [2] Ikke forsøkt – barnet klarte det ikke
 - [3] Forsøkt, ikke fullført
 - [4] Fullført som planlagt
 - [5] Fullført med modifikasjoner

Barnets rangering etter eksponering (fra 1-5; ulik intensitet av smilefjes og engstelige fjes)

Kryss her _____ dersom barnet ikke har rangert følelsen.

Forklar hvordan det gikk:

Appendix F.5.3

Stadier i SM -Trygghet i Sosial Kommunikasjon Skala (Elisa Shipon-Blum)

Stadium 0: Barnet responderer ikke og tar ikke initiativ (virker tilfrosset)

Stadium 1: Barnet kommuniserer nonverbalt (ikke-verbal kommunikasjon) og responderer og tar initiativ ved peking, nikking, bruk av gester, skriftlig, eller ved å lage ikke-språklige lyder

Stadium 2: Barnet er i en overgangsfase til verbal kommunikasjon og responderer eller tar initiativ ved å lage lyder, snakke lavt/hviske eller bruke opptagerutstyr

Stadium 3: Barnet kommuniserer ved å snakke og responderer eller tar initiativ ved bruk av tale på sin typiske, stille måte eller med endret stemme fra et manuskript de har øvet på eller spontan tale.

Appendix F.5.4

Oversikt over den hjem- og skolebaserte intervensjonen for SM, av Hanne Kristensen og hennes gruppe

- **En sesjon før behandling starter med psykoedukasjon av foreldre og lærere sammen.**

Selektiv mutisme fører ofte til spekulasjoner omkring årsak (for eksempel at barnet med vilje ikke snakker eller er et resultat av et traume). Denne sesjonen er viktig for å sikre en felles evidensbasert forståelse av SM, og hvordan en best kan hjelpe barnet.

- **Tre ukentlige hjemmebaserte sesjoner med barnet og foreldrene)**

Sesjon 1. Forklar (tilpasset barnets alder) hensikten med besøket, at andre barn også strever med å snakke utenfor hjemmet, at de fleste ikke vet hvorfor, og at de gjerne vil begynne å snakke men ikke vet hvordan de skal få det til. Forklar at det er mulig å bli bedre ved å øve i små skritt, at de vil bli forberedt på hva de skal gjøre og få små belønninger for å snakke. Introduser en arbeidsbok (snakke-kart, klistremerker og tegneark) og en lyd-opptager (for å leke med og høre sine egne lyder/stemme), begge til valgfri bruk og for å styrke kontakt mellom barn og behandler. Samarbeid om å velge et favorittspill som krever snakking (for eksempel telling, benevnning) – så vel som favoritt belønninger. Vis barnet hvordan dette spillet (eksponeringsoppgaven) skal gjennomføres i andre sesjon i enkle og mer vanskelige stadier (se sesjon 2).

Sesjon 2. Gå gjennom Sesjon 1 og sjekk om arbeidsboken / lydopptageren er benyttet siden sist. Gjennomfør den planlagte eksponeringsoppgaven i seks stadier med økende vanskelighetsgrad: (1) foreldre og barnet spiller et spill; med behandleren utenfor rommet og døren lukket; (2) behandleren utenfor rommet og døren åpen; (3) behandleren kommer kortvarig inn i rommet i løpet av spillet; (4) behandleren er i rommet, spiller ikke; (5) behandleren sitter ved siden av, spiller ikke; (6) behandleren deltar i spillet med barn og foreldre.

Sesjon 3. Gå gjennom sesjon 2 og fortsett med eksponeringsoppgaven på det stedet barnet kom til i sesjon 2. Forbered barnet for de neste sesjonene som skal være på skolen med den same eksponeringsoppgaven og lekematerialet, initial, ed følge av foreldre, deretter trene med lærer (e).

