

”Silence is the voice of complexity”

Hva vet vi i dag om etiologiske faktorer ved utviklingen av selektiv mutisme hos barn som vil ha implikasjoner for pedagogisk-psykologisk intervensjon?

Kristin Trana



Masteroppgave i pedagogikk

Høst 2006

Pedagogisk forskningsinstitutt, Utdanningsvitenskapelig fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Sammendrag

SAMMENDRAG AV MASTEROPPGAVEN I PEDAGOGIKK

TITTEL:

”SILENCE IS THE VOICE OF COMPLEXITY”

Hva vet vi i dag om etiologiske faktorer ved utviklingen av selektiv mutisme hos barn som vil ha implikasjoner for pedagogisk-psykologisk intervensjon?

AV:

Kristin Trana

EKSAMEN:

Masteroppgave i pedagogikk

SEMESTER:

Høst 2006

STIKKORD:

Pedagogisk psykologi, årsaker til utviklingen av selektiv mutisme, intervensjon

1. PROBLEMOMRÅDE

Selektiv mutisme (SM) er betegnelsen på en tilstand der et barn eller en ungdom er taus i bestemte sammenhenger og med bestemte personer, til tross for at barnet eller den unge *har* språk og er i stand til å snakke. Årsakene til denne tilstanden har vært og blir fremdeles regnet som komplekse og sammensatte, og til dels ukjente.

Tradisjonelt har selektiv mutisme blant annet blitt tolket som traumereaksjoner, eller betraktet som viljestyrt atferd hos barnet. Det siste gjenspeiler seg i blant annet i ICD-

10 (*International Classification of Diseases*) hvor tilstanden fortsatt kalles *elektiv mutisme*, en betegnelse som henspiller på at barnet aktivt velger å avstå fra å snakke. En rekke nyere studier viser imidlertid at nær alle barn med SM også møter kriteriene for en sosial angstdiagnose (Black og Uhde 1995, Dummit et. al. 1997, Kristensen 2000, Yeganeh et. al. 2003). Dette utfordrer de diagnostiske kriteriene slik de foreligger pr. dag i de to viktigste diagnosesystemene ICD-10 og DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), der SM ikke klassifiseres som en angstdiagnose, men under henholdsvis ”Forstyrrelser i sosial fungering” og ”Andre lidelser hos spedbarn, barn og ungdom”. Dessuten fremkommer det av flere nyere studier at SM kan opptre sammen med ulike grader av utviklingsforsinkelser hos mange barn i denne gruppen. Hyppigst blant disse er språklige forsinkelser. I sjeldne tilfeller kan man dessuten finne mental retardasjon og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser hos barn med SM, på tross av at begge disse tilstandene regnes som eksklusjonskriterier i diagnosesystemene. Tidligere har man imidlertid ikke vært klar over dette fordi mutismen hos disse barna muligens har dekket over slike problemer, i tillegg til at taushet også kan vanskeliggjøre en grundig utredning. Videre har det vært ansett som svært utfordrende å behandle SM, det vil si å hjelpe barna til å snakke. Det finnes per i dag ingen større behandlingsstudier av denne tilstanden, verken norske eller utenlandske, og heller ikke et systematisk behandlings- eller oppfølgingstilbud til disse barna rundt om i kommunene, verken innen skole eller hjelpeapparat.

Målet med denne oppgaven er for det første å gi en oversikt over og drøfte ulike etiologiske hypoteser i lys av noen psykososiale og medisinske/nevrobiologiske teorier og modeller. Sammenhengen mellom SM, sosial angst, og språkvansker blir diskutert med bakgrunn i nyere empiri. For det andre tar oppgaven for seg hvilke implikasjoner denne kunnskapen kan ha for å hjelpe disse barna til å begynne å snakke. Hvilke konklusjoner kan trekkes av et utvalg behandlingsstudier innenfor ulike retninger med tanke på slik hjelp, og hva trenger vi fortsatt mer kunnskap om?

2. METODE

Oppgaven er basert på litteratursøk, det vil si at jeg har tatt utgangspunkt i allerede eksisterende litteratur og andres forskeres empiri. Disse har særlig blitt funnet gjennom søk på stikkordene *selective mutism* og *elective mutism* i databasene ISI og PsychInfo.

3. KILDEBRUK

Noen hovedkilder for oppgaven er Tony Cline og Sylvia Baldwins (2004) bok *Selective mutism in children*, Maggie Johnson og Alison Wintgens' utrednings- og kartleggingsmanual *The selective mutism resource manual* fra 2001, samt Hanne Kristensens studier av tilleggsvansker (komorbide tilstander) hos barn med SM. Dessuten tar jeg for meg en rekke andre komorbiditets- og behandlingsstudier fra perioden 1995-2006. Jeg har dessuten supplert fremstillingen med enkelte sekundærkilder, oversiktsartikler og diverse fagbøker i psykologi og psykiatri som har kunnet bidra til å belyse temaet.

4. HOVEDKONKLUSJONER

Konklusjonen i denne oppgaven med hensyn til etiologiske faktorer, er at det fortsatt synes vanskelig å påvise klare og direkte årsakssammenhenger. En gjennomgang av de vanligste etiologiske perspektiver på SM i litteraturen viser at det er vanskelig å forklare denne komplekse tilstanden ut fra ett bestemt psykologisk perspektiv, for eksempel psykodynamisk teori eller læringsteori. Imidlertid kan utviklingen av SM kan trolig forstås i lys av en mer overordnet *transaksjonsmodell* et samspill over tid mellom medfødt sårbarhet hos barnet og faktorer i omgivelsene. I et slik forståelsesramme mener jeg at både psykodynamiske og læringsteoretiske elementer kan trekkes inn, men at det vil trolig være rimeligere å forstå dem som henholdsvis utløsende og vedlikeholdende faktorer i symptomutviklingen, snarere enn som hele årsaken i seg selv. Kunnskaper om slike faktorer og hva som ”fremmer og hemmer” disse barnas problematikk, vil likevel være viktige å kjenne til ved intervensjon.

I den siste tiden er man blitt mer bevisst på det medisinske og nevrobiologiske grunnlaget for mange barnepsykiatriske vansker. Det har blant annet vært mye debattert i forskningsmiljøene hvorvidt SM er et symptom på og/eller en variant av sosial angstforstyrrelse hos barn, eller en egen diagnose. Den høye forekomsten av andre vansker hos denne gruppen barn kompliserer bildet. Flere studier viser at lettere språkforsinkelser og språkforstyrrelser er de mest høyfrekvente av de utviklingsbetingede vanskene disse barna kan streve med. Det er dessuten funnet en liten overrepresentasjon av SM blant barn fra språklige minoriteter. Dette tyder på at avvikende språkutvikling – enten som en følge av utviklingsforsinkelser eller mer kulturelt betinget – i kombinasjon med sårbart temperament og sosial angst, vil kunne være én risikofaktor for utviklingen av SM. Fra forskningen omkring språkvansker vet man at dette kan utgjøre en risiko for barns sosioemosjonelle og skolefaglige utvikling, men vi vet foreløpig for lite om disse språkvanskenes natur ved SM. Språkvansker hos barn med SM *kan* også være av en slik karakter at de i seg selv trenger direkte intervensjon, i tillegg til behandling og tiltak rettet mot mutismen. For å få mer kunnskap om dette, vil det være nyttig med mer direkte kartlegging av språklige funksjoner hos barn med SM, både i forskningssammenheng samt i klinisk, pedagogisk og spesialpedagogisk praksis, enn det som tidligere har vært gjort.

En gjennomgang av behandlingslitteratur fra perioden 1995-2006 viser at denne utelukkende består av studier av ett eller noen få (oftest henviste) barn, noe som gjør generalisering til gruppen vanskelig. Det varierer også hvilke årsakshypoteser om barnas problemer som kommer til uttrykk, og i hvilken grad behandlingen baserer seg på grundig utredning av vanskebildet i det enkelte tilfelle. De høye funnene av tilleggsvansker hos disse barna tilsier at en slik kartlegging trolig bør være en sentral del av vellykkede behandlingstiltak. Det fremkommer videre at behavioristisk inspirerte tilnærminger har vært det mest brukte i behandlingen av disse barna de siste årene. Disse har ofte en metodisk kvalitet som gjør det enklere å evaluere effekten av og å implementere behandlingsteknikkene i nye sammenhenger; ikke minst er de ofte implementerbare nettopp i de sammenhengene barna faktisk har problemer. En del forskere antyder at barn med SM med fordel kan hjelpes ”der de er” – altså ikke på et kontor i en behandlingsskole der barnet senere ikke vil befinne

seg, men direkte i barnehage og skole, gjennom en gradvis generalisering av tale til flere personer og arenaer. Det er likevel viktig at også behavioristiske behandlingsprogrammer og -tiltak har barnets angst som utgangspunkt. Nyere forskning og empiri gjennomgått i denne oppgaven, tilsier at det ved intervensjon er helt sentralt å legge til grunn en forståelse av at nettopp *angst* ligger under tausheten, ikke opposisjonell atferd og manipulasjon. Alle typer atferdsterapeutiske teknikker må således antas å ikke være like godt egnet. Dessuten, med bakgrunn i det komplekse symptom- og vanskebildet ved denne tilstanden, påpeker mange forskere nødvendigheten av tverrfaglig samarbeid og en multimodal tilnærming, i form av flere ulike behandlingstilnærminger som adresserer ulike sider ved barnets vansker, ved selektiv mutisme. Min konklusjon er at behandlingsprogrammer basert på kognitivt atferdsterapeutiske elementer både forsknings- og erfaringsmessig ser ut til å være det mest effektive, men at det også kan være mye å hente i ulike terapeutiske retninger og hos flere profesjonsgrupper, i arbeidet med å hjelpe disse barna til å begynne å snakke. Det sentrale vil være kunnskap om symptombilde og årsaksforhold ved SM generelt, men også om vanskebilde og funksjonsprofil hos det enkelte barnet. Det er likevel et stort behov for kontrollerte behandlingsstudier med større utvalg enn det vi har sett til nå. Den forskningen vi har per i dag, gir ikke grunnlag for å slå fast én behandlingsmetode som bedre egnet enn andre.

Forord

Tusen takk til:

- Min hovedveileder, Kathe-Inger Lundahl, for mange og grundige gjennomlesninger, konstruktive tilbakemeldinger, for å alltid ha vært tilgjengelig når jeg hadde behov for det, og for tålmodighet med at prosessen tok lengre tid enn planlagt. Ikke minst en stor takk for at du gjennom smittende engasjement vekket min interesse for ”de tause barna” under praksisperioden, og for at du stilte opp som veileder!
- Min biveileder ved PFI, Arild Tjeldvoll, for god hjelp med oppgavens struktur og med spesifisering av problemstilling.
- Barnepsykiater og forsker Hanne Kristensen ved R.BUP, for tid og velvilje, spennende samtale og introduksjon til feltet samt verdifulle litteraturtips i startfasen.
- Spesialpedagog og forsker Heidi Omdal ved Senter for Atferdsforskning i Stavanger, for interessante innspill, gode råd og stor imøtekommenhet på e-post og telefon.
- Bibliotekar Hilde Bjerkholt ved Universitetsbiblioteket, for uunnværlig assistanse med litteratursøk.
- Tonje Klykken på PC-stua ved Helga Engs hus, som klarte å løse tilsynelatende ”uløselige” dataproblemer da ingen andre greide det, og for en imøtekommenhet og hjelpsomhet helt utenom det vanlige.
- Medstudenter på master ped.psyk, for to hyggelige år!

Blindern, oktober 2006.

Innhold

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| SAMMENDRAG | 2 |
| FORORD | 7 |
| INNHOOLD | 8 |
| 1. INTRODUKSJON..... | 11 |
| 1.1 TEMAETS AKTUALITET | 11 |
| 1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING | 12 |
| 1.2.1 Avgrensning | 13 |
| 1.3 VALG AV METODE OG FREMGANGSMÅTE | 13 |
| 1.4 OPPGAVENS OPPBYGNING | 15 |
| 2. HVA ER SELEKTIV MUTISME? | 18 |
| 2.1 KORT HISTORIKK..... | 18 |
| 2.2 DIAGNOSEKRITERIER OG SYMPTOMBILDE | 19 |
| 2.2.1 ”Elektiv” eller ”selektiv” mutisme? | 21 |
| 2.2.2 SM og sjenanse – overlapping og differensiering..... | 21 |
| 2.2.3 Internaliserende og eksternaliserende atferdssymptomer | 23 |
| 2.2.4 Symptomvariasjon mellom ulike arenaer og personer | 25 |
| 2.3 PREVALENS | 26 |
| 2.4 ALDER VED DEBUT OG HENVISNING TIL HJELPEAPPARATET | 28 |
| 2.5 FORLØP OG PROGNOSE | 29 |
| 3. ETIOLOGI OG TILLEGGSVANSKER: HVORFOR UTVIKLER NOEN BARN SELEKTIV MUTISME?..... | 32 |
| 3.1 PSYKODYNAMISK TEORI..... | 33 |

| | | |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.1.1 | <i>SM som symptom på indre konflikter</i> | 33 |
| 3.1.2 | <i>SM og traumer</i> | 34 |
| 3.2 | FAMILIETERAPEUTISK TEORI..... | 35 |
| 3.2.1 | <i>SM som symptom på dysfunksjonelle familieforhold</i> | 35 |
| 3.3 | LÆRINGSTEORI (BEHAVIORISTISKE OG/ELLER KOGNITIVE TEORIER)..... | 36 |
| 3.3.1 | <i>SM forstått som lært atferd</i> | 38 |
| 3.4 | MEDISINSK/NEVROBIOLOGISK TEORI..... | 39 |
| 3.4.1 | <i>Temperamentsdisposisjoner hos barn med SM</i> | 40 |
| 3.4.2 | <i>SM og medisiner</i> | 42 |
| 3.5 | SELEKTIV MUTISME OG OVERLAPPENDE TILSTANDER/ TILLEGGSVANSKER..... | 43 |
| 3.5.1 | <i>Sammenhengen mellom SM og angstforstyrrelser</i> | 44 |
| 3.5.2 | <i>SM og utviklingsforsinkelser/-forstyrrelser</i> | 48 |
| 3.5.3 | <i>SM og samtidige språkvansker</i> | 49 |
| 3.6 | UTVIKLINGEN AV SM I ET TRANSAKSJONSPERSPEKTIV: TRANSAKSJONSMODELLEN OG DIATESE-STRESS-MODELLEN..... | 54 |
| 3.6.1 | <i>Betydningen av arv: Genetiske disposisjoner for SM og angstproblematikk</i> | 57 |
| 3.6.2 | <i>Miljøets betydning: Utløsende og vedlikeholdende faktorer i utviklingen av SM</i> | 58 |
| 3.7 | FINNES DET UNDERGRUPPER AV SM?..... | 61 |
| 4. | BEHANDLING OG TILTAK: HVORDAN HJELPE BARN MED SELEKTIV MUTISME? 65 | |
| 4.1 | KORT BEGREPSAVKLARING: BEHANDLING OG TILTAK..... | 65 |
| 4.2 | KARTLEGGING AV BARNETS KOMMUNIKASJONSMØNSTER, ANGSTSYMPTOMER OG KOGNITIVE FUNGERING..... | 67 |
| 4.2.1 | <i>I hvilken grad kan og bør barn med SM utredes med formelle tester?</i> | 68 |
| 4.3 | BEHANDLING AV SM..... | 70 |
| 4.3.1 | <i>Psykodynamisk intervensjon</i> | 71 |

| | | |
|-----------|--------------------------------------------------------------------|------------|
| 4.3.2 | <i>Familieterapeutisk intervensjon</i> | 74 |
| 4.3.3 | <i>Atferdsterapeutisk intervensjon</i> | 75 |
| 4.3.4 | <i>Multimodale og multidisiplinære tilnærminger</i> | 84 |
| 4.4 | OPPSUMMERING: HVA VET VI OM EFFEKTIV INTERVENSJON VED SM? | 88 |
| 4.4.1 | <i>Vurdering av atferdsterapi</i> | 89 |
| 4.4.2 | <i>Vurdering av psykodynamisk intervensjon</i> | 92 |
| 4.4.3 | <i>Vurdering av multimodale og tverrfaglige tilnærminger</i> | 93 |
| 5. | AVSLUTNING | 95 |
| | KILDELISTE | 98 |
| | VEDLEGG 1 | 104 |
| | VEDLEGG 2 | 108 |
| | VEDLEGG 3 | 110 |

1. Introduksjon

“*Samfunnets oppmerksomhet blir ofte styrt mot det spektakulære, det støyende og godt synlige. Det gjelder også på oppvekstområdet. Det er vanskeligere å forholde seg til fraværet av krav om å bli sett – til det stille, tilbaketrukne og tilsynelatende medgjørlige og tilpassede barnet,*” sies det i forordet til rapporten *Barn i Norge* fra 2005 (s. 6). Denne årsrapporten om barn og unges psykiske helse var i sin helhet viet de stille og innadvendte barna, en gruppe barn som ellers får lite oppmerksomhet, både i faglig og politisk sammenheng og i media (ibid.). Min oppgave omhandler én undergruppe av ”de stille barna”; nemlig barn med selektiv mutisme (SM), et tema som vekket min interesse etter å ha møtt et barn med denne diagnosen under et praksisopphold i pedagogisk-psykologisk tjeneste. Oppgaven har som mål å oppsummere og drøfte nyere forskningskunnskaper som kan belyse utviklingen av tilstanden, samt nyttige tiltak for disse barna både innen hjelpeapparat og skole.

1.1 Temaets aktualitet

SM er en tilstand der et barn eller en ungdom konsekvent ikke snakker i bestemte sammenhenger og med bestemte personer, til tross for at barnet *har* språk og er i stand til å snakke. Tilstanden representerer store utfordringer for både lærere og ansatte i hjelpeapparatet, og kan medføre store konsekvenser både faglig og sosialt for de barna det gjelder dersom den vedvarer (Bergman et. al 2002, Kristensen 2005, McInnes og Manassis 2005). SM er en relativt sjelden tilstand; dog ikke så sjelden som man tidligere har antatt; den opptrer hos i underkant av 1 prosent av barne- og ungdomspopulasjonen (Bergman et. al 2002). På tross av dette har tilstanden til nå fått lite faglig oppmerksomhet sammenlignet med andre barnepsykiatriske vansker med en tilsvarende forekomst, for eksempel autismeforstyrrelser, der det finnes egne tidsskrifter, store forskningsprogrammer og så videre (Kristensen 2005). Først de senere årene har det vært gjort empiriske undersøkelser av SM med større utvalg; per i dag foreligger imidlertid ingen kontrollerte behandlingsstudier (Cline og Baldwin

2004, Kristensen 2005), og få større oppfølgingsstudier (Remschmidt et. al. 2001). Det er således et stort behov for økt kunnskap om SM i hjelpeapparatet, og ikke minst i barnehager og skoler.

1.2 Presentasjon av problemstilling

I denne oppgaven ønsker jeg å gi en gjennomgang av nyere forskningskunnskaper om SM som kan bidra til å belyse hva som kan være en god pedagogisk-psykologisk intervensjon for disse barna. Dette har jeg gjort gjennom å se på ulike etiologiske forklaringsmodeller og på hvilke tilleggsvansker tausheten barn med SM kan streve med. Etiologiske perspektiver og hypoteser henger tett sammen med ulike behandlingstilnærminger til selektiv mutisme hos barn. Oppgaven består derfor også av en gjennomgang og vurdering av et utvalg behandlingsstudier, der jeg har sett på hvilken forståelse av SM som kommer til uttrykk, og på hvilke konklusjoner om anvendbare og effektive tiltak for disse barna man kan trekke av disse studiene. Hovedproblemstilling blir som følger:

Hva vet vi i dag om etiologiske faktorer ved utviklingen av selektiv mutisme hos barn som vil ha implikasjoner for pedagogisk-psykologisk intervensjon?

Denne hovedproblemstillingen er belyst gjennom to underproblemstillinger:

- I hvilken grad er selektiv mutisme hos barn indikasjon på en sterk grad av situasjonsspesifikk angst og sjenanse, og hvilke øvrige utviklingsproblemer kan disse barna streve med som vil ha betydning for skolefaglig og sosial utvikling?
- Hva sier nyere behandlingsstudier om behandling og tiltak som vil kunne være virksomme for å hjelpe disse barna til å begynne å snakke?

1.2.1 Avgrensning

En vesentlig del av denne oppgaven handler altså om hvordan man best kan hjelpe barn med diagnosen selektiv mutisme til å begynne å snakke. En av konklusjonene er at en sentral komponent i hjelpetiltak vil måtte bestå av grundig utredning, fordi en relativt stor andel av disse barna kan ha vansker i tillegg til mutismen. Jeg har imidlertid valgt å avgrense meg fra å gå konkret inn på hvordan dette gjøres; i form av bestemte utredningsverktøy (standardiserte tester og så videre), noe det nevnes mange ulike eksempler på i studier – oftest utenlandske – der barn med SM er blitt utredet. Å finne frem til hvilke verktøy som er standardiserte og/eller tilgjengelige for norske forhold er i seg selv en omfattende oppgave, og jeg har i denne omgang ikke primært ønsket å skrive om utredning, men heller få frem det teorigrunnet og den empiriske forskningskunnskapen vi har så langt som antyder hva slags hjelp disse barna vil kunne ha nytte av. Jeg har videre valgt å legge hovedvekten i oppgaven på barn i grunnskolealder fremfor førskolebarn (selv om denne aldersgruppen også er representert i kapittelet om intervensjon) fordi SM er en type vanske som oftest debutterer, eller i det minste blir særlig problematisk for barnet og åpenbar for omgivelsene, nettopp ved skolestart. Hva jeg legger i begrepet *pedagogisk-psykologisk intervensjon*, herunder *tiltak* og *behandling*, vil bli redegjort for innledningsvis i kapittel 4.

1.3 Valg av metode og fremgangsmåte

I denne oppgaven har jeg brukt litteratursøk som metode, og dermed basert meg på andre forskeres empiriske og teoretiske studier. Når jeg har valgt å ikke gjøre for eksempel en casestudie av ett eller flere barn med diagnosen selektiv mutisme, skyldes det særlig de etiske og praktiske utfordringene dette ville medført innenfor rammen av en masteroppgave. Videre kunne det å komme i kontakt med barn med SM ha blitt en vanskelig og tidkrevende prosess, først og fremst fordi det dreier seg om en relativt lavfrekvent tilstand. Et annet alternativ som ble vurdert underveis, var å intervju pedagogisk-psykologiske rådgivere og/eller lærere om erfaringer med

utredning og/eller tiltak for SM-barn. Både de innledende litteratursøkene og samtaler med veileder ga imidlertid raskt inntrykk av at slik erfaring med og kunnskaper om SM i skolen og i hjelpeapparatet, og da særlig førstelinjetjeneste, er nokså begrensede, spesielt fordi tilstanden er såpass uvanlig at det er begrenset hvor ofte hver enkelt fagperson vil ha sjansen til å møte og arbeide med slike barn. En annen side av saken er at mine egne kunnskaper om selektiv mutisme hos barn var minimale da jeg startet arbeidet med denne oppgaven, og en grundig fordypning i fagfeltet ville uansett ha vært en forutsetning for å samle inn data på egen hånd. Alt i alt kom jeg frem til at jeg i stedet for å fokusere på erfaringer hos noen få personer, ønsket å oppsummere og drøfte nyere, forskningsbasert kunnskap om større grupper av barn med denne tilstanden. Forhåpentligvis kan en slik litteraturgjennomgang bidra til å belyse hva som vil kunne være effektive tiltak for å hjelpe disse barna, og over hva vi fortsatt trenger mer kunnskap om rundt denne tilstanden.

Det finnes lite litteratur om selektiv mutisme. Jeg har i oppgaven hovedsakelig konsentrert meg om de få større studiene som finnes på feltet, unntaket er behandlingsstudier der jeg har vært henvist til ulike casebeskrivelser, da det som nevnt ikke finnes slike studier med store utvalg foreløpig. Videre har jeg valgt å begrense meg til litteratur fra årene 1995 og frem til i dag, for ikke å gjøre gjennomgangen for omfattende innen de gitte rammene, men også fordi jeg har ønsket å gå inn i *nyere* forskningslitteratur, og opplevde at denne best belyste min problemstilling. Studiene jeg har anvendt, har i all hovedsak blitt funnet i databasene ISI og PsychInfo, gjennom søk på stikkordene ”selective mutism” og ”elective mutism”. Deretter har videre søk blitt foretatt ut fra referanselister og så videre. De mest sentrale teoriene og forskerne jeg har benyttet meg av presenteres sammen med oppgavens oppbygning i neste avsnitt. Ved å velge litteratursøk som metode eller fremgangsmåte vil dessuten en viktig del av oppgaven være å forholde seg kildekritisk til stoffet og vurdere forskningsmetoden som anvendes i de ulike studiene. Dette har jeg drøftet underveis i oppgaven, i sammenheng med de aktuelle studiene.

Mer uformelle kilder har også vært et nyttig supplement til litteraturen for å forstå mer av denne tilstanden. Dette gjelder blant annet dokumentarfilmen *De tause barna*

på TV2 vinteren 2006, og ikke minst et kurs om etiologiske faktorer, utredning og behandling ved SM i regi av Regionsenter for barn og unges psykiske helse (R.BUP) i juni 2006, der den kanadiske forskeren Katharina Manassis hovedforeleser. På det samme kurset holdt barnepsykiater Hanne Kristensen ved R.BUP en forelesning om taushetens betydning i kommunikasjon i ulike kulturer, og herfra har jeg hentet det engelske ordspråket jeg har brukt som tittel på oppgaven. Jeg opplever at dette henspeiler på noe av det viktigste jeg har ønsket å beskrive; nemlig *kompleksiteten* ved SM hos barn.

1.4 Oppgavens oppbygning

Denne oppgaven er videre delt inn i fire kapitler:

I kapittel 2 gis en begrepsavklaring og oversikt over fenomenet SM, gjennom en kort historikk, basert særlig på Stina Hesselmanns gjennomgang av SM-litteratur i perioden fra 1877 til 1980, og en oversikt over diagnosekriteriene i ICD-10 og DSM-IV. Jeg har her brukt norske oversettelser av disse. Videre ser jeg på differensiering mellom sjenanse og SM, med utgangspunkt i Maggie Johnson og Alison Wintgens' kriterier i boka *The selective mutism resource manual*, og på tilstandens symptombylde, med hovedvekt på den store symptomvariasjonen over ulike kontekster og de til dels motstridende atferdstrekkene som er blitt beskrevet hos disse barna. I dette kapittelet presenteres også noen nyere forekomststudier fra Sverige (Svenny Kopp og Christopher Gillberg), Finland (Kirsti Kumpulainen et. al.), Israel (Yoel Elizur og Ruth Perednik) og USA (Lindsey Bergman et. al.). Jeg ser til slutt på hva vi foreløpig vet om tilstandens debut, forløp og prognose. Dette baserer seg spesielt på Charles E. Cunninghams studie av SM-barns sosiale, emosjonelle og skolefaglige fungering, og en tysk oppfølgingsstudie gjort av Helmut Remschmidt et. al.

I kapittel tre belyses den første del av problemstillingen. Innledningsvis presenteres noen vanlige årsaksforklaringer på utviklingen av SM hos barn (etiologi) i både eldre og nyere tid, noe som har vært sterkt preget av de psykologiske perspektivene som har stått sentralt i samtiden og hos de enkelte forskere og klinikere; spesielt

psykodynamisk, familierapeutisk og behavioristisk teori. Gjennomgangen av disse perspektivene baserer seg hovedsakelig på Karen Anstendigs oppsummeringsartikler fra 1998 og 1999 samt Tony Cline og Sylvia Baldwins bok fra 2004. Et annet viktig grunnlag for å forstå utviklingen av psykiske vansker og utviklingsforstyrrelser hos barn, er medisinsk og nevrobiologisk teori. Her er barns medfødte temperamentsdisposisjoner et sentralt aspekt, slik de er blitt beskrevet av særlig Thomas og Chess, og Kagan og medarbeidere. Hovedfunn hos disse forskerne blir presentert på bakgrunn av sekundærkilder. I dette kapitlet ser jeg også på forekomst av det som i litteraturen oftest kalles komorbide vansker (dette kan foreløpig defineres som samtidige vansker eller tilleggsvansker) ved denne tilstanden, noe som i henhold til nyere forskning trolig er en viktig etiologisk faktor i utviklingen av SM. I min oppgave har sosial angst og språkvansker fått størst fokus, da dette går igjen i litteraturen som de mest høyfrekvente komorbide tilstandene ved SM hos barn. Fremstillingen her baserer seg i stor grad på den norske barnepsykiateren og forskeren Hanne Kristensens doktorgradsarbeid på tilleggsvansker hos barn med SM, og flere vitenskapelige artikler i tilknytning til denne studien. Andre sentrale kilder er Charlotte Brix Andersson og Per Hove Thomsen, Bruce Black og Thomas W. Uhde, og Hans-Christoph Steinhausen og Claudia Juzi. Som en avrundning på dette kapitlet presenteres Lars Smith og Stein Erik Ulvunds *transaksjonsmodell* som et utgangspunkt for å forstå utviklingen av SM.

Kapittel fire handler om pedagogisk-psykologisk intervensjon i form av tiltak og behandling, og belyser den andre delen av problemstillingen. Først drøftes ulike syn på kartlegging og utredning av disse barnas vanskebilde som et viktig grunnlag for tiltak, basert på litteratur av Sara P. Dow, Katharina Manassis, Alison McInnes, Maggie Johnson og Alison Wintgens, Tony Cline og Sylvia Baldwin. Videre gis en gjennomgang og vurdering av behandlingslitteratur fra årene 1995 og frem til i dag, strukturert omtrent i samsvar med de etiologiske perspektivene som ble beskrevet i kapittel 3. Nærmere bestemt gjennomgås både psykodynamiske, familierapeutiske, atferdsterapeutiske og til slutt såkalt multimodale studier, som kombinerer flere typer tilnærminger og ofte adresserer flere sider ved barnas symptombilde (for eksempel språkvansker) gjennom tverrfaglig samarbeid. Noen hovedfunn med hensyn til

behandling ved SM presenteres i form av en gjennomgang av behandlingslitteratur gjort av Beth Pionek Stone et. al. Til slutt trekkes hovedkonklusjoner med hensyn til implikasjoner for intervensjon og for videre forskning.

Kapittel fem avrunder denne oppgaven, med noen avsluttende kommentarer og konklusjoner på bakgrunn av funnene i denne oppgaven.

