

# Selektiv mutisme hos barn

Denne oversiktsartikkelen presenterer sentral kunnskap om barn med selektiv mutisme, med vekt på diagnostiske utfordringer og prinsipper for behandling.

TEKST

Beate Ørbeck

PUBLISERT 1. september 2008

ABSTRACT:

## Selective mutism in children

Selective mutism is a rare childhood disorder characterized by a consistent failure to speak in certain contexts. It is a heterogeneous condition with a high level of comorbidity. In general, it has received little attention and it is considered difficult to treat. Specific temperamental traits and social anxiety are nowadays considered to play a major etiological role, along with varying degrees of neurodevelopmental disorders. Behaviour modification and cognitive therapy seem best suited for treating selective mutism. It is important to establish a good rapport between the family and the child's kindergarden / school. The child should receive a thorough psychological examination, and adjustments might have to be made to the kindergarden / school environment. Concurrent problems occurring in the child or in the child's family must also be addressed.

Keywords: selective mutism, social anxiety, neuropsychology

EMNER

Selektiv mutisme

Sosial angst

Nevropsykologi

Hanne Kristensen takkes for nyttige kommentarertil artikkelen.

Selektiv mutisme er en relativt sjelden tilstand der barn og unge konsekvent ikke snakker i visse sammenhenger. Barna er oftest tause i barnehagen/på skolen, mens de snakker med sin nærmeste familie i hjemmet. Tausheten kan vare ut skolealderen og kan innebære faglige og sosiale problemer for barnet og føre til stor frustrasjon i omgivelsene. I tillegg til selve tausheten har en stor del av disse barna også redusert ikke-verbal kommunikasjon, i form av lite gester og svak blikk-kontakt. Selektiv mutisme har en antatt forekomst på under én prosent og med en liten overvekt hos jenter (Cohan, Price & Stein, 2006). Det er ikke mange oppfølgingsstudier, men flertallet av de som har hatt selektiv mutisme, beskrives å ha vedvarende vansker, selv om den situasjonsbestemte tausheten (kjernesymptomet ved selektiv mutisme) nok er lettere å leve med i ung voksen alder, hvor en i større grad selv kan bestemme hvor en vil være, og hvem en vil være sammen med (Remschmidt, Poller, Herpertz-Dahlmann, Hennighausen & Gutenbrunner, 2001; Steinhausen, Wachter, Laimbock & Metzke,

PSY  
KOL  
OGI

2006). Tilstanden ble første gang omtalt i 1877, da Kussmaul beskrev tre tilfeller av det han kalte «voluntær afasi», mens begrepet elektiv mutisme første gang ble brukt av Tramer i 1934 (Hesselman, 1983). Eldre faglitteratur består hovedsakelig av kasusbeskrivelser, ofte med til dels ulike årsakshypoteser, som traumer, intrapsyriske konflikter og kontrollerende adferd fra barnets side. Prognosen ble vurdert som dårlig, og en tidlig norsk behandlingsstudie viste at av 11 barn diagnostisert med elektiv mutisme i 9 års alder (gjennomsnittlig) gikk det faktisk best med de fem barna som ikke hadde fått behandling (individuell psykoterapi), ved oppfølgingsundersøkelsen som ble foretatt ved gjennomsnittlig alder 23 år (Wergeland, 1979).

Entydige årsaksforhold er ikke beskrevet, men i dag oppfattes tilstanden som nær knyttet til biologisk medierte temperamentstrekk, med skyhet og hemmethet som sentrale sårbarhetsfaktorer, sammen med ulike grader av utviklingsforstyrrelser (Cohan, Chavira & Stein, 2006). Det er også relativt stor enighet om at selektiv mutisme best forstås som en angsttilstand, og at den er særlig hyppig assosiert med sosial angstlidelse (Black & Uhde, 1995; Chavira, Shipon-Blum, Hitchcock, Cohan & Stein, 2007; Manassis et al., 2003; 2007; Sharp, Sherman & Gross, 2007), selv om dette ennå debatteres (Yeganeh, Beidel, Turner, Pina & Silverman, 2003; Yeganeh, Beidel & Turner, 2006). Studier av barn med selektiv mutisme har også beskrevet en viss familiær opphopning av tilstanden, med mutisme hos henholdsvis 37% (Black & Uhde, 1995) og 20% (Kristensen & Torgersen, 2001) av nære familiemedlemmer. Opposisjonell adferd er relativt sjelden, men kan sees hos et lite mindretall (Yeganeh, Beidel & Turner, 2006). En studie fant opposisjonell adferd hos 3 av 40 barn, primært i hjemmet (Manassis et al., 2007).