- **17 ukentlige skolesesjoner** (om mulig del i to 30 minutters sesjoner for å holde barnet "varmt"):

Tilsvarende innhold som sesjon 2-3 men på et annet sted (skole). Programmet følger seks moduler med forhåndsbestemte mål med økende vanskelighetsgrad (se under). Barn med SM kan sies å starte på nivå 0 (snakker ikke til voksne)

Mål

- 1 Snakker til behandleren i et eget skolerom med foreldre tilstede
- 2 Snakker til behandleren i et eget skolerom uten foreldre tilstede
- 3 Snakker til en lærer i et eget skolerom med behandler tilstede
- 4 Snakker til andre lærere (og barn) i et eget skolerom med behandler tilstede
- 5 Snakker til andre lærere (og barn) i noen settinger uten behandler tilstede (snakker til noen, men ikke alle lærer; snakker i noen, men ikke alle grupper på skolen)
- 6 Snakker til lærere (og barn) i alle settinger uten behandler tilstede (normal/nær normal tale)

Appendix F.5.5

Spørreskjema om selektiv mutisme* (Selective Mutism Questionnaire; SMQ)

(Se informasjon nederst på baksiden vedr. barnehagebarn samt skåring)

Navn på barnet dette skjemaet gjelder: _____,

Når du svarer på de følgende utsagn, tenk på adferden til ditt barn den siste måneden og ta utgangspunkt i det som er naturlig, forventet adferd av barn. Kryss av for hvor ofte hvert utsagn stemmer og velg bare ett alternativ; alltid, ofte, sjelden eller aldri.

PÅ SKOLEN

1. Barnet mitt snakker til de fleste jevnaldrende på skolen.

Alltid	Ofte	Sjelden	Aldri
--------	------	---------	-------
2. Barnet mitt snakker til noen utvalgte jevnaldrende (venner) på skolen.

Alltid	Ofte	Sjelden	Aldri
--------	------	---------	-------
3. Når læreren spør barnet mitt om noe på skolen, svarer han/hun verbalt.

Alltid	Ofte	Sjelden	Aldri
--------	------	---------	-------
4. Barnet mitt stiller læreren spørsmål på skolen.

Alltid	Ofte	Sjelden	Aldri
--------	------	---------	-------
5. Barnet mitt snakker til de fleste lærere (personalet) på skolen.

Alltid	Ofte	Sjelden	Aldri
--------	------	---------	-------
6. Barnet mitt snakker i mindre grupper på skolen og foran klassen.

Alltid	Ofte	Sjelden	Aldri
--------	------	---------	-------

HJEMME / FAMILIE

7. Barnet mitt snakker til familiemedlemmer hjemme når andre mennesker er tilstede.

Alltid	Ofte	Sjelden	Aldri
--------	------	---------	-------
8. Barnet mitt snakker til familiemedlemmer når de er på ukjente steder.

Alltid	Ofte	Sjelden	Aldri
--------	------	---------	-------
9. Barnet mitt snakker til familiemedlemmer som de ikke bor sammen med (besteforeldre, søskenbarn).

Alltid	Ofte	Sjelden	Aldri
--------	------	---------	-------
10. Barnet mitt snakker i telefonen med foreldre og søsken.

Alltid	Ofte	Sjelden	Aldri
--------	------	---------	-------
11. Barnet mitt snakker med venner av familien som han/hun kjenner godt.

Alltid	Ofte	Sjelden	Aldri
--------	------	---------	-------
12. Barnet mitt snakker til minst én barnevakt.

Alltid	Ofte	Sjelden	Aldri
--------	------	---------	-------

I SOSIALE SITUASJONER (UTENFOR SKOLEN)

13. Barnet mitt snakker med andre barn som han/hun ikke kjenner.

Alltid Ofte Sjelden Aldri

14. Barnet mitt snakker med venner av familien som han/hun ikke kjenner.

Alltid Ofte Sjelden Aldri

15. Barnet mitt snakker med legen og/eller tannlegen sin.

Alltid Ofte Sjelden Aldri

16. Barnet mitt snakker med butikkansatte og/eller servitører.

Alltid Ofte Sjelden Aldri

17. Barnet mitt snakker når det er på samlinger, lag, eller organiserte aktiviteter utenom skolen.

Alltid Ofte Sjelden Aldri

PÅVIRKNING / PLAGETHET*

*18. Hvor mye påvirkes skolearbeidet av at barnet ditt ikke snakker?

Ikke noe Til en viss grad Moderat Veldig mye

*19. Hvor mye påvirkes familierelasjonene av at barnet ditt ikke snakker?

Ikke noe Til en viss grad Moderat Veldig mye

*20. Hvor mye påvirkes de sosiale situasjonene av at barnet ditt ikke snakker?

Ikke noe Til en viss grad Moderat Veldig mye

*21. Alt i alt, hvor mye påvirkes barnets liv av at det ikke snakker?