2. Hva er selektiv mutisme?

Selektiv mutisme (SM) er en barnepsykiatrisk tilstand kjennetegnet ved at barnet på tross av at evnen til å snakke er intakt, konsekvent forholder seg taust i bestemte situasjoner og med bestemte personer. Det vanligste er at barnet prater fritt hjemme med nære familiemedlemmer, mens det ikke snakker i barnehagen, skolen eller andre sosiale kontekster utenfor hjemmet (Kristensen 2005, McInnes og Manassis 2005). Noen prater til de andre barna i barnehagen eller medelever, men ikke til de voksne. Når de er tause, kommuniserer enkelte barn med kroppsspråk i form av mimikk og gester. Hos de fleste er imidlertid også dette fraværende (Kristensen 2005). Barn med SM er ofte blitt beskrevet som sky, sjenerte, tilbakeholdne og engstelige, men også som viljesterke, sta og manipulerende. Disse til dels motstridende beskrivelsene gjenspeiler de mange ulike forklaringsmodeller som har vært benyttet i forhold til hva som er årsaken til selektiv mutisme hos barn. I forhold til intervensjon og behandling er det viktig å være klar over at tausheten kan kamuflere andre, mer alvorlige diagnoser, og at disse barna må utredes grundig slik at de får hjelp som er tilpasset deres vanskebilde. Dette vil bli utdypet utover i oppgaven.

2.1 Kort historikk

Den første beskrivelsen av personer som kan snakke, men ikke bruker denne evnen, finner vi hos Kussmaul (1877, her referert fra Hesselman 1981). I boka *Die Störungen der Sprache* kaller han denne tilstanden *Aphasia Voluntaria* og viser til tre kasus som alle hadde mistet taleevnen for en kortere periode som følge av en sterk skrekkopplevelse (ibid.), noe som neppe ville karakteriseres som selektiv mutisme i dag. Imidlertid har tilstanden trolig vært kjent i flere århundrer; blant annet mener den danske psykiateren Goll (1979, her referert fra Storgaard og Thomsen 2003) å ha funnet beskrivelser av en tilstand som minner om selektiv mutisme i litteratur fra over 800 år tilbake. Frem til 1933 beskrives *Aphasia Voluntaria* av 14 forskjellige forfattere (Hesselman 1981). I 1934 bruker så den sveitsiske barnepsykiateren og

professoren Tramer for første gang termen *elektiver Mutismus* om mennesker som har evnen til å snakke, men bare bruker denne innenfor en utvalgt krets av personer. Han beskriver behandlingen av en 7 år gammel gutt som ikke snakket på skolen, og differensierer videre tilstanden fra forsinket språkutvikling og fra andre former for mutisme, for eksempel den som skyldes schizofreni (Hesselman 1981).

Før 1960 er litteraturen mest preget av beskrivelser av ulike former for mutisme og forsøk på klassifisering, stort sett gjennom enkeltstående kasuistikker (Hesselman 1981, Storgaard og Thomsen 2003). Etter dette begynte forskningen i større grad å beskjeftige seg med etiologiske diskusjoner, og det var allment akseptert at etiologien var heterogen, men liten konsensus om hva disse årsaksfaktorene faktisk bestod i (Cline og Baldwin 2004). De siste ti-femten årene har man igjen blitt opptatt av spørsmålet om klassifisering (Storgaard og Thomsen 2003). Blant annet har det som nevnt vært mye diskutert hvorvidt diagnosen bør reklassifiseres som en variant av angst (Anstendig 1999).

2.2 Diagnosekriterier og symptombilde

I ICD-10 (*International Classification of Diseases*) er utarbeidet av Verdens helseorganisasjon (WHO) og det diagnosesystemet hjelpeapparatet i Norge er forpliktet til å følge. Det omfatter både psykiatriske og somatiske sykdommer. DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) er utarbeidet i USA av American Psychiatric Association (APA). De to diagnosesystemene er noe ulike i inndeling og i beskrivelsene av tilstandene, men i de siste utgavene av begge systemer er det skjedd en tilnærming slik at forskjellene er i ferd med å viskes ut (Grøholt et. al. 2001). Mange har oppfattet DSM-systemet som mer presist, med tydeligere kriterier for inklusjon og eksklusjon, og dette brukes derfor også i Europa innenfor psykiatrisk forskning (ibid.).

I ICD-10 (WHO/Sosial- og helsedirektoratet 2005, F94.0) er selektiv mutisme beskrevet slik:

Markert, følelsesmessig betinget talebegrensning som ytrer seg ved at barnet viser evne til å snakke i noen situasjoner, men ikke i andre. Forstyrrelsen ledsages vanligvis av markerte personlighetstrekk som omfatter sosial angst, tilbaketrekning, overfølsomhet eller motstand. De fleste av disse barna har en historie med språkforsinkelse eller artikulasjonsproblemer.

Inkl: selektiv mutisme

Eksl: forbigående mutisme som en del av separasjonsangst hos små barn (F93.0)

gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (F84.-)

schizofreni (F20.-)

spesifikke utviklingsforstyrrelser av tale og språk (F80.-)

I DSM-IV (APA 1997, 313.23) er diagnosekriteriene for SM som følger:

- A) Vedvarende vansker med å snakke i spesifikke sosiale situasjoner (der det forventes at man skal snakke, f.eks. på skolen) til tross for at barnet snakker i andre situasjoner.
- B) Lidelsen forstyrrer prestasjonene i utdanning eller i arbeid, eller i sosial kommunikasjon.
- C) Lidelsen har vart i minst en måned (ikke begrenset til den første måneden på skolen).
- D) Vanskene med å snakke er ikke forårsaket av manglende kunnskaper om eller fortrolighet med det språket som kreves i den sosiale situasjonen.
- E) Lidelsen forklares ikke bedre med en kommunikasjonsforstyrrelse (f.eks. stamming) og forekommer ikke bare utelukkende i forløpet av en gjennomgripende utviklingslidelse, schizofreni eller annen psykotisk lidelse.

I DSM-IV oppgis det. al.tså at tilstanden skal ha vedvart i minimum én måned (et unntak er den første måneden etter skolestart), mens ICD-10 opererer med 6 måneder eller lenger (McInnes og Manassis 2005).

Angst, spesielt sosial fobi, forekommer hyppig sammen med SM (Black og Uhde 1995, Kristensen 2000, Yeganeh 2003). Samtidig finner man også en relativt høy frekvens av lette utviklingsforsinkelser og -forstyrrelser i denne gruppen, spesielt språklige (Kristensen 2000), noe som antyder en mer kompleks etiologi enn angst i seg selv (McInnes og Manassis 2005). Tilstanden klassifiseres derfor pr. i dag ikke som en spesifikk angstforstyrrelse i barndommen i de psykiatriske diagnosesystemene. I ICD-10 er SM oppført under *F94: Forstyrrelse i sosial*

fungering med debut i barne- og ungdomsalder, og i DSM-IV under Andre lidelser hos spedbarn, barn eller ungdom.

2.2.1 "Elektiv" eller "selektiv" mutisme?

I ICD-10 er denne tilstanden betegnet som "elektiv mutisme", en betegnelse både DSM-IV og faglitteraturen har ønsket å gå bort fra, da den lett gir inntrykk av et "valgfritt", opposisjonelt aspekt ved barnets taushet (Anstendig 1998). Realiteten er snarere at disse barna ønsker å snakke, men ikke får det til; de "sitter fast" i tausheten (Dow et. al. 1995, Kristensen 2005, McInnes og Manassis 2005). I visse studier, spesielt europeiske der inklusjonskriteriene er hentet fra ICD-10 (for eksempel Steinhausen og Juzi 1996, Storgaard og Thomsen 2003), brukes fortsatt betegnelsen "elektiv mutisme". Med bakgrunn i det som her er beskrevet vil begrepet "selektiv mutisme" (eventuelt SM) konsekvent bli brukt i denne oppgaven. Bruk av diagnosesystem kan likevel ha innflytelse på utvalgs-kriterier i de ulike studiene, da kriteriene i de to systemene ikke er identiske (dette gjelder særlig varighet av diagnosen, se punkt 2.4, samt kriterium B i DSM-IV).

2.2.2 SM og sjenanse – overlapping og differensiering

"Kan vi ikke få lov til å være forskjellige, da?"

(Jente, seks år gammel, med SM. Fra Kristensen 2005: 20.)

De siste tiårene har diagnostikk innen det barnepsykiatriske feltet vært gjenstand for mye diskusjon, og spesielt på 1960- og 1970-tallet, men også i nyere tid, har det blitt stilt spørsmålstegn ved berettigelsen av å sette diagnoser på individer med psykiske vansker (Grøholt et. al. 2001). Psykiatrien har fått mye kritikk for å sykelliggjøre normalfenomener (Kristensen 2005), og i et slikt perspektiv kan man også problematisere fenomener som selektiv mutisme og sosial angst. Sjenanse og angst er begge allmennmenneskelige følelser, og noen vil si at det er gradforskjeller som skiller disse to (Johnson og Wintgens 2001, Heiser et. al. 2003). I en større undersøkelse svarte nær alle respondenter at de fra tid til annen følte seg sjenerte, og

40 prosent beskrev seg selv som sjenerte personer (Cline og Baldwin 2004). Studier tyder på at både sjenanse og angstforstyrrelser, SM inkludert, har en biologisk og genetisk bestemt basis (Kristensen og Torgersen 2002, Tillfors 2004). På tross av visse fellestrekk er det likevel viktig å skille mellom sjenanse og SM. Man finner markerte forskjeller med hensyn til etiologi, utviklingsforløp og behovet for intervensjon, og både sosial angst og SM er sosialt hemmende og vedvarende i en slik grad at direkte intervensjon i de aller fleste tilfeller vil være nødvendig (Johnson og Wintgens 2001, Cline og Baldwin 2005, Melfsen et. al. 2006). Sjenanse er alltid en del av, men aldri hele bildet ved SM, og å la være å gjøre noe i den tro at dette handler om et normalt fenomen som vil gå over av seg selv, kan være hemmende for disse barnas utvikling. Dette utelukker likevel ikke at det er viktig å unngå unødig sykeliggjøring, også av de barna som strever med mer enn det som må betegnes som grad av normalvariasjon. I regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse fra 2003, ”...sammen om psykisk helse...” er dette poenget understreket (s. 17):

Også hvis barn eller unge utvikler psykiske problemer er det viktig å opprettholde et mestrings- og et såkalt normalperspektiv for å hindre unødig sykeliggjøring. Personen, med muligheter og håp, ikke problemet, må settes i fokus. Hvis fokuset legges på det som er vanskelig og annerledes, kan barn og unge lett passiviseres og miste troen på at de selv innehar evner og muligheter til å påvirke eget liv og takle utfordringer og problemer.

En fersk undersøkelse fra USA viste at allmennpraktiserende leger hadde en tendens til å møte foreldrenes bekymring for barna med SM-symptomer nettopp med at dette dreide seg om sjenanse som barnet ville vokse seg ut av (Schwartz et. al. 2006). Dette kan tyde på at det er vesentlig med mer kunnskap i hjelpeapparatet og da kanskje særlig førstelinjetjenesten (den kommunale delen av hjelpeapparatet som barna først henvises til; blant annet allmennleger og pedagogisk-psykologisk tjeneste, jf. Grøholt et. al. 2001) om hvordan man i praksis skiller stille, sky og sjenerte barn fra de selektivt mutistiske barna, og dermed vet når man bør intervensere og sette i gang tiltak. Johnson og Wintgens (2001) påpeker at det er den svært spesifikke angsten nettopp for å snakke, eller for situasjoner der det *forventes* at de skal snakke, som karakteriserer barna med SM. Deres angst er mye mer *kontekstbunden* enn hos barn som av natur har et sky og tilbaketrukket temperament (ibid). De sky barna vil kanskje trenge tid på å ”varmes opp” i nye situasjoner, men deretter bli mer

snakkesalige, og de vil ofte bli beskrevet som ”den stille og rolige i familien” av sine nærmeste. Barna med SM utvikler i stedet nærmest en slags ”splittet personlighet” – de er fullstendig tause i noen situasjoner, mens de kan prate ustanselig hjemme (Johnson og Wintgens 2001, Kristensen 2005). Johnson og Wintgens (2001: 20-21) knytter hovedforskjellene mellom SM og det som må anses som normal sjenanse, spesielt til tre områder:

- *Avoidance* (unngåelse): Barna med SM utvikler gjerne nonverbale strategier med det formål å unngå å snakke, noe sjenerte barn sjelden gjør.
- *Persistence* (varighet eller utholdenhet): De sjenerte barna vil gjerne øke sin talemengde i takt med at tryggheten øker. De selektivt mutistiske barna vil også opptre med større sikkerhet etterhvert; forskjellen er at talen fremdeles sannsynligvis vil utebli, og ingenting vil kunne ”overtale” disse barna til å snakke. Balanseforholdet mellom trygghet og kommunikasjon synes å være annerledes hos dem.
- *Intensity* (intensitet): Den tausheten barna med SM vil møte den voksnes kontaktforsøk med, er som regel annerledes og mer intens enn den responsen man får av sjenerte og forsiktige barn. Disse vil ofte gjengjelde med håpefulle smil og nikkning og generelt vende seg til og søke trygghet hos den voksne. Barna med SM synes derimot å ”stivne” ved forsøk på kontakt, mange vil gi inntrykk av at de nærmest venter på at man skal slutte å snakke med dem. Ofte beskrives disse barna som ”frozen with fear” (Anstendig 1999, Yeganeh et. al. 2003).

2.2.3 Internaliserende og eksternaliserende atferdssymptomer

Mange ulike atferds- og personlighetstrekk er blitt knyttet til barn med SM, som nevnt innledningsvis i denne oppgaven. De vanligste er skyhet, engstelse, tilbaketrukkethet og sosial isolasjon, men også opposisjonell og kontrollerende atferd, stahet og ”passiv aggresjon”, i tillegg til overfølsomhet og perfeksjonisme (Johnson og Wintgens 2001, Kristensen 2002b, Cline og Baldwin 2004), går igjen i

beskrivelsene av disse barna. Samvariasjonen mellom SM og internaliserende symptomer bekreftes i nyere, større studier, de fleste av dem riktignok uten kontrollgrupper (Anstendig 1999, Kristensen 2002b). I Steinhausen og Juzis studie av 100 barn med SM (1996) skåret de fleste høyt på internaliserende problemer; 85 prosent ble beskrevet som sjenerte og 66 prosent som engstelige. Barna skåret derimot lavt på eksterne problemer; som opposisjonelitet, aggressivitet og hyperaktivitet. Disse funnene har blitt bekreftet i andre studier (Black og Uhde 1995, Dummit et. al. 1997).

De fleste barn med SM snakker som sagt hjemme med nære familiemedlemmer, men ikke i skolen, eller med personalet i barnehagen, og forskjellen vil ofte være påfallende og markert mellom det introverte og tilbaketrukne barnet læreren møter, og det pratsomme og utadvendte barnet foreldrene forholder seg til hjemme (Johnson og Wintgens 2001, Cline og Baldwin 2004: 151, Kristensen 2005). Mye av bakgrunnen for at disse barnas atferd er blitt sett på som viljestyrt ligger trolig nettopp her; de barnet ikke snakker til, vet at barnet *kan* – og det kan dermed synes nærliggende å tro at vedkommende ikke *vil*. Når disse barna så ofte er blitt oppfattet som manipulerende og *sta*, og som om de faktisk *ønsker* å være tause, må det også ses i lys av angsten barnet forsøker å beskytte seg mot gjennom tausheten. Følelsen av angst og ubehag knyttet til det å snakke er kjernen ved SM. Det er når barnet lærer seg at disse følelsene kan unngås ved å slutte å snakke, at problemet med misforståelser av atferden deres oppstår, mener Johnson og Wintgens (2001). Den lettelsen barna med SM føler når de slipper å snakke, kan lett gi et feilaktig inntrykk av at vedkommende egentlig trives med denne situasjonen (Anstendig 1998, Johnson og Wintgens 2001). Man må imidlertid alltid være klar over at de aller fleste av disse barna inderlig ønsker å snakke, men ikke får det til. Kristensen (2005: 18) siterer en ungdom som hadde vært taus gjennom hele grunnskolen, og som oppga følgende som det viktigste rådet til omgivelsene: ”Ikke tro på det hvis noen sier at de ikke har lyst til å begynne å snakke.”

2.2.4 Symptomvariasjon mellom ulike arenaer og personer

Noe av det mest slående ved SM er nettopp *selektiviteten* i talen, og den konsekvente og store variasjonen i atferdsmønster disse barna utviser med ulike personer og i ulike kontekster. Man finner også store variasjoner innen gruppen, og ved intervensjon er dette kommunikasjons- og atferdsmønsteret hos det enkelte barnet noe av det første man bør kartlegge (Johnson og Wintgens 2001, Cline og Baldwin 2004, se også kapittel 4). Det vil for eksempel variere i hvilken grad barna kommuniserer nonverbalt gjennom gester, mimikk, tegn og så videre; en del barn med SM – men ikke alle – kan kommunisere livlig på denne måten selv i situasjoner der de er helt tause (Cline og Baldwin 2004). Det varierer også med hvem og i hvilke settinger disse barna snakker. Hos noen svært få kan man finne mutisme innen kjernefamilien, noe som regnes for å være mer alvorlig i forhold til utviklingsforløp og prognose (Remschmidt et. al. 2001, Cline og Baldwin 2004). Steinhausen og Juzi (1996) fant ved kartlegging av talemønsteret hos 100 barn med SM at tausheten hos de aller fleste gjorde seg gjeldende i skolen eller i andre sosiale miljøer der det var forventet at de skulle snakke med ukjente, mens de langt sjeldnere unnlot å snakke til jevnaldrende, og svært sjelden innad i familien. Black og Uhde (1995) fant at de 30 barna med SM i deres studie var aller mest motvillige til å snakke på skolen, og mer motvillige til å snakke til voksne enn til andre barn. I Kristensens studie (2002a) snakket ingen av barna i utvalget (n = 54) med voksne (lærere) i skolen, og heller ikke til andre barn i klassesituasjonen. Kommunikasjonsmønster med jevnaldrende utover dette varierte. Det ser altså ut til at et flertall av barna med SM er mer villige til å kommunisere verbalt med jevnaldrende enn til voksne; ofte vil de også slutte å snakke med barna når de voksne er innenfor hørevidde (Cline og Baldwin 2004, jf. også Black og Uhde 1995, Steinhausen og Juzi 1996). Dette mønsteret står kanskje i motsetning til hva man kunne forvente av barn som er tilbakeholdne og engstelige og som dessuten i mange tilfeller kan ligge noe etter jevnaldrende i språklig utvikling. Man kunne snarere tenke seg at disse ville foretrekke voksne som lettere tilpasser seg og tar hensyn i samspill og kommunikasjon. Sannsynligvis må dette forstås i lys av den spesifikke angsten for situasjoner der tale forventes (jf. avsnitt 2.2.2). Selv om det er lite studert og funnene motstridende, tyder forskning på at mange av barna med

SM klarer seg relativt godt sosialt med i hvert fall en del av sine jevnaldrende (Cunningham et. al. 2004), noe som muligens kan forklares med at mye av samvær og lek yngre barn imellom ikke nødvendigvis vil kreve verbal kommunikasjon. Hvordan det går med disse barna oppover i ungdomsalder når dette ikke lenger er tilfelle, vet man lite om pr. i dag, da det foreligger få oppfølgingsstudier av barn med SM. Dette vil jeg drøfte nærmere under avsnitt 2.5 om prognoser.

2.3 Prevalens

I flesteparten av de relativt få forekomststudiene vi finner i litteraturen om SM er prevalens (forekomst) beregnet ut fra andelen barn som har fått diagnosen på bestemte klinikker eller behandlingssentre – såkalte kliniske populasjoner – og dette anslås ofte til rundt 0,5 prosent av alle henviste barn og unge, med visse variasjoner (Cline og Baldwin 2004). Det er imidlertid grunn til å tro at mange av disse barna ikke henvises til hjelpeapparatet (Black og Uhde 1995, Bergman et. al. 2002). I nyere epidemiologiske studier – det vil si med populasjonsutvalg – er tallene også varierende. For eksempel fant både Elizur og Perednik (2003) og Bergman et. al. (2002) en forekomst på ca 0.7-0.8 prosent blant henholdsvis førskolebarn i Jerusalem og barn i ”kindergarten”, første- og andreklasser i Los Angeles, mens to nordiske undersøkelser har anslått både langt høyere og betydelig lavere tall. Kopp og Gillberg (1997) fant en prevalens på bare 0,18 prosent blant 7-15-åringer i to skoledistrikt i Gøteborg i Sverige, mens Kumpulainen et. al. (1998) i Finland har rapportert den høyeste forekomsten på nærmere 2 prosent i et utvalg bestående av 2434 andreklassinger. Grunnen til at ulike forekomststudier får ulike tall kan forklares ut fra flere faktorer:

- Alder på barna som inkluderes i undersøkelsene: For eksempel kan den relativt høye alderen på barna i Kopp og Gillbergs undersøkelse ha bidratt til de lave tallene (Cline og Baldwin 2004). En del av barna kan dermed ha vokst seg ut av problematikken, slik noen barn gjør i løpet av de første skoleårene

(Cunningham et. al. 2004), mens en del førskolebarn med SM kan ha blitt ekskludert fra studien.

- Kriterier for SM som anvendes: Både Bergman et. al. og Elizur og Perednik bruker DSM-IV-kriteriene, mens Kumpulainen bruker DSM-III-R-kriteriene, som er mindre strenge; her er kriterium B om ”impaired functioning” ikke inkludert (Elizur og Perednik 2003).
- Klinikkers geografiske beliggenhet, eller hvilke områder utvalget trekkes fra: Tilstanden antas å forekomme hyppigere i sosialt isolerte familier; eksempelvis på landsbygda eller blant immigranter i flerkulturelle deler av store byer. Klinikker kan dermed være plassert slik at de vil få henvist en høy andel av nettopp slike familier (Cline og Baldwin 2004). Videre har populasjonsstudier av prevalens så langt vært gjort i urbane områder (ibid).
- Interessen for SM i de institusjonene der kliniske utvalg gjøres: Etterhvert som det blir kjent at visse klinikker er spesielt interessert i SM, vil trolig mange barn med denne tilstanden bli henvist til nettopp disse stedene (Johnson og Wintgens 2001, Cline og Baldwin 2004).

Vi har ingen studier som sier noe om prevalens av SM i Norge, men man regner ut fra de nevnte studiene i Sverige og USA med at SM har en forekomst på ca. 7-8 % i barne- og ungdomspopulasjonen (Kopp og Gillberg 1997, Bergman et. al. 2002, Kristensen 2005). Sosial angst hos barn er derimot langt vanligere med en prevalens på rundt 2-5 prosent (Chavira og Stein 2000, her referert fra Kristensen 2005), og dette regnes i dag som den vanligste formen for angstforstyrrelser (Tillfors 2004). Man har funnet en noe høyere forekomst av SM hos jenter enn hos gutter i de fleste studier (Steinhausen og Juzi 1996, Dummit et. al. 1997, Kumpulainen 1998); dette til forskjell fra angstlidelser i sin alminnelighet som har en jevnere kjønnsfordeling hos små barn (McInnes og Manassis 2005), og i motsetning til språkvansker blant barn, som er vanligst hos gutter (Johnson og Wintgens 2001, Cline og Baldwin 2004). Imidlertid er sosial fobi, den undergruppen av angst som SM trolig er nærmest beslektet med, også hyppigst forekommende hos jenter, noe som er tatt til inntekt for

forståelsen av at SM er en variant av sosial angst hos små barn (Black og Uhde 1995, Anstendig 1999). Årsaken til denne kjønnsforskjellen er ukjent, men man kan spekulere i om tilbaketrukkethet, passivitet og taushet er trekk som lettere aksepteres hos jenter enn hos gutter (Cline og Baldwin 2004, McInnes og Manassis 2005). I det hele tatt kan man ikke se bort fra at sosiale og kulturelle forhold spiller inn på forekomsten av SM; Kristensen (2005) påpeker at betydningen av og synet på taushet i kommunikasjon varierer fra kultur til kultur, og at det således kanskje ikke er tilfeldig at den høyeste prevalens av SM hos skolebarn er rapportert fra Norden (Kumpulainen 1998).

Flere studier samt klinisk erfaring viser også at man blant barn med selektiv mutisme finner en liten overrepresentasjon av barn som tilhører språklige minoriteter (Cline og Baldwin 2004, Elizur og Perednik 2003, Toppelberg et. al. 2005). Elizur og Perednik (2003) fant i sin undersøkelse en tre ganger så høy forekomst av SM blant barn med immigrantbakgrunn (2,2 prosent) sammenlignet med majoritetsbarn (0,76 prosent). I en studie av 100 barn fra Sveits og Tyskland med SM, var 28 av barna fra minoritetsfamilier (Steinhausen og Juzi 1996). Dette dreide seg om to kliniske utvalg, noe som tilsier at minoritetsbarna kan ha vært underrepresentert, da man vet at disse familiene sjeldnere henvender seg til hjelpeapparatet enn andre (ibid.).

2.4 Alder ved debut og henvisning til hjelpeapparatet

Debutalder synes i utgangspunktet å være et særtrekk som skiller sosial angst og SM. Sosial angst er i longitudinelle, epidemiologiske studier funnet å være vanligst i ungdomsalderen (Klein og Pine 2002), og det bryter gjerne ut på et senere tidspunkt i barndommen, vanligvis mellom 11 og 19 år (Bergman et. al. 2002, Tillfors 2004), enn SM, som vanligvis kommer til syne før femårsalder (Steinhausen og Juzi 1996, Bergman et. al. 2002). Men hos barn som tilfredsstillter diagnosekriteriene for begge disse tilstandene, vil de respektive debutene ofte ha inntruffet samtidig (Dummit et. al. 1997). Hva SM angår kan det ofte være vanskelig å fastslå nøyaktig når mutismen oppstod, og mange foreldre vil oppgi at barnet alltid har vært sjenert og forsiktig i

nye situasjoner (Cline og Baldwin 2004, Kristensen 2005). Steinhausen og Juzi (1996) fant at sterk sjenanse var det mest påfallende personlighetstrekket hos disse barna – i enda større grad enn angst – og at dette trekket oftest hadde vært til stede også før SM-symptomene satte inn. Populasjonsstudier viser at debutalder for SM tenderer til å ligge et sted mellom alderen da flytende talespråk og samtaleferdigheter vanligvis forventes, og alderen for skolestart (Cline og Baldwin 2004). Problemet er imidlertid at de data vi har om debutalder er retrospektive, det vil si basert på hva foreldre forteller i ettertid, og dermed mindre pålitelige (Kristensen 2002b).

Henvissingsalder vil ofte ligge rundt 6-8 år (Remschmidt et. al. 2001, Storgaard og Thomsen 2003, Cline og Baldwin 2004). I Norge skjer henvisning av disse barna til pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) eller barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) gjennomsnittlig ved 6-7-årsalder, altså i tiden rundt skolestart (Kristensen 2005). I Schwartz et. al.s spørreundersøkelse blant 27 amerikanske foreldre til barn med SM fremkom det at det ofte tok lang tid fra foreldre begynte å bekymre seg over barnets atferd, og til allmennpraktiserende leger delte denne bekymringen; gjennomsnittlig 11.5 måneder (Schwartz et. al. 2006).

DSM-IV-kriteriene fordrer en varighet på minimum én måned for at barnet skal gis diagnosen SM, mens den forrige utgaven (DSM-III-R) ikke spesifiserte dette. En del empiriske studier brukte da, i likhet med ICD-10, seks måneders varighet som inklusjonskriterium (Remschmidt et. al. 2001, Cline og Baldwin 2004). Fordelen ved å operere med en slik tidsramme i klinisk sammenheng er at man unngår å diagnostisere normal, forbigående mutisme hos et barn som bruker lang tid på å tilpasse seg en ny situasjon. Problemet er at dersom tausheten faktisk er et symptom på vedvarende SM-problematikk, er det uheldig å avvente intervensjon på dette tidlige stadiet (Cline og Baldwin 2004).

2.5 Forløp og prognose

Det er grunn til å forvente at vedvarende taushet og den sosiale isolasjon som følger av dette, spesielt i skolesammenheng, vil ha konsekvenser for utviklingen av

sosiale/kommunikative ferdigheter og forholdet til jevnaldrende (McInnes og Manassis 2005). Likevel har få studier tatt for seg hvilke ringvirkninger SM har på disse barnas daglige fungering, eller hvordan det går med dem senere i livet (Bergman et. al. 2002: 939, Remschmidt et. al. 2001: 286). Generelt har studier vist at lengre varighet av mutismen predikerer dårligere utkomme, mens lav alder ved debut tilsier en noe bedre prognose (McInnes og Manassis 2005). Ofte er resultatene mer pessimistiske i studier gjort på kliniske utvalg, der tilstanden har vist seg å være sterkt vedvarende og medføre betydelige vansker i 50-60 prosent av tilfellene til tross for behandling og/eller intervensjon (Steinhausen og Juzi 1996, Remschmidt et. al. 2001, McInnes og Manassis 2005). Man kan imidlertid tenke seg at de barna som etter hvert søker hjelp i behandlingsapparatet ikke nødvendigvis er representative for hele gruppen med hensyn til alvorlighetsgrad av symptomer og dermed prognoser (Bergman et. al. 2002). Dette understøttes av at studier med populasjonsutvalg viser noe mer oppløftende resultater: Cunningham et. al. (2004) fant i sin undersøkelse av 52 barn med SM og 52 kontroller, ingen forskjell mellom de to gruppene med hensyn til familiefungering, akademiske evner og samarbeidsevner eller mobbing fra jevnaldrende, men SM-gruppen viste seg å være mer engstelige og med færre sosiale tilpasningsferdigheter (ibid.). I studien til Bergman et. al. (2002) viste de fleste av barna med SM en bedring etter seks måneder, selv om de ikke var fullstendig kvitt symptomene. For noen barn – men ikke alle – kan overgangsfaser av typen bytte av skole og/eller lærer, eller overgangen til nytt skoleår, være den ”katalysatoren” som bryter det mutistiske mønsteret (Cline og Baldwin 2004, McInnes og Manassis 2005). Dette kan forklares med at barnet da får en mulighet til å tre ut av den tause rollen, og inn i en ny rolle som ”*a verbal member of her class and society*” (Cline og Baldwin 2004: 100). Men slike overgangssituasjoner er på den annen side også spesielt sårbare for disse barna. Det blir feil å tro at for eksempel et skole- eller klassebytte i seg selv vil være en hjelp for barn med SM (Cline og Baldwin 2004). Spørsmålet blir da hvordan slike situasjoner kan utnyttes best mulig med tanke på intervensjon, slik at barnet gis en mulighet for å vokse seg *ut av* og ikke *inn i* problematikken.

Hvordan det går med disse barna oppover i ungdoms- og voksen alder, er et av flere områder der det trengs mer forskning. En av de få oppfølgingsstudiene som finnes, er

gjort i Tyskland av Remschmidt et. al. (2001). Her ble 45 pasienter som hadde vært henvist til behandling for SM som barn (i henhold til ICD-9- og DSM-III-R-kriteriene) i løpet av en femtenårsperiode, fulgt opp gjennomsnittlig 12 år senere. Av de 41 pasientene forskerne da kunne innhente tilfresstillende opplysninger om, var bedringen av symptomene total hos 16 (39 prosent). 12 av pasientene viste en betraktelig bedring, mens hos de resterende ble bare mild forbedring eller ingen forbedring observert. Bortsett fra de 39 prosent som kunne regnes som helt fri for SM-symptomene, hadde alle de andre fortsatt kommunikasjonsproblemer – for eksempel engstelse i nye situasjoner og med fremmede mennesker, for å snakke i telefonen og så videre – i en slik grad at det hemmet dem i deres daglige fungering. De tidligere mutistiske pasientene viste også andre psykiatriske symptomer, i større grad enn andre henviste grupper de ble sammenlignet med: 35 prosent av dem hadde for eksempel psykomotoriske problemer, 29 prosent slet med svak oppmerksomhet, og flere hadde emosjonelle problemer som depresjon, nedstemthet og impulsivitet. I spørreskjemaundersøkelser beskrev de seg selv som signifikant mindre selvstendige, mindre motiverte for skole og arbeid, mindre modne og med dårligere helse, sammenlignet med de andre gruppene. De var dessuten kjennetegnet av innagerende symptomer som skam, fobisk unngåelse av mellommenneskelig kontakt og talehemninger. Den sterkeste predikatoren på dårlig prognose, ifølge Remschmidt et. al., var ”*mutism within core family*”, det vil si at barnet ikke snakket til medlemmer av kjernefamilien (mor, far, søsken).