### **Diagnostiske utfordringer**

I det europeiske diagnosesystemet ICD-10 kalles tilstanden ennå elektiv mutisme (F94.0). Ordet elektiv betoner det valgfrie i tausheten, og diagnosen er plassert sammen med en gruppe av forstyrrelser i sosial funksjon, inklusive reaktiv tilknytningsforstyrrelse, hvor en tenker seg at avvikende miljøbetingelser kan være vesentlige årsaksfaktorer. For å få diagnosen elektiv mutisme presiseres det at barnet må vise evne til å snakke i noen situasjoner, og at det har en tilnærmet normal språkforståelse. Det nevnes i ICD-10 at en del barn kan ha vist forsinket språkutvikling eller artikulasjonsvansker, og at disse likevel kan få diagnosen, forutsatt at de har kapasitet for sosialt språk. Det sentrale er den diskrepans som finnes mellom barnets bruk av språket i ulike sammenhenger. Det som likevel gjør diagnostiseringen litt uklar, er at ICD-10 også presiserer at spesifikk forstyrrelse av tale og språk (F80) er et eksklusjonskriterium, noe som ikke gjør det lett for klinikere som står med et barn som tilfredsstillende kriteriene for både mutisme og språkforstyrrelse. Schizofreni og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser er andre eksklusjonsdiagnoser. Dette er heller ikke uproblematisk, da klinisk erfaring tilsier et visst overlapp mellom gjennomgripende utviklingsforstyrrelser og selektiv mutisme. En norsk undersøkelse viste at om lag 7% av barn med selektiv mutisme også hadde Aspergers syndrom (Kristensen, 2000).

Når det gjelder ledsagende symptomer, beskriver ICD-10 at elektiv mutisme vanligvis er assosiert med trekk som sosial angst, tilbaketrekking, sensitivitet eller opposisjonell adferd, uten at disse trekkene er nødvendige for å stille diagnosen. Det er følgelig viktig å ta høyde for at selektiv mutisme ennå fremtrer som en heterogen tilstand, hvor mange har betydelig grad av samtidige andre vansker, som ikke må oversees. I det amerikanske diagnosesystemet DSM-IV kalles tilstanden selektiv mutisme, men er også her plassert i en sekkekategori «andre lidelser». I DSM-IV har en gått bort fra det valgfrie (elektive) i tausheten og presisert at barna er tause i bestemte (selektive) situasjoner. Dette synes riktig, da erfaring tilsier at de fleste barn med selektiv mutisme ønsker å snakke. En pike har uttrykt det sånn:

*«Jeg har ikke noe imot å snakke med deg, men noe sterkere enn meg, som jeg ikke kan noe for, hindrer meg»* (Omdal, 1999).

Vi ser av de beskrevne forskjellene i ICD-10 og DSM-IV at diagnosens navn, og hvor den plasseres i diagnosesystemet, gjenspeiler ens etiologiske fokus, og i dette tilfellet vel også vår manglende forståelse av tilstanden.

### **Tospråklighet og overgangssituasjoner**

Et viktig funn fra senere års forskning er at barn med et annet morsmål ser ut til å ha en noe høyere forekomst av selektiv mutisme. Disse barna har tilsynelatende også høyere grad av sosial angst, og noe lavere forekomst av samtidige andre utviklingsforstyrrelser, enn barn uten immigrantbakgrunn (Elizur & Perednik, 2003). For tospråklige barn krever DSM-IV- kriteriene lengre varighet av symptomene, og at barnet må være taust også i situasjoner hvor morsmålet benyttes. Tospråklighet kan altså være en sårbarhetsfaktor for utvikling av selektiv mutisme. I tråd med dette ser en at selektiv mutisme generelt ofte oppstår når barnet skal begynne i barnehage eller på skole. Slike overgangssituasjoner er en ny og litt vanskelig situasjon for alle, men for akkurat disse sårbare barna kan det bli *for* krevende og bli en utløsende faktor.