Ikke noe Til en viss grad Moderat Veldig mye

*22. Alt i alt, hvor plaget er barnet ditt av at han/hun ikke snakker?

Ikke noe Til en viss grad Moderat Veldig mye

*23. Alt i alt, hvor plaget er du av at barnet ditt ikke snakker?

Ikke noe Til en viss grad Moderat Veldig mye

***Informasjon dersom skjemaet brukes på barnehagebarn:**

Tenk på barnehagen når skjemaet sier skolen og avdelingen når det står «klassen».

***Informasjon til fagperson som skal vurdere lærerens utfylte skjema:**

Skåring: Alltid = 3, Ofte = 2, Sjelden = 1, Aldri = 0. Spørsmål 18-23 regnes ikke med i totalskåren.

Copyright ©Lindsey R Bergman, 2008, UCLA Semel Institute for Neuroscience and Human Behavior, Los Angeles, USA
Norsk oversettelse 2016, Beate Ørbeck (Oslo Universitetssykehus) og Hanne Kristensen (RBUP Øst og Sør)

Appendix F.5.6

Spørreskjema om selektiv mutisme for lærere* (School Speech Questionnaire; SSQ)

(Se informasjon nederst på arket vedr. barnehagebarn samt skåring)

Navn på lærer som fyller ut dette skjemaet: _____,

Når du svarer på de følgende utsagn, tenk på adferden til din elev: (navn) _____, og aktiviteter den siste måneden. Ta utgangspunkt i det som er naturlig, forventet adferd av en vanlig elev. Kryss av for hvor ofte hvert utsagn stemmer og velg bare ett alternativ; alltid, ofte, sjelden eller aldri.

1. Denne eleven snakker til de fleste jevnaldrende på skolen.

Alltid Ofte Sjelden Aldri

2. Denne eleven snakker til noen utvalgte jevnaldrende (venner) på skolen.

Alltid Ofte Sjelden Aldri

3. Når læreren spør denne eleven om noe på skolen, svarer han/hun verbalt.

Alltid Ofte Sjelden Aldri

4. Denne eleven stiller deg (læreren) spørsmål på skolen.

Alltid Ofte Sjelden Aldri

5. Denne eleven snakker til de fleste lærere (personalet) på skolen

Alltid Ofte Sjelden Aldri

6. Denne eleven snakker i mindre grupper på skolen og foran klassen.

Alltid Ofte Sjelden Aldri

*7. Denne eleven deltar non-verbalt i klassen (peker, bruker gester, evt. skriver beskjeder).

Alltid Ofte Sjelden Aldri

*8. Hvor mye påvirkes skolearbeidet av at eleven ikke snakker?

Ikke noe Til en viss grad Moderat Veldig mye

*Informasjon dersom skjemaet brukes på barnehagebarn:

Skjemaet fylles ut av en som kjenner barnet godt og som besvarer ut fra henholdsvis seg selv, barnet, og barnehagen når skjemaet sier lærer, elev og skolen. Når det står «klassen» tenk på barnets avdeling.

*Informasjon til fagperson som skal vurdere lærerens utfylte skjema:

Skåring: Alltid = 3, Ofte = 2, Sjelden = 1, Aldri = 0. Spørsmål 7-8 regnes ikke med i totalskåren.

Lindsey R Bergman et al., Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41(8):938-46. Norsk oversettelse 2016, Beate Ørbeck (Oslo Universitetssykehus) og Hanne Kristensen (RBUP Øst og Sør)

Appendix F.5.7

INFORMASJON OM SELEKTIV MUTISME HOS BARN OG UNGE*

Hva er selektiv mutisme?

Selektiv mutisme beskriver barn og unge som er konsekvent tause i en eller flere spesifikke sosiale situasjoner eller overfor bestemte personer, til tross for at de kan snakke. De fleste snakker fritt hjemme i nærmeste familie, men er tause i barnehagen eller i skolen. Noen er sosialt aktive og bruker ansiktsmimikk, gester, tegn eller andre nonverbale måter å kommunisere på, mens andre viser en tilbaketrukket atferd og kommuniserer ikke i det hele tatt. Enkelte kan være litt umodne og streve med læring i skolen. Selektiv mutisme forekommer hos litt under 1 % av barnebefolkningen og kan sees helt ned i 2-3 års alder. Ofte beskriver foreldrene at barnet alltid har vært svært sjenert i sosiale situasjoner, men at tausheten begynte ved start i barnehage eller skole. Det er litt flere jenter enn gutter som utvikler selektiv mutisme, og tilstanden er også litt hyppigere hos barn og unge med to- eller flerspråklig bakgrunn. Den spesifikke tausheten er ikke viljestyrt fra barnets side. Barna vil gjerne begynne å snakke, men de får det ikke til, og "sitter fast" i tausheten. Selektiv mutisme er knyttet til en underliggende angstproblematikk og forstås av mange som et uttrykk for stor grad av sosial angst. Ulike grader av utviklings- / forsinkelser / forstyrrelser kan også være en del av tilstandsbildet.

