



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Barn med Selektiv Mutisme

Children with Selective Mutism

Mona Iren Malmedal

Totalt antall sider inkludert forsiden: 40

Molde, 26.05.2011



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Vibeke Glørstad

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 26.05.2011

Antall ord 11659

Forord

Ensomhetens skyer

De står der. Venter

Hun sitter der. Fortvilte øyne med lukket munn.

Hjertet knuses av mørke skyer.

Skyer som vokser, vokser..

Hun prøver, men skyene er for store.

De er større enn henne selv.

De låser munnen. Hjertet. Pusten.

De går.

Så kommer stillheten, den vonde stillheten.

Hun sitter tilbake. Skyene drar.

Hjertet slipper fri og hun puster ut.

Tilbake er stillheten. Stillheten og ensomheten.

(M.I. Malmedal)

I innledningen til Barn i Norge rapporten fra 2005 står det:

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, tilbaketrukkne og tilsynelatende medgjørlige og tilpassede barnet. Erkjennelsen av at disse barna også i høy grad bør få faglig og politisk oppmerksomhet vokser nå fram, ikke minst på de studier og den kunnskap som foreligger. Hvordan hjelper vi henne som ikke sier noen ting? Hvordan kommunisere med barn som ikke snakker? ”opplevelsen av å få lite tilbake gjør at en ikke orker eller gir litt opp” sier spesialpedagog Ingrid Lund om det å forholde seg til de tause barna. De gir likevel beskjed om at de vil bli sett, snakket til, og spurt om hvordan de har det, selv om de gjør sitt beste for å være usynlig.

”Ikke tro på det, hvis noen sier at de ikke har lyst til å begynne å snakke”, er det viktigste rådet fra en ungdom som gikk taus hele ungdomsskolen.

(Barn i Norge 2005:7)

Innhold

Innledning	1
1.1 Presentasjon av temaet Selektiv Mutisme.....	1
1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling	3
1.3 Oppgavens formål	5
1.4 Avgrensning	6
2.0 Metode	6
2.1 Kildekritikk	7
2.1.1 Vitenskapelig metode og retning	7
2.2 Validitet og reliabilitet	8
2.3 For- forståelse.....	8
3.0 Teori	9
3.1 Om tilstanden Selektiv Mutisme.....	10
3.1.1 Mulige årsaker og risikofaktorer i utvikling av SM og historisk tilbakeblikk på diagnosen	11
3.1.2 Utviklingsforstyrrelser og lærevansker	13
3.1.3 Diagnose og stigmatisering	14
3.1.4 Hvilke behandling finnes for barn med SM.....	15
3.1.5. Brukermedvirkning	16
3.2 Selvet, sosialisering og nettverk.....	17
3.2.1 Selv, selvet, selvvurdering	17
3.2.2 Sosial kompetanse:.....	17
3.2.3 Sosialiseringprosessen	18
3.2.4 Uri Bronfenbrenners utviklingsøkologiske teori og modell.....	18
3.3 Opplæringsloven og tilpasset opplæring og IOP.....	20
3.4 Kommunikasjon med barn som har SM	22
3.4.1 Defokusert kommunikasjon med barn som har SM.....	23
4.0 Drøfting	24
4.1 Case om Marlene 7 år	25
4.2 Vernepleieren i bli- kjent fasen	26
4.3 Vernepleieren i kartleggingsfasen for barn med SM	26
4.4 Utfordringer i forhold til sosialisering for barn med SM.....	27
4.5 vernepleierens tilrettelegging i klasserommet for barn med SM	28
4.6 Vernepleierens rolle i tilrettelegging for kommunikasjon for barn med SM.....	29
4.7 Hvordan kan vernepleieren bruke defokusert kommunikasjon i samhandling med barnet?.....	30
5.0 Avslutning	31
5.1 Konklusjon	31
5.2 Refleksjon	31
Litteraturliste	33