### **Utviklingsforstyrrelser og nevropsykologiske funn**

Kjernesymptomet ved selektiv mutisme, tausheten, kan medføre at eventuelle lærevansker og utviklingsforstyrrelser lett oversees, og nevropsykologiske studier av denne pasientgruppen har vært så godt som fraværende i internasjonal litteratur. En pionerundersøkelse var studien av 54 barn fra hele Norge i alderen 4-17 år med denne tilstanden, hvor nær 70% hadde en diagnose som reflekterte utviklingsforstyrrelser (Kristensen, 2000). Testingen av barna viste særlig språkvansker og motoriske problemer, og disse forekom oftest samtidig. Blant de 54 barna var det dessuten fire med et funksjonsnivå innenfor spekteret psykisk utviklingshemning, noe som var ukjent for skolen barna gikk på. Dette er spesielt alarmerende, da alle fire hadde gått på skolen i mange år. Nær 75% av de 54 barna fikk videre en angstdiagnose, og om lag halvparten av utvalget hadde samtidig forekommende angst og utviklingsforstyrrelse (Kristensen, 2000). Når hun sammenlignet barna henholdsvis med og uten språkvansker, ble gruppen med språkvansker beskrevet som noe mindre tilbaketrukket

enn de uten språkvansker (Kristensen, 2002). Dette kan antyde mulige undergrupper, i overensstemmelse med funn fra studien av tospråklige barn (Elizur & Perednik, 2003). Det vil altså si at språkvanskene så ut til å være en hovedårsak i den ene gruppen, skjønt oftest med en samtidig lettere grad av engstelse og/eller tilbaketrukkethet. I den andre gruppen, uten språkvansker, syntes engstelse og tilbaketrukkethet å være hovedårsaken til utviklingen av selektiv mutisme.

### **Minnespenn, visuell hukommelse og oppmerksomhet**

Verbalt minnespenn er gjennomgående beskrevet som noe nedsatt i de studiene som har undersøkt dette, mens visuospatialt minnespenn, i de samme studiene, er funnet å være henholdsvis upåfallende (Kristensen & Ørbeck, 2006, Manassis, 2003) og inkonsistent (Manassis et al., 2007).

Barn fra den store norske studien (Kristensen, 2000) som var i aktuell testalder, ble også undersøkt med prøver på visuell hukommelse og oppmerksomhet. Barna med selektiv mutisme gjorde det dårligere enn kontrollbarn på Bentons Visuelle Retensjonstest (N=32) (Kristensen & Ørbeck, 2006) og oppmerksomhetsprøven Trail Making Test (N=23) (Ørbeck & Kristensen, 2008). Imidlertid var disse gruppeforskjellene ikke lenger signifikante når det ble kontrollert for sentrale faktorer ved begge prøvene, nemlig IQ og motorikk (Lezak, Howieson & Loring, 2004). Basert på disse to studiene kan en derfor ikke konkludere med sikre visuelle og oppmerksomhetsmessige vansker hos barn med selektiv mutisme undersøkt i en strukturert testsituasjon. En visuell hukommelsesprøve utviklet for voksne, The Visual Patterns Test; VPT (Della Sala, Gray, Baddeley & Wilson, 1997) ble administrert til barn sammen med prøver på visuospatialt minnespenn i den tidligere nevnte studien til Manassis og medarbeidere (2007), og barna med selektiv mutisme gjorde det dårligere enn kontrollgruppen på VPT. Det er en viss empiri for at denne testen primært måler visuelt minne, uten særlig innvirkning av en spatial/sekvensiell komponent (Della Sala, Gray, Baddeley, Allamano & Wilson, 1999), og hvorvidt barn med selektiv mutisme likevel har noen visuelle vansker, er dermed ennå ikke avklart.

Det finnes foreløpig ikke andre nevropsykologiske studier av oppmerksomhet hos barn med selektiv mutisme sammenlignet med kontroller, verken i Norge eller internasjonalt. Imidlertid fant en kasekstudie av to tvillingpar med selektiv mutisme oppmerksomhetsvansker hos tre av de fire barna på en test for vedvarende oppmerksomhet. De tre hadde langsom reaksjonstid, utallige utelatelsesfeil (manglende respondering) og så godt som ingen falskt positive feil, noe som forfatteren forstår som en overforsiktig responsstil knyttet til frykt for å gjøre feil (Gray, Jordan, Ziegler & Livingstone, 2002).

Når det gjelder foreldrenes beskrivelser av adferd hos barn med selektiv mutisme, er det rapportert en viss grad av oppmerksomhetsvansker ved bruk av spørreskjemaet Child Behavior Checklist; CBCL (Achenbach, 1991) både i den store norske studien (Kristensen, 2001) og internasjonalt (Steinhausen & Juzi, 1996).