Hvor kan man få hjelp?

Diagnosen selektiv mutisme må vurderes og stilles i spesialisthelsetjenesten (BUP) som også har et behandlingsansvar overfor barn og unge med denne tilstanden. Fastlegen, skolelegen eller pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) kan hjelpe til med henvisning til BUP. Barnehager og skoler kan dersom foreldrene samtykker, også henvise til PPT, som kan utrede og vurdere behov og eventuelle særskilte rettigheter i henhold til Opplæringsloven barna kan ha. For de eldste elevene i ungdomstrinnet kan PPT vurdere om det bør gis rett til eventuelle fritak eller reduksjon når det gjelder faglige krav i de muntlige fagne. Ansatte i BUP og PPT kan veilede foreldre og komme i barnehagen eller skolen og gi personalet råd om tilrettelegging for barn eller unge som ikke snakker.

Hvordan kan man hjelpe?

En viktig grunnholdning ved planlegging av tiltak er at en forstår at barn og unge med selektiv mutisme ikke er tause med vilje. Utilbørlig press på barnet til å si noe, eller for mye fokus på selve tausheten, kan forverre angsten for å snakke. Det er viktig å skape et trygt og forutsigbart miljø og gi støtte og oppmuntring til alternative måter barnet kan kommunisere på. Foreldre kan også hjelpe barnet sitt i overgangssituasjoner ved å bruke lengre tid på innkjøringen i barnehagen eller i skolen. For de yngste barna kan det være aktuelt at foreldrene blir med og besøker barnehagen / skolen utenom åpningstiden, for å bli bedre kjent med omgivelsene. En bør være oppmerksom på barnets modenhet og ferdighetsnivå og tilpasse krav og forventninger i henhold til deres funksjonsnivå. Dette øker sjansen for at det blir lettere å våge seg utpå og etter hvert delta i situasjoner de er engstelige for.

Fordi selektiv mutisme er knyttet til sosial angst, vil mange av disse barna engste seg for å gjøre nye ting og treffe nye mennesker. Klar informasjon på forhånd om hva som skal skje; forutsigbarhet og gjøre ting i "små skritt", bidrar til å dempe angsten. De fleste som arbeider med tause barn vil likevel kunne oppleve at en "glemmer seg" og sier eller gjør noe som gir barnet en opplevelse av et press og angsten kan da bli for stor. Dersom dette skjer er det viktig at de voksne tar ansvaret for det som skjer for å unngå at barnet får en nederlagsfølelse. En kan for eksempel si: "Nå gikk vi litt for fort frem. Det var dumt av meg. Vi prøver dette en annen gang" etc..

Det å bli møtt med taushet når en snakker til noen, er vanskelig å takle for de fleste. En føler seg lett hjelpeløs og frustrert, og det er lett å tenke at barnet er taus med vilje. Dette kan føre til en maktkamp der den voksne bevisst eller ubevisst forsøker å presse barnet til å snakke eller ignorerer barnet helt. Å forstå og alminneliggjøre disse reaksjonene er svært viktig i samarbeidet rundt barnet. Det er viktig at de(n) fagpersonene som arbeider med tause barn tar opp slike dilemmaer med andre fagpersoner i for eksempel PPT eller BUP

Hvordan kommunisere med barn eller unge som er tause?

Defokusert kommunikasjon (Kristensen, 2005) er et viktig grunnprinsipp i møtet med barn med selektiv mutisme. Hovedpoenget er å redusere ubehaget / angsten for barnet i den sosiale situasjonen:

- **Reguler kontakt og kroppsspråk**

Reguler blikkontakten ved å se mest på det en holder på med, ikke direkte på barnet. Gå heller ikke for tett på barnet og sitt ved siden av ham eller henne i stedet for rett overfor.