Oppsummert tyder funn hittil på at en del av barna med SM i populasjonen viser en gradvis forbedring over tid, og i begrenset grad hemmes av diagnosen. For de barna som derimot ikke viser en slik bedring og etterhvert henvises til hjelpeapparatet, artet forløpet seg muligens annerledes og mutismen vil være av en mer vedvarende karakter, noe som i sin tur kan ha alvorligere konsekvenser på lang sikt for disse barnas fungering sosialt og i skole- og jobbsammenheng (McInnes og Manassis 2005).

3. Etiologi og tilleggsversker: Hvorfor utvikler noen barn selektiv mutisme?

Det har vært store variasjoner i forklaringer på *hvorfor* noen barn utvikler SM, og ofte har disse årsaksforklaringene fulgt de enkelte forskere og behandleres fagteoretiske og kliniske bakgrunn – for eksempel psykodynamiske, behavioristiske eller familierapeutiske perspektiver – snarere enn forskningsbaserte funn (Dow et. al. 1995, Cline og Baldwin 2004, Kristensen 2005). Mangelen på en allmenn konsensus om årsaksforklaringer kan ha sin bakgrunn i at SM er en lavfrekvent tilstand, og få omfattende, kontrollerte studier har vært gjennomført (Anstendig 1998, Cline og Baldwin 2004, Kristensen 2000 og 2005, McInnes og Manassis 2005). Frem til ca 1980 kunne etiologiske synspunkter stort sett klassifiseres innenfor de to hovedtradisjonene psykodynamisk og behavioristisk teori (Hesselman 1981, Cline og Baldwin 2004). Mens den første retningen i hovedsak fokuserer på underliggende problemer og minimalt på barnets manifesterte symptomer – den manglende talen i bestemte situasjoner – synes det som om mye av den strengt behavioristiske teorien i liten grad forholder seg til hvorfor symptomene i utgangspunktet oppstår. Hovedvekten legges her i stedet på hvordan atferden forsterkes og opprettholdes. Med hensyn til årsaker vil det ifølge Cline og Baldwin (2004) være viktig å se ikke bare på de opprettholdende faktorene når atferden først er etablert, men også på selve *utviklingen* av SM. I nyere tid har man blitt mer bevisst på det nevrobiologiske grunnlaget for ulike psykiatriske tilstander, deriblant angst, og flere forskere har reist spørsmålet om hvorvidt det er mer korrekt å klassifisere SM som en undergruppe av eller et symptom på sosial angst i tidlig barndom, enn som en diagnose i seg selv (Black og Uhde 1995, Anstendig 1998, 1999, Kristensen 2000, Bergman et. al. 2002). I det følgende beskrives etiologiske perspektiver som har vært mye anvendt, alene eller i kombinasjon. Disse henger videre tett sammen med valg av behandlingstilnærminger og behandlingsteknikker hos fagpersoner innenfor de ulike perspektivene. Dette vil bli grundigere beskrevet og drøftet i kapittel 4.

3.1 Psykodynamisk teori

Begrepene *psykoanalytisk* og *psykodynamisk* brukes ofte ensbetydende, noe som ikke er helt korrekt (Gelso og Fretz 2001: 297). Psykoanalytisk teori kan deles opp i en teori om *personen*; det vil si menneskets personlighetsutvikling, helse og psykopatologi, og en teori om *behandlingsprosessen* (Gelso og Fretz 2001). En terapeut kan basere sin menneskeforståelse på psykoanalytisk teori, uten at selve behandlingen er psykoanalytisk. Det er imidlertid i menneskeforståelsen at skillet mellom psykoanalytisk og psykodynamisk tilnærming er tydeligst, mens dette er mindre klart når det kommer til behandling (Gelso og Fretz 2001: 298), selv om psykodynamisk terapi er bredere og også kan inneholde elementer som er ikke-analytiske (ibid.). Begge retningene stammer fra Sigmund Freud, som var opptatt av den tidlige barndommens sentrale betydning for personlighetsutviklingen i voksen alder (Grøholt et. al. 2001). All psykodynamisk og psykoanalytisk teori er også kjennetegnet ved en sterk vektlegging av underliggende og ofte ubevisste prosessers betydning for vår observerbare atferd, og denne retningen danner basis for mye av arbeidet med barn og familier i barne- og ungdomspsykiatrien (Gelso og Fretz 2001, Grøholt et. al. 2001).

3.1.1 SM som symptom på indre konflikter

Innenfor det psykodynamiske perspektivet på SM har en vanlig forklaring vært at mutismen er et symptom på underliggende, intrapsykiske konflikter (Dow et. al. 1995, Anstendig 1998, 1999, Stone et. al. 2002). I de mange psykodynamiske casestudiene som er gjort, konseptualiseres diagnosen lite, men de individuelle utviklingshistoriene til de barna det gjelder blir grundig beskrevet, og her finner forskerne årsakene til mutismen. Tausheten har av enkelte blitt forklart som et symptom på depresjon, mens noen også har definert tilstanden innenfor psykosespekteret og/eller som en del av dissosiativ identitetsforstyrrelse (Anstendig 1998). Mutismen ses ofte som en beskyttelsesmekanisme; for eksempel på grunn av depresjon hos mor eller at barnet blir avvist av henne, blir barnet ute av stand til å løsrive seg eller uttrykke fiendtlige følelser mot moren, og sinnet rettes heller mot

tredjepersoner i omgivelsene, som lærere (Cline og Baldwin 2004).

Psykoanalytikeren Yanof (1996: 80) mener at den betydelige uenigheten både med hensyn til etiologi og behandling av SM skyldes at tilstanden ikke er enhetlig; mutisme er et symptom, ikke et syndrom. Hun erkjenner at biologi trolig spiller en etiologisk rolle, men det er alltid psykodynamiske faktorer som medierer de ulike uttrykksmåtene symptomet får (ibid.). Tausheten som et uttrykk for og forsvar mot ubevisste, undertrykte og ofte aggressive impulser står sentralt her (ibid.):

The child attaches unconscious meaning to the act of speaking. Frequently, speaking becomes "dangerous" because the child equates it to an act of aggression. Not speaking then becomes the child's way of defending against this forbidden impulse as well as partially expressing it, because silence can also be hostile.

3.1.2 SM og traumer

Det har særlig innenfor den psykodynamiske tradisjonen vært vanlig å mene at tilstanden har utviklet seg som en reaksjon på traumatiske opplevelser, for eksempel tap av nære omsorgspersoner, tidlig sykehusopphold eller seksuelt misbruk (Dow et. al. 1995, Johnson og Wintgens 2001, Cline og Baldwin 2004). Hayden (1980, her referert fra Dummit et. al. 1997) beskrev tilfeller av SM-barn utsatt for fysiske og seksuelle overgrep og omtalte dette som en egen undergruppe av SM som hun kalte "*reactive mutism*" (se også punkt 4.3), men ut fra hennes beskrivelse er det uklart om det var traumet som ga opphav til mutismen eller omvendt (Dummit et. al. 1997). Nyere, større studier har ikke kunnet påvise noen høy frekvens av traumatiske opplevelser hos barn med SM (Black og Uhde 1995, Steinhausen og Juzi 1996, Dummit et. al. 1997). Man har også funnet at når barn reagerer på traumer med å bli tause, er det vanligvis snakk om global mutisme (det vil si ikke avgrenset til bestemte situasjoner) snarere enn selektiv mutisme (Johnson og Wintgens 2001, McInnes og Manassis 2005). Videre er denne typen "traumatisk mutisme" ofte av kortvarig karakter (Cline og Baldwin 2004). Foreldrene i studien til Dummit et. al. (1997) rapporterte at skole og behandlingsspersonell i mange tilfeller hadde vurdert misbruk fremfor angstforstyrrelser, noe som førte til konflikter og anspent forhold mellom foreldre og hjelpeapparat i stedet for samarbeid og forståelse. Dette viser hvor

grunnleggende det er for en vellykket intervensjon med evidensbasert kunnskap i barnehage, skole og hjelpeapparat om hva SM er, samt at det er helt nødvendig å ha en tilnærming til hele familien i møte med barn med SM.

3.2 Familieterapeutisk teori

Familieterapi kan i prinsippet praktiseres med grunnlag i en rekke ulike teoretiske eller kliniske perspektiver. Ifølge Gelso og Fretz (2001: 580) kan familieterapeutisk teori beskrives som ”*a diverse set of perspectives having in common a systems perspective on behavior*”. Familieterapi har sin bakgrunn i såkalt systemteori, en overordnet modell som knytter sammen flere teoretiske perspektiver. Fellestrekket er at familien ses som et selvregulerende system der det har utviklet seg regler for hvordan ”delene” forholder seg til hverandre, og dette systemet forsøker å opprettholde en likevekt (homeostase) over tid (Grøholt et. al. 2001). Et barns symptomer kan i henhold til slik teori ha en funksjon for familiesystemet som helhet, for eksempel å trekke oppmerksomheten bort fra foreldrenes konflikter og på denne måten bidra til å holde familien sammen (ibid.). Videre vil endringer i en ”del” (det vil si hos et familiemedlem) vil nødvendigvis føre til endringer også hos de andre, da disse inngår i et gjensidig vekselvirkningsforhold (ibid.). Det familieterapeutiske perspektivet vi finner i litteraturen om SM, kan på mange måter sies å være en variant av det psykodynamiske, men med fokus på familiesystemet som helhet fremfor individet. Men de to perspektivene har også klare særtrekk, spesielt i valg av behandlingstilnærming, de er oftest behandlet separat i litteraturen (jf. for eksempel Anstendig 1998, Johnson og Wintgens 2001, Stone et. al. 2002), og derfor også her.

3.2.1 SM som symptom på dysfunksjonelle familieforhold

Studier med bakgrunn i familieterapi har beskrevet SM hovedsakelig som et symptom på dysfunksjon i familien, og disse familiene har blitt karakterisert som preget av en tett og symbiotisk mor-barn-relasjon med ambivalent tilknytning, distanserte og passive fedre, isolasjon fra og mistro mot utenforstående og sterk

sjenanse og skyhet hos minst én av foreldrene (Dow et. al. 1995, Anstendig 1999, Johnson og Wintgens 2001). Barnets mutisme blir så forklart med spesielt to faktorer. Én av dem er at tausheten beskytter familien mot involvering i andre mennesker, og mot avsløring av ”familiehemmeligheter” (Tatem og DelCampo 1995, Anstendig 1998, 1999). En annen er at barnet ”opponerer” mot morens sterke avhengighet, og overfører denne atferden til miljøet utenfor (Anstendig 1999). Det har imidlertid vist seg at eventuelle familieproblemer ofte er sekundære til barnets SM, og at familieterapi i seg selv er for lite spesifikt rettet mot barnas problem, selv om det kan bedre samspillet i familien (jf. avsnitt 4.2.2). Klein og Pine (2002: 501) sier at når det gjelder foreldreatferd som påvirker utviklingen og opprettholdelsen av angst generelt, har det vært vanskelig å slå fast *retningen* på en slik påvirkning; håndterer foreldrene barnet annerledes *på grunn av* barnets angst, eller har foreldrenes atferd *bidratt til* denne angsten? I dag ser man ikke SM som primært et symptom på familiepatologi eller som et resultat av overbeskyttende og symbiotiske foreldre-barn-forhold, men familieterapi kan likevel utgjøre en del av et mer omfattende behandlingsprogram, i den forstand at familien involveres i implementeringen (Dow et. al. 1995, Johnson og Wintgens 2001, McInnes og Manassis 2005).

3.3 Læringsteori (behavioristiske og/eller kognitive teorier)

Den behavioristiske retningen i psykologien oppstod som en reaksjon på tidligere teorier som hevdet at man må forstå menneskets atferd ”innenfra” (Gelso og Fretz 2001). I motsetning til psykoanalytikere er alle former for læringsteori opptatt av ytre atferd, og av her-og-nå-situasjonen; atferd må forstås, ikke som et uttrykk for indre konflikter, men ut fra den situasjon den forekommer i (Gelso og Fretz 2001, Grøholt et. al. 2001, Cline og Baldwin 2004). Gelso og Fretz (2001: 334-335) gjengir tre læringsteoretiske hovedtilnærminger som skiller seg fra hverandre med hensyn til hvilken vekt de legger på individet som en nærmest passiv mottaker av ytre stimuli (behaviorisme) på den ene siden, i forhold til en aktør som mottar og tolker slike stimuli gjennom kognitive prosesser (sosial-kognitiv teori) på den andre siden:

- *Anvendt atferdsanalyse* eller *radikal behaviorisme* baserer seg på særlig Skinners teorier om operant betingning og fokuserer utelukkende på ytre prosesser; ifølge radikale behaviorister er det ikke nødvendig å forstå menneskets kognisjon for å forstå og endre atferd.
- *Den neobehavioristiske medierende stimulus-respons-modellen* tar utgangspunkt i Pavlovs teori om klassisk betingning og gjør bruk av læringspsykologiske prinsipper, men er samtidig opptatt av hva som foregår inne i individet; medieringsprosessen. Man går ut fra at disse indre prosessene følger de samme læringsprinsippene som ytre atferd.
- *Den sosial-kognitive modellen* baserer seg på Albert Banduras teorier, der atferd ses som et resultat av samspillet mellom tre systemer; ytre stimuli, ytre forsterkning, og kognitive medierende prosesser. Mennesket ikke bare mottar stimuli fra miljøet, hun tolker dem også, og disse tolkningene er overveiende kognitive. Videre vil tolkningene påvirke ens atferd, som igjen er med på å bestemme hvordan omgivelsene responderer og så videre. Dessuten lærer ikke mennesket bare gjennom direkte erfaring, men også gjennom å observere andres atferd, og jo sterkere identifikasjonen med modellen er, jo sterkere blir også det mønsteret som læres, antar man (Cline og Baldwin 2004).

Vi finner videre et vidt spekter av ulike behandlingsteknikker som baserer seg på hver av disse underliggende teoretiske retningene. Imidlertid bidro særlig sosial-kognitiv teori til en integrering av behavioristisk og kognitiv teori som gjør at skillet mellom disse terapiretningene i praksis ikke lenger er like skarpt ("den kognitive revolusjon", jf. Gelso og Fretz 2001). Ulike former for atferdsterapi og behandlingsteknikker som baserer seg på læringsteorier har vært mye brukt ved SM hos barn de siste årene og vil bli grundig beskrevet i kapittel 4. I denne omgang vil fokus ligge på den læringsteoretiske forståelsen av årsakene til SM.

3.3.1 SM forstått som lært atferd

Felles for læringsteoretiske eller behavioristiske tilnærminger til SM er oppfatningen om at symptomene er lært atferd. Så varierer det, som beskrevet ovenfor, i hvilken grad indre og ytre betingelser er involvert i denne læringsprosessen. Rene behaviorister er sjelden opptatt av de intrapsykiske årsakene bak tilstanden, slik som psykodynamikerne, men av hva i miljøet som betinger og opprettholder mutismen. I fortiden ble den mutistiske atferden av mange sett som en bevisst måte å manipulere omgivelsene på, og tilstanden klassifisert som en motivasjonsforstyrrelse (Anstendig 1999). I henhold til teorien om *klassisk betingning* antar man at det har utviklet seg en assosiasjon mellom det å snakke i bestemte settinger, og det å føle angst (Cline og Baldwin 2004: 122). Ut fra teorien om *operant betingning* vil tausheten også bli vedlikeholdt ved å ha en funksjon for barnet (Anstendig 1998, 1999, Cline og Baldwin 2004). Mutismen blir da ikke lenger en type patologisk atferd, men tvert imot adaptiv atferd; en (for barnet) funksjonell måte å interagere med miljøet rundt på (Anstendig 1998). Gjennom å holde tilbake tale oppnår barnet ”positive” konsekvenser; først og fremst at angsten reduseres ved at man unngår å snakke – altså en negativ forsterkningseffekt (Cline og Baldwin 2004). Man kan også tenke seg at en form for modell- eller observasjonslæring er involvert ved at barnet tar opp i seg holdninger og atferd som er tilstede i familien, jf. sosial læringsteori (Cline og Baldwin 2004, Stone et. al. 2002). Her inngår både klassisk og operant betingning. Men i tillegg er sosial-kognitivistene opptatt av de kognitive prosessene og tankemønstrene i barnet som medierer forbindelsene mellom stimulus og respons. Kognitive teorier om angst hos barn antar at angsten skyldes en form for fordreid tolkning av ytre hendelser, og at disse barna har en slags selektiv oppmerksomhet og hukommelse i forhold til hendelser som oppfattes som truende eller bekymringsfulle (Cline og Baldwin 2004). Slike ”kognitive skjemaer” bidrar også i betingnings- og opprettholdelsesprosessen, i likhet med miljøforhold, og må derfor også adresseres i behandlingen av disse barna, i henhold til denne tilnærmingen (ibid.).

3.4 Medisinsk/nevrobiologisk teori

Flere nyere undersøkelser har påvist slektskapet mellom SM og sosial angst, og det er funnet hyppig forekomst av sosial angst i familiehistoriene til disse barna (Black og Uhde 1995, Dow et. al. 1995, Dummit et. al. 1997, Yeganeh et. al. 2003, Kristensen 2005, McInnes og Manassis 2005, se også 3.6.1). Noen forskere har foreslått at SM muligens kan forstås som en ekstrem variant av sosial angst (Black og Uhde 1992, i McInnes og Manassis 2005), mens andre studier ikke har kunne påvise noen forskjell i angstskårer mellom barn med komorbid (samtidig) SM og sosial angst, og barn med bare sosial angst (Manassis et. al. 2003, Yeganeh et. al. 2003). Dette kan tyde på at sosial angst ikke alene er tilstrekkelig årsak til SM i fravær av andre risikofaktorer (McInnes og Manassis 2005). Det har i nyere tid også kommet frem at mange barn med SM kan ha lette komorbide (samtidige) utviklingsforstyrrelser i språk og motorikk (Kristensen 2000). Et fåtall har vist seg å ha mer alvorlige og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser som Aspergers syndrom, eller mental retardasjon, selv om dette er eksklusjonskriterier for SM både i DSM-IV og ICD-10 (Gillberg og Billstedt 2000, Kristensen 2000). Dette vil bli beskrevet nærmere i et senere avsnitt om tilleggsvansker eller overlappende vansker ved SM.

Barna i Steinhausen og Juzis studie (1996) viste seg å dele visse mønstre av medisinske risikofaktorer med den øvrige barnepsykiatriske populasjonen, som for eksempel komplikasjoner under svangerskapet, fødselen og nyfødtp perioden, noe som ble bekreftet i Kristensens studie (2002a). For øvrig har de mest signifikante funnene innenfor slike risikofaktorer handlet om trekk som har mer direkte sammenheng med den atferden som senere utvikles, for eksempel såkalt *atferdshemming*, en temperamentsdisposisjon som ofte knyttes til SM i nyere forskning (Cline og Baldwin 2004, Kristensen 2005). Slike temperamentsdisposisjoner er sannsynligvis en grunnleggende etiologisk faktor ved utviklingen av både SM og andre angstforstyrrelser – i samspill med miljøbetingelser som vil variere fra individ til individ og være med på å avgjøre hvordan, når og i hvilken alvorlighetsgrad denne sårbarheten kommer til uttrykk. Dette beskrives nærmere mot slutten av kapittelet, i forbindelse med såkalte *transaksjonsmodeller* som et utgangspunkt for å forstå

utviklingen av SM. I det følgende avsnitt gis en kortfattet oversikt over forskningen på medfødte temperamentsdisposisjoner samt deres forbindelse til psykiatriske forstyrrelser generelt og SM spesielt.

3.4.1 Temperamentsdisposisjoner hos barn med SM

Det har vært stor uenighet blant forskere om en entydig definisjon av temperament (Gillberg 1995). Smith og Ulvund (1999: 241) definerer det som “*en stabil reaksjonstilbøyelighet i emosjonsvekkende situasjoner*”, mens Schwartz et. al. (2003: 1952) skriver at begrepet refererer til “*the stable moods and behavior profiles observed in early childhood*”. Det kan for eksempel dreie seg om hvor raskt individet reagerer, og varigheten av denne reaksjonen (Smith og Ulvund 1999).

Temperamentsstil er altså en egenskap ved individet som er synlig allerede svært tidlig i livet, og som vedvarer over tid og over situasjoner (Gillberg 1995).

Den mest kjente teorien om temperament ble fremsatt av Thomas og Chess i *The New York Longitudinal Study* (1977, her referert fra Gillberg 1995 og Smith og Ulvund 1999). De viste gjennom sine oppfølgingsstudier av 140 barn hvordan tidlig observerbare forskjeller i temperament spilte en viktig rolle i utformingen av personlighet, psykiatriske forstyrrelser og livshendelser, og fremsatte en biososial transaksjonsmodell der det er en gjensidig tilpasning (kalt *goodness-of-fit*) mellom barns temperament og voksnes måte å forholde seg til barnet på (ibid.). De delte også barns temperament inn i tre (noe omdiskuterte) kategorier basert på ulike temperamentsdisposisjoner som hadde en tendens til å opptre sammen (her referert fra Smith og Ulvund 1999: 241-242):

- ”Lette barn”: Disse barna har ofte et regelmessig spise- og søvnmønster, tilpasser seg lett forandringer, er tillitsfulle i forhold til nye personer, reagerer lite eller moderat på ulike situasjoner, og har et generelt stabilt og godt humør.
- ”Vanskelige barn”: Disse barna har ofte mer uregelmessige mønstre for spising og søvn, trekker seg ofte tilbake i møte med nye objekter og personer, kan reagere intenst på situasjoner og er generelt mer urolige.

- ”Barn som er vanskelige å varme opp”: Disse barna har et lavt aktivitetsnivå, trekker seg tilbake i møte med nye personer og objekter, reagerer med lav intensitet på ulike situasjoner og tilpasser seg sent nye situasjoner. Barn med SM viser ofte trekk som gjør at de kan plasseres inn i denne kategorien, blant annet atferdshemming, mener mange (Stone et. al. 2002, se også nedenfor).

Thomas og Chess regner med at slike temperamentsdisposisjoner er *kontinuerlige* dimensjoner. Dette har blitt kritisert, og Kagan et. al. (1988, her referert fra Smith og Ulvund 1999) hevder i stedet at barn som for eksempel kjennetegnes av at de søker nye situasjoner, har et *kvalitativt* forskjellig temperament fra barn som er mer tilbaketrukne, noe senere studier har støttet (Smith og Ulvund 1999). Kagan har senere registrert to forskjellige temperamentstyper hos spedbarn, kalt høy og lav reaksjonsprofil (Kagan 1994, 1996, her referert fra Smith og Ulvund 1999). Flere studier har vist en sammenheng som er relativt stabil over tid, mellom disse to reaksjonsprofilene og fryktreaksjoner hos barn i møte med nye personer, situasjoner og gjenstander, men slike reaksjoner påvirkes også av omsorgspersoners håndtering av frykten (Smith og Ulvund 1999: 243ff, se også 3.6). Spesielt er en atferdsdimensjon som går på tilnærming og tilbaketrekning (*approach/withdrawal*) blitt mye studert (Schwartz et. al. 2003). Ytterpunktene på denne dimensjonen kalles hemmet og uhemmet atferd, og barn som hører til de respektive kategoriene kjennetegnes av at de forholder seg til nye og ukjente situasjoner, personer og objekter på svært ulike måter, ikke bare i observerbar atferd, men også i fysiologiske reaksjoner (Schwartz et. al. 2003). Barna med SM har vist seg å ha et mer sky og tilbaketrukket temperament enn andre barn – dette gjelder også ofte nære familiemedlemmer – og i nyere litteratur blir SM som nevnt ofte knyttet til temperamentstrekket som kalles atferdshemming; *behaviour inhibition* eller BI (Kristensen 2005). BI ble først beskrevet av Kagan og medarbeidere i den longitudinelle studien som kalles *the Harvard Infant Study* (1988, her referert fra Dummit et. al. 1997). Disse forskerne fant at det hos små barn er en sammenheng mellom visse fysiologiske karakteristika, først og fremst reaksjonsterskel i deler av det limbiske system i hjernen, og atferdsmessige reaksjoner i møte med nye, ukjente og utfordrende hendelser (Kagan et. al. 1987, her referert fra Cline og Baldwin 2004).

BI regnes som et krysskulturelt fenomen, kan observeres allerede fra firemånedersalderen av og har i den amerikanske, hvite barnepopulasjonen vært anslått til å ha en prevalens på ca 15 prosent (Klein og Pine 2002, Tillfors 2004). Barna med BI er allerede fra de er små preget av skyhet, tilbaketrekning og engstelse, spesielt i forhold til nye situasjoner og fremmede mennesker. I barnehage og skole befinner de seg ofte noe i periferien i den sosiale gruppen, og de er mer introverte og forsiktige enn andre barn (Tillfors 2004, Kristensen 2005). Både studien til Kagan og medarbeiderne, samt lignende studier gjort av andre forskere peker i retning av en sammenheng mellom BI hos små barn og utvikling av angst senere (Klein og Pine 2002). Spesielt synes det å være en spesifikk forbindelse mellom tidlig BI og sosial fobi i ungdomsalder (Hayward et. al. 1998, Schwartz et. al. 1999; her referert fra Klein og Pine 2002). Motsatt har en ”uhemmet” atferdstype vist seg å ha sammenheng med ekstereniserende problemer i ungdomsalder.

3.4.2 SM og medisiner

Det har også vært tatt til inntekt for forståelsen av SM som en form for sosial angst at visse angstdempende psykofarmaka – såkalte SSRI-preparater – har vist seg å ha en gunstig effekt på noen barn med denne tilstanden (Anstendig 1998, Cline og Baldwin 2004, McInnes og Manassis 2005). Det er imidlertid noe uklart om dette kan generaliseres til alle barn med SM, eller om det kun gjelder barn som tilfredsstillende kriteriene for både SM og en komorbid (samtidig) angstdiagnose (Anstendig 1998). Kristensen (2005) tilrår videre at andre tiltak settes i verk før en eventuelt vurderer utprøving av medisiner. Med bakgrunn i at psykofarmaka ikke synes å være noen rutinebehandling ved denne tilstanden i Norge pr. i dag og at et slikt tiltak faller utenfor rammen av pedagogisk-psykologisk intervensjon, vil ikke temaet bli beskrevet og drøftet noe nærmere i denne oppgaven. Medisinsk behandling kan likevel vise seg å være et nyttig supplement for å øke behandlingseffekten hos barn med SM som har vist seg spesielt resistente mot andre, psykososiale tiltak (Stone et. al. 2002).

3.5 Selektiv mutisme og overlappende tilstander/ tilleggsvansker

I dette avsnittet beskrives og drøftes vansker som ofte opptrer samtidig med hovedsymptomene ved SM; eller det som ofte kalles *komorbiditet* eller *komorbide tilstander* i litteraturen. Komorbiditet kan defineres som *samtidig forekomst av flere tilstander/lidelser* (Gjærum 2002: 67). Studier av komorbiditet i barne- og ungdomspsykiatrien fra 1980- og 1990-tallet har vist at minst $\frac{1}{3}$ av barn som henvises til BUP har en nevrobiologisk hovedtilstand, og enda flere har en komorbid nevrobiologisk lidelse (ibid). Gillberg og Billstedt (2002: 321) skriver at begrepet komorbiditet er noe omstridt, da det ikke alltid er like åpenbart hva som ligger i dette. De påpeker at vansker eller forstyrrelser som er ”komorbide” med en annen, gitt tilstand kan være enten

- samtidige og tilfeldige,
- kausalt og direkte relaterte, i den forstand at én tilstand leder til en annen, eller
- kausalt og indirekte relaterte; der en annen underliggende tilstand eller lidelse fører til både kjerneproblemet og den komorbide lidelsen.

Videre foreslår Gillberg og Billstedt at termen *overlappende tilstander* kanskje er mer nøytral, da denne ikke antyder noen etiologiske hypoteser (ibid). Som det vil gå frem senere i dette kapittelet, har det vært diskutert hvorvidt det er riktig å omtale sosial angst som en ”komorbid tilstand” til SM da dette snarere kan synes å være selve kjerneproblematikken her. Det er videre liten grunn til å tro at samtidig forekomst av SM, sosial angst og språkforstyrrelser kun er ”tilfeldig” – samtidig er direkte årsakssammenhenger når det gjelder SM, vanskelig å fastslå med sikkerhet fordi tilstanden er så kompleks. De senere års forskning på komorbide tilstander ved SM peker i retning av en underliggende, nevrobiologisk umodenhet som gir seg utslag i flere typer symptomer hos en stor del av disse barna, og at dette kan være et trekk som skiller dem fra barn med ren sosial angst. Således kan begrepet ”overlappende tilstander”, eventuelt samtidige vansker, sies å være dekkende i denne sammenheng;

mye tyder på at SM innebærer et vanskebilde som vil ”overlappe” særlig med sosial angst, men også til dels med språkproblematikk. Kristensen (2002b) fant for eksempel i en større norsk undersøkelse at angst og ulike former for nevrobiologisk betingede utviklingsforsinkelser og -forstyrrelser opptrer hyppig sammen med SM. Angst, spesielt sosial fobi, er vanligst, men lette utviklingsforstyrrelser forekommer nesten like ofte, konkluderer hun (ibid.). Dessuten hadde en høy prosentandel av barna med SM flere av de tilleggsvanskene hun studerte i prosjektet, samtidig (Kristensen 2000). Tidligere er imidlertid slike problemer ofte blitt oversett fordi barn med SM kan være vanskelige å utrede og teste (Manassis et. al. 2003, Kristensen 2005).

Fordi tilstanden er så lavfrekvent, er det utfordrende å trekke store, representative utvalg av barn med denne tilstanden (Cline og Baldwin 2004). Ifølge Kristensen (2002b) har dessuten et relativt begrenset antall studier av tilleggsvansker hos barn med SM gjennom tidene anvendt standardiserte diagnostiske instrumenter i denne kartleggingen, men i stedet basert seg på for eksempel retrospektive opplysninger fra foreldre eller journaler. Videre varierer det hvorvidt disse studiene involverer bruk av kontrollgrupper eller om barna med SM er sine egne kontroller, og om de har anvendt kliniske eller ikke-henviste utvalg, ICD-10- eller DSM-IV-kriteriene (jf. kapittel 2). En oversikt over design, utvalg, utvalgskriterier og så videre ved de anvendte studiene samt over rapporterte forekomster av tilleggsvansker og tilleggssymptomer ved denne tilstanden gis i tabell 1 (se vedlegg).