Det finnes imidlertid ingen undersøkelser av eventuell samvariasjon mellom foreldrerapporterte oppmerksomhetsvansker og barnets angst eller nevropsykologiske funn ved selektiv mutisme, utover vår norske studie av de 23 barna som gjennomførte et nevropsykologisk mål på oppmerksomhet (Trail Making Test). Hos disse 23 barna fant vi ingen samvariasjon mellom testen og foreldrerapporterte oppmerksomhetsvansker på CBCL. Snarere var de foreldrerapporterte oppmerksomhetsvanskene assosiert med to andre nevropsykologiske mål, nemlig motoriske vansker og redusert ikke-verbal IQ. Videre viste foreldreskjemaene at barn som ble beskrevet som oppmerksomhetssvake, også ble beskrevet som engstelige og tilbaketrukkne. Disse sammenhengene gir mening når en ser på enkeltspørsmålene som utgjør det som defineres som oppmerksomhetsvansker på CBCL: Enkeltspørsmål som «oppfører seg som yngre enn sin alder», «er klosset eller har dårlig samordning av bevegelsene sine», «nervøs, overfølsom eller ansent» og «virker forvirret eller virker fjern» var særlig utslagsgivende for at barn med selektiv mutisme fikk en forhøyet skåre på oppmerksomhetsvansker på CBCL (se Ørbeck & Kristensen, 2008 for detaljer). I en nylig påbegynt norsk pilot-behandlingsstudie inngår nevropsykologisk testing av oppmerksomhet, sammen med spørreskjemaer om eksekutiv funksjon, i den nevropsykologiske utredningen som gjøres før behandlingsstart (Kristensen & Ørbeck, 2007).

## **Språk**

Språkfunksjon er naturlig nok det som har vært studert mest ved selektiv mutisme, og en oversiktsartikkel beskriver at språkvansker kan sees hos mange av disse barna (Cohan et al., 2006B). Kristensen (2000) fant at halvparten av de 54 barna i den store norske studien fylte kriteriene for en diagnose relatert til kommunikasjonsforstyrrelser, og testingen viste for øvrig at artikulasjonsvansker og et redusert ordforråd forekom særlig hyppig. En kanadisk forskergruppe har gjort en bred vurdering av språkfunksjonen og beskriver i tillegg at sentrale funksjoner som diskriminering av språklyder og grammatisk forståelse ser ut til å være affisert hos en del av disse barna (Manassis et al., 2003; 2007).

Et interessant spørsmål er derfor hvorvidt evne til å prosessere auditive stimuli kan være en medvirkende årsak til barnas reduserte tale i sammenhenger som krever kompleks auditiv prosessering, som samtaler hvor en både må høre etter og selv snakke. Til tross for ellers normale hørselsfunn fant en forskergruppe redusert auditiv efferent feedback-aktivitet hos en gruppe barn med selektiv mutisme sammenlignet med kontroller (Bar-Haim et al., 2004). Efferent aktivitet er den aktivitet som finner sted *fra* sentralnervesystemet, etter at afferent aktivitet har funnet sted *til* sentralnervesystemet fra organet (i dette tilfelle øret). For å bevare auditiv sensitivitet til eksterne signaler under stimulering av egen stemme (når en selv snakker) blir hemmende feedback-kretser i hjernen aktivert. En redusert auditiv efferent feedback-aktivitet vil følgelig kunne påvirke den auditive prosessering under tale (vokalisering). Forskergruppen gjennomførte derfor en studie med et nytt utvalg barn med selektiv mutisme. Barna hadde lik symptomalvorlighet i forhold til taushet, men halvparten av

barna hadde svikt i auditiv prosessering, mens den andre halvparten ikke hadde det. I tillegg ble 10 kontrollbarn uten selektiv mutisme og uten svikt i auditiv prosessering undersøkt (Arie et al., 2007). Først skulle alle høre på oppleste ordlister og trykke på en knapp når et bestemt ord ble lest opp, som en basislinje for å vurdere prestasjon. Deretter skulle alle barna utføre en mer komplisert oppgave; nemlig å telle rolig fra en til ti (vokalisering) samtidig med at de fikk opplest ordlister og skulle trykke på en knapp når et spesielt ord ble lest opp. Resultatene viste at barna med selektiv mutisme og svikt i auditiv efferent aktivitet viste en svekket auditiv prosesseringsevne under vokalisering, sammenlignet både med normale kontroller og med barn med selektiv mutisme uten denne svikten i auditiv efferent aktivitet. Artikkelforfatterne hevder at barna, på bakgrunn av disse vanskene gradvis lærer seg å si så lite som mulig i sammenhenger som krever kompleks auditiv prosessering. For å vurdere om det var en tilsvarende svikt også i andre sansemodaliteter, ble barna undersøkt med en bildepresentasjon av de samme ordene. Ved visuell prosessering av stimuli, og samtidig vokalisering var det ikke noen forskjell på gruppene, og resultatene kan følgelig tyde på en spesifikk svikt knyttet til det auditive systemet hos en undergruppe av barn med selektiv mutisme.