- **Form og tema**

En taus "samtalepartner" kan bidra til at "dialogen" blir en form for intervju, som paradoksalt nok vil sette barnet med selektiv mutisme mer i fokus enn i en vanlig samtale. Unngå derfor å stille barnet direkte spørsmål som "hva synes du / hva vil du / hva liker du / hvordan har du det?". Bruk heller åpne og undrende spørsmål, f. eks; "jeg lurer på om denne var fin å leke med / mon tro om (navn) har lyst på brød / knekkebrød, melk / vann, sykle / huske" etc.. Samtaletemaene bør ikke dreie seg om barnet selv, men om noe barnet er interessert i, f. eks en leke, et spill eller en aktivitet som en vet at barnet liker. Det er også lettere for barn som er redde for å snakke og begynne å si noe dersom de voksne legger til rette for aktiviteter / leker med litt mindre kommunikativt meningsinnhold, for eksempel en telle-lek, sang og bevegelse eller en sangregle. Mange barn med selektiv mutisme er veldig redde for å si noe galt, og en bør derfor formidle og forsikre dem om at det ikke er noe problem om de svarer eller sier noe feil.

- **Oppretthold "dialogen"**

Det er en utfordring å opprettholde en samtale når den ene samtalepartneren ikke bidrar. Det er lett å bli taus selv eller at en tar over samtalen helt. Legg inn små pauser for at barnet skal kunne si noe eller respondere på en eller annen måte, men fortsett å snakke selv om responsen fra barnet uteblir.

- **Reguler reaksjonen når barnet begynner å snakke**

Dersom et barn med selektiv mutisme våger å si noe verbalt, er det viktig å ta det litt som en selvfølge og ikke vise altfor stor begeistring. For mye oppmerksomhet og oppstyr rundt det at de begynner å snakke, er nettopp det mange av disse barna frykter.

Pedagogisk tilrettelegging i barnehagen eller i klasserommet:

Nedenfor forelås noen pedagogiske tiltak og strategier som kan brukes i barnehagen eller i klasserommet:

- **Kommunikasjon på barnets nivå**

- Bruk defokusert kommunikasjon.
- Skap en komfortabel atmosfære rundt barnet samtidig som en toner seg inn på den kommunikasjon og "samtale" som barnet mestrer.
- Avtal med barnet hvordan de kan "si fra" om de behøver hjelp dersom de må på toalettet, er tørste, sultne eller behøver hjelp til noe. Man kan la barnet bruke tegn eller lapper dersom det er nødvendig, eller man kan si til dem at de kan vise et tegn. Noen barn snakker og kommuniserer via andre barn eller en venn som de trygges på, noe som også må aksepteres.
- For de yngste barna kan man snakke og stille spørsmål til barnet via dukker / bamser eller liknende, for å se om det er lettere for dem å gi en respons.
- For de eldste elevene i skolen kan en bruke PC, mobiltelefon, lydband, både som en måte å kommunisere på generelt og når faglig arbeid, presentasjoner eller prøver skal leveres.

- **Sørg for at barnet har en fast voksenkontakt i barnehagen eller i skolen**

- **Struktur og forutsigbarhet**

Barn med selektiv mutisme er ofte sårbare for endringer eller plutselige nye situasjoner. Legg opp til god struktur og forbered nye situasjoner, aktiviteter og hendelser godt. Her må en ha spesielt fokus på endringer og overgangssituasjoner, som for eksempel når det er overgang fra inne- lek til ute- lek, bytte av rom eller aktiviteter, når det kommer vikarer og når det skal være reiser eller utflukter og så videre.

- **Tilpass krav og forventninger til barnets mestringsnivå**

Reduser situasjoner som skaper engstelse hos barnet ved å tilpasse krav og forventninger i forhold til kognitive ferdigheter

- **Mindre grupper**

Arranger små leke-, spill- eller arbeidsgrupper til faste tider, for en bestemt periode. Det kan være lettere for et barn som er engstelig å våge å si noe i en mindre gruppe enn i store grupper som samlingsstunder eller i et fullt klasserom.