3.5.1 Sammenhengen mellom SM og angstforstyrrelser

Det tidligere beskrevne og vanskelige skillet mellom normal og patologisk atferd innen psykiatrien, har vært spesielt problematisk å finne når det gjelder angstforstyrrelser hos barn (Grøholt et. al. 2001, Klein og Pine 2002). Mange former for angstreaksjoner hos små barn – for eksempel ved atskillelse fra omsorgspersoner eller unnvikelse av situasjoner som oppleves farlige – er normale og sunne og har en adaptiv funksjon i den menneskelige utviklingen (ibid.). Et skille mellom vanlig angst og patologisk angst er likevel at den sistnevnte typen hindrer aldersadekvat

tilpasning og daglig fungering. En tommelfingerregel, ifølge Klein og Pine (2002: 486), er barnets evne til fleksibel tilpasning av slike affekter; om han eller hun for eksempel er i stand til å roe seg igjen etter å ha blitt midlertidig forlatt eller etter at den angstvekkende situasjonen er over. At skillet likevel er utfordrende, gjenspeiler seg i mange og til dels overlappende betegnelser på ulike angstlidelser hos barn (Grøholt et. al. 2001: 170). De viktigste og mest studerte typene angst kan sies å være spesifikke fobier, separasjonsangst, sosial angst eller fobi, generalisert angst og panikkangst (Klein og Pine 2002: 487). *Sosial fobi* (eller *sosial angstlidelse*) er den undergruppen av angst som oftest knyttes til SM. *Fobi* kan defineres som en intens og irrasjonell frykt for spesifikke ting, situasjoner eller aktiviteter (Klein og Pine 2002, Tillfors 2004). I faglitteraturen om angst og SM brukes begrepene sosial fobi og sosial angst litt om hverandre. Melfsen et. al. (2006) beskriver sosiale angstforstyrrelser som ubehag i sosiale situasjoner, og sosial fobi som en klinisk undergruppe kjennetegnet ved gjennomgripende og sterk frykt i sosiale situasjoner eller i situasjoner der det forventes at en skal prestere noe. Selv om man kan snakke om en generell og en mer spesifikk form for sosial angst, har dette skillet vært tolket på ulike måter (jf. Klein og Pine 2002, APA 1997), og det synes i denne sammenheng å være av liten praktisk betydning hvilket av begrepene man velger.

Kjernesymptomet er uansett angst i sosiale situasjoner der man utsettes for andres ”kritiske blikk”, samt risikoen for å bli ydmyket eller latterliggjort, med den følge at slike situasjoner forsøkes unngått (Klein og Pine 2002, Tillfors 2004). Denne kjernen i sosial angst er det viktig å forstå når man skal hjelpe barn med SM, påpeker Kristensen (2005: 20). Disse barna har på sett og vis funnet en ”løsning” på angsten – å ikke snakke – som samtidig blir deres problem. Dersom de plutselig skulle begynne å snakke etter lengre tids taushet, vil de med stor sannsynlighet bli gjenstand for den oppmerksomheten rundt egen person som nettopp er det mennesker med sosial angst føler så sterkt ubehag ved. Hvilke implikasjoner dette vil ha for intervensjon, vil jeg komme tilbake til i kapittel 4. I debatten om sammenhengen mellom SM og sosial angst (SA) mener noen at det første må forstås som et *symptom* på det siste, mens andre hevder at SM snarere er en ekstrem *variant* av SA hos små barn (Black og Uhde 1995, Anstendig 1999, Kristensen 2000, Manassis et. al. 2003).

I flere større studier fra de senere årene har angstforstyrrelser blitt funnet å være de vanligste komorbide tilstandene hos barn med SM, selv om tallene varierer noe. Black og Uhde (1995) fant at høy grad av SA var et universelt trekk ved det ikke-henviste utvalget i deres studie. Hos 97 prosent var det klare tegn på signifikant sosial, akademisk og familiær hemning på grunn av SA, utover det som kunne tilskrives tausheten, og tilstrekkelig for diagnostisering av sosial fobi eller såkalt unngåelsesforstyrrelse (*avoidant disorder*). Utover mutismen var SA det eneste atferdstrekket som utmerket seg som et abnormt atferdstrekk for gruppen som helhet. Mangelen på andre felles kliniske karakteristika taler mot å klassifisere forstyrrelsen som et syndrom distinkt fra sosial fobi, mener Black og Uhde (ibid.). Tilsvarende fant også Dummit et. al. (1997) at 100 prosent av barna i deres ikke-refererte utvalg tilfredsstilte kriteriene for SA. I Kristensens undersøkelse (2000) der en gruppe på 54 barn med SM og en kontrollgruppe på 108 barn ble klinisk utredet, tilfredsstilte 74.1 prosent av barna med SM diagnosekriteriene for en eller annen type angst, sammenlignet med 7.4 prosent i kontrollgruppen. Tallene for komorbide forekomster av SA og SM er noe lavere i to studier som har anvendt ICD-10-kriteriene og mer indirekte metoder for kartlegging av barna. Steinhausen og Juzi fant i to kliniske og ett ikke-klinisk utvalg at angst generelt forekom hos 66 prosent av disse barna, mens sosial angst forekom hos 45,9 prosent av barna i det kliniske utvalget til Andersson og Thomsen, sammenlignet med 8,1 prosent hos kontrollgruppa.

Yeganeh et. al. (2003) viser til det faktum at noen SM-barn med letthet deltar i nonverbal interaksjon og kommunikasjon med andre, mens andre ikke er i stand til dette, og spør seg om hvorvidt det kan være slik at det også finnes barn med SM uten SA. Ut fra de funn og de høye samtidige forekomster av tilstandene som er beskrevet her, synes det rimelig å tro at SA er et universelt trekk og må forstås som kjerneproblematikken ved SM, også der andre vansker er tilstede. Manassis et. al. (2003) velger således å ikke regne sosial fobi som en ”komorbid lidelse” med SM, da disse to tilstandene er blitt så nært forbundet med hverandre i litteraturen. Yeganeh et. al. (2003) sammenlignet i sin studie to grupper av barn bestående av henholdsvis 23 barn med SM og 23 barn med bare sosial fobi. Alle barna med SM tilfredsstilte også

kriteriene for sosial fobi. Derimot fant forskerne ingen klar støtte for at disse barna nødvendigvis kunne betegnes som ”ekstremt engstelige” sammenlignet med barna med bare sosial fobi. Lignende funn er gjort av Dummit et. al. (1997), Bergman et. al. (2002) og Manassis et. al. (2003). I sistnevntes studie – riktignok med et lite utvalg – ble en gruppe barn med SM sammenlignet med en annen gruppe barn med bare sosial fobi, og heller ikke her fremkom det signifikante forskjeller i angstskårer mellom disse to. Det var snarere tendenser til høyere skårer på separasjonsangst, fysiologisk angst og sosial angst hos gruppen med bare sosial fobi. Imidlertid snakket gruppen med SM betydelig mindre til ukjente personer innenfor hjemmet eller andre familiære miljøer enn barna med sosial fobi (ibid.). Dette peker igjen i retning av den spesifikke angsten for å *snakke* – eller for *forventninger* om å snakke – i sosiale situasjoner, som et særtrekk ved SM (jf. avsnitt 2.2.2). Yeganeh et. al. (2003) påpeker at de som observerer disse barna kan ha overvurdert angsten på grunn av den manglende talen, men at det også kan være slik at de virker mindre angstfulte enn de faktisk er nettopp fordi de lar være å snakke i de skremmende situasjonene, slik at angstsymptomene dempes (ibid.). Manassis et. al. (2003) reiser spørsmålet om hvorvidt det er slik at SA og SM representerer to ulike ”coping mechanisms” for de samme affektive vanskene; der den ene gruppen unngår sosiale situasjoner fullstendig, mens den andre gruppen går inn i disse situasjonene, men ”velger” taushet som ”strategi” for å unngå den risikoen for ydmykelse som disse barna frykter så sterkt. Ikke desto mindre gjenstår fortsatt spørsmålet om *hvorfor* det er slik. Som nevnt tidligere, er sosial angst eller -fobi langt vanligere enn SM, og forskningen synes foreløpig ikke å gi noe entydig svar på hva som gjør at enkelte barn med sosial angst utvikler SM, mens langt de fleste ikke gjør det. Det virker likevel sannsynlig at dette kan ses i sammenheng med andre, oftest subtile utviklingsproblemer man finner hos mange barn med SM. Alternativt er det også mulig at SM utgjør et ytterpunkt innenfor sosial angstspekteret, slik en del forskere mener. Det er heller ikke alle disse barna som har språklige eller andre tilleggsvansker, og i disse tilfellene gjenstår fortsatt spørsmålet om hva som skiller SM fra ”ren” sosial angst.

3.5.2 SM og utviklingsforsinkelser/-forstyrrelser

Utviklingsforsinkelser og -forstyrrelser er begreper som omfatter mange og ulike aspekter ved barns utvikling – kognitive, språklige, motoriske og så videre – både av gjennomgripende/global og mer spesifikk art. Det er iblant uklart hva forfatterne legger i begrepene, da kriteriene har variert eller uteblitt i mange komorbiditetsstudier av barn med SM, og tradisjonelt har få studier tatt for seg utviklingsforsinkelser og -forstyrrelser ved denne tilstanden (Kristensen 2000). De som har gjort dette, har imidlertid funnet en overhyppighet av nevrobiologisk betinget umodenhet i tale og språk, kognisjon og motorisk fungering hos disse barna, og en høy frekvens av enuresis, pre- og perinatale komplikasjoner, spise- og søvnforstyrrelser (Steinhausen og Juzi 1996, Kristensen 2000, 2002a). I Kristensens studie (2000) oppfylte for eksempel 68.5 prosent av SM-barna kriteriene for ulike typer utviklingsforstyrrelser og 31.5 prosent for enuresis/encopresis, sammenlignet med henholdsvis 3.0 og 9.3 prosent i kontrollgruppen. I de fleste undersøkelser som studerer komorbide vansker, fremkommer det dessuten at *språklige* (spesielt talespråklige) forsinkelser og forstyrrelser er det hyppigst forekommende av de mer utviklingsbetingede komorbide vanskene hos disse barna (jf. tabell 1). Av denne grunn har jeg videre valgt å legge størst vekt på språklige funksjoner og relaterte forsinkelser og forstyrrelser hos barn med SM.

Videre tyder flere studier på en sammenheng mellom avvikende motorisk fungering og emosjonelle problemer som skyhet, tilbaketrekning og sosiale vansker (Schaffer et. al. 1985; her referert fra Kristensen 2000), og det er som nevnt funnet slike vansker også hos en påfallende andel barn med SM. Imidlertid vil motoriske problemer ikke bli beskrevet ytterligere i denne oppgaven. Det samme gjelder spesifikke utviklingsforstyrrelser som enuresis og encopresis, søvn-/spisevansker, og mindre signifikante funn av atferds- (jf. 2.2.3) og tvangsproblematikk. Cline og Baldwin (2004: 41) mener for øvrig at visse likhetstrekk med OCD-symptomer (for eksempel ritualistisk atferd) hos disse barna sannsynligvis forklares bedre med angst og atferdshemming, noe som virker rimelig.

Mer globale forstyrrelser som lærevansker/mental retardasjon (MR) og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (som Aspergers syndrom eller autisme) vil heller ikke bli grundig gjennomgått i denne oppgaven. Disse tilstandene er ikke hyppig forekommende ved SM, og et lite studert felt på grunn av eksklusjonskriteriene i DSM-IV og ICD-10. I tråd med disse har MR og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser oftest også vært eksklusjonskriterier i større studier (for eksempel Steinhausen og Juzi 1996). Det bør likevel nevnes at i Kristensens studie, som ikke opererte med disse kriteriene, viste 4 av barna (ca 7 prosent av utvalget) seg å ha mild mental retardasjon (MMR), og et tilsvarende antall barn ble diagnostisert med Aspergers syndrom (Kristensen 2000). Studier har antydnet en forbindelse mellom autismespekterforstyrrelser og SM i enkelte tilfeller (Andersson og Thomsen 1998, Gillberg og Billstedt 2000), men det trengs flere systematiske studier av dette. Kristensen (2002b: 50) anbefaler at fremtidige studier bør se nærmere på forekomsten av Aspergers syndrom i denne gruppa, på funksjoner som *theory of mind* og empatiske evner (problemer på disse områdene er nært knyttet til autismeforstyrrelser) og i hvilken grad mutismen hos disse barna reflekterer sosial angst eller andre trekk i relasjon til utviklingsforstyrrelsen.

Det henvises til tabell 1 for en oversikt over forekomst også av de her nevnte vanskene hos barn med SM i nyere komorbiditetsstudier. Jeg avrunder videre dette kapittelet med et avsnitt der jeg ser på om det er grunn til å snakke om SM-barn med ulike komorbide tilstander og symptomer (spesielt med og uten språkvansker), eller minoritets- og majoritetsbarn med SM som heterogene undergrupper av denne tilstanden.

3.5.3 SM og samtidige språkvansker

Også spesifikke språkforstyrrelser er et eksklusjonskriterium for SM i diagnosesystemene, samtidig som det antydnes i ICD-10 at lettere språkvansker – særlig forsinket språkutvikling og/eller artikulasjonsforstyrrelser – kan forekomme hos mange barn med SM. Yeganeh et. al. (2003) påpeker, på bakgrunn av funnene beskrevet i avsnitt 3.5.3, at noe annet trolig skiller barna med SM fra dem med ”ren”

SA enn alvorlighetsgrad av angst, og antyder at en medvirkende årsak til utviklingen av SM-gruppens ”talehemning” kan være problemer med prosessering av tale og/eller auditive stimuli, noe som igjen ville styrke sammenhengen mellom SM og språkvansker. Forbindelsen mellom SM og språkrelaterte vansker blir beskrevet nærmere i dette kapittelet, men siden språkvansker hos barn er et nokså komplekst felt og består av flere undergrupper, gis det først en kort gjennomgang og begrepsavklaring av dette. Her ser jeg også på noe av det vi allerede vet med hensyn til risikoen for særlig utagerende, men også innagerende atferdsproblematikk, hos barn med språkvansker.

Det er store variasjoner i den individuelle tilegnelsen av språk hos barn. Noen barn er forsinket, særlig med å snakke, og i førskolealder er dette en av de vanligste henvisningsgrunnene til pedagogisk-psykologisk tjeneste og andre instanser i hjelpeapparatet (Sundby 2002). Dersom barnet fremdeles har lite språk ved 4-5-årsalder, er det rimeligere å snakke om en *spesifikk språkforstyrrelse* (SSF), som vil si at det er et misforhold mellom barnets utvikling av språk og utviklingen på andre områder, som er tilnærmet normal (ibid.). Dette er et viktig skille, fordi forstyrrelser i språk ofte vil være en del av symptombildet ved andre utviklingsforstyrrelser, men i det praktiske felt inkluderer man likevel oftest slike barn dersom språkvansken er større enn det man vanligvis ser i forbindelse med den primære tilstanden (Sundby 2002). I henhold til diagnosesystemene og faglitteraturen er det derimot mest korrekt å bruke betegnelsen språkforstyrrelse når denne vansken ikke har noen *kjent årsak* – som for eksempel hørselstap, mental retardasjon, autisme eller motoriske/strukturelle defekter i munnens muskulatur (Tallal og Benasich 2002).

Språkforstyrrelser hos barn deles i begge diagnosesystemene inn i undergrupper. De viktigste i denne sammenheng gjengis kort her (jf. APA 1997, WHO 2005, Grøholt et. al. 2001, Sundby 2002):

- Spesifikk (fonologisk) artikulasjonsforstyrrelse: Barnets bruk av språkllyder er under det en kunne forvente ut fra mental alder, mens språkutviklingen ellers er aldersadekvat.

- Ekspressiv språkforstyrrelse: Barnets evne til å uttrykke seg verbalt ligger under det en kunne forvente ut fra mental alder, mens språkforståelsen er innenfor normale grenser.
- Impressiv-ekspressiv (blandet, global) språkforstyrrelse: Dette er den mest omfattende, der språkforståelsen (*impressivt* eller *reseptivt* språk) er under det nivået en ville forvente ut fra mental alder, samtidig som det ofte finnes avvik også i andre aspekter ved språket (ekspressivt og/eller fonologisk).

I DSM-IV brukes diskrepans mellom verbal og nonverbal skåre på tester som et kriterium på SSF, selv om dette er omstridt (Toppelberg og Shapiro 2000, Benasich og Tallal 2002), mens dette kun er et krav i forskningsversjonen, ikke den kliniske versjonen, av ICD-10 og derfor heller ikke vanlig klinisk praksis i Norge (Sundby 2002). I DSM-IV er det ikke oppgitt noen såkalte kronologiske kriterier for diagnosen SSF, verken med hensyn til hvor gammelt barnet må være, eller varighet av vanskene. Dette, samt den store variasjonen i barns språkutvikling, gjør det til tider komplisert å stille diagnosen SSF, og mange barn kan på ett gitt tidspunkt falle *innenfor* kriteriene, mens de på et annet tidspunkt vil falle *utenfor* (Toppelberg og Shapiro 2000).

Det er påvist sammenheng mellom språkforsinkelser og -forstyrrelser og atferdsproblemer – oftest utagerende, men også innagerende (Manassis et. al. 2003, Kristensen 2000, 2002b: 40, Sundby 2002: 453ff, Toppelberg og Shapiro 2000). I en engelsk studie av 600 henviste barn med språkforsinkelser var prevalensen av andre psykiatriske diagnoser 50 prosent, herunder 26 prosent for atferdsvansker, spesielt AD/HD, og 20 prosent for emosjonelle problemer, spesielt angst. Tilleggsvansker var vanligst i tilfellene med språkforstyrrelser, særlig impressive, mens den var lavest i forbindelse med rene talevansker (Cantwell og Baker 1991, her referert fra Toppelberg og Shapiro 2000). I en annen engelsk, longitudinell undersøkelse ble språkforsinkelser assosiert med hyperaktivitet og, for jenter, med sosial tilbaketrekning (Benasich et. al. 1993, her referert fra Toppelberg og Shapiro 2000). Selv om det kan forekomme likheter mellom den sosiale tilbaketrekningen man ser hos barn med språkvansker og den mer ekstreme sosiale isolasjonen hos barn med

SM, har vi foreløpig for lite vitenskapelig kunnskap om dette (McInnes og Manassis 2005).

Mye av kunnskapen om språk hos barn med SM har basert seg på foreldrerapportering, i beste fall lyd- og videoopptak fra hjemmesituasjonen der barnet snakker. Gjennom slike studier, samt enkelte nyere studier som har kartlagt språk direkte, vet vi at språkvansker forekommer hos 30-50 prosent av denne populasjonen, kanskje i en slik grad at dette i seg selv innebærer en risiko i forhold til deres læring og sosiale fungering og krever tiltak (McInnes et al. 2004). Gjennomgående ser det ut til at det er de lettere språkforstyrrelsene – særlig fonologiske, som regnes som den minst alvorlige varianten – vi finner høyest frekvens av hos barn med SM. I den norske komorbiditetsstudien fant Kristensen (2000, 2002a) at halvparten av de 54 SM-barna oppfylte kriteriene for en kommunikasjonsforstyrrelse (*communication disorder*, CoD) i henhold til DSM-IV. Dette gjaldt signifikant flere gutter enn jenter, og fordelingen av undergrupper var som følger (ibid.):

- Fonologisk forstyrrelse: 42,6 prosent
- Blandet reseptiv/ekspressiv språkforstyrrelse: 17,3 prosent
- Ekspressiv språkforstyrrelse: 11,5 prosent

Også i Andersson og Thomsens (1998) retrospektive studie fremkom det lignende funn. Her viste 32 prosent av barna med SM symptomer på forsinket talespråkutvikling, og ytterligere 13,5 prosent hadde artikulasjonsvansker, i alt hadde altså 45,5 en eller annen vanske forbundet med talespråket. I Steinhausen og Juzis (1996) utvalg hadde 38 prosent minst én talespråklig eller ekspressiv vanske. Sammenhengen mellom språkvansker og SM er imidlertid fremdeles uklar. Manassis et al. (2003: 159) nevner tre alternative forklaringer på denne sammenhengen:

- SM er direkte relatert til subtile språkvansker, særlig talespråklige, og til selvbevissthet og sjenanse i sosiale situasjoner der tale forventes som en følge av dette. En slik teori er konsistent både med høye funn av angstforstyrrelser

hos barn med språkforstyrrelser, og med den relativt sett høye frekvensen av SM blant minoritetsspråklige barn.

- En annen forklaring er at angsten er det primære, og språklige avvik utvikles som en følge av vedvarende mutisme over tid.
- En tredje forklaring er at en foreløpig ukjent faktor ligger til grunn for både angsten og språkvanskene.

Yeganeh et. al.s (2003) hypotese om en språklig svikt som den ”unike komponenten” som skiller utviklingen av SM fra SA, får støtte i Manassis et. al.s (ibid.) studie, som også sammenlignet barn med SM og barn med SA (noe få studier ellers har gjort).

Det viste seg her at SM-gruppen hadde større vansker med diskriminering av talelyder og høyere forekomst av lette språkvansker enn gruppa med bare SA. Også i en israelsk studie (Bar-Haim et. al. 2004) der 16 SM-barn og 16 kontroller ble sammenlignet, ble det funnet svakheter i auditiv prosessering hos SM-gruppen.

Omlag $\frac{3}{4}$ av disse barna viste en redusert evne til å undertrykke auditive stimuli – sin egen stemme inkludert – under vokalisering, og Bar-Haim et. al. (ibid.) mener dette, kombinert med temperamentsdisposisjoner, kan bidra til å forklare at barn med SM har en sterk vegring for å snakke i kun noen bestemte situasjoner, spesielt der det er mange andre personer tilstede og mye lyd, som i skolen (Bar-Haim et. al. 2004).

Kristensen og Oerbeck (2006) kartla videre visuelt minne, samt visuelt og auditivt-verbalt minnespenn hos 32 barn med SM og en kontrollgruppe. De fant ingen forskjeller med hensyn til visuelt minne hos de to gruppene, men SM-gruppen skåret signifikant svakere på auditivt-verbalt minnespenn, noe som ytterligere støtter hypotesen om en svikt i prosessering av språklyder hos disse barna.

Imidlertid er det vanskelig å vite noe om disse språkvanskenes natur eller alvorlighetsgrad gjennom retrospektive studier og indirekte kartlegging (McInnes et. al. 2004). Foreldre kan for eksempel tenkes å overvurdere sine barns språklige ferdigheter og evner. Dessuten er opptak av dagligtale i hjemmesituasjonen mindre egnet for omfattende språklig kartlegging, spesielt av mer kompliserte språklige ferdigheter som forventes av eldre barn i skolesammenheng. Eksempelvis er det

fremdeles uklart om disse barna har pragmatiske vansker som strekker seg utover mutismen (McInnes et. al. 2004). I en undersøkelse sammenlignet McInnes et. al. (ibid.) syv barn med SM med et tilsvarende antall med bare sosial fobi ved hjelp av en standardisert metode for gjenfortelling av såkalte narrativer (se 4.2). Resultatene viste at barna med SM, både hjemme med foreldrene og i en klinisk setting, produserte signifikant kortere og syntaktisk mindre komplekse narrativer enn barna med bare sosial fobi, til tross for normale nonverbale og reseptivt-språklige ferdigheter. Dette antyder at så vel angst som subtile ekspressive språklige avvik kan være komponenter i utviklingen av SM, også der språkforsinkelser har blitt utelukket gjennom standardisert testing (McInnes et. al. 2004).

Flere studier som anvender direkte og standardisert testing og utredning (jf. Kristensen 2002b, Manassis et. al. 2003, Kristensen og Oerbeck 2006) fremfor indirekte og retrospektive metoder (jf. Steinhausen og Juzi 1996, Andersson og Thomsen 1998) vil sannsynligvis være nyttig for å kartlegge språklige profiler og språklige funksjoner, som auditiv prosessering, hos barn med SM. Videre trengs det mer kunnskap om hvorvidt de skolemessige og sosiale konsekvensene av den kombinerte angst- og språkproblematikken vi finner hos disse barna, er mer alvorlige enn av rene språkvansker i seg selv (McInnes et. al. 2004). Vi vet for eksempel ikke nok om hvordan vedvarende taushet i skolesituasjonen påvirker utviklingen av høyere språklige ferdigheter hos eldre barn og ungdom; ferdigheter som er viktige for å lykkes i skole- og utdanningssammenheng (ibid.).

3.6 Utviklingen av SM i et transaksjonsperspektiv: Transaksjonsmodellen og diatese-stress-modellen

Det har vært et skifte i etiologiske perspektiver på SM de siste årene. Selv om det fremdeles er vanskelig å påvise direkte årsakssammenhenger, vet vi altså i dag mer om hva som karakteriserer grupper av barn med SM (Kristensen 2005). I dag legges mindre vekt enn tidligere på psykodynamiske forklaringsmodeller. I stedet regner man med at etiologien er multifaktoriell og sammensatt (Kristensen 2002), og at

medfødte, biologisk betingede sårbarheter i temperament og angst ligger til grunn, sammen med psykologiske, utløsende faktorer i barnets miljø. I mange tilfeller kan som tidligere beskrevet utviklings- og språkforsinkelser trolig også spille en rolle i utviklingen av SM (Dow et. al. 1995, Kristensen 2000, Cline og Baldwin 2004, McInnes og Manassis 2005).

Noen har foreslått å dele årsaksfaktorer inn i dem som ligger i barnet – konstitusjonelle – og dem som ligger utenfor – miljømessige – men i praksis kan det være vanskelig å skille disse fra hverandre (Johnson og Wintgens 2001). Angst kan for eksempel trolig arves både genetisk og sosialt, gjennom blant annet modellering (Goodman og Scott 1997, her referert fra Johnson og Wintgens 2001). Det kan muligens være mer nyttig å snakke om *predisponerende, utløsende og vedlikeholdende* faktorer, selv om heller ikke dette blir noe skarpt skille; det kan selvsagt være slik at de samme faktorene som disponerer barnet for SM også bidrar til å vedlikeholde atferdsmønsteret senere. Cline og Baldwin (2004: 67f) illustrerer videre hvordan alle disse typene årsaksfaktorer kan finnes på tre nivåer; i barnet, i familien og i miljøet rundt familien (det som innen generell utviklingspsykologi ofte kalles *økologiske modeller*, jf. Gjørnum og Grøsvik 2002). En tilsvarende måte å forstå det komplekse og gjensidige samspillet mellom arv og miljø på, både i barns normale utvikling og i utviklingen av psykiatriske forstyrrelser, finner vi i såkalte *transaksjonsmodeller*, som beskrives nedenfor.

Tidligere i kapitlet ble det gitt en redegjørelse for de teoretiske perspektiver som oftest har kommet til uttrykk i etiologiske forklaringer på og behandling av SM. Som det skulle gå frem av denne gjennomgangen, har ikke alle årsakshypoteser innenfor disse perspektivene like stor konsensus i dag. Det er for eksempel lite forskningsmessig grunnlag for å forklare SM ut fra traumatiske opplevelser alene, likeledes som et uttrykk for dysfunksjonelle familieforhold eller manipulasjon av omgivelsene. Helt generelt er det vanskelig å forstå menneskets utvikling ut fra slike ”store teorier” som eksempelvis psykoanalysen eller behaviorismen. Smith og Ulvund (1999: 11) skriver at:

...de generelle teoriene i utviklingspsykologien langt på vei er forlatt, og at det ikke finnes noen overordnet modell som er egnet til å gi en helhetlig forklaring på menneskets psykologiske utvikling (jf. Lerner 1998). (...) Det nærmeste man kan komme et generelt utgangspunkt for å forstå utvikling, er **transaksjonsmodellen** (jf. Sameroff 1995). Denne modellen (...) er *ikke* en teori om barns utvikling. Den er heller en ramme for forståelse av utvikling som en *gjensidig påvirkning* mellom barn og miljø *over tid*.

Trolig kan, slik jeg ser det, utviklingen av SM best ses i lys av en slik mer overordnet ramme, der både normal og patologisk utvikling forstås som et komplekst samspill over tid mellom medfødte disposisjoner hos barn på den ene siden, og miljøet rundt på den andre. En type transaksjonsmodell som er spesielt relevant i denne sammenheng er den såkalte *diatase-stress-modellen* (Elizur og Perednik 2003, Kristensen 2005). Kristensen (2005: 19) beskriver det slik:

Utviklingen av SM kan (...) tenkes ut fra en modell der stress og sårbarhet påvirker hverandre: Stress aktiverer sårbarheten (eller sårbarheten skaper stresset), og symptomet utløses (taushet og/eller tilbaketrekning). De konkrete stressituasjonene er nok både mange og individuelle, men utgjør oftest ”hverdagstraumer”.

Grunnpremisset i en diatase-stress-modell er altså at stress aktiverer en *diatase*, det vil si en medfødt predisposisjon for en bestemt sykdom, som dermed omformes til psykopatologi (Elizur og Perednik 2003). Både diatase og stress er nødvendig for at tilstanden skal utløses, men hva de enkelte faktorene konkret består av kan variere sterkt, også mellom individer som utvikler samme diagnose. Det er også sentralt at dette handler om et gjensidig samspill; ikke bare har stress effekt på sårbarheten, men sårbarhet påvirker også sjansen for stress, og opplevelsen av stresset. Videre fungerer det slik at jo høyere diatase, jo mindre stress kreves for at lidelsen skal aktiveres (Elizur og Perednik 2003). Dermed kan selv ”lette traumer” av den typen de fleste barn opplever, for eksempel i forbindelse med skolestart, utløse symptomer på angst og SM hos et barn med medfødt sårbart temperament og eventuelt språkvansker. Transaksjonsmodellen inkluderer i tillegg et dynamisk tidsaspekt i dette samspillet mellom arv og miljø (jf. Sameroff og Chandler 1975, her referert fra Smith og Ulvund 1999: 12). En *transaksjon* finner sted når barnets atferd eller symptomatologi utløser en bestemt reaksjon og måte å håndtere barnet på i omgivelsene, som barn med en annen type atferd ikke ville ha gjort (Smith og Ulvund 1999: 14), noe som

igjen bidrar til å vedlikeholde denne atferden over tid. Et eksempel er når foreldre opptrer ekstra overbeskyttende og engstelig overfor et engstelig barn – og dermed forsterker angsten.