## **Utredning**

Utredning ved selektiv mutisme innebærer en nøye symptomkartlegging med hensyn til taushetens historiske forløp og hvordan den arter seg i forhold til ulike situasjoner/ulike mennesker, samt grad av ikke-verbal kommunikasjon hos barnet. Her gir spørreskjemaer om selektiv mutisme (Selective Mutism Questionnaire; SMQ, og School Speech Questionnaire; SSQ) for henholdsvis foreldre (Bergman, Keller, Piacentini & Bergman, 2008) og lærere (Bergman, Piacentini & Mc Cracken, 2002) verdifull informasjon. Det er videre nødvendig å innhente opplysninger om barnets generelle utviklingshistorie for å utelukke at tausheten er oppstått akutt, som følge av et psykologisk traume eller en ervervet hjerneskade. Intervjuer og spørreskjemaer brukes for å undersøke hvorvidt det finnes selektiv mutisme i familien og forekomst av andre komorbide tilstander hos barnet. Informasjon om motorisk og språklig utvikling og faglig fungering i barnehage/skole, samt direkte kartlegging av språklig funksjon og ikke-verbal resonneringsevne er obligatorisk. En må videre sikre seg at barnet hører normalt, og undersøke barnets pragmatiske bruk av språket, for eksempel ved bruk av spørreskjemaet Children's Communication Checklist; CCC-II, til foreldre og/eller lærere (Bishop, 2003A). Testing av ordforråd og grammatisk forståelse, for eksempel via Peabody Picture Vocabulary Test; PPVT (Dunn & Dunn, 1997) og Test for Reception of Grammar; TROG (Bishop, 2003B) er sentralt. PPVT gir også en standardskåre som kan ansees som en screening på barnets evne til intellektuell resonnering (Lezak et al., 2004).

Klinisk informasjon om barnets evne til konsentrasjon i ulike sammenhenger må innhentes, og barnet bør utredes nærmere ved indikasjon på slike vansker. Utredning, og ikke minst testing av barn som er tause kan virke vanskelig. Utredere må ta i bruk sine kreative sider og må nok være mer enn vanlig vår for barnets reaksjoner, men

erfaringsmessig samarbeider de fleste av barna godt i en strukturert testsituasjon. Barna fortelles initialt at de ikke *må* snakke til deg igjennom undersøkelsen, og forklares de alternative svarmåtene (som peking på rett svar og/eller mulighet for skriftlige besvarelser). Klinisk erfaring tyder på at det er hensiktsmessig om barnet får sitte ved siden av utrederen, ikke rett overfor. Da unngås den direkte blikkontakt disse barna oftest er svært ukomfortable med, og både barnet og utrederen samler seg om et fokus foran seg, altså testmaterialet.

## **Behandling**

Selektiv mutisme kan utløse sterke følelser, og av og til også uhensiktsmessig adferd fra miljøet rundt, noe som kan være med på å opprettholde, eller endog forverre barnets symptomer. Informasjon om tilstanden, åpenhet og samtale omkring vanlige reaksjoner i omgivelsene, samt å få til et godt samarbeid mellom hjem og barnehage/skole er helt sentralt i arbeidet med selektiv mutisme. En må stadig holde frem viktigheten av ikke å forsøke å presse barnet til å snakke, noe omgivelsene ofte gjør helt ubevisst. For det enkelte barn har det vist seg at forståelig informasjon om tilstanden, og at det finnes andre barn som har det samme problemet, vekker betydelig interesse og gir kontakt med barnet.

Hanne Kristensen (2005) har på bakgrunn av klinisk erfaring beskrevet det hun kaller «defokusert kommunikasjon» som et grunnprinsipp i møtet med barn med selektiv mutisme. En må ta utgangspunkt i barnets kommunikative nivå (gester, språk, avstand, tema) og forsøke å få til et felles fokus «utenfor» barnet. Gode hjelpemidler her er det å sitte ved siden av barnet, samt å stille åpne og undrende fremfor direkte spørsmål. Nøytrale temaer, uten direkte fokus på barnets opplevelser og følelser, er sentralt. Barnet må gis mulighet for gjensvar ved å legge inn noen pauser, men sørg for å opprettholde «dialogen» selv om gjensvaret uteblir. Kontakten må reguleres, og kommunikasjonen tøyres i små trinn, ikke presses på barnet. Den enkelte behandler må være avslappet og arbeide med å oppnå trygghet i forhold til barnets taushet.