- **Fokus på sosial lek og samhandling med andre barn**

- Oppmuntre barnet til sosial lek og samhandling med jevnaldrende. Vær rollemodell og vis hvordan leken, aktiviteten eller oppgaven kan gjøres, ved å forklare eller vise barnet hvordan en kan gjøre det. Legg opp til aktiviteter som ikke nødvendigvis krever verbale svar, som alle barn i gruppen eller i klassen kan delta i, for eksempel; ord - bilde oppgaver, leker, sang- og bevegelsesleker, peke på kartet, gjøre oppgaver på tavlen og så videre.
- Bruk av humor og det å tulle og spøke med barna, samtidig som en viser at det er ok å si noe som er dumt eller feil, kan bidra til at barnet eller den unge kan "glemme seg" litt og kanskje sier noe spontant.
- Dersom tausheten hos et barn blir et stort tema blant de andre barna, kan de voksne si følgende; *"nå er det slik at han / hun ikke snakker / ikke snakker så mye / ikke alltid svarer, men han / hun kan snakke, og vil sikkert synes det er lettere etter hvert, dersom ingen presser / maser / ertes, eller prater om at dette barnet ikke snakker"*. Man kan forklare barna hvordan de kan ta vedkommende med på leken eller aktiviteten selv om det aktuelle barnet ikke sier noe, og selv om de ikke alltid får svar på det de spør om.

Norske referanser

- Kristensen H (2005). Taushet er også tale: Selektiv mutisme hos barn og unge. I Barn i Norge: "Se meg". (Årsrapport, side 17-25). Oslo: Voksne for Barn.
- Kristensen H & Ørbeck B (2008): Selektiv mutisme og sjenanse. Hva er forskjellen? Barnehageboken høsten 2008. (s. 46). Oslo: Cappelen Damm Forlag.
- Ørbeck B (2008). Selektiv mutisme hos barn. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 9, 1149-54.

Engelskspråklig litteratur

- Bergman LR (2013). *Treatment for Children with Selective Mutism. An integrative Behavioral approach*. New York: Oxford University Press.
- Johnson M & Wintgens A (2016). *The Selective Mutism Resource Manual, 2nd ed*. UK: Speechmark Publishing Ltd. Denne boken henvender seg først og fremst til fagpersoner.
- Kearney CA (2010). *Helping children with selective mutism and their parents. A guide for school - based professionals*. Oxford University Press. Denne boken henvender seg særlig til fagfolk i skolesammenheng, men kan også være nyttig for foreldre og hjelpeapparatet.
- Kearny CA (2011). *Silence is not golden. Strategies for helping the shy child*. Oxford University Press. Denne boken er primært ment for hjelpeapparatet, men nyttig også for foreldre og skoler.
- McHolm AE mfl. (2005). *Helping Your Child with Selective Mutism: Practical Steps to Overcome a Fear of Speaking*. California: New Harbinger Publications Inc. Denne boken henvender seg først og fremst til foreldre men kan også være nyttig for fagpersoner i hjelpeapparatet og i skolen.

Internett

- Norsk nettsted: Brukerstyrt forening primært for foreldre til barn med selektiv mutisme med formål om å spre kunnskap om selektiv mutisme, opprette et forum for kontakt og organisere treff og seminarer for foreldre, lærere og andre fagpersoner i hjelpeapparatet: <http://www.selektivmutisme.no/>
- Britisk nettsted: Selective Mutism Information & Research Association (SMIRA). SMIRA er en interesseorganisasjon som gir råd og formidler informasjon (litteratur / dvd) og holder kurs om selektiv mutisme for foreldre, lærere og andre fagpersoner i hjelpeapparatet. Her er lenker til informasjonssider på flere forskjellige språk: <http://www.smira.org.uk/>
- Amerikansk nettsted: Selective Mutism Group (SMG), en ideell organisasjon som arbeider for økt kjennskap om SM for fagfolk, ansatte i barnehage/skole og foreldre: <http://www.selectivemutism.org/>
- Amerikansk nettsted: Selective Mutism Anxiety Research and Treatment Center; ved leder Elisa Shipon-Blum med mye nedlastbar informasjon: <http://www.selectivemutismcenter.org/>
- Lærebok for fagfolk, om psykiske vansker hos barn og unge generelt. Kapittel F.5. er om selektiv mutisme. Norsk og engelsk utgave. <http://iacapap.org/iacapap-textbook-of-child-and-adolescent-mental-health>

*Fra Lundahl, Ørbeck & Kristensen 2012: Selektiv mutisme hos barn og unge. En veileder. (Monografi 27R). PP-tjenestenes materiellservice.