3.6.1 Betydningen av arv: Genetiske disposisjoner for SM og angstproblematikk

En viktig ”bestanddel” i transaksjonsmodeller er de medfødte og genetiske disposisjonene hos barnet som bidrar til å prege dette barnets ”møte med verden”. Mens det tidligere var nokså vanlig å anta at ”foreldre får de barna de fortjener”, har det de senere årene blitt større bevissthet om hvordan ”barn bidrar til å forme sine egne utviklingsmiljøer” gjennom slike disposisjoner (Smith og Ulvund 1999, Gjørsum og Grøsvik 2002). Dette har jeg allerede vært nokså grundig inne på i forbindelse med medisinsk teori og da særlig *temperamentsforskjeller* hos barn, som må kunne sies å være noe av det mest sentrale i denne sammenheng. Transaksjonsmodellen belyser som nevnt det kompliserte samspillet mellom arv og miljø, og det kan dermed også være relevant å se nærmere på noe av det vi vet om arvemessige betingelser for SM og sosial angst. Flere studier har vist en generelt høyere forekomst av angst hos barn av foreldre med angstproblemer, sammenlignet med barn av friske foreldre (Klein og Pine 2002). Studier av arvelighet når det gjelder sosial fobi har påvist en ”opphopning” i visse familier, og tyder på at spesielt denne undertypen av angst samt relaterte personlighetstrekk som sjenanse og atferdshemming er sterkt genetisk betinget, selv om det er utfordrende å avklare slike genetiske sammenhenger i detalj (Tillfors 2004). I Kristensen og Torgersens (2002) studie av SM-barn med og uten språkvansker, samt deres foreldre, kom det frem at særlig foreldrene til den sistnevnte gruppen var karakterisert av angst og en sky temperamentstype. Dette gjaldt i mindre grad foreldrene til barna med språkvansker; en type vanske man for øvrig også vet er genetisk betinget (ibid.). Det påpekes at dette kan peke i retning av ulik arvegang hos barn med ulik tilleggsproblematikk. Uansett er noe av det viktigste i klinisk/praktisk sammenheng det som sies i avslutningen av denne studien; nemlig at angst hos foreldre er en faktor man må ta med i betraktning ved intervensjon. Det er for

eksempel lett at skolen tolker skyhet og tilbaketrekning fra disse foreldrenes side som manglende vilje til og ønske om samarbeid (Cline og Baldwin 2004).

3.6.2 Miljøets betydning: Utløsende og vedlikeholdende faktorer i utviklingen av SM

Selv om vi etter hvert vet mye om de genetiske faktorer og medfødte temperamentsforskjeller som gjør noen barn sårbare for utvikling av emosjonelle og/eller nevropsykiatriske forstyrrelser, innebærer både transaksjonsmodellen og diatase-stress-modellen at verken sosiale eller miljømessige forhold er uten betydning i utviklingen av SM. Gillberg (1995: 12) hevder at mens det genetiske og biologiske grunnlaget for utviklingen av psykiatriske lidelser ofte ble sterkt undervurdert i kliniske sammenhenger på 1960-, 1970- og tidlig på 1980-tallet, har man i nyere tid snarere sett tendenser til å overdrive dette. Trolig er SM betinget av både sosiale, emosjonelle og nevrobiologiske faktorer. Nyere forskning peker i retning av at utvikling av SM også innebærer en underliggende nevrobiologisk sårbarhet hos disse barna, slik det allerede er beskrevet tidligere i oppgaven; bestemte temperamentstilbøyeligheter, en historie med angstforstyrrelser i familien og/eller forsinket språkutvikling. Men i forbindelse med forebygging av SM hos et engstelig barn (jf. Kristensen 2005), eller intervensjon ved allerede etablert mutisme, er det også viktig å se på hvilke faktorer både i og utenfor barnet som kan bidra til at slike symptomer utløses og vedlikeholdes (Cline og Baldwin 2004). Dette er faktorer som naturlig nok vil variere sterkt fra individ til individ, samtidig som man trolig vil finne fellestrekk (for eksempel skolestart, eller reaksjoner på ”det tause barnet” i omgivelsene), som kan være nyttige å kjenne til når man skal tilrettelegge for eller hjelpe disse barna.

Eksempler på *utløsende* faktorer kan være for brå overgang til barnehage og skole, skifte av språklig og kulturelt miljø, flytting, det å få søsken og så videre (Cline og Baldwin 2004, Kristensen 2005). Det kan også være at barnet blir bevisst eventuelle språkvansker, eller blir ertet for disse (Johnson og Wintgens 2001). Selv om retrospektive studier indikerer at disse barna har vært sky og forsiktige hele livet (jf.

avsnitt 2.4), vil særlig skolestart representere betydelige utfordringer i tillegg til dem barna allerede har, i form av atskillelse fra omsorgsperson og stadige krav og forventinger om å snakke som barnet ikke har kontroll over (Cline og Baldwin 2004: 61).

Dessuten kan noe av det som innenfor psykodynamisk teori ofte ble forstått som hovedårsaken til symptomet, trolig bedre forstås som utløsende årsaker; for eksempel tidlige separasjonsopplevelser, traumer og andre stressende livshendelser (jf. avsnitt 3.1.1). I de fleste tilfeller vil det likevel neppe være mulig å finne en slik enkeltstående, utløsende faktor; symptomene vil som oftest ha begynt ”langsomt og snikende” (Cline og Baldwin 2004: 62). Steinhausen og Juzi (1996) analyserte frekvensen av slike potensielt stressende hendelser som kunne tenkes å ha utløst mutismen, i sitt utvalg på 100 SM-barn. Hver og en av disse hendelsene var aldri å finne hos mer enn 16 prosent av utvalget, mens sett under ett, hadde ca $\frac{1}{3}$ opplevd minst ett traume (for eksempel tap av signifikant person, sykdom i familien, skremmende opplevelser med dyr, nestenulykker eller lignende) i forbindelse med utbruddet av mutismen. Imidlertid var det i slike tilfeller umulig å fastslå noe kausalt forhold mellom disse to faktorene (ibid.). I Kopp og Gillbergs (1997) svenske screeningundersøkelse fantes det heller ingen større, ytre hendelser i sammenheng med eller forkant av utbruddet av mutismen hos noen av de fem barna med SM i utvalget.

Videre bør man, spesielt i forbindelse med intervensjon, se på hva som bidrar til å *oppretholde* mutismen. Her er måten vi møter barnet på én sentral faktor. Vår atferd overfor og kommunikasjon med ”det tause barnet” kan enten fremme eller hemme disse barnas problematikk (Kristensen 2005: 20-21). Denne atferden har blant annet å gjøre med hvordan taushet i kommunikasjon påvirker oss (ibid.), noe som i seg selv er et altfor omfattende tema til å utdype grundig her. Kristensen gjengir imidlertid tre reaksjonsmåter på taushet som er svært vanlige, men som alle representerer lite gunstige tilnæringsmåter til ”det tause barnet” og bør unngås. Disse gjengis derfor kort (Kristensen 2005: 20-21):

For det første vil mange voksne oppleve taushet i kommunikasjonen som et samtalebrudd og reagere med å bli tause selv. En annen reaksjonsmåte er å legge opp til en slags ”intervjuform” på samtalen (stille mange spørsmål for å ”fremtvinge” respons). En tredje er å håndtere tausheten ved å ”snakke for to”, noe barn ofte spontant gjør, skriver Kristensen (ibid.). Flere steder i litteraturen beskrives da også fenomenet med at andre barn – for eksempel én bestemt klassekamerat eller bestevenninne – etter hvert opptrer som ”talsperson” for det mutistiske barnet overfor lærere og andre voksne, noe som dessverre har en tendens til å forsterke atferden (Giddan et. al. 1997: 131, Cline og Baldwin 2004: 76, Dunaway 2005, Kristensen 2005: 21, McInnes og Manassis 2005). Dunaway (2005: 11) gir et godt eksempel på dette i beskrivelsen av førsteklasingen Susan:

Susan, who was identified with selective mutism at the end of kindergarten, was in Ms. Brown's first grade class. Susan never spoke in the classroom. I observed that the students in Ms. Brown's class talked for Susan. As one child explained, "Susan can't talk." In their tender, but misguided, attempts to protect Susan, her classmates were actually helping to habitualize her belief that she couldn't talk in class.

Videre påpeker Cline og Baldwin (2004: 75-76) at en del av de holdningene tålmodige og forståelsesfulle lærere vanligvis møter stille og sjenerte barn med, er naturlige å ”ty til” også overfor barn med SM. Dette innebærer at mange vil strekke seg langt når det gjelder for eksempel å godta nonverbal kommunikasjon fra barnet. Imidlertid vil dette som beskrevet tidligere i oppgaven (2.2.2) sjelden være tilstrekkelig for å bryte mønsteret hos disse barna. Snarere vil det fungere forsterkende og vedlikeholdende, fordi barnet opplever en positiv effekt ved at angsten reduseres når hun forstår at tale ikke lenger er forventet, og samtidig at det ikke er ”nødvendig” å kommunisere verbalt for å oppnå det man ønsker. Andre lærere kan igjen reagere med sinne og frustrasjon nettopp fordi disse barna ikke møter vanlige kriterier for og forventninger til sjenerte barn (jf. 2.2.3 og 2.2.4). En slik reaksjon vil øke barnets angst, og også bidra til å forsterke mutismen. Konklusjonen må bli at det synes å være en fin balansegang mellom å møte det selektivt mutistiske barnet med forståelse og aksept på den ene siden, og det å gå for langt i å legge opp til, eller kanskje til og med forvente, nonverbal kommunikasjon og manglende tale på den andre siden. Kunnskap om læringsteoretiske prinsipper og

visse aspekter ved ”taushetens psykologi” hos personer i disse barnas omgivelser vil være viktig for å unngå å møte dem på en måte som bidrar til at atferdsmønsteret og rollen som ”den tause” blir enda mer etablert og vanskeligere å komme ut av.

3.7 Finnes det undergrupper av SM?

Både i eldre og nyere tid har man diskutert hvorvidt man kan snakke om ulike undergrupper av SM. Noen forskere har argumentert *for* dette på bakgrunn av forskjeller i såvel etiologi og tilleggsvansker som i manifestert atferd. Cline og Baldwin (2004) refererer til to eldre eksempler som innleder dette avsnittet, før jeg går over til de nyere komorbiditetsstudiene som denne oppgaven er basert på. Dette kan bidra til å illustrere hvordan fokuset i forskningen på denne tilstanden har gått fra rent ytre atferdstrekk, til større bevissthet om kompleks etiologi og det nevrobiologiske grunnlaget.

Allerede i 1963 mente Reed (her referert fra Cline og Baldwin 2004: 129-130) at de fire kasusene han hadde studert i forbindelse med sin forskning på atferdsterapeutisk behandling av SM, ikke delte de felles bakgrunnsfaktorer som var blitt beskrevet tidligere hos andre forskere. Han argumenterte i sin artikkel for at hans kasus, på tross av visse felles atferdstrekk, representerte minst to kliniske subtyper: En oppmerksomhetssøkende, negativistisk variant som hadde utviklet mutisme som en unngåelsesstrategi for å tiltrekke seg oppmerksomhet, og en fobisk og sky variant som hadde utviklet samme symptomer for å redusere frykt og angst (*ibid.*). Dette impliserte igjen ulike atferdsterapeutiske tiltak hos de to gruppene, mente han. Begrensningene ved Reeds hypotese ligger først og fremst i det lille utvalget han baserer seg på. Nøkkelen til den relativt vedvarende populariteten denne kategoriseringen likevel har hatt blant mange klinikere, ligger trolig i at den setter fingeren på viktige kontraster og motsetninger ved disse barnas atferd som ofte har vært vanskelig å forklare ut fra ren angstproblematikk (Cline og Baldwin 2004, jf. også avsnitt 2.2.3).

Videre opererer Hayden (1980, her referert fra Cline og Baldwin 2004: 57) med fire undergrupper som ofte har blitt referert til, men som også er omstridte:

- *symbiotic mutism*: karakterisert av et symbiotisk forhold til en omsorgsperson og et underdanig, men manipulerende forhold til andre.
- *speech phobic mutism*: karakterisert av frykt for å høre egen stemme og ritualistisk atferd.
- *reactive mutism*: karakterisert av tilbaketrekning og depresjon, tilsynelatende som et resultat av traume.
- *passive-aggressive mutism*: karakterisert av fiendtlig bruk av taushet som våpen.

Hayden har blitt kritisert for å bruke en ”overinkluderende” definisjon av fenomenet SM og mange har derfor reservert seg for å anvende hennes undergrupper (Cline og Baldwin 2004). Som det skulle ha fremkommet av litteraturgjennomgangen hittil i denne oppgaven, finnes det lite empirisk grunnlag for å snakke om depresjon og traumereaksjoner hos disse barna, likeledes om tausheten som et uttrykk for aggressivitet og manipulasjon. Fordelen med en inndeling som Haydens er at det belyser sammenhengen mellom bestemte etiologiske mønstre og bestemte atferdsmønstre; ulempen er at disse ikke mønstrene ved SM ikke er så klare som en lett får inntrykk av her, mener Cline og Baldwin (2004). Tvert imot kan de fleste barn med SM bevege seg litt inn og ut av slike ytre atferdstrekk og -mønstre som Hayden og Reed beskriver, og man har ikke funnet holdepunkter for å kategorisere dem i separate undertyper på bakgrunn av dette.

Likevel er det også åpenbart at gruppen barn med SM er såpass heterogen at det blir relevant å spørre seg om begrepet i realiteten er en ”sekkebetegnelse” på flere underkategorier av vansker eller tilstander (Tancer og Klein 1991, her referert fra Dummit et. al. 1997). Denne diskusjonen har også vedvart inn i nyere tid, men da som nevnt mindre basert på rent ytre atferdskarakteristika enn det vi så hos Reed og Hayden. Bakgrunnen er snarere de mange ulike tilleggsvanskene vi finner ved SM,

og ulike karakteristika hos barn som har de respektive vanskene. Kristensen og Torgersen (2002) har for eksempel stilt spørsmålet om hvorvidt SM-barn *uten* språkvansker eller såkalte kommunikasjonsforstyrrelser (CoD), er ”mer engstelige” enn barn *med* slike problemer, på grunnlag av funn i Kristensens studie (2002b: 47). Disse antyder at barna med CoD kan representere en undergruppe av SM karakterisert av større emosjonell stabilitet og sosioabilitet, og at mutismen i disse tilfellene på en eller annen (ukjent) måte er mer knyttet til språkvanskene (Kristensen og Torgersen 2002). Det antydes også at arvegangen i disse to tilfellene kan være forskjellig, jf. 3.6.1. På den annen side var barna med og uten denne tilleggsvansken like både med hensyn til varigheten av SM og kjernesymptomer på internalisert atferdsproblematikk (ibid). Dette kan indikere en felles utviklingsretning (”common final pathway”) når symptomene først er etablert, skriver Kristensen (2002b).

Elizur og Perednik (2003) snakker dessuten om ”homogen” vs ”komorbid” SM og drøfter om disse kan ha ulik biologisk basis. De sammenlignet i sin studie majoritetsbarn med SM og minoritetsbarn med samme diagnose, og fant at den siste gruppen tilsynelatende skiller seg fra enspråklige majoritetsbarn med SM; i form av høy sosial angst, men færre nevrologisk betingede utviklingsforsinkelser og mer sosial kompetanse. Det vil si at de hos minoritetsbarna oftere fant ”homogen SM” sammenlignet med majoritetsgruppen, der forekomsten av tilleggsvansker var høyere. McInnes og Manassis (2005: 203) støtter Elizur og Peredniks hypotese, og skriver at denne studien ”*suggests at least two different pathways to SM, one involving immigration and social anxiety about speech and the other involving developmental antecedents of mutism*”. Dette innebærer altså at hvis samlebegrepet er ”språkvansker”, antar man at dette omfatter én gruppe med kulturelt betingede språklige avvik, og en annen med en mer generell nevrobiologisk umodenhet som gir seg utslag i blant annet språkforstyrrelser. I begge tilfeller vil angst være kjerneproblematikken, og avvikende språkutvikling i kombinasjon med angst en felles risikofaktor for utvikling av SM.

I sin utrednings- og behandlingsmanual hevder Johnson og Wintgens (2001: 38), basert på klinisk erfaring, at alle barna de har fått henvist til behandling faller inn under én av fire kategorier. Kategoriene skiller seg fra hverandre med hensyn til

alvorlighetsgrad eller kompleksitet av symptomene og tilleggsproblemene, og forfatterne mener at det ved utredning kan være nyttig å se etter indikatorer på hvilken av disse barnet passer best inn i:

- ”Motvillige talere” (*reluctant speakers*), som har en mild grad eller elementer av SM.
- ”Ren” SM, uten tilleggsproblematikk.
- ”Ren” SM, men med tale- eller språkvansker.
- ”Kompleks” SM, der både SM og andre diagnoser eller store vansker er tilstede. Som eksempel nevner Johnson og Wintgens et barn som har SM, moderate lærevansker, en språklig tilleggsvanske, og som har opplevd tap av nært familiemedlem.

Videre mener forfatterne at både gruppen av ”motvillige talere” og av ”kompleks SM” vil utgjøre et mindretall, mens majoriteten vil tilhøre gruppen ”ren SM”. Imidlertid kan det diskuteres hvorvidt dette stemmer, sett i lys av funnene av tilleggsvansker hos disse barna som ble beskrevet tidligere i kapittelet. Det er mer nærliggende å tro at majoriteten vil ligge i kategorien ”ren SM med tale- og/eller språkvansker”, selv om hovedpoenget her er at for eksempel ”kompleks SM” impliserer andre og mer omfattende tiltak enn ”ren SM”. Dette understreker betydningen av grundig utredning for å få mer kunnskap om primære og sekundære vansker i hvert tilfelle, og om eventuelle forskjeller innad i gruppen av SM-barn – for eksempel mellom dem med og uten komorbide språkforstyrrelser, eller mellom ett- og tospråklige barn, som nevnt ovenfor – og i neste omgang; for å finne frem til de mest effektive tiltakene.

4. Behandling og tiltak: Hvordan hjelpe barn med selektiv mutisme?

Pr i dag finnes det ingen ”gullstandard” for hvordan man kan hjelpe barn med SM, skriver Kristensen (2005). Det praktiske fagfelt kan synes å være usystematisk og tilfeldig, basert på de enkelte fagpersoners forståelse av fenomenet (jf. kapittel 3). Som en del av min problemstilling er det vesentlig å vurdere hvilke praktiske implikasjoner nyere forskning på SM kan bistå praksisfeltet med. Denne forskningen tilsier at en grundig kartlegging av de enkelte barnas spesifikke vanskebilde og utviklingshistorie er en sentral del av vellykkede behandlingstiltak og tilrettelegging i skolen. Men på grunn av utfordringen ved å teste og kartlegge barn som ikke snakker i testsituasjonen har dette ofte ikke vært gjort, eller man har ikke ansett resultatene som pålitelige (Dow et. al. 1995, Kristensen 2005). Dette kan i sin tur føre til at barna ikke får den oppfølgingen og tilretteleggingen de har behov for i skolen. I Kristensens (2002b) studie var for eksempel ingen av de 7 prosent av barna med MMR, eller 7 prosent av barna som viste seg å ha Aspergers syndrom (alle minst 9 år gamle), tidligere diagnostiserte med dette.

4.1 Kort begrepsavklaring: Behandling og tiltak

I det følgende vil jeg ta for meg pedagogisk-psykologisk intervensjon i form av kartlegging, behandling og tiltak for barn med SM. Innledningsvis kan det være nyttig å avgrense hva jeg legger i *pedagogisk-psykologiske tiltak* samt i begrepet *behandling* (jf. hoved- og delproblemstillinger). Gjennomgangen av forskning i forbindelse med denne oppgaven avdekket studier både innen det barnepsykiatriske og skolepsykologiske feltet. Mange av de tiltakene eller behandlingsteknikkene som gjennomgås befinner seg dermed, slik jeg ser det, i et grenseland mellom terapi slik den ville bli gitt i et behandlingssystem, og det vi i dag på norsk ville kalle pedagogisk-psykologisk rådgivning, som er det fagområdet denne oppgaven er skrevet innenfor. Som pedagogisk-psykologisk rådgiver har man vanligvis ikke

kompetanse til å utøve behandling eller *terapi*, som betegner en behandlingsprosess innen helsetjenesten som en psykiater eller klinisk psykolog/klinisk pedagog har ansvaret for (Johannesen et. al. 2001: 16). I praksis vil likevel ikke skillet mellom terapi og denne typen rådgivning alltid være like klart, da begreper og teorier utviklet innen terapi danner mye av grunnlaget for personlig rådgivning (ibid.). Videre i dette kapittelet beskrives former for intervensjon ved SM som udiskutabelt kommer inn under begrepet ”behandling”, for eksempel psykoanalyse. Imidlertid argumenteres det også for at mange av de aspektene ved ulike terapeutiske retninger – for eksempel psykodynamiske elementer i måten å møte barn med SM på eller atferdsterapeutiske teknikker for å minske angst forbundet med tale – som har vist seg nyttige for å hjelpe disse barna, med fordel kan gis som tilrettelegging (av miljøet rundt) eller tiltak (til barnet) der barna er og der problemet manifesteres, og av flere typer (samarbeidende) profesjonsgrupper. Pedagogisk-psykologisk intervensjon kan således tenkes å ha en potensielt *behandlende* virkning uten at den nødvendigvis gis som tradisjonell behandling i barnepsykiatrien. Gjørum og Grøsvik (2002: 631) skriver i en artikkel om tiltak og tilbud til barn og unge med ulike former for funksjonsvansker, at hvilket begrep som settes på intervensjon – for eksempel *behandling* eller det noe mer upresise *tiltak* – ofte er mest avhengig av hvor tiltakene administreres fra, det vil si hvilken faggruppe som har foreslått dem, eller som har ansvaret for praktisk gjennomføring (ibid.). Det vil trolig i mange tilfeller spille liten rolle for den som mottar hjelpen, og jeg har i denne oppgaven brukt begrepene ”behandling” og ”tiltak” om hverandre og relativt overlappende; i betydningen ”hvordan hjelpe disse barna til å begynne å snakke”. Begrepet *pedagogisk-psykologisk* er i tråd med det forskningsfeltet som beskrives, ment å dekke både det pedagogiske og det barnepsykiatriske feltet (dette omfatter dermed ikke former intervensjon som mer kan betegnes som rent medisinske, som det tidligere ble presisert under 3.4.2).

4.2 Kartlegging av barnets kommunikasjonsmønster, angstsymptomer og kognitiv fungering

Et viktig grunnlag for implementering av behandlingstiltak er kunnskap om barnets mønster av verbal og nonverbal atferd, og symptomvariasjon over ulike arenaer og personer (Schill et. al. 1996, Johnson og Wintgens 2001, Kristensen 2002b, Cline og Baldwin 2004). Kristensen (2002b: 48) skriver at selv om en slik grundig symptomkartlegging fra flere viktige arenaer i barnets liv riktignok vil være rutine i hjelpeapparatet ved de fleste barne- og ungdomspsykiatriske tilstander, er det likevel verdt å understreke i dette tilfellet, nettopp fordi den store variasjonen i atferds- og symptom mønster, som tidligere beskrevet, er noe av kjernen ved SM. Det at familien og skolen opplever barnet så forskjellig, kan utgjøre en hindring i samarbeidet mellom dem (ibid.). For å få oversikt over omstendigheter snakker barnet fritt, og når han er taus, anbefaler Johnson og Wintgens (2001) at man i samarbeid med barnet tegner et ”snakkekart” over ulike arenaer barnet ferdes på og personer hun omgås. I tillegg til å se på selve atferden bør man dessuten analysere og avdekke sammenhengen eller det funksjonelle forholdet mellom barnets atferd og miljøet rundt, mener Schill et. al. (1996); hva i omgivelsene trigger og vedlikeholder barnets atferd? Schill et. al. (ibid.) beskriver hvordan prinsippene ved en slik funksjonsanalyse, som tidligere har vært mye brukt i forbindelse med avvikende atferd hos personer med alvorlige funksjonshemninger, kan anvendes på SM. De er også opptatt av hvordan foreldre kan være en aktiv deltaker i kartleggingsprosessen ved å bidra til å avdekke og lage en oversikt over slike relasjoner mellom barnets atferd og omgivelsene. Denne funksjonsanalysen (ibid.) danner så grunnlag for en behavioristisk intervensjon med bruk av blant annet *stimulus fading*-teknikker (se 4.3.1 for beskrivelse). Fokuset i Schill et. al.s funksjonsanalyse synes i all hovedsak å ligge på ytre atferd og operant betingning. Cline og Baldwin (2004) kritiserer mange behavioristiske studier for å overse behovet for å vurdere barnets angstnivå som en del av utredningen, og påpeker at dette trolig ofte er årsak til ”setbacks” når programmer implementeres. De understreker således betydningen av å kartlegge barnets utviklingshistorie, temperament og angstnivå, gjennom et grundig intervju

med foreldre og fra standardiserte spørreskjemaer barnet kan besvare hjemme med foreldrene – i tillegg til denne typen funksjonsanalyse.

En utførlig kartlegging av barnets skolesituasjon er også av stor betydning, ettersom det i de aller fleste tilfeller er her problemene kommer klarest til syne, og lærernes beskrivelse av barnet som nevnt ofte vil avvike i stor grad fra foreldrenes (Johnson og Wintgens 2001, McInnes og Manassis 2005). Det har imidlertid vært et diskusjonsspørsmål i hvilken grad det er mulig eller nødvendig å teste disse barna med standardiserte tester. Dette gjengis kort i neste avsnitt, før jeg går over til behandling og tiltak.

4.2.1 I hvilken grad kan og bør barn med SM utredes med formelle tester?

Ifølge Cline og Baldwin (2004) er det ulike syn på hvordan barn med SM best utredes, men det er foreløpig sparsomt med, og et stort behov for, systematiske evalueringer av læringsmessige og språklige evner hos disse barna i forskningslitteraturen (Manassis et. al. 2003, McInnes og Manassis 2005). Ofte har man basert seg på foreldres rapporteringer når det gjelder vanskebilde (jf. for eksempel Steinhausen og Juzi 1996). Det at man finner ulike syn på særlig formell testing av disse barna, kan ha sammenheng med at man har vurdert dem som ”ikke testbare”, eller man har ikke vært bevisst på den høye forekomsten av tilleggsproblemer. Dette gjenspeiler seg også i flere av de behandlingsstudiene som gjennomgås senere i kapittelet.

Dersom det foreligger bekymring vedrørende barnets språklige, kognitive og/eller sosiale evner og ferdigheter, kan man i første omgang forsøke å få et godt bilde gjennom indirekte og uformelle metoder (Johnson og Wintgens 2001: 79ff, Cline og Baldwin 2004). Dette kan eksempelvis innebære foreldre- og lærerintervjuer, eller lyd- og videoopptak fra hjemmet. Alle områder av språk bør forsøkes kartlagt – ekspressivt, pragmatisk og fonologisk; spesielt er lydopptak velegnet vedrørende informasjon om de to sistnevnte språklige aspektene (Dow et. al. 1995, McInnes og Manassis 2005). Man kan også få informasjon om evner og ferdigheter gjennom

arbeidsprøver fra skolen. Slike metoder vil kunne si noe om behovet for videre, formell testing (Johnson og Wintgens 2001).

Cline og Baldwin (2004) presiserer at formell testing innebærer et særlig stort press på barn med SM; man risikerer å øke angsten og dermed få et uriktig inntrykk av evner. De mener derfor at man derfor bør vente med slike mer standardiserte prosedyrer til barnet er trygt nok til å snakke. Også Johnson og Wintgens (2001) fraråder igangsetting av testing med mindre man finner klare indikasjoner på at det er påkrevd, da slike situasjoner der det forventes at de skal prestere noe, nettopp er noe av det mest angstfremkallende for disse barna. De fremholder likevel også at dersom de introduseres på en gjennomtenkt måte i henhold til det stadiet av trygg tale (jf. tabell 3) barnet er på med personen som skal utrede, kan slike testsituasjoner i beste fall bidra til å fremme eller utløse kommunikasjon i form av gester eller tale. Ved testing av barn med SM er det imidlertid påkrevd med stor fleksibilitet og muligheter for nonverbal respons (ibid.).

I følge Dow et. al. (1995) hadde flesteparten av barna henvist til klinikken artikkelforfatterne var tilknyttet, ikke blitt formelt språktestet, trolig fordi hjelpeapparatet har sett det som enten unødvendig, eller umulig å gjennomføre. De skriver videre (1995: 844-845) at

In our opinion, any child referred for selective mutism deserves a comprehensive assessment that addresses neurological, psychological, audiological, social, academic, and speech and language concerns. (...) Our experience has been that it is not only possible to evaluate these children, but it is essential. Such evaluations can play an important role in identifying primary and comorbid issues and in developing appropriate treatment.

Dow et. al. påpeker at flere tester av reseptive språklige evner ikke krever verbalt språk (ibid). Manassis et. al. (2003) viser i sin studie hvordan det er mulig å utrede både angstsymptomer samt språklige og kognitive evner ved å bruke nonverbale tester, for eksempel screening av reseptivt språk, i tillegg til andre deler av ulike testbatteri som krever ikke-verbal respons. Ved utredning av språklige eller kognitive tilleggsvansker bør man imidlertid benytte seg av *både* standardiserte og ikke-standardiserte tilnærminger og gjøre det klart for barnet at det ikke forventes at hun skal prate ved testing av reseptivt språk (McInnes og Manassis 2005).

Det ligger i sakens natur at utredning av disse barnas ekspressive språk vil være langt mer utfordrende. Vanligvis kan man få et godt bilde av dette gjennom å kombinere en rekke representative eksempler på barnets dagligtale med verbale svar på standardiserte tester (McInnes et. al. 2004), noe som vanskelig lar seg gjøre i dette tilfellet. En mulig løsning er å instruere foreldre i å administrere enkle verktøy, og ta opp dette på bånd (Johnson og Wintgens 2001, McInnes og Manassis 2005). Dette er imidlertid noe omdiskutert; en del klinikere vil reservere seg mot å bruke denne strategien, og en grunnleggende forutsetning er at man vurderer nøye i det enkelte tilfellet om det er en realistisk oppgave å pålegge foreldrene (Johnson og Wintgens 2001). I studien til McInnes et. al. (2004) ble deler av språkutredningen foretatt ved hjelp av såkalte *narrativer*; historier som barna først fikk ”fortalt” via bilder i en bok uten tekst for så å gjenfortelle historien skriftlig hjemme med foreldrene. Narrative ferdigheter involverer kompliserte ekspressive aspekter ved språk som barn med språkførstyrrelser ofte vil ha vanskeligheter med. Studien tydet på at denne metoden ga et godt bilde både av slike ferdigheter og av pragmatisk språk hos barna (ibid.).

Kristensen (2002b: 48) viser til de i alt 14 prosent av barna i hennes studie som hadde relativt gjennomgripende, men til da udiagnostiserte utviklingsforsinkelser/-forstyrrelser og mener dette bør være en indikator på og påminnelse om hvor viktig det er med grundig kartlegging av barnas utviklingshistorie, samt direkte utredning av språklige, kognitive og motoriske evner. Det er videre helt sentralt at resultatene av denne utredningsprosessen får praktiske implikasjoner i det kliniske arbeidet med å fremme forståelse i miljøet rundt barnet; i forhold til å tilpasse krav og forventninger til hva barnet er i stand til på det aktuelle tidspunktet, og å fokusere på barnets styrkeområder fremfor svake ferdigheter (ibid.).