Humor kan virke avvæpnende, i tråd med Omdal (1999), som fant at det å leke på en måte som innebar tøysing og latter, var til hjelp for de minste barna med selektiv mutisme. Å si direkte til barnet at han/hun ikke er nødt til å snakke til deg når du møter det, virker erfaringsmessig svært frigjørende. Dersom det skulle komme et verbalt svar, så forsøk å motta dette som en selvfølge. Hold et moderat affektnivå og unngå å se direkte og lenge på barnet i begeistring over at det snakker til deg. En gutt har sagt det slik:

*«Jeg kan jo ikke begynne å snakke, for da blir de så glade»* (Kristensen, 2005).

Det finnes per i dag ingen «gullstandard» for behandling av selektiv mutisme, men behandling som involverer adferdsmodifiserende tiltak og annen kognitiv terapi anbefales (Cohan et al., 2006A). Det finnes forskjellige behandlingsmanualer under utprøving som bygger på disse prinsippene i USA og Canada, hvor det mest sentrale er en desensitiverende læringsprosess. «Stimulus fading» står sentralt, og innebærer at barnet først får være i et rom med en person de føler seg trygge på, og snakke om noe

som ikke krever høy grad av interpersonlig kontakt, for eksempel å lese regler, si navn på farger eller telle høyt. Terapeuten skal først være langt vekk, oftest langt unna rommet, som også har lukket dør. I samarbeid med barnet får behandleren gradvis komme nærmere («slide-in technique») inntil barnet kan snakke normalt med terapeuten ved siden av seg. For å få dette til må en ha oppnådd en terapeutisk allianse med barnet, og bruk av ros og annen belønning av ønsket adferd er viktige ingredienser underveis. Denne desensitiviseringen er sentral i alle aldersgrupper, men detaljene i prosedyren tilpasses barnets alder. Noen av disse manualene er under utprøving, knyttet til behandlingsstudier, og derfor ennå ikke publisert offisielt. Imidlertid er det utgitt en britisk behandlingsmanual utviklet av erfarne logopedier som primært er beregnet på fagfolk (Johnson & Wintgens, 2001), og det finnes også en instruktiv bok til foreldre (McHolm, Cunningham & Vanier, 2005).

### **En norsk pilot-behandlingsstudie**

En tverrfaglig prosjektgruppe har utarbeidet en behandlingsprotokoll (Kristensen, Lundahl, Johansen & Ørbeck, 2007) som er under pilotering for barn i alderen 3-9 år (fra november 2007 til november 2008). I denne tilnærmingen starter behandlingen av barnet først etter følgende:

1. En foreldresamtale med vekt på barnets utviklingshistorie og en bred diagnostisk avklaring for å fastslå at vanskene skyldes en selektiv mutisme, samt eventuell tilstedeværelse av andre vansker hos barnet/i familien. Mer detaljert hentes informasjon om alvorlighetsgrad og ulike sider av selektiv mutisme ved bruk av Selective Mutism Questionnaire (Bergman et al., 2008). Foreldre fyller også ut andre aktuelle adferdsregistreringsskjemaer.
2. Nevropsykologisk utredning utføres hjemme hos barnet med en foresatt til stede. Her ser en på nevropsykologisk funksjonsnivå, samarbeidsevne og eventuelle tegn på utviklingsforstyrrelser.
3. Psykoedukativ samtale med foreldre og barnehage/skole sammen i forhold til forståelse av tilstanden; viktigheten av ikke å forsøke å presse barnet til å snakke, og mer detaljert hva behandlingen går ut på. Læreren fyller ut aktuelle adferdsregistreringsskjemaer.

Disse tre første tiltakene gjøres i løpet av en to ukers periode. Deretter starter behandlingsfasen, med tre sesjoner i hjemmet sammen med barnet og minst en av foreldrene. Selektiv mutisme viser seg i hovedsak utenfor hjemmet, og vi ønsker å bryte det fastlåste i situasjonen ved å starte behandlingen der barnet normalt snakker. Barnet gis ved første møte informasjon om selektiv mutisme, og det forklares hvordan en skal øve seg i å snakke ved hjelp av behandlingen (tilpasses etter alder). Etter disse tre innledende sesjonene i hjemmet, hvor behandleren leker med barnet og gjør en stimulus fading-intervensjon, flyttes behandlingen over i barnehage/skole. Da har behandleren avtalt med barnet at den samme intervensjonen de har gjort sammen hjemme, også skal gjøres i barnehage/skole-situasjonen. Å gjøre det samme synes å lette overgangen til et nytt sted. Behandlingen i barnehage/skole er bygget opp av flere