4.3 Behandling av SM

Ulike teoretiske perspektiver og årsakshypoteser slik de ble beskrevet i kapittel 3 har kommet til uttrykk i klinikerens valg av behandlingsteknikker, der de vanligste er psykodynamiske, behavioristiske, familierapeutiske eller farmakologiske, men

tilstanden har vært ansett som vanskelig å behandle (Dow et. al. 1995, Johnson og Wintgens 2001, Cline og Baldwin 2004, McInnes og Manassis 2005).

Behandlingshistorien til barna i Steinhausen og Juzis studie (1996) viste et bredt spekter av intervensjoner, med psykoterapi som det vanligste (hva slags er ikke spesifisert). Imidlertid tydet forløpet hos disse barna på at behandlingen hadde vært ineffektiv hos en stor andel. Omfattende litteratursøk viser at behandlingslitteraturen er begrenset, og består av et stort antall beskrivelser av enkeltkasus. Casestudier egner seg ofte godt til å beskrive for eksempel implementering av nye behandlingstiltak, men dårlig til å generalisere til populasjonen av barn med SM (Cline og Baldwin 2004). Derimot finnes det dessverre foreløpig ingen kontrollerte behandlingsstudier av SM, og således heller ikke et systematisk tilbud med hensyn til intervensjon, som tidligere nevnt. Det antas av mange forskere og klinikere å være en fordel om arbeidet med SM-barn primært foregår der tausheten er et problem, altså i skole og barnehage, ikke i klinikk (Dow et. al. 1995, Johnson og Wintgens 2001, Kristensen 2005). Behandling gjennom innleggelsesopphold i klinikk har for barn med SM vist seg å være en svært langvarig affære, og utkommet variabelt (Cline og Baldwin 2004: 117). Det er derfor vanligvis ikke den foretrukne behandlingsmåten i dag (ibid.).

4.3.1 Psykodynamisk intervensjon

De fleste tidlige behandlingsstudier av SM var inspirert av psykodynamisk tenkning (Cline og Baldwin 2004). Innenfor psykodynamisk teori har individuell psykoterapi og leketerapi vært den vanligste behandlingstilnærmingen (Anstendig 1998, Johnson og Wintgens 2001, Stone et. al. 2002, Cline og Baldwin 2004). I tråd med hypotesen om at uløste intrapsykiske konflikter i barnet ligger under tilstanden, fokuserer behandlerne på å løse disse, fremfor å fokusere på ytre, verbal atferd, og den psykodynamiske behandlingsprosessen kan være svært langvarig (Dow et. al. 1995, Anstendig 1998). Et litteratursøk resulterer i to behandlingsstudier av barn med SM ved hjelp av psykodynamisk tilnærming (leketerapi) fra perioden 1995-2006. Opplevelser med å bli forlatt av signifikante personer, og uforløst, til dels ubevisst sorg og sinne rundt dette, er et sentralt tema i begge disse kasusbeskrivelsene.

Tolkning er en viktig teknikk, og *overføring* et sentralt begrep i psykoanalysen (Gelso og Fretz 2001). Et viktig mål i begge behandlingsforløpene kan sies å være overføring av aggressive følelser og separasjonsangst til terapeuten, og på denne måten erfare at det ikke er noen sammenheng mellom det å uttrykke sinnet verbalt, og det å bli forlatt. En slik bevisstgjøring av de underliggende vanskelige følelsene vil i henhold til psykodynamisk teori frigjøre barnet fra disse, og dermed også føre til opphør av mutismen. Terapeutens oppgave består her i å tolke barnets lek, som metaforer for barnets ”indre verden” (Valner og Nemiroff 1995: 340).

Lucero i Jessica Valner og Marc Nemiroffs studie (1995) var en 6 år gammel jente fra en familie med tospråklig minoritetsbakgrunn. Far, som hun hadde et svært nært forhold til, hadde dødd uventet da Lucero var 3 år, og etter denne dagen hadde jenta vært taus utenfor hjemmet. Mor, godt hjulpet av lærere, slektninger og andre, hadde forsøkt hva forfatterne kaller behavioristiske teknikker for å få jenta i tale (forsterkning av verbal atferd, straff for nonverbal atferd), noe som forverret jentas problemer. Lucero ble henvist til en av artikkelforfatterne for behandling, som i samarbeid med mor satte opp behandlingsmål, basert på en grunnforståelse av Luceros vansker som på mange måter oppsummerer kjernen i et psykodynamisk behandlingssyn (Valner og Nemiroff 1995: 330):

In the early parent conferences, the therapist helped to establish with the mother their primary goal, which was understanding the child's difficulties, rather than eliminating problem behaviors (Freud, 1965). The therapist suggested that Lucero's symptoms had communicative meaning. Once we could understand what she was trying to convey, she would not have such need of her symptoms, and they should abate.

Luceros behandling foregikk periodevis én og to ganger i uken. Etter en tid begynte jenta å snakke til terapeuten, og til andre barn, men bare utenfor klasserommet. Det siste må sannsynligvis også ses i lys av at mor da hadde begynt å oppmuntre datteren til å delta i både organiserte aktiviteter og i lek og samvær med andre barn på fritiden. Ellers fremkommer det ikke klart av studien hvilke implikasjoner behandlingen hadde for Luceros skolemessige fungering, verken sosialt eller akademisk.

Den tidligere nevnte psykoanalytikeren Judith A. Yanof (1996) er et annet eksempel på psykoanalytisk tilnærming med bruk av leketerapi. Den 4 ½ år gamle gutten

Jeremy i hennes casestudie hadde ikke bare vært taus utenfor hjemmet siden han var 3 år gammel; også lek og nonverbal kommunikasjon var forstyrret, og dette mener Yanof kunne føres tilbake til uløste konflikter i tidligere utviklingsstadier. Jeremy hadde, rundt det tidspunktet han ble taus, opplevd at foreldrene fikk to barn til som tok mye av deres tid og oppmerksomhet, i tillegg til at en barnehageassistent han var svært knyttet til sluttet i jobben da hun selv fikk barn. Gjennom Jeremys til dels ganske aggressive og utagerende lek i terapitimene mener Yanof at han uttrykte og overførte sin separasjonsangst og aggresjon overfor dem som hadde ”forlatt” ham, til henne, terapeuten. Å ikke snakke hadde blitt en forsvarsmekanisme mot disse aggressive impulsene, samtidig som gutten uttrykte dem gjennom sin ”fiendtlige” taushet. Gjennom analysen kunne Jeremy erfare at det ikke var farlig å la disse følelsene komme til uttrykk – og dermed frigjøre seg fra dem. En nøkkel til verbal kommunikasjon med Jeremy, fant Yanof da hun begynte å sette lyd til guttens lek (1996: 85):

I began to speak to Jeremy in another language. I made noises. I made the noises that 4-year-old boys make as they accompany their own play. In fact I wasn't really speaking to Jeremy. More accurately, I became the soundtrack to Jeremy's play: a punch landed "POW", a guy fell "THUD", a car collided "CRASH" – a cacophony of violent sounds. I joined his play, I gave it voice. Within a few days Jeremy began making noises too – at first tentatively and then more deliberately and with greater abandon. His play had become communicative.

Hele denne behandlingsprosessen tok i alt 3 ½ år. Først etter tre måneder, på et tidspunkt da Jeremy nylig hadde trappet opp den psykoanalytiske behandlingen fra to til fire ganger ukentlig, sa han sitt første ord i terapitimen, noe som ble etterfulgt av at gutten snakket i skolen.

Ut fra Yanofs (1996) casebeskrivelse synes det uklart hvorfor opplevelser som er såpass vanlige i denne aldersgruppen (det Kristensen (2005) ganske treffende betegner som ”hverdagstraumer”), ga slike alvorlige og vedvarende symptomer hos nettopp Jeremy, som ifølge Yanof hadde hatt en normal språkutvikling og lot til å være et intelligent barn (for øvrig uten at studien sier noe nærmere om hvordan man kom frem til dette). Likeledes kan de mer akutte og traumatiske tapsopplevelsene hos Lucero i Valner og Nemiroffs studie (1995), som skjedde på et tidspunkt da SM

gjærne debuterer, ha vært den utløsende årsaken hos et allerede sårbart barn med blant annet tospråklig immigrantbakgrunn. I tråd med den etiologiske drøftningen tidligere i oppgaven, antyder dette hvor vanskelig det er å forklare et såpass sammensatt og komplekst atferdsmønster som SM *utelukkende* i lys av psykodynamiske faktorer. Vi kan for eksempel tenke oss at en såkalt diatese for angst eller SM i utgangspunktet var tilstede hos disse barna, mens lignende hendelser ikke ville ha utløst det samme symptomet hos et annet barn som manglet denne diatesen eller sårbarheten. Imidlertid fokuserer disse to psykodynamiske studiene minimalt på slike faktorer i barnet. Mangelen på grundige beskrivelser av barnets funksjonsprofil både før og etter behandlingen gjør det i sin tur mer komplisert å si noe sikkert om behandlingseffekten og generaliserbarheten av denne. Dette kommer jeg tilbake til i avsnitt 4.4.2.

4.3.2 Familieterapeutisk intervensjon

Hensikten med familieterapi i behandlingen av barn med SM har vært å gjøre familiemedlemmene bevisste på de patologiske samspillsmnstrene (jf. 3.2) for dermed å oppløse eller restrukturere dem (Dow et. al. 1995, Anstendig 1999, Stone et. al. 2002). Et eksempel finner vi hos Diane W. Tatem og Robert L. DelCampo (1995), som beskriver en såkalt strukturell familieterapeutisk tilnærming til behandlingen av SM hos en jente på 3 år og 11 måneder kalt Penelope. En utredning viste at Penelope hadde et flytende språk, kunne snakke i komplekse setninger og heller ikke hadde hatt andre utviklingsproblemer eller -forsinkelser – helt til hun i en alder av tre år gradvis sluttet å snakke til alle personer utenom fire; begge foreldrene, søsteren og mormoren. Hun fikk derfor diagnosen selektiv mutisme. Som familieterapeuter ser Tatem og DelCampo familien i et systemisk perspektiv som en interaktiv enhet, og i henhold til den retningen som kalles strukturell familieterapi vil det overordnede systemet bestå av flere subsystemer som alle påvirker og blir påvirket av de andre subsystemene (1996: 184). Disse subsystemene bør ha klare grenser mellom seg i en velfungerende familie (Grøholt et. al. 2001). I dette tilfellet mener terapeutene at det subsystemet som foreldrene utgjorde, var ute av balanse; det var lite følelsesmessig nærhet mellom ektefellene, og mor vendte seg i stedet til

Penelope for denne nærheten (Tatem og DelCampo 1996). Gjennom foreldresamtaler og leketerapi, både individuelt og som gruppe, ble familierelasjonene restrukturert; mor og Penelope fikk et friere og mer uavhengig forhold til hverandre, og gjennom mors økte følelse av mestring i foreldrerollen økte tilliten og nærheten foreldrene imellom. Det later altså til at terapien hadde en svært gunstig effekt på familiesituasjonen som helhet. Hva Penelopes SM angår, begynte hun etter hvert å ”glemme seg” (og snakke) stadig oftere, og å stadig utvide kretsen av mennesker hun snakket spontant til. Det skjedde altså en forandring til det bedre. Hvor etablerte og alvorlige symptomene var da behandlingen startet virker imidlertid noe uklart (jenta var ennå ikke fylt fire år, gikk ikke i barnehage eller skole og hadde utvist symptomer i et snaut år da hun ble henvist til behandling). En del av psykoterapien gikk ut på å fremme en naturlig og aksepterende holdning overfor både taushet og tale hos Penelope i familien. Dette kan tenkes å ha bidratt til et ”klima” i omgivelsene som forebygget at skyhet, taushet og tilbaketrekning utenfor kjernefamilien utviklet seg til en mer alvorlig og vedvarende problematikk hos dette barnet (se 4.4.2). Behandlingsforløpet og resultatet som blir referert i denne studien kan derfor sies å være vellykket, men sannsynligvis vanskelig generaliserbart til populasjonen, noe som ifølge Anstendig (1998: 389) er tilfelle med mye av behandlingslitteraturen innen denne terapeutiske retningen.

4.3.3 Atferdsterapeutisk intervensjon

Det meste av nyere behandlingslitteratur om SM beskriver intervensjoner som baserer seg på ulike former for atferdsmodifisering og behavioristiske teknikker, eller elementer av slike (Dow et. al. 1995, Anstendig 1998, Johnson og Wintgens 2001). Til grunn for all terapi som baserer seg på læringsteorier ligger hypotesen om at all atferd er lært og kan avlæres, og målet med atferdsterapien er å erstatte tidligere mistilpasset atferd med mer adaptiv atferd (Gelso og Fretz 2001, Cline og Baldwin 2004). Mer enn noen annen terapeutisk retning er behavioristisk og kognitiv terapi også opptatt av å tilpasse spesifikke behandlingsteknikker til den aktuelle klientens problem, basert på terapeutens vurdering og på hva som har vist seg å virke i henhold til forskning (ibid.). Jf. de ulike læringsteoretiske retningene som ble beskrevet i

kapittel 3, finner vi også ulike varianter av atferdsterapi. Det er imidlertid ofte vanskelig å plassere atferdsterapeutiske behandlingsstudier klart innenfor en av disse retningene, da flere teknikker og metoder er kombinert i de fleste tilfeller. For eksempel er *forsterkning* nesten alltid involvert på en eller annen måte, men sjelden brukt alene. Modelleringsteknikker, der en annen person modellerer ønsket atferd for barnet, kombineres ofte med såkalt ”*shaping*”, som innebærer å bryte ned målatferden i små steg for deretter å gradvis fremkalle og forsterke disse ”små stegene” etter hvert som barnet blir i stand til å utføre dem. Videre har en teknikk som *selvmodellering* elementer av både sosial læringsteori og kognitiv atferdsterapi (Cline og Baldwin 2004: 125-126), i tillegg til å være en variant av desensitivisering, som blir beskrevet under neobehavioristisk tilnærming i neste avsnitt. Stone et. al.s (2002) metaanalyse av behandlingsstudier (se 4.3) beskriver fire av de mest brukte atferdsterapeutiske retningene ved SM som neobehavioristisk tilnærming, anvendt atferdsanalyse, modelleringsteknikker, kognitiv atferdsterapi og kombinerte behavioristiske tilnærminger. Cline og Baldwin (2004: 204-205) påpeker at dette er en svært bred inndeling som ikke differensierer tilstrekkelig og gjør vanskelig å vurdere effekten av ulike behavioristiske tilnærminger. Eksemplene på studier er av hensyn til systematikken i fremstillingen forsøkt strukturert etter hvilken tilnærming og hvilke behandlingsteknikker de legger hovedvekten på.

Neobehavioristisk tilnærming (S→R) baserer seg på klassisk betingning, og terapeuter innen denne retningen er opptatt av å knytte intervensjonen til årsaken bak atferden. Man antar at det for barn med SM eksisterer en lært assosiasjon mellom angst og det å snakke til ukjente voksne, og det gjelder i behandlingen å bryte denne assosiasjonen og gradvis lære inn en ny assosiasjon til det å snakke som ikke innebærer angst; en motbetingning (Cline og Baldwin 2004). En svært vanlig form for motbetingning er bruk av Joseph Wolpes (1958, her referert fra Gelso og Fretz 2001 og Cline og Baldwin 2004) behandlingsteknikk *systematisk desensitivisering*, som innebærer redusering av angst gjennom gradvis eksponering for de fryktede stimuli i en avslappet atmosfære. Cline og Baldwin (2004: 123) presiserer at når man anvender denne teknikken på barn med SM, er det viktig å huske at disse barna går inn i behandlingen med en annen innstilling enn for eksempel voksne pasienter som

søker hjelp for en spesifikk fobi. Barn med SM har på sett og vis allerede funnet sin egen "metode" for å redusere angsten; nemlig å ikke snakke (en "løsning" som samtidig er problemet). Derfor kan desensitiviseringen være en langsom prosess uten kombinasjon med flere teknikker, mener de (ibid.).

Marc S. Rye og Douglas Ullman (1999: 314) ser klassisk betinget angst som en viktig etiologisk faktor ved SM, og gjengir i sin casestudie behandlingen av en 13 år gammel gutt som hadde vært taus i 7 ½ år. Flere typer intervensjoner var prøvd med denne gutten, blant annet forsterkning og plassering i en gruppe for barn med lærevansker, uten hell, og han ble sett på som trassig og manipulerende av flere lærere. Han hadde ingen språkvansker utover SM, men mutismen hemmet ham sterkt i hans fungering i skolen, noe som viste seg ved at han var ute av stand til å etablere sosiale relasjoner til klassekamerater, hadde et høyt skolefravær og ikke involverte seg i utenomfaglige aktiviteter. Gutten ga uttrykk for at han siden barnehagen hadde opplevd det som angstfylt å snakke. Behandlingsteknikken ble derfor systematisk desensitivisering, og størsteparten av denne terapien foregikk på skolen da det viste seg at behandlingsøkter kun i en klinisk setting førte til liten økning i guttens talefrekvens med lærere og medelever. Ved forsøk på å generalisere tale til flere arenaer og personer viste spesielt det å snakke med jevnaldrende seg som en stor barriere. Rye og Ullman (ibid.) er også opptatt av den viktige sosiale læringen barn med SM går glipp av ved at de ikke snakker i skolen, og trening i sosiale-kommunikative ferdigheter ble en viktig del av intervensjonen med denne gutten. Selv om det understrekes i studien at mangelen på et eksperimentelt design gjør at man ikke ubetinget kan tilskrive guttens bedring intervensjonen alene, er det gode grunner til å regne behandlingen som vellykket. Oppfølging ett år etter viste at gutten, som i løpet av 7½ år på skolen kun hadde ytret seg verbalt ved tre anledninger, da hadde en talefrekvens som var tilnærmet lik klassekameratenes og var i stand til å inngå i sosial interaksjon med jevnaldrende både i og utenfor skolen. Forfatterne påpeker også at det var viktig for dette resultatet med et godt samarbeid mellom skole og terapeuter, og at skolepersonalet fikk god konsultasjon med hensyn til å ikke negativt forsterke guttens taushet ved å la være å forvente tale. Eksponeringsterapi er i seg selv ikke nok, mener Rye og Ullman (ibid.). De fremhever også betydningen av

å forstå *angst* som den underliggende problematikken ved behavioristisk intervensjon og ved informasjon til skolen.

Shawn Powell og Mahlon Dalley (1995) skiller mellom forbigående eller kortvarig (*transient*) og vedvarende (*persistent*) SM. Kriteriene for såkalt forbigående SM er som følger (Powell og Dalley 1995: 117):

- a) Barnet er fem år eller yngre.
- b) Mutismen har vært til stede i mindre enn seks måneder.
- c) Mutismen har vært uregelmessig og periodisk tilbakevendende (*intermittent*).
- d) Mutismen er begrenset til ett miljø.

Ved mistanke om en slik forbigående SM bør man i første omgang begrense seg til å følge opp barnet nøye over en periode, og på denne måten gi tid og rom for en spontan bedring før man går inn med mer direkte kartlegging og intervensjon (Powell og Dalley 1995: 117). Intervensjon er derimot påkrevd dersom barnet utviser symptomer på vedvarende SM (ibid):

- a) Barnet er eldre enn fem år.
- b) Mutismen har vart lenger enn seks måneder.
- c) Mutismen har vært stabil.
- d) Mutismen er til stede i mer enn ett miljø.

Den beskrevne behandlingen av en seks år gammel jente med vedvarende SM i deres casestudie inkluderer elementer fra flere terapeutiske retninger, blant annet psykoedukative elementer og leketerapi, men baserer seg hovedsakelig på Porjes' (1992, her referert fra Powell og Dalley 1995) læringsteoretiske firetrinnsmodell, og kan således betraktes som en atferdsterapeutisk studie (jf. også Cline og Baldwin 2004). Powell og Dalley deler også utrednings- og behandlingsprosessen opp i fire trinn (1995: 116ff):

- Trinn 1: Diagnostisering av SM, ved hjelp av opplysninger om varighet av symptomene, barnets alder, stabil tilstedeværelse av symptomene over flere arenaer, samt ringvirkningene symptomene har på barnets fungering.
- Trinn 2: Er mutismen av forbigående art? I så fall følger man opp barnet over en tid og iverksetter eventuelt trinn 3. Er mutismen mer vedvarende, implementeres trinn 3 og 4.
- Trinn 3: Medisinsk, språklig og psykologisk evaluering.
- Trinn 4: Behandling og intervensjon; bestående av informasjon til familie, foreldre og lærere om SM; implementering av Porjes' (1992, her referert fra Powell og Dalley 1995) læringsteoretiske firetrinnsmodell, og bruk av andre metoder etter behov; familiekonsultasjon, involvering av foreldre i behandlingen, tverrfaglige møter med foreldre, lærer og terapeut, leketerapi.

Jenta i studien ble utredet med flere nonverbale tester, vurderingsskalaer for problematferd og gjennom foreldre- og lærersamtaler, samt observasjoner i klassen. Ingen utviklingsforsinkelser fremkom som kunne forklare mutismen, men jenta viste tegn på umodenhet og tilbaketrekning som bekymret lærere og foreldre. Observasjoner fra skolen viste videre at barnet deltok oppmerksomt i klassen på linje med de andre barna, men kun nonverbalt. De fire behandlingstrinnene overfor ble implementert over en periode på seks måneder. Tale ble gradvis fremkalt gjennom *shaping*, positive forsterkere og desensitivisering, og denne atferdsterapien ble supplert med blant annet leketerapi. Det ble også igangsatt et forsøk med såkalt *audio feedforward* (beskrives senere), men dette vakte så sterk angst hos barnet at forsøket ikke ble gjentatt. Både posttest og oppfølging et halvt år etter avsluttet behandling viste at jenta da snakket på skolen i samme grad som klassekameratene. Dessuten var det ikke lenger noen bekymring vedrørende problematferd i form av den tidligere observerte tilbaketrekningen og umodenheten (Powell og Dalley 1995: 121).

Anvendt atferdsanalyse involverer læringsprinsipper fra operant betingning; som positiv forsterkning, ekstinksjon og straff, samt såkalt *shaping* (forming) av atferd ved hjelp av forsterkere. Her er man opptatt av forutsetningene for og konsekvensene

av atferden, i dette tilfellet det å ikke snakke, og det gjelder å endre det funksjonelle forholdet mellom atferd og konsekvenser. En sentral teknikk her er såkalt *stimulus fading*, som i mange tilfeller har vist seg nyttig i behandlingen av SM (Johnson og Wintgens 2001, Cline og Baldwin 2004: 123-124). I korthet innebærer dette å gradvis introdusere de stimuliene – både personer og arenaer – som medfører taushet, inn i en setting hvor barnet snakker, til disse to typene stimuli ikke lenger lar seg skille fra hverandre av barnet. Forsterkning er et viktig virkemiddel i denne prosessen.

Et potensielt problem ved behavioristisk intervensjon, er at forsterkning av verbal atferd – en grunnleggende behandlingsteknikk – fordrer at man faktisk får barnet til å si noe før man i det hele tatt kan begynne å intervenere. En norsk pedagog, Anders Lysne (1995), beskriver i en casestudie av en fjorten år gammel gutt hvordan denne barrieren ble overvunnet ved hjelp av en teknikk som kalles *escape-avoidance*. Dette innebærer, etter først å ha etablert en trygg atmosfære og terapeut-klient-relasjon, å få barnet til å forstå at det ikke slipper fra behandlingssituasjonen før det snakker.

Gutten i Lysnes studie hadde lenge vært uimottakelig for ulike forsøk på intervensjon, men treningsprogrammet der *escape-avoidance*-teknikken ble brukt krevde kun tre behandlingsøkter. I den siste økten ble guttens utholdenhet tøyet så langt at han til slutt svarte ”ja” på spørsmålet ”Vil du gå hjem?”. Dette ble vendepunktet i behandlingen, og den verbale responsen ble så forsterket og opprettholdt ved hjelp av belønning. Lysne advarer selv om at *escape-avoidance*-teknikken innebærer mye press på barnet og må brukes med forsiktighet for å unngå både kortsiktige og langsiktige skadevirkninger. Den passer heller ikke for alle barn, og gutten i studien ble beskrevet som atypisk i forhold til mange vanlige personlighetstrekk ved SM (Lysne 1995). Generelt er *press* for å få disse barna til å snakke noe det i dag advares sterkt mot, med bakgrunn i forståelsen av SM som en vanske innen angstspekteret. Dette kommer jeg tilbake til i avsnitt 4.4.1.

*Modellerings*teknikker baserer seg på sosial læringsteori og brukes ofte for å lære barn sosiale ferdigheter og tilpasningsatferd. Barnet lærer ved å observere en modell (for eksempel terapeuten) utføre ønsket atferd. *Selvmodellering* tar utgangspunkt i Banduras (1977, her referert fra Cline og Baldwin 2004: 126-127) hypotese om *self-efficacy*, på norsk oftest kalt forventning om mestring. Bandura hevder at all endring

av atferd må ta utgangspunkt i å endre denne forventningen om egen kompetanse eller mestring (ibid.). Selvmodellering dreier seg om at barnet lærer ønsket atferd (for eksempel å snakke med en lærer i klasserommet) gjennom å observere *seg selv* utvise denne atferden på et redigert og ”manipulert” videoopptak; i dette tilfellet opptak av barnet som svarer på spørsmål fra foreldre redigert sammen med opptak av de samme spørsmålene stilt av en person barnet vanligvis ikke snakker med eller til. Man regner med at identifikasjonen med modellen på den måten er maksimal (Kehle et. al. 1998, Cline og Baldwin 2004), og at dette således vil fremme læringsprosessen og barnets forventning om å mestre (jf. 3.3). Den videre behandlingen består i at barnet blir vist dette opptaket flere ganger i løpet av en avgrenset tidsperiode.

Thomas J. Kehle et. al. (1998: 248f) baserer sin intervensjon på en behavioristisk forståelse av fenomenet SM som en lært respons, vedlikeholdt gjennom negativ forsterkning fra omgivelsene. Videoopptakene av de tre barna i deres studie ble derfor også raskt vist til resten av klassen, for å øke de andre elevenes forventninger om verbal atferd fra dem. Videre ble denne selvmodelleringen kombinert med positiv forsterkning, *stimulus fading* og, i ett barns tilfelle, psykofarmaka. Behandlingen førte til generalisert tale hos alle de tre barna etter relativt kort tid, og også oppfølgingen viste god behandlingseffekt. At intervensjonen også var svært kortvarig (i gjennomsnitt rundt 1,5 time, fordelt på behandlingsøkter á 15 minutter), tilskriver forfatterne kombinasjonen av flere atferdsterapeutiske og kognitivt atferdsterapeutiske teknikker. De refererer til et tilfelle (Sheridan et. al. 1995, her referert fra Kehle et. al. 1998: 258) der bruk av kun *stimulus fading*-teknikken på en 6 år gammel jente, til sammenligning krevde 31 terapiøkter for å oppnå endring i atferd. Som en ulempe ved sin egen metode nevner de behovet for til dels dyrt teknisk utstyr.

Nathan J. Blum et. al. (1998) beskriver en lignende teknikk kalt *audio feedforward* som behandling av SM, tilsvarende intervensjonen beskrevet ovenfor, med den forskjell at videoopptak er byttet ut med lydbåndopptak. Studien presenterer en vellykket behandling av tre kasus, som alle begynte å snakke med personen på opptaket, og senere generaliserte talen til andre personer det tidligere hadde vært taust med, uten andre former for intervensjon. Blum et. al. (ibid.) viser til at liknende

behandlingsteknikker med hell har vært forsøkt ved bruk av videoopptak, men påpeker at lydbåndopptak har klare fordeler sammenlignet med dette (tilgjengelighet, ikke behov for like fysiske omgivelser under de to opptakene og så videre).

Forfatterne nevner imidlertid også eksempler på barn som ikke hadde utbytte av teknikken, i den forstand at de nektet å delta i lydopptaket overhodet (tre barn), eller ikke begynte å snakke til personen på opptaket (to barn). Vi får derimot ikke flere opplysninger rundt disse tre barna eller deres behandlingsprosess. Dette kan man kanskje kritisere studien for ikke å beskrive eller diskutere nærmere; ifølge Cline og Baldwin (2004: 102) er det et problem ved behandlingslitteraturen om SM at mindre vellykkede behandlingsforløp sjelden beskrives i detalj. Blum et. al. (ibid.) antyder selv at denne typen audio-selvmodellering muligens ikke fungerer for opposisjonelle barn (der hvor barna nektet å delta overhodet) eller at barna kanskje trenger hyppigere og lengre eksponering for opptaket enn deres barn fikk (i de tilfellene der barna deltok, men ikke oppnådde effekt). Man kan spørre seg om hvorvidt de barna Blum et. al. beskriver som ”opposisjonelle”, snarere hadde en sterkere grad av ”taleangst” enn de barna som begynte å snakke, og om de dermed kunne hatt nytte av kombinasjon med flere behandlingsteknikker, eksempelvis *stimulus fading*. Forfatterne konkluderer selv med at mer forskning trengs på omstendighetene rundt de barna som responderer positivt.

Kognitiv atferdsterapi (cognitive behavioral therapy eller CBT) innebærer kognitiv restrukturering; barnet eller ungdommen forsøker å endre sin ”indre dialog” og/eller sine kognitive skjemaer i den hensikt å modifisere atferden. Daniel Fung et. al. (2002) beskriver en vellykket behandling av en 7 år gammel gutt med SM gjennom et internett-basert, kognitivt atferdsterapeutisk program bestående av en arbeidsbok beregnet på barnet, samt en nedlastbar, psykoedukativ manual til foreldre og lærere. Gutten ble grundig utredet, og det fremkom at han hadde normale, litt over gjennomsnittlige kognitive evner og ingen klinisk påviselig språkforstyrrelse (ibid.). Forfatterne viser til at kognitiv atferdsterapi (CBT) har vist seg effektivt i forhold til angstproblematikk hos barn, og hevder at selv om behandling av SM ofte har blitt betegnet som CBT, har fokuset i de fleste behandlingene i realiteten vært på ren atferdsmodifisering fremfor kognitiv restrukturering, altså mer atferdsterapi enn

kognitiv atferdsterapi. I dette tilfellet beskrives derimot en ”klassisk” CBT-behandling bestående av at gutten lærte seg kognitive strategier for å gjenkjenne og håndtere angsten assosiert med å snakke. Behandlingsopplegget bestod av 14 individuelle terapiøkter á 90 minutter (60 minutter med barnet, resten med foreldrene) samt hjemmelekser til hver time via e-post. Behandlingen var videre delt i to segmenter, der den første ble brukt til å lære strategiene og den andre til praktiske øvelser i stadig mer krevende situasjoner. Gutten lærte seg også sosiale strategier for å mestre disse situasjonene. Videre ble lydopptak ble benyttet som en desensitiveringsmetode. Angstnivå, generell fungering og SM-symptomer ble målt både gjennom pre- og posttester, og viste en klar forbedring på alle områder etter CBT-programmet. Forfatterne konkluderer med at behandlingen trolig egner seg best for eldre barn uten lære- eller språkvansker, og at flere kontrollerte forsøk er ønskelig for å påvise behandlingens effektivitet, samt generere flere behandlingsalternativer for barn med SM (Fung et. al. 2002).

En fjerde tilnærming til atferdsterapi er den som Stone et. al. (2002) kaller *kombinerde behavioristiske teknikker* og som kombinerer flere slike hovedretninger innenfor læringsteori som ble beskrevet ovenfor. William G. Masten et. al. (1996) refererer behandlingen av en åtte år gammel, tospråklig gutt som ved henvisning til psykologisk behandling aldri hadde snakket til verken læreren sin eller andre elever på skolen. Behandlingen bestod av *shaping*, forsterkning av tale og *stimulus fading* i en terapeutisk setting, og involverte vekselvis psykologen alene, klassestyrer sammen med psykologen, guttens bestevenn og psykologen, noen få barn som fikk selvtillitstrening i gruppe, samt en leseinstruksjonsgruppe. Over en treårsperiode økte gutten gradvis sin vokalisering fra å hviske ett ord, til å svare i ettordsetninger og etter hvert i hele setninger. Mot slutten av behandlingen svarte gutten på spørsmål i et normalt tonefall, men stilte sjelden spørsmål eller snakket spontant, og han var heller ikke i stand til å snakke foran klassen, noe forfatterne forklarer med at kun forsterkning, ikke *shaping*- og *stimulus fading*-teknikkene, ble brukt i klasseromssettingen. Gutten var derfor ikke i stand til å generalisere tale til denne viktige arenaen, og de foreslår at en kombinasjon av flere teknikker her kunne ha ført til et mer vellykket behandlingsresultat (Masten et. al. 1996). Dette understreker

kanskje også betydningen av å ha generalisering av tale til de arenaer der barnet har størst problemer, som utgangspunkt fra starten av behandlingsprosessen, og av at denne behandlingen ikke utelukkende foregår i settinger der barnet bare vil befinne seg i en begrenset periode, slik det ble nevnt innledningsvis i avsnitt 4.3.

4.3.4 Multimodale og multidisiplinære tilnærminger

Selv om sosial angst og manglende tale i bestemte kontekster er det primære problemet for barn med SM og det sentrale i behandlingstilnærmingen, mener mange at skillet mellom SM- og SA-barn er noe mer enn et skille i grad av angst, og at barn med SM derfor trenger en bredere tilnærming (Yeganeh et. al. 2003, McInnes og Manassis 2005). SM er en tilstand som rammer barnet på flere nivåer; sosialt, emosjonelt og skolefaglig (Johnson og Wintgens 2001), i tillegg til at barnet kan ha vansker som er sekundære til mutismen, men likevel hemmende nok for barnet til at det vil være påkrevd med intervensjon. Selv om behandlingen av SM formelt sett hører innunder det barnepsykiatriske feltet, kan således mange ulike profesjonsgrupper ha noe å bidra med i arbeidet med å hjelpe disse barna, forutsatt gode kunnskaper om SM og et godt tverrfaglig samarbeid (Dow et. al. 1995, Johnson og Wintgens 2001, Cline og Baldwin 2004). En form for intervensjon som faller utenfor de nevnte så langt, og som tidligere har vært relativt lite behandlet i litteraturen ifølge Cline og Baldwin (2004), er logopedi (engelsk: *speech-language therapy*). Ofte har logopedi vært kort beskrevet innledningsvis i casestudier som ett av flere mislykkede behandlingstiltak, før artikkelforfattere går over til å triumferende beskrive sine egne, mer vellykkede forsøk, skriver Cline og Baldwin (2004: 185). Likevel kan dette med hell utgjøre en del av et mer omfattende og tverrfaglig behandlingsprogram, da mange av disse barna kan ha fonologiske eller andre talespråklige vansker, og såfremt fokus ligger på fremkalling og generalisering av tale, ikke bare kvaliteten på denne (Giddan et. al. 1997, Johnson og Wintgens 2001, Cline og Baldwin 2004: 188, Dunaway 2005).

Foreløpig finnes det dessverre et begrenset antall behandlingsstudier som beskriver slike behandlingstiltak ”på flere nivåer” som det her er snakk om. Begrepet

multimodal behandling, slik jeg forstår det ut fra litteraturen som blir henvist til her, henspiller for det første på at flere ulike terapeutiske retninger er kombinert, for eksempel psykodynamiske og atferdsterapeutiske elementer, både i forståelsen av fenomenet og i tilnærmingen til intervensjon. Moldans (2005) studie som beskrives i neste avsnitt er et eksempel på dette. Men multimodal, eller multidisiplinær, behandling kan også innebære at behandlingstiltakene involverer flere profesjonsgrupper, rettere sagt tverrfaglig samarbeid. I de følgende avsnittene presenteres tre nyere studier som faller inn under betegnelsen multimodale og/eller multidisiplinære.

I Marian B. Moldans (2005) multimodale tilnærming til SM er evnen til *selvregulering* et sentralt element. Hun ser SM som en angstforstyrrelse hos barn med biologisk basis, men mener også at tausheten hos mange barn kan forstås som en måte å regulere denne angsten på. I det dyadiske samspillet mellom barn og omsorgsgiver utvikler barnet evnen til regulering av egne følelser og affekter. Hos barn med SM blir imidlertid denne utviklingen forstyrret av at den voksne oftest mistolker de signalene barnet sender – taushet og tilbaketrekning – som enten sjenanse eller ”trass”. Når barnet ikke møter en anerkjennelse av sin angst hos den voksne som han eller hun kan internalisere eller gjøre til sin egen, må barnet foreta denne affektreguleringen uten hjelp utenfra. Den mistilpassede affektreguleringen og mangelen på et språk for å uttrykke de vanskelige følelsene, kommer til uttrykk i den sterke polariseringen av atferd i ulike kontekster; barna opptrer hemmet, taust og tilbaketrukket i visse situasjoner, og viltert og temperamentsfullt i andre (Moldan 2005: 293). Derfor mener Moldan (2005: 295) at enhver multimodal behandling av denne gruppen barn, i tillegg til behandling av angsten, må inneholde en komponent av hjelp til selvregulering. Den må også inneholde en slags psykoedukativ komponent der viktige voksenpersoner rundt barnet lærer seg å forstå de nonverbale signaler barnet sender, og å tilpasse sin egen atferd til barnets (ibid.). Moldan hører altså ikke til dem som mener at en slik aksept for nonverbal kommunikasjon forsterker og opprettholder barnets symptomatologi og atferd, og må kunne sies å ha en delvis psykodynamisk tilnærming til fenomenet SM. Hun hevder også at mens systematisk forsterkning fungerer godt for noen barn, vil det hos en stor andel snarere

øke angsten (2005: 296), noe som var tilfelle med hennes seks år gamle kasus Jenna. Moldans multimodale tilnærming kombinerte derfor behavioristiske teknikker med kognitivt atferdsterapeutiske og moderne psykoanalytiske prinsipper. Jenna begynte, etter en behandling bestående av individuell leketerapi, *stimulus fading* (uten forsterkning) på skolen, samt samtaleterapi i en gruppe for barn med SM, å snakke fritt til terapeuten og de andre barna i gruppen. Hennes tidligere aggressive og utagerende atferd spesielt overfor mor avtok også, noe Moldan tolker som et tegn på at Jenna gjennom behandlingen hadde bedret sin evne til å regulere egne affekter på en aldersadekvat og sunn måte. Behandlingsprogrammet inkluderte også et tett samarbeid med og veiledning av mor og lærer. På tidspunktet da artikkelen ble skrevet, var Jenna fortsatt i behandling og pratet fremdeles noe inkonsistent til lærer og personer utenfor hjemmet og den terapeutiske settingen (Moldan 2005: 306).

En vellykket multidisiplinær behandling er beskrevet hos Jane J. Giddan et. al. (1997). Studien fokuserer på logopedens rolle i behandlingen, men legger samtidig vekt på hvor viktig det er med et godt tverrfaglig samarbeid ved denne tilstanden. Forskerne slår fast at en språkvanske i seg selv ikke utelukker samtidig tilstedeværelse av SM, samtidig som disse barna viser psykologiske symptomer som er langt mer komplekse enn at de kan forklares utelukkende som en reaksjon på språkvansker. En av hovedkonklusjonene er derfor at en logoped, i møte med barn med SM, må erkjenne at dette dreier seg om en angstproblematikk og søke psykologisk ekspertise. Tiltak rettet mot de eventuelle språklige aspektene ved barnets vanskebilde kan dernest settes i gang først når tale på en eller annen måte er fremkalt i den terapeutiske settingen (ibid.). Dette ble gjort med studiens kasus, en jente på 8 år kalt Mimi. Tiltak som tidligere var forsøkt (blant annet individualterapi) hadde ført til økt nonverbal atferd, men ingen fremgang i vokalisering. Første trinn i behandlingen ble derfor å fremkalle verbal respons via *escape-avoidance* hos Mimi, som hadde vært helt taus utenfor hjemmet og med fremmede etter et sykehusopphold som treåring. En språklig kartlegging avdekket syntaktiske, fonologiske og pragmatiske vansker hos jenta. Dette sammen med svært begrenset deltakelse på skolen utgjorde en stor akademisk risiko for Mimi, som i en alder av ni år skulle ha gått i 4. klasse, men gikk i 3. klasse og presterte tilsvarende 2. klassenivå i lesing,

rettskriving og matematikk. Et tverrfaglig behandlingsopplegg ble igangsatt gjennom spesialskole i en psykiatrisk klinikk for medisinstudenter, der psykolog, klassestyrer og logoped samarbeidet om blant annet varierende atferdsterapeutiske teknikker for å fremkalle og generalisere tale, samt språktrening. De involverte fagpersoner og foreldrene møttes jevnlig for å diskutere Mimis behandling, og fremgang i en setting ble overført til en annen (dersom Mimi hadde snakket til terapeuten, ble dette også forventet av læreren og logoped). Etter nærmere to skoleår med dette behandlingsopplegget i spesialskolen, snakket Mimi normalt med klassekamerater, lærere, slektninger og personer i nabolaget, og skoleferdighetene bedret seg i takt med Mimis økte verbale atferd. Hun ble derfor tilbakeført til normalskolen og fortsatte fremgangen der (Giddan et. al. 1997: 132).

Melissa F. Jackson et. al. (2005) beskriver en multimodal behandling i 25 økter, av en seks år gammel gutt uten påviste språk- eller talevansker. Gutten hadde vært sky og engstelig overfor fremmede allerede fra spedbarnsalder av, og selektivt mutistisk siden han begynte å snakke, men typisk nok var dette først blitt oppfattet som et virkelig problem da han begynte i barnehage og førskole, og læreren var ute av stand til å vurdere guttens læring. Dessuten tydet mye på at gutten hadde visse sosiale problemer i forhold til medelever. Han kommuniserte heller ikke nonverbalt i utenomfamiliære sammenhenger, og hans manglende respons ble ifølge foreldrene lett oppfattet som uhøflig. Da foreldrene kom til samtale med terapeuten, fremstod også disse som sky og tilbaketrukne, men positivt innstilt til å hjelpe sønnen før overgangen til førsteklasse. Kartlegging og et behandlingsopplegg ble iverksatt, der psykodynamiske elementer, systemiske tiltak (i forhold til både foreldre og skole) og kognitivt-behavioristiske teknikker ble kombinert. Det ble lagt stor vekt på at behandlingsmetodene skulle være akseptable for både barn og foreldre, og på å endre så vel guttens opplevde indre stress og angst som hans observerbare atferd. Resultatet etter den relativt sett kortvarige behandlingen var generalisert tale og mer sosial kontakt med jevnaldrende, noe som ifølge lærere, foreldre og en skoleobservasjon vedvarte ved oppfølging ett år senere.

4.4 Oppsummering: Hva vet vi om effektiv intervensjon ved SM?

Dette kapittelet avrundes med en oppsummering av hva vi så langt vet, og hva det fortsatt trengs mer kunnskap om, ved behandling av SM. I mangel av større, kontrollerte behandlingsstudier finnes det foreløpig ikke vitenskapelig grunnlag for å hevde at en behandlingstilnærming er mer effektiv enn noen annen, selv om stadig flere klinikere synes å foretrekke atferdsterapeutisk orienterte metoder. Som det går frem av tabell 2, er dette den oftest anvendte retningen i perioden 1995 og frem til i dag; syv av i alt 13 studier jeg har funnet kan plasseres i kategorien atferdsterapeutisk. Videre fant jeg to psykodynamiske (psykoanalytiske), én familieterapeutisk og tre multimodale behandlingsstudier fra dette tidsrommet.

Stone et. al. (2002) gjorde en systematisk, kvantitativ og kvalitativ metaanalyse av de viktigste behandlingsmodellene for SM, med det siktemål å komme frem til evidensbaserte metoder for praksis. De viktigste behandlingsmodellene ble definert som psykodynamiske, familieterapeutiske, atferdsterapeutiske og biologiske/psykofarmakologiske. Forfatterne deler også atferdsterapi inn i fire varianter, og modeller som omfatter en kombinasjon av flere av disse, omtales som kombinert terapeutisk tilnærming. I tillegg kommer en sjettede kategori med behandlingstilnærminger som faller utenfor de fem nevnte, som logopedi. De viktigste funnene i Stone et. al.s (ibid.) analyse av behandlingseffekter var:

- Behandling er generelt mer effektivt enn ingen behandling.
- Behavioristisk orientert behandling er mer effektivt enn ingen behandling.
- Ingen forskjeller i effekt ble funnet mellom to vanlige modeller innenfor atferdsterapi; henholdsvis anvendt atferdsanalyse og kombinerte behavioristiske tilnærminger.

4.4.1 Vurdering av atferdsterapi

Det er altså ikke forskningsmessig grunnlag for å omtale en terapeutisk retning som mer effektiv enn andre, ifølge Stone et. al. (ibid.). Behavioristiske studier har likevel vist seg å ha høyere metodologisk kvalitet i form av kvantitative mål på bedring i barnas situasjon, og det er dermed lettest å si noe om effekten av slik behandling (Stone et. al. 2002, Cline og Baldwin 2004). De atferdsterapeutiske studiene som er referert i min oppgave, viser for eksempel at behandlingsresultatet var positivt i seks av syv tilfeller, og at over halvparten (fire av syv) av studiene inkluderer oppfølging (resultatene vedvarte også i disse tilfellene). To av studiene involverer mer enn ett barn, men ikke mer enn tre, noe som må sies å være en stor begrensning. Cline og Baldwin (2004: 182) skriver at det fra deres omfattende gjennomgang av behandlingsstudier fremkommer mange fordeler ved en atferdsterapeutisk orientert tilnærming som er basert på stadietenkning. De mener at denne typen tilnærminger innebærer:

- Minimal ”inngripen” i familien og skolen.
- Effektivitet med hensyn til tidsbruk.
- Stor sannsynlighet for et vellykket resultat.

Likevel understreker de også at slike modeller ikke representerer ”oppskrifter” som kan følges slavisk, men er avhengig av empatiske og kommunikative ferdigheter som ikke er en del av behandlingsmodellen, men av de sosiale prosessene den formidles gjennom (ibid.).

Atferdsterapi er et vidt begrep som omfatter mange ulike tilnærminger og teknikker, som alle har fokuset på ytre og lært atferd til felles. I tråd med dette beskriver mange av studiene innenfor denne retningen bruk av rent atferdsmodifiserende teknikker som forsterkning for verbal atferd og fravær av belønning for nonverbal atferd, men det er enighet blant de fleste forskere og klinikere om at en slik teknikk i seg selv ikke er tilstrekkelig behandling av SM, og den bør kombineres med andre metoder, som desensitivering og *stimulus fading*-teknikker (Anstendig 1998). Man kan forstå

dette slik at behavioristiske tilnæringer er mest effektive når de er basert på en forståelse av *angst* som barnets grunnleggende problem, ikke viljebetinget atferd som kan modifieres ensidig gjennom belønning og straff (jf. Cline og Baldwin 2004, Kristensen 2005); det vil si når de også involverer kognitive elementer, ikke bare behavioristiske. Anstendig (1998: 385) refererer også til mindre vellykkede behavioristiske studier som hun mener illustrerer noen ”fallgruver” ved atferdsterapi, spesielt den som baserer seg på en detaljert atferdsanalyse. Ved en slik tilnærming må man adressere alle aspekter ved målatferden, og hva denne helt nøyaktig består i, og videre; hva man skal gjøre med den, kan være komplisert å finne ut av, påpeker Anstendig (ibid.). For eksempel har verbal tale mange aspekter, som sosial kommunikasjon, som det kan være vanskelig å nærme seg gjennom ren forsterkning og ekstinksjon. Løsningen mener hun er en kombinasjon av flere teknikker (Anstendig 1998). En del av de gjennomgåtte studiene ovenfor viser at atferdsterapi med fordel kan kombineres med eksempelvis sosial ferdighetstrening eller kognitive strategier. Samtidig har mange av de atferdsterapeutiske teknikkene, sammenliknet med mer psykodynamisk orienterte metoder, den fordelen at de direkte adresserer den atferden som er barnets problem (den manglende talen); ofte er det også mulig å implementere dem nettopp i den konteksten barnet har problemer. En teknikk som *stimulus fading*, der barnet gradvis eksponeres for nye personer, kan eksempelvis anvendes på skolen med en hvilken som helst person barnet har etablert tale med, påpeker Johnson og Wintgens (2001). De anbefaler også at man i arbeidet med disse barna finner en slik ”nøkkelperson” på skolen som kan være utgangspunktet for senere generalisering av tale til stadig flere mennesker.

Mitt inntrykk er at noe av den etiologiske hypotesen om opposisjon og manipulasjon har hengt igjen i deler av den behavioristiske behandlingslitteraturen. Man kan for eksempel diskutere hvorvidt en teknikk som *escape-avoidance*, beskrevet brukt for å fremkalle tale for første gang hos barn som har vist seg spesielt ”motstandsdyktige” mot behandling, lar seg forsvare verken etisk eller psykologisk. Følgende beskrivelse fra Giddan et. al.s (1998: 130) multimodale studie, der denne teknikken ble brukt for å fremkalle tale, kan bidra til å illustrere:

One day was chosen when, with mother's approval, Mimi would remain at school until she spoke to her therapist. During this long session, which lasted approximately 4 hours, Mimi alternately became very sad, sat curled up in a ball near the door, sobbed, and hid under a chair. She communicated with her therapist by writing notes, and tried to bargain by writing, "I promise I will talk Friday." Finally, near five o'clock, she agreed to whisper, "I want to go home."

Da denne prosedyren både i dette tilfelle og hos tidligere refererte Lysne (1995) bidro til å utløse tale som senere ble forsterket og generalisert, kan behandlingsteknikken i denne forstand sies å ha vært vellykket. Det blir dermed et spørsmål om hvorvidt "målet helliger middelet". Imidlertid mangler oppfølging i begge de sistnevnte studiene, og det blir vanskelig å si noe om langtidsvirkningene eller -resultatene. Slik jeg ser det, og slik det også presiseres i mye av litteraturen, handler det om å akseptere at det å fremkalle den første talen er en trinnvis og langsom prosess som krever at man som fagperson hele tiden tar hensyn til barnets angstnivå. For eksempel har også Johnson og Wintgens (2001) en læringsteoretisk eller behavioristisk forståelse til angstproblematikken, men understreker samtidig gjennomgående at det nettopp er angst dette handler om, og at inndeling av prosessen i "små steg" er nødvendig. Kristensen (2005: 20) skriver, som jeg var inne på i avsnitt 3.5.1, at forståelse av den sosiale angstens vesen er nødvendig for å hjelpe disse barna. Med dette menes at overgangen fra rollen som "den tause" til å en som snakker, vil innebære en for stor omveltning og sannsynligvis mye oppmerksomhet, dersom den ikke skjer gradvis, tatt i betraktning hva som er mye av kjerneproblematikken ved sosial fobi og SM. Fokus på egen person og egen tale er jo nettopp det disse barna frykter aller mest, og Kristensen (ibid.) anbefaler derfor også at behandlingsprosedyren deles opp i små trinn og delmål. Hun presiserer også at *press* om å snakke er en av de aller største fallgruvene å gå i når det gjelder disse barna. Fravær av slike uttalte forventninger om tale er derimot en grunnleggende forutsetning for å skape den nødvendige trygge atmosfæren som etter hvert kan føre til at barnet våger å bryte tausheten (Johnson og Wintgens 2001). I de første møtene med barnet med SM er det derfor vesentlig å la ham få vite at selv om tale vil være velkomment, vil han *ikke* bli presset til å prate tidligere enn han er klar for. Det er videre viktig å formidle forståelse, at han ikke er alene om å oppleve disse vanskene, og at det ikke vil være slik for alltid (ibid.).

4.4.2 Vurdering av psykodynamisk intervensjon

Hva psykodynamisk orientert behandling angår, er det langt vanskeligere å *påvise* effektiviteten av slik intervensjon ved SM. Imich (1998) har forklart dette med at behandlingen har funnet sted i omgivelser som både er ukjente og senere irrelevante for barna, ikke i de kontekstene hvor barna faktisk har problemer. Dessuten er en av grunnforutsetningene for psykoterapi, nettopp evnen til å kunne kommunisere og snakke fritt (ibid.), selv om psykodynamiske terapeuter ser behandlingsprosessen som uavhengig av verbal kommunikasjon. Man kan kanskje også innvende mot denne retningen at i forhold til en tilstand som manifesterer seg så sterkt i ytre atferd som det SM gjør, vil ikke nødvendigvis en behandling som kun fokuserer på indre konflikter være tilstrekkelig for å hjelpe barnet ut av dette mønsteret. Cline og Baldwin (2004: 104) påpeker at siden den psykodynamiske terapien fokuserer på andre områder enn selve kommunikasjonen hos barnet, er det fare for at det mutistiske mønsteret vil fortsette å eksistere. Uansett er det vanskelig å generalisere til populasjonen ut fra slike retrospektive kasusbeskrivelser som har vært benyttet innen psykodynamisk teori. Som regel mangler disse studiene en grundig utredning av mutismen, beskrivelse av hva behandlingen nøyaktig bestod i og av langsiktige virkninger (Anstendig 1998, Johnson og Wintgens 2001, Stone et. al. 2002). I enkelte tilfeller er det uklart om SM i utgangspunktet var den korrekte diagnosen (Anstendig 1998). Hva de to psykoanalytiske behandlingsstudiene i denne oppgaven angår, ble det redegjort for enkelte metodiske svakheter ved disse i avsnitt 4.3.1, og for øvrig gjelder også mange av de her gjengitte innvendingene mot psykodynamisk behandling av SM i forskningslitteraturen. Studiene gir begge en detaljert beskrivelse av behandlingsforløp, men sier lite om barnas fungering utenfor den terapeutiske settingen i etterkant – for så vidt også i forkant. I den grad de gjør det, handler det mest om foreldre-barn-relasjoner, lite om den konteksten der barn med SM oftest utviser symptomene; altså i barnehage, skole eller andre sosiale arenaer utenfor kjernefamilien. Det blir derfor vanskelig å slå fast noen klar *behandlingseffekt* ut fra disse studiene.

Selv om mange psykodynamiske studier altså har metodologiske begrensninger som gjør det vanskelig å evaluere effekten av behandlingen, og atferdsterapi som nevnt ofte har vært det foretrukne de siste årene (Anstendig 1998, Stone et. al. 2002), er det også mye å hente i den psykodynamiske tradisjonen som til dels har gått tapt innenfor mange behavioristiske tilnæringer (Cline og Baldwin 2004: 119f). Det kan eksempelvis gjelde forståelsen av voksnes sterke reaksjoner på barn som ”neker” å snakke med dem. Dessuten kan vanlige psykodynamiske metoder som for eksempel leke- eller kunstterapi, der det visuelle snarere enn det verbale står i fokus, representere et ”medium” som for disse barna er mindre direkte og skremmende, og som kan være et skritt på veien mot verbal kommunikasjon med andre (ibid.). Dette er også i tråd med den *defokuseringen* i kommunikasjonen som Kristensen (2005) anbefaler som en grunnleggende prinsipp ved alle former for intervensjon og samspill med disse barna. Spesielt hos små barn der den mutistiske atferden ennå ikke har rukket å bli et sterkt etablert mønster, kan slik defokusering i blant være nok til å snu utviklingen (Johnson og Wintgens 2001, Kristensen 2005). Kristensen (ibid.) fremhever videre betydningen av å unnlate å presse barnet til verbal kommunikasjon, og å forholde seg aksepterende og naturlig til både tausheten og eventuell tale, en grunntanke vi også finner igjen i det psykodynamiske behandlingssynet.

4.4.3 Vurdering av multimodale og tverrfaglige tilnæringer

Det er foreløpig for få studier som beskriver resultatene av behandlingsteknikker som kombinerer ulike former for terapi og tiltak. Cline og Baldwin påpeker også at stadig større grad av multimodale og kombinerte tilnæringer i barnepsykiatrien kompliserer forskernes oppgave med å studere effekter av ulike behandlingsstrategier (2004: 205). Generelt anbefaler likevel mange forskere i dag en multimodal, tverrfaglig og individuelt tilpasset behandling, basert på en grundig utredning av barnets problematikk (Dow et. al. 1995, Anstendig 1998, Johnson og Wintgens 2001, McInnes og Manassis 2005, Scwartz et. al. 2006). Anstendig (1998) fant i sin gjennomgang av ulike behandlingsmodaliteter at individualiserte og/eller multimodale behandlingsopplegg oppnådde best resultater. Hun fant imidlertid også at det uansett behandlingsform syntes å være en positiv sammenheng mellom grundig

kartlegging av barnets utviklingshistorie, familiedynamikk samt miljøet rundt, og et godt behandlingsresultat. Cline og Baldwin (2004: 185) understreker at en kombinert og multimodal behandling av SM ikke begrenser seg til ”*eclectic mixtures of approaches to treatment*”, men kan representere ”*a coherent response to a multifaceted phenomenon*” (ibid.). Det er i denne sammenheng interessant at man i flere behandlingsstudier av disse barna, innledningsvis kan lese om mange og ulike tiltak og behandlingsforsøk – også atferdsterapeutiske – som ikke virket (se for eksempel Lysne 1995, Giddan et. al. 1998, Rye og Ullman 1999, Moldan 2005). Dette, sammen med at både heldige og mindre heldige utfall av mange ulike behandlingsretninger blir beskrevet i litteraturen, kan tyde på at det finnes ”flere veier til målet”, men at det er nødvendig med en integrert og systematisk tilnærming til disse barnas problem, og ikke minst en vurdering av hva det enkelte barnet vil ha behov for. Dersom hjelpen er basert på hva vi vet om årsakene til tilstanden, samt en omfattende kartlegging av vanskebildet i det enkelte tilfellet, vil det trolig finnes elementer fra mange ulike behandlingsformer som kan bidra til en god intervensjon for barn med SM. Studier og klinisk erfaring så langt kan tyde på at det er en fordel om kognitivt atferdsterapeutiske elementer er en del av tilnærmingen, og at man har et klart fokus på de arenaene i barnets liv hvor problemene faktisk manifesterer seg. Dow et. al. (1995) anbefaler således en skolebasert og tverrfaglig tilnærming, med ett felles mål for alle involverte faggrupper: Å minske barnets angst, og samtidig oppmuntre til tale og til sosialt samspill. I en slik skolebasert intervensjon bør pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) kunne ha en sentral rolle ved utredning og utforming av tiltak. PPT er kommunens sakkyndige instans i forhold til barn som befinner seg i en utfordrende opplærings situasjon (Grøholt et. al.). Etersom arbeidet i PPT i stor grad er nettopp skolebasert vil de ha gode muligheter både til å gi disse barna hjelp ”der de er”, og også å identifisere dem tidlig. Dette kan og bør likevel skje i samarbeid med andrelinjetjenesten (barne- og ungdomspsykiatrien) der diagnoser og tilleggsdiagnoser bekreftes og settes.

5. Avslutning

I denne oppgaven har jeg gitt en oversikt over hva vi i dag vet om etiologi, tilleggsvansker (komorbiditet) og implikasjoner for intervensjon ved tilstanden selektiv mutisme, basert på ulike teoretiske forståelsesrammer slik de blir beskrevet i litteraturen, samt nyere studier av overlappende tilstander og tilleggsvansker. Barn med selektiv mutisme er en høyst heterogen gruppe, og etiologien ved denne tilstanden kompleks og for en stor del ukjent. Studier tyder imidlertid på at genetisk betinget sårbarhet i utvikling og temperament kan ligge til grunn, sammen med utløsende årsaker som kanskje best beskrives som ”hverdagstraumer”. Videre bidrar trolig både barnets angst og miljøfaktorer til at mutismen etter hvert blir et fastlåst atferdsmønster. Altså kan tilstanden trolig best forstås i lys av en transaksjonsmodell; som et resultat av et gjensidig samspill mellom nevrobiologiske disposisjoner, psykososiale faktorer og læringsbetingelser over tid. Ingenting peker derimot i retning av høy frekvens av alvorlige traumatiske opplevelser eller patologiske familieforhold hos disse barna, selv om en del behandlingstilnærminger tradisjonelt har hatt dette som utgangspunkt. En slik ”mistenkeliggjøring” er dårlig egnet for å komme foreldre i møte og skape det klimaet av samarbeid og forståelse som er nødvendig for å hjelpe disse barna og familiene, og har altså liten rot i forskning. Tatt i betraktning den genetiske komponenten ved sosial angst og SM, og sannsynligheten for at disse foreldrene selv kan streve med angst og/eller sterk grad av sjenanse, er dette ekstra viktig å understreke i disse tilfellene. Arv er generelt et viktig aspekt å være seg bevisst ved SM og intervensjon, fordi atferdstrekk som angst og tilbaketrekning hos foreldrene ellers lett kan misforstås som uvilje av for eksempel skolepersonale.

Nyere forskning viser dessuten at disse barna ofte strever med mer enn en ekstrem grad av sosial fobi eller sjenanse, og at tausheten hos en stor andel av gruppen kan kamuflere andre, oftest subtile utviklingsproblemer og -forsinkelser. Spesielt sentralt trolig språkvansker, eller kombinasjonen avvikende språkutvikling og angst. Studier tyder på at det kan dreie seg om to undergrupper, der det ene tilfellet involverer

nevrologisk betingende utviklingsforsinkelser som gir seg utslag i språkvansker, og det andre handler om tospråklig minoritetsbakgrunn. Dette på bakgrunn av høyere funn av nevrobiologiske avvik hos enspråklige majoritetsbarn med SM, enn hos den andre gruppen, men angst kan sies å være fellesnevneren og kjerneproblematikken hos begge. De funn som demonstreres i denne oppgaven vedrørende SM og komorbide tilstander, innebærer uansett at en god intervensjon for disse barna må inneholde grundig utredning og kartlegging som en sentral komponent. Selv om angst og manglende tale er deres primære problem, kan komorbide vansker, for eksempel språklige, være alvorlige nok i skolesammenheng til at de krever tiltak i seg selv. Det er viktig at hjelpeapparatet er klar over at disse barna ikke er umulige å teste, heller ikke på verbale språkferdigheter. I forskningen har barn med SM ofte blitt kartlagt indirekte via foreldrerapportering, men for å oppdage mer subtile underliggende vansker, vil en direkte utredning være nødvendig. Nyere studier har vist at dette lar seg gjøre for eksempel gjennom nonverbale deler av testbatterier.