moduler med økende vanskelighetsgrad for barnet. Første modul i barnehage eller på skolen er i et tomt rom, hvor mor eller far også først deltar, for så etter hvert å trekke seg tilbake, inntil barnet i siste modul eventuelt kan snakke i vanlig klasserom med andre barn og lærere til stede. Mens hjemmebehandlingen har tre faste sesjoner, er behandlingen i barnehage/skole kriteriebasert. Det vil si at behandlingen flyttes over til neste modul når ønsket kriterium er oppnådd, som for eksempel er at barnet snakker med læreren i et tilnærmet normalt stemmenivå i et separat rom i barnehagen/på skolen. Noen barn vil trenge lengre tid enn andre, men i denne pilotstudien er det satt en maksimal behandlingsperiode på seks måneder. Etter avsluttet behandling vil gjentatt administrering av spørreskjemaene om selektiv mutisme, Selective Mutism Questionnaire; SMQ og School Speech Questionnaire; SSQ (Bergman et al., 2008; 2002) benyttes som hovedmål på effekt av behandling.

### **Foreløpige funn fra pilotstudien**

Resultatene fra pilotstudien, som inkluderer syv barn i alderen 3-5 år, er meget lovende da alle har begynt å snakke i barnehagen. Resultatene, og den norske behandlingsmanualen, skal diskuteres på et symposium om utredning og behandling av barn med selektiv mutisme som forskergruppen arrangerer på årsmøtet 2008 for den amerikanske barnepsykiaterforeningen, AACAP (Kristensen, Ørbeck, Johansen & Lundahl, 2008). Forskergruppen søker også midler for å gjennomføre en ny studie med flere barn, som også inkluderer barn over fem år. I denne studien er det videre planlagt å undersøke hvordan det går med barna henholdsvis ett og fem år etter behandlingsstart, samt vurdere brukertilfredshet med behandlingen. Behandlingsmanualen tenkes utgitt på norsk til bruk i klinisk arbeid dersom resultatene skulle tilsi at den har nytteverdi.

### **Konklusjon**

Selektiv mutisme fremtrer som en heterogen tilstand, hvor angst og ulike grader av nevropsykologisk svikt synes å være sentrale årsaksfaktorer. Det er behov for mer bredspektret kunnskap om nevropsykologisk funksjon i denne gruppen barn. Vi trenger også bedre forståelse av de flerspråklige barna med selektiv mutisme. Per i dag er det ingen allment akseptert behandling av tilstanden, og vi vet for lite om hva som faktisk hjelper. Sentrale behandlingsprinsipper synes å inneholde en initial defokusert kommunikasjon og desensitiverende læringsprosesser anvendt i situasjoner med økende vanskelighetsgrad for barnet. Gode behandlingsstudier er derfor nødvendig, fortrinnsvis med tidlig intervensjon. Behandlingsstudiene bør inkludere oppfølgingsundersøkelser som vurderer prediktorer på effekt av behandling, og også utforske hva som eventuelt behøves av psykoedukative tilleggstilnærminger i relasjon til familie og barnehage/skole.

Beate Ørbeck

Regionsenter for barn og unges psykiske helse

Postboks 4623 Nydalen

0405 Oslo

Tlf. 22 58 60 00

E-post [beate.orbeck@r-bup.no](mailto:beate.orbeck@r-bup.no)

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 45, nummer 9, 2008, side 1149-1154*

**TEKST**

**Beate Ørbeck**

+ **Vis referanser**

**Referanser**

Achenbach, T. (1991).

Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Arie, M., Henkin, Y., Lamy, D., Tetin-Schneider, S., Apter, A., Sadeh, A. & Bar-Haim, Y. (2007).  
Reduced auditory processing capacity during vocalization in children with Selective Mutism.  
419-421.

Bar-Haim, Y., Henkin, Y., Ari-Even-Roth, D., Tetin-Schneider, S., Hildesheimer, M. & Muchnik, C.  
(2004). Reduced auditory efferent activity in childhood selective mutism.  
1061-1068.

Bergman, R. L., Keller, M.L., Piacentini, J. & Bergman A. J. (2008). The development and  
psychometric properties of the Selective Mutism Questionnaire.  
456-464.

Bergman, R. L., Piacentini, J. & McCracken, J. T. (2002). Prevalence and description of selective  
mutism in a school-based sample.  
938-946.

Bishop, D. V. M. (2003A). London: Psychological Corporation.

Bishop, D. V. M. (2003B). London: Psychological Corporation.

Black, B. & Uhde, T. W. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot  
study.  
847-856.

Chavira, D. A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Cohan, S. & Stein, M. B. (2007). Selective mutism and  
social anxiety disorder: all in the family?  
1464-1472.