Hva behandlingsstudier angår, er det et problem at forskningslitteraturen overveiende består av kasusbeskrivelser av varierende metodologisk kvalitet, og av ett eller noen få barn, noe som gjør det vanskelig å generalisere til den øvrige populasjonen av SM-barn. Noen forfattere antyder at atferdsterapeutiske og kognitivt atferdsterapeutiske tilnærminger er best egnet, men i realiteten mangler vi kontrollerte studier som bekrefter dette med sikkerhet. En klar fordel ved behavioristiske studier er likevel høyere metodologisk kvalitet enn man vanligvis finner innenfor mer psykodynamiske tilnærminger, og dessuten at de beskrevne teknikkene er lett anvendbare i den konteksten og med de personene barnet faktisk har problemer. Dette er i tråd med mye av forskningslitteraturen som påpeker at disse barna bør hjelpes der de er, ikke i en klinisk setting som barnet ikke senere vil befinne seg i. Dessuten har slike behandlingsformer i mange tilfeller vist seg å være relativt kortvarige sammenlignet med en del andre tilnærminger, og viktigheten av tidlig intervensjon går igjen som en anbefaling i flere studier. Dersom atferdsmønsteret har rukket å etablere seg som et fast og langvarig mønster hos disse barna, har tilstanden vist seg å være svært resistent mot behandling og dessuten å medføre risiko for store psykososiale og skolemessige vansker på sikt. En behandling basert på kognitivt atferdsterapeutiske

prinsipper har også den fordel at den på en direkte måte adresserer barnets problem. Ikke desto mindre kan det være mye å hente i psykodynamiske teorier og behandlingsteknikker når det gjelder å forstå hvordan problematikken utløses og hva som hemmer og fremmer verbal kommunikasjon hos disse barna. Dessuten må all intervensjon, også atferdsterapi, ta utgangspunkt i en forståelse av *angst* som kjerneproblematikken ved selektiv mutisme, og således bli noe mer enn ren atferdsmodifikasjon gjennom belønning og fravær av belønning, i verste fall straff. Det varierer etter mitt syn i hvilken grad dette kommer tydelig frem i enkelte atferdsterapeutiske behandlingsstudier.

En del av de multimodale og/eller multidisiplinære studiene som involverer samarbeid mellom flere profesjonsgrupper og kombinerer ulike terapeutiske tilnærminger, blant annet psykodynamiske elementer, kognitivt-behavioristiske eller læringsteoretiske teknikker samt språklig og sosial trening og tilrettelegging, synes å best ivareta den komplekse problematikken SM representerer. Likevel har vi fremdeles ikke et empirisk validert grunnlag for å hevde en behandlingsmetodes ”overlegenhet” over andre, og således heller ikke et systematisk behandlingstilbud til barn med SM, noe flere større, kontrollerte behandlings- og oppfølgingsstudier vil kunne bidra til. I påvente av et slikt tilbud tyder mye på at disse barna med fordel kan hjelpes gjennom et skolebasert, tverrfaglig samarbeid. Trolig vil særlig pedagogisk-psykologisk tjeneste kunne ha en unik mulighet til å identifisere disse barna der problemene er tydeligst, og også til å fange opp barn som kan være i risikozonen; som minoritetsbarn og barn med sterk sjenanse. Slik tidlig identifisering og intervensjon vil etter all sannsynlighet bedre disse barnas prognoser, men er betinget av kunnskap om de komplekse symptombildene og årsakssammenhengene ved denne tilstanden generelt, og hos det enkelte individet i hvert tilfelle.

Kildeliste

- Andersson, C. B. og Thomsen, P. H. (1998): *Electively mute children: An analysis of 37 Danish cases. I: Nordic Journal of Psychiatry*, 52: 231-238.
- Anstendig, K. (1998): *Selective mutism: A review of the treatment literature by modality from 1980-1996. I: Psychotherapy*, 35(3): 381-391.
- Anstendig, K. D. (1999): *Is selective mutism an anxiety disorder? Rethinking its DSM-IV classification. I: Journal of Anxiety Disorders*, 13(4): 417-434.
- American Psychiatric Association (norsk utgave, 1997): *Diagnostiske kriterier fra DSM-IV*. Oslo: Pilgrim Press.
- Bar-Haim, Y., Henkin, Y., Ari-Even-Roth, D., Tetin-Schneider, S., Hildesheimer, M. og Muchnik, C. (2004): *Reduced auditory efferent activity in childhood selective mutism. I: Journal of Biological Psychiatry*, 55: 1061-1068.
- Bergman, R. L., Piacentini, J., McCracken, J. T. (2002): *Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. I: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(8), s. 938-946.
- Black, B. og Uhde, T. W. (1995): *Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study. I: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(7): 847-856.
- Blum, N. J., Kell, R. S., Starr, H. L., Lender, W. L., Bradley-Klug, K., Osborne, M. L. og Dowrick, P. W. (1998): *Case study: Audio feedforward treatment of selective mutism. I: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(1): 40-43.
- Cline, T. og Baldwin, S. (2004): *Selective mutism in children*. London: Whurr Publishers.
- Cunningham, C. E., McHolm, A., Boyle, M. H. og Patel, S. (2004): *Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academic performance, and social relationships in children with selective mutism. I: Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(8): 1363-1372.
- Dow, S. P., Sonies, B. C., Scheib, D., Moss, S. E. og Leonard, H. L. (1995): *Practical guidelines for the assessment and treatment of selective mutism. I: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(7): 836-846.

-
- Dummit, E. S., Klein, R. G., Tancer, N. K., Asche, B., Martin, J. og Fairbanks, J. A. (1997): *Systematic assessment of 50 children with selective mutism*. I: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(5): 653-660.
- Dunaway, C. (2005): *Using a counseling approach when working with children with selective mutism*. I: *CSHA Magazine*, høst 2005. Utgitt av California Speech-Language Hearing Association.
- Elizur, Y. og Perednik, R. (2003): *Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: A controlled study*. I: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(12): 1451-1459.
- Fung, D. S. S., Manassis, K., Kenny, A. og Fiksenbaum, L. (2002): *Web-based CBT for selective mutism (letter to the editor)*. I: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(2): 112-113.
- Gelso, C. og Fretz, B. (2001): *Counseling psychology*. Belmont CA: Thomson Wadsworth.
- Giddan, J. J., Ross, G. J., Sechler, L. L. og Becker, B. R. (1997): *Selective mutism in elementary school: Multidisciplinary interventions*. I: *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 28: 127-133.
- Gillberg, C. (1995): *Clinical child neuropsychiatry*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Gillberg, C. og Billstedt, E. (2000): *Autism and Asperger syndrome: Coexistence with other clinical disorders*. I: *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 102: 321-330.
- Gjærum, B. (2002): *Momenter til forståelse av nervesystemets utvikling og funksjon hos barn og ungdom*. I: Gjærum, B. og Ellertsen, B. (red.): *Hjerne og atferd. Utviklingsforstyrrelser hos barn og ungdom i et nevrobiologisk perspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gjærum, B. og Grøsvik, K. (2002): *Tiltak og tilbud for barn og unge*. I: Gjærum, B. og Ellertsen, B. (red.): *Hjerne og atferd. Utviklingsforstyrrelser hos barn og ungdom i et nevrobiologisk perspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Grøholt, B., Sommerschild, H. og Garløv, I. (2001): *Lærebok i barnpsykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsedepartementet, Barne- og familiedepartementet, Justisdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet, Kultur- og kirkedepartementet, Sosialdepartementet og Utdannings- og forskningsdepartementet (2003): *Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse: ...sammen om psykisk helse...*

-
- Hesselman, S. (1981): *Selektiv mutism hos barn. En refererende specialbibliografi över litteratur i Europa och USA med sammanfattande kommentar.* Stockholm: Psykologiförlaget.
- Imich, A. (1998): *Selective mutism: The implications of current research for the practice of educational psychologists.* I: *Educational Psychology in Practice*, 14(1): 52-59.
- Jackson, M. F., Allen, R. S., Boothe, A. B., Nava, M. L. og Coates, A. (2005): *Innovative analyses and interventions in the treatment of selective mutism.* I: *Clinical Case Studies*, 4(1): 81-112.
- Johanessen, E., Kokkersvold, E. og Vedeler, L. (2001): *Rådgivning. Tradisjoner, teoretiske perspektiver og praksis.* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Johnson, M. og Wintgens, A. (2001): *The selective mutism resource manual.* Bicester, Oxfordshire: Speechmark.
- Kehle, T. J., Madaus, M. R., Baratta, V. S. og Bray, M. A. (1998): *Augmented self-modeling as a treatment for children with selective mutism.* I: *Journal of School Psychology*, 36(3): 247-260.
- Klein, R. G. og Pine, D. S. (2002): *Anxiety disorders.* I: Rutter, M. og Taylor, E. (red.): *Child and adolescent psychology.* Oxford: Blackwell Publishing.
- Kopp, S. og Gillberg, C. (1997): *Selective mutism: A population-based study: A research note.* I: *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.* I: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(2): 249-256.
- Kristensen, H. (2002a): *Non-specific markers of neurodevelopmental disorder/delay in selective mutism. A case-control study.* I: *European Child and Adolescent Psychiatry*, 11: 71-78.
- Kristensen, H. (2002b): *Selective mutism in children. Comorbidity and clinical characteristics. A clinical case-control study.* Doktorgradsavhandling, Medisinsk Fakultet, Universitetet i Oslo.
- Kristensen, H. og Torgersen, S. (2002): *A case-control study of EAS child and parental temperaments in selectively mute children with and without a comorbid communication disorder.* I: *Nordic Journal of Psychiatry*, 56: 347-353.
- Kristensen, H. (2005): *Taushet er også tale. Selektiv mutisme hos barn og unge.* I: *Se meg! Barn i Norge 2005. Årsrapport om barn og unges psykiske helse*, s. 17-25. Utgitt av Voksne for Barn.

-
- Kristensen, H. og Oerbeck, B. (2006): *Is selective mutism associated with deficits in memory span and visual memory? An exploratory case-control study*. I: *Depression and Anxiety*, 23: 71-76.
- Kumpulainen, K., Räsänen, E., Raaska, H. og Somppi, V. (1998): *Selective mutism among second-graders in elementary school*. I: *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7: 24-29.
- Lysne, A. (1995): *Elective mutism: Special treatment of a special case*. I: *Scandinavian Journal of Educational Research*, 39(2): 93-97.
- Manassis, K., Fung, D., Tannock, R., Sloman, L., Fiksenbaum, L. og McInnes, A. (2003): *Characterizing selective mutism: Is it more than social anxiety?* I: *Depression and Anxiety*, 18: 153-161.
- Masten, W. G., Stacks, J. R., Caldwell-Colbert, A. T. og Jackson, J. S. (1996): *Behavioral treatment of a selective mute Mexican-American boy*. I: *Psychology in the Schools*, 33: 56-60.
- McInnes, A., Fung, D., Manassis, K., Fiksenbaum, L. og Tannock, R. (2004): *Narrative skills in children with selective mutism: An exploratory study*. I: *American Journal of Speech-Language Pathology*, 13: 304-315.
- McInnes, A. og Manassis, K. (2005): *When silence is not golden: An integrated approach to selective mutism*. I: *Seminars in Speech and Language*, 26(3): 201-210.
- Melfsen, S., Walitza, S. og Warnke, A. (2006): *The extent of social anxiety in combination with mental disorders*. I: *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 15: 111-117.
- Moldan, M. B. (2005): *Selective mutism and self-regulation*. I: *Clinical Social Work Journal*, 33(3): 291-307.
- Powell, S. og Dalley, M. (1995): *When to intervene in selective mutism: The multimodal treatment of a case of persistent selective mutism*. I: *Psychology in the Schools*, 32: 114-123.
- Remschmidt, H., Poller, M., Herpetz-Dahlmann, B., Hennighausen, K. og Gutenbrunner, C. (2001): *A follow-up of 45 patients with elective mutism*. I: *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251: 284-296.
- Rye, M. S. og Ullman, D. (1999): *The successful treatment of long-term selective mutism: a case study*. I: *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 30: 313-323.
- Schill, M. T., Kratochwill, T. R. og Gardner, W. I. (1996): *An assessment protocol for selective mutism: Analogue assessment using parents as facilitators*. I: *Journal of School Psychology*, 34(1): 1-21.

-
- Schwartz, C. E., Wright, C. I., Shin, L. M., Kagan, J. og Rauch, S. L. (2003): *Inhibited and uninhibited infants "grown up": Adult amygdalar response to novelty*. I: *Science*, 300: 1952-1953.
- Schwartz, R. H., Freedy, A. S. og Sheridan, M. J. (2006): *Selective mutism: Are primary care physicians missing the silence?* I: *Clinical Pediatrics*, 45(1): 43-48.
- Smith, L. og Ulvund, S. E. (1999): *Spedbarnsalderen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Steinhausen, H.-C. og Juzi, C. (1996): *Elective mutism: An analysis of 100 cases*. I: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(5): 606-614.
- Stone, B. P., Kratochwill, T. R., Sladeczek, I. og Serlin, R. C. (2002): *Treatment of selective mutism: A best-evidence synthesis*. I: *School Psychology Quarterly*, 17(2): 168-190.
- Storgaard, P. og Thomsen, P. H. (2003): *Elektiv mutisme – social funktionsforstyrrelse eller angstlidelse?* I: *Ugeskrift for læger*, 165(7): 678-681.
- Sundby, J. (2002): *Spesifikke språkforstyrrelser*. I: Gjørum, B. og Ellertsen, B. (red.): *Hjerne og atferd. Utviklingsforstyrrelser hos barn og ungdom i et nevrobiologisk perspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tallal, P. og Benasich, A. A. (2002): *Developmental language learning impairments*. I: *Development and Psychopathology*, 14: 559-579.
- Tatem, D. W. og DelCampo, R. L. (1995): *Selective mutism in children: A structural family therapy approach to treatment*. I: *Contemporary Family Therapy*, 17(2): 177-194.
- Tillfors, M. (2004): *Why do some individuals develop social phobia? A review with emphasis on the neurobiological influences*. I: *Nordic Journal of Psychiatry*, 58: 267-276.
- Toppelberg, C. O. og Shapiro, T. (2000): *Language disorders: A 10-year research update review*. I: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(2): 143-152.
- Toppelberg, C. O., Tabors, P., Coggins, A., Lum, K. og Burger, C. (2005): *Differential diagnosis of selective mutism in bilingual children*. I: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(6): 592-595.
- Valner, J. og Nemiroff, M. (1995): *Silent eulogy. Elective mutism in a six-year-old Hispanic girl*. I: *The Psychoanalytic Study of the Child*, 50: 327-340.

-
- Verdens helseorganisasjon/WHO (norsk utgave, 2005): *ICD-10. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. 10. revisjon*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Voksne for barn: *Se meg! Barn i Norge 2005. Årsrapport om barn og unges psykiske helse*.
- Yanof, J. A. (1996): *Language, communication, and transference in child analysis. I. Selective mutism: The medium is the message. II. Is child analysis really analysis? I: Journal of the American Psychoanalytic Association, 44: 79-116.*
- Yeganeh, R., Beidel, D. C., Turner, S. M., Pina, A. A. og Silverman, W. K. (2003): *Clinical distinctions between selective mutism and social phobia: An investigation of childhood psychopathology. I: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42(9): 1069-1075.*

Vedlegg 1

Tabell 1: Oversikt over samtidig forekomst av SM og andre tilstander/symptomer i komorbiditetsstudier fra 1995-2006.

| Forfattere | Metode | Utvalg | Kontroll-gruppe | Inklusjonskriterier | Eksklusjonskriterier | Komorbidie emosjonelle/ internaliserte vansker | Komorbidie utviklingsforsinkelser og -forstyrrelser | Andre vansker/ symptomer |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Andersson og Thomsen (1998) | Retrospektiv analyse av journaler fra en 33-årsperiode. | 37 henviste barn. | 37 henviste barn med emosjonelle forstyrrelser. | ICD-10. Minimum 6 måneders varighet av mutismen ved henvisning. | Barn med MR ¹ , schizofreni, autisme. | Sjenanse: 75% Sosial fobi: 45,5% | Artikulatoriske vansker/forsinket talespråk: 45,9% SSF ² : 40% Aspergers syndrom: 16% OCD ³ : 16% | |
| Bar-Haim et. al. (2004) | Tester av auditiv prosessering. | 16 henviste og ikke-henviste barn. | 16 barn uten psykiatriske diagnoser. | DSM-IV. Alder 5-16 år. | Barn med utviklingsforsinkelser/ MR. | | Redusert evne til auditiv prosessering: 75%. | |

| | | | | | | | | |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Black og Uhde (1995) | Vurderingsskjemaer til foreldre og lærere. | 30 ikke-henviste barn. | Nei. | Sannsynlig SM-diagnose. Alder 5-16 år. Minst 4 mnd gått siden skolestart. Minst én engelsktalende forelder. | Barn med MR. | Sosial fobi: 97% Spesifikke fobier: 30% Separasjonsangst: 17% Overengstelig forstyrrelse ⁴ : 10% | Enuresis: 17% Spesifikke lærevansker: 13% Språkforsinkelser: 10% Encopresis: 7% Ticforstyrrelse: 7% OCD: 3% | ODD ⁵ , mild grad: 10% |
| Dummit et. al. (1997) | Semistrukturerte kliniske intervjuer og vurderingsskjemaer til barn og foreldre. | 50 ikke-henviste barn. | Nei. | DSM-III-R. Alder 3-17 år. Engelsktalende. | Barn med MR, psykoser eller gjennomgripende utviklingsforstyrrelser. | Sosial fobi: 100%. Spesifikke fobier: 34% Separasjonsangst: 26% Overengstelig forstyrrelse: 14% | Språk-/lærevansker: 11% Enuresis: 4% | AD/HD: 2% ODD, mild grad: 2% |
| Kristensen (2000) | Foreldreintervju/anamnese; spørreskjemaer til barn, foreldre og lærere; kognitive, språklige og motoriske tester. | 54 barn henviste til BUP og PPT. | 108 ikke-henviste barn. | DSM-IV. Alder 3-18 år. Norsk som talespråk i familien. | Minoritetsbarn fra familier uten norsk som talespråk i hjemmet. | Sjenanse: 92% Angstforstyrrelser: 74% Sosial fobi: 68% | Generelt: 68.5% CoD ⁶ : 50% DCD ⁷ : 17% Aspergers syndrom: 7% | |

| | | | | | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kumpulainen et. al. (1998) | Lærervurdering. | 38 ikke-henviste barn i andreklasse (2% av populasjonen i ett skoledistrikt). | Nei. | DSM-III-R. | Barn med MR. | Sjenanse: 63% | Underutviklet språk: 34% | |
| Manassis et. al. (2003) | Standardiserte vurderingsskalaer for angst, kognitive/akademiske tester, indirekte og direkte kartlegging av tale og språk . | 14 henviste barn. | 9 henviste barn med sosial fobi. | DSM-IV. SM som primærdiagnose. Alder 7-15 år. Normal hørsel. Minst én måneds varighet av mutisme, ikke begrenset til 1. måned på skolen. | Medisinering med SSRI-preparater eller andre psykofarmaka. | Enkel fobi: 50% ⁸ | Vansker med diskriminering av talelyder og/eller reseptivt språk: 42% | |
| Steinhausen og Juzi (1996) | Omfattende utfyllingsskjemaer til foreldre. | 2 henviste grupper og 1 ikke-henvist, ialt 100 barn. | Nei. | ICD-10. | I henhold til ICD-10. | Sjenanse: 85% Angst: 66% Depresjon: 30% | Språkforsinkelser og språkforstyrrelser: 38% Enuresis: 25% Tics: 12% OCD: 9% Encopresis: 8% | Opposisjonell/ aggressiv atferd: 21% Hyperaktivitet: 17% Søvnforstyrrelser: 30% Spiseproblemer: 21% |

| | | | | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------|---------|
| Yeganeh et. al. (2003) | Kartlegging av sosial angst og relaterte psykiatriske aspekter gjennom selvrappoterter, klinisk intervju/vurdering, foreldrerappoterter, observasjon av atferd. | 23 henviste barn med komorbid SM og sosial fobi. | 23 henviste barn med sosial fobi | Komorbid SM- og sosial fobi-diagnose | Ikke oppgitt. | SAD ⁹ : 17% Spesifikk fobi: 13% Generalisert angst: 4% | ODD: 4% |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------|---------|

Fotnoter:

¹ Mental retardasjon = IQ<70.

² Spesifikke språkforstyrrelser.

³ *Obsessive compulsive disorder*, tvangslidelse.

⁴ *Overanxious disorder* i DSM-III og DSM-III-R, reklassifisert som generalisert angst i DSM-IV (jf. Klein og Pine 2002).

⁵ *Oppositional defiant disorder*, opposisjonell atferdsforstyrrelse.

⁶ *Communication disorders*.

⁷ *Developmental co-ordination disorder*.

⁸ *Simple phobia* i henhold til DSM-IV. Det presiseres for øvrig at Manassis et. al. ikke regner *sosial fobi* som en ”komorbid tilstand” til SM.

⁹ *Social anxiety disorder*. Her trolig i betydningen av en mer generell type sosial engstelse enn sosial fobi (som jo alle barna i studien hadde), selv om kriteriene for skillet ikke fremkommer helt klart i artikkelen.

Vedlegg 2

Tabell 2: Behandlingsstudier 1995-2006

| Forfattere | Tilnærming | Barn (alder) | Design | Metoder og teknikker | Varighet av intervensjon | Resultat | Oppfølging |
|-----------------------------|--------------------|-------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Blum et al (1998) | Atferdsterapeutisk | Tre jenter (6, 7 og 9) | Casestudie | Selvmodellering ved hjelp av lydbåndopptak | Litt uklart; fra 1 uke til 1 måned i alt. | Barna begynte å snakke med personene på opptakene, senere generalisert til andre. | Nei. |
| Fung et al (2002) | Atferdsterapeutisk | Gutt (7) | Pretest-posttest, casestudie | CBT; trening i kognitive og sosiale strategier via nettbasert program. Psykoedukasjon av foreldre/lærere. Desensitivisering via lydbåndopptak. | 14 ukentlige økter á 90 min. (samt hjemmearbeid) | Begynte å snakke til lærer og til terapeut. Bedring i SM-symptomer og generell fungering (iht vurderingsskalaer). | Nei. |
| Giddan et al (1997) | Multimodal | Jente (8) | Casestudie | Tverrfaglig samarbeid om atferdsterapi og språktrening. | 2 skoleår. | Normal tale i skole og andre sosiale sammenhenger. | Nei. |
| Jackson et al (2005) | Multimodal | Gutt (6) | Casestudie | Leketerapi, kognitiv atferdsterapi, systemarbeid. | 25 økter. | Generalisert tale og økt sosial kontakt med jevnaldrende. | Etter 1 år. |
| Kehle et al (1998) | Atferdsterapeutisk | To jenter (9), gutt (5) | Pretest-posttest, casestudie | Selvmodellering ved hjelp av videoopptak, forsterkere, <i>stimulus fading</i> , medisinerings (ett kasus). | 6 økter á 15 min. over 25 dager (noe mer hos barnet som ble medisinerert, mindre hos gutten). | Alle barna ble kvitt SM-symptomene. | Etter 9, 9 og 7 måneder. |
| Lysne (1995) | Atferdsterapeutisk | Gutt (14) | Casestudie | <i>Escape-avoidance</i> , forsterkning | 2 uker. | Gutten pratet normalt på skolen og i fritiden. | Nei. |

| | | | | | | | |
|----------------------------------|--------------------|------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Masten et al (1996) | Atferdsterapeutisk | Gutt (8) med tospråklig bakgrunn | Casestudie | <i>Shaping, stimulus fading.</i> | 3 år. | Gutten begynte å prate i terapeutisk setting, men dette ble ikke generalisert til klasserommet. | Nei. |
| Moldan (2005) | Multimodal | Jente (6) | Casestudie | Leketerapi basert på moderne psykoanalytiske prinsipper, veiledningssamtaler med mor, stimulus fading i samarbeid med lærer, gruppeterapi. | Ikke oppgitt. Barnet var fortsatt i terapi på det tidspunktet artikkelen ble skrevet. | Jenta begynte å prate i terapeutisk setting, inkonsistent tale utenfor denne. | Nei. |
| Powell og Dalley (1995) | Atferdsterapeutisk | Jente (6) | Casestudie | Behavioristiske teknikker (<i>stimulus fading</i> , selvmodellering via lydbåndopptak), leketerapi, familiekonsultasjon | 6 måneder. | Aldersadekvat talemønster, generalisert til en rekke personer og arenaer. | Etter 6 måneder. |
| Rye og Ullman (1999) | Atferdsterapeutisk | Gutt (13) | Casestudie | Systematisk desensitivisering, konsultasjon med skolen, sosial ferdighetstrening | 63 økter à 20-60 min. over 1 ½ år. | Økt talefrekvens til lærere, medelever og flere andre personer. Lavere angst assosiert med tale. Mindre skolefravær, mer sosial deltakelse i fritiden. | Etter 1 år. |
| Tatem og DelCampo (1996) | Familieterapeutisk | Jente (3.11) | Casestudie | Familie- og individualterapi, leketerapi | 10 økter over 10 måneder. | Mer tale til flere og flere personer i slekt og nærmiljø. | Etter 9 måneder. |
| Valner og Nemiroff (1995) | Psykodynamisk | Jente (6), med tospråklig bakgrunn | Casestudie | Psykoanalyse, leketerapi | Ikke oppgitt. | Tale i terapeutisk setting. Mer tale og sosialt samvær med andre barn, men bare utenfor klasserommet. | Nei. |
| Yanof (1996) | Psykodynamisk | Gutt (4.6) | Casestudie | Psykoanalyse, leketerapi | 3 ½ år. | Gutten begynte å kommunisere verbalt til terapeuten, etterfulgt av at han snakket på skolen for første gang. | Nei. |

Vedlegg 3

Tabell 3: Stadiene av trygg tale (fra Johnson og Wintgens 2001)

| Stadium | Barnets tilstand/ atferd | Eksempler; barnet er i stand til å: | Kartleggingsstrategier (tale, språk, kognitive eller tekstspråklige ferdigheter) som er mulige å benytte |
|---------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Ingen kommunikasjon eller deltakelse | <p>Observere aktiviteter på avstand eller delta passivt i grupper.</p> <p>Ta imot hjelp, men ikke ta initiativ til assistanse eller samspill.</p> | <p>Utredningsprosedyrene vil hovedsakelig involvere foreldre og signifikante andre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foreldreintervju. • Utdrag av barnets typiske ytringer, via skriftlig materiale, lyd- eller videoopptak. • Observasjoner gjort av andre som kjenner barnet godt, som rapporteringsskjemaer fra skolen. • Oppgaver/verktøy utført av barnet med foreldre mens utrederen er ute av rommet. |
| 2 | Samarbeider, men med begrenset kommunikasjon | <p>Delta i nonverbale aktiviteter (puslespill, brettspill osv) og vise tegn på å ha det morsomt.</p> <p>Ta begrensede valg.</p> <p>Følge oppfordringer som oppleves ikke-truende (dele ut kort, rekke frem et objekt eller tegne et bilde, men ikke i stand til å kopiere gester eller peke på kroppsdel).</p> | <p>Kartleggingsoppgaver der barnet kan indikere forståelse eller kompetanse nonverbalt, uten at utrederen er direkte involvert (dvs barnet har ingen reell opplevelse av at han må forsøke å formidle noe). Responderer gjennom:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frilek eller dukker. • ”Matching” og gruppering av objekter/bilder/mønstre. • Bilde-, objekt- eller bokstavarrangering. • Tegning, skriving. • Stillelesning (fullføre setninger, matche bilde og setning, gruppere ord). |

| | | | |
|---|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3 | Kommuniserer gjennom nonverbale, visuelle "kanaler" | Respondere og også initiere kontakt gjennom å | Kartleggingsoppgaver der barnet skal indikere passende svar til utrederen gjennom å: |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Peke • Nikke/riste på hodet • Gestikulere/mime • Tegne, skrive • osv – ellers helt taus, også ved opplevd smerte/ubehag. | <ul style="list-style-type: none"> • Bruke blikk ("peke med øynene" på riktig objekt etc). • Peke. • Rekke frem riktig objekt/bilde/ord/bokstav. • Merke av riktig svar. • Nikke/riste på hodet. • Indikere (an)tall med fingrene. |
| 4 | Bruker nonverbale lyder | <p>I større grad vokalisere for å uttrykke følelser eller lydsette lek.</p> <p>Fremstå som om han nesten snakker, uten å egentlig gjøre dette.</p> | <p>Kartlegging vil fortsatt være begrenset på dette stadiet, men kan inkludere</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klapping av stavelser. • Bruk av bokstavlyder (man kan eventuelt vente med dette til stadium 6). |
| 5 | Snakker innen bestemte personers hørevidde, men ikke direkte til dem | <p>Snakke til mor i samme rom som annen person (lavt eller med normal stemme).</p> <p>Snakke til andre barn i klasserommet, men ikke lærer.</p> <p>Snakke til familie via telefon på offentlige steder.</p> | <p>Kartlegging støttet av foreldre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verktøy som krever svar i form av enkeltord eller enkle setninger; barnet svarer til en forelder snarere enn til utrederen. • Kartleggingsprosedyrer utført av foreldrene i samme rom som utrederen. |
| 6 | Bruker enkeltord til bestemte personer (den som utreder) | <p>Svare på spørsmål som avkrever minimalt med informasjon.</p> <p>Hviske når personen står nær henne.</p> <p>Lese høyt, eventuelt hviskende, men bruker konverserende tale minimalt.</p> | <p>Kartleggingsoppgaver som krever:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja/nei-svar • Benevning av bilder • Enkeltord-responser (inkludert setningsutfylling) • Høytlesning |

| | | | |
|----|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7 | Bruker sammenhengende tale til bestemte personer (den som utreder) | <p>Kommunisere nokså fritt med enkelte voksne så lenge ingen andre hører på.</p> <p>Være mer avslappet og komme med spontane kommentarer i utstrukturerte lekesituasjoner.</p> <p>Snakke mer til barn enn til voksne.</p> | <p>Kartleggingsoppgaver som krever:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Imitasjon av setninger, tallsekvens eller ordrekke • Angivelse av en grunn til oppgitt svar • Setningsutfylling (frase/uttrykk påkrevd; dvs mer enn enkeltord) • Setningsformulering • Høytlesning |
| 8 | Begynnende generalisering til en rekke personer | <p>Fortsette å snakke til ”utvalgt” voksen når andre entrer rommet.</p> <p>Snakke normalt hjemme foran besøkende.</p> <p>Snakke til en rekke barn og voksne i ”trygge” omgivelser.</p> | |
| 9 | Begynnende generalisering til en rekke settinger | <p>Snakke til bestemte voksne utenfor ”trygge” omgivelser innen andres hørevidde.</p> <p>Lettere snakke med familie ute i samfunnet.</p> | |
| 10 | Kommuniserer fritt | <p>Svare/oppsoke ukjente i/utenfor kjente omgivelser.</p> <p>Bidra i diskusjoner i klassen.</p> <p>Frivillig dele opplysninger.</p> | |