Cohan, S. L., Chavira, D. A. & Stein, M. B. (2006A). Practitioner review: Psychosocial interventions  
for children with selective mutism: a critical evaluation of the literature from 1990-2005.  
1085-1097.

Cohan, S. L., Price, J. M. & Stein, M. B. (2006B). Suffering in Silence: Why a Developmental  
Psychopathology Perspective on Selective Mutism Is Needed.  
341-355.

Della Sala, S., Gray, C., Baddeley, A. & Wilson, L. (1997). Visual Patterns Test: A test of short-term  
visual recall Suffolk UK: Thames Valley Test.

Della Sala, S., Gray, C., Allamano, N. & Wilson, L. (1999). Pattern span: a tool for  
unwelding visuo-spatial memory.  
1189-1199.

Dunn, L. M. & Dunn, L., M. (1997).

Circle Pines, Minnesota: American Guidance

Series.

Elizur, Y. & Perednik, R. (2003). Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: A controlled study. 1451-1459.

Gray, R. M., Jordan, C. M., Ziegler, R. S. & Livingston, R. B. (2002). Two sets of twins with selective mutism: neuropsychological findings. 41-51.

Hesselman, S. (1983). Elective mutism in children 1877-1981. A literary summary. 49, 297-310.

Johnson, M. & Wintgens, A. (2001).  
Speechmark Publishing.

Milton Keynes UK:

Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder and elimination disorder. 249-256.

Kristensen, H. (2001). Multiple informants' report of emotional and behavioural problems in a nation-wide sample of selective mute children and controls. , , 135-142.

Kristensen H., & Torgersen, S. (2001). MCMI-II personality traits and symptom traits in parents of children with selective mutism. A case control study. , , 648-652.

Kristensen, H. (2002). Non-specific markers of neurodevelopmental disorder/delay in selective mutism. A case-control study. , 71-78.

Kristensen H. (2005). Taushet er også tale: Selektiv mutisme hos barn og unge. I (Årsrapport, side 17-25). Oslo: Voksne for Barn.

Kristensen, H. & Ørbeck, B. (2006). Is selective mutism associated with deficits in memory span and visual memory? - an exploratory case-control study. 71-76.

Kristensen, H., Lundahl, K., Johansen, J., & Ørbeck, B. (2007). . Manual til utprøving. Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør.

Kristensen, H. & Ørbeck, B. (2007).

Presentation at the 13th, European Child & Adolescent

Psychiatry's International Congress. Firenze, August 25-29.

Kristensen, H., Ørbeck, B., Johansen, J. & Lundahl, K. (2008).

. Accepted

presentation at the annual meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Chicago, October 28-November 2.

Lezak, M., Howieson, D. B. & Loring, D. W. (2004).  
York: Oxford University Press.

(4th ed.). New

Manassis, K., Fung, D., Tannock, R., Sloman, L., Fiksenbaum, L. & McInnes, A. (2003). Characterizing selective mutism: is it more than social anxiety? 153-161.

Manassis, K., Tannock, R., Garland, E. J., Minde, K., McInnes, A. & Clark, S. (2007). The Sounds of Silence: Language, Cognition, and Anxiety in Selective Mutism. , 1187-1195.

McHolm, A., Cunningham, C. E. & Vanier, M. K. (2005).

Oakland: New Harbinger Publications.

Omdal, H. (1999)

. Hovedfagsoppgave. Institutt

for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo.

Remschmidt, H., Poller, M., Herpertz-Dahlmann, B., Hennighausen, K. & Gutenbrunner, C. (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. , 284-296.

Sharp, W. G., Sherman, C. & Gross, A. M. (2007). Selective mutism and anxiety: A review of the current conceptualization of the disorder. , 568-579.

Steinhausen, H. C. & Juzi, C. (1996). Elective mutism: An analysis of 100 cases. 606-614.

Steinhausen, H. C., Wachter, M., Laimbock, K. & Metzke, C. W. (2006). A long-term outcome study of selective mutism in childhood. 751-756.

Wergeland, H. (1979). Elective mutism. , 218-228.

Yeganeh, R., Beidel, D. C., Turner, S. M., Pina, A. A. & Silverman, W. K. (2003). Clinical distinctions between selective mutism and social phobia: an investigation of childhood psychopathology. 1069-1075.

Yeganeh, R., Beidel, D. C. & Turner, S. (2006). Selective mutism: more than social anxiety? , 117-123.

Ørbeck, B. & Kristensen, H. (2008). Attention in Selective Mutism - an exploratory case-control study. 548-554.