Innledning

1.1 Presentasjon av temaet Selektiv Mutisme

Lundahl m.fl (2009) skriver at Selektiv mutisme er en lidelse der barn og unge ikke snakker i visse situasjoner. Barna er oftest tause i skolen og barnehagen, mens de kan snakke hjemme med sin nærmeste familie. Ute i friminuttene kan barna leke helt normalt sammen med de andre barna og være aktive verbalt. Lundahl m.fl (2009) skriver videre at barn med Selektiv Mutisme beskrives som "frozen with fear", da de kan "stivne" til og virke avvisende på andre. Dette kan føre til at de oppfattes som om de bevisst styrer omgivelsene, og barna har derfor blitt forstått som "vanskelige og sta". Lundahl m.fl (2009) henviser til at undersøkelser som har blitt gjort derimot har vist at opposisjonell atferd kun sees hos et mindretall av barn med selektiv mutisme og oftest i hjemmesituasjonen. Disse barna har samtidig angst, og atferden kan like gjerne sees på som et uttrykk for denne angsten. Lundahl m.fl (2009) skriver videre at tausheten kan vare ut skolealder og føre til sosiale og faglige problemer for barnet og fører ofte til frustrasjon i omgivelsene til barnet. I tillegg til at barnet ikke snakker, har en stor del av disse barna redusert non- verbal kommunikasjon, i form av lite blikkontakt og få gester (Lundahl m.fl 2009: 8).

Det er ca 1 % av barn som har denne diagnosen, med en liten overvekt på jenter. Når man ser på antallet i Norge som har denne diagnosen, kan man sammenligne med samme antall som har autisme (Ørbeck 2008:1). Tall fra Statistisk Sentralbyrå fra 01.01.11 viser at det er 424 638 barn mellom 6-12 år i Norge. Hvis vi går ut i fra at 1 % av disse barna har Selektiv Mutisme, vil dette tilsvare 4246 barn som går fra 1. klasse til 7. klasse (<http://www.ssb.no>)

Selektiv mutisme er i ICD-10, som er det internasjonale klassifiseringssystemet for Europa klassifisert som Elektiv Mutisme (F.94.0) som blir beskrevet som forstyrrelser i den sosiale fungeringen med debut i barne- og ungdomsalder. (Lundahl m.fl 2009:9). Videre står det at menneskene har en markert følelsesmessig betinget talebegrensning som viser seg vet at barnet viser evne til å snakke i noen situasjoner, men ikke i andre. Lidelsen viser også vanligvis markerte personlighetstrekk som omfatter sosial angst, overfølsomhet, tilbaketrekning og motstand. Mange av disse barna har en forsinkelse i språkutviklingen

og/ eller artikulasjonsproblemer. Tilstanden må ha vart i 6 mnd for å kunne gis diagnosen Selektiv Mutisme (Lundahl m.fl 2009:9). Jeg har tatt med definisjonen på sosial angst, eller sosial fobi som også er det samme. Eknes (2000) skriver at sosial fobi er frykt for å bli kritisk gransket av andre mennesker, som kan føre til unnvikelse av sosiale situasjoner. Frykt for kritikk og lav selvfølelse er mer gjennomgripende sosialfobier. Man kan få symptomer som rødming, skjelving på hendene, eller vannlatingstrang. Personen kan av og til være overbevist om at disse sekundære angstmanifestasjonene er det hovedproblemet. Symptomene kan gå videre til panikkanfall (Eknes 2000:110).

Lundahl m.fl (2009) viser til DSM-IV, som er USA sitt nasjonale system for kategoriseringer av psykiske lidelser. Dette systemet blir brukt av sentrale forskere over hele verden(Eknes 2000: 36) De bruker selektiv (situasjonsbetinget), på denne lidelsen, for begrepet elektiv(valgfri) kan gi inntrykk av at mutismen (stumheten) er selvvalgt av barnet og at det kan bestemme selv når det snakker. DSM- systemet som er utviklet av den psykiatriske foreningen i USA og har sammenhenger med ICD-10. DMS- systemet er oppfattet som mer presist, med tydeligere kriterier for inklusjon og eksklusjon. Dette systemet er derfor også i bruk i Europa innenfor psykiatrisk og barnepsykiatrisk forskning. (Grøholt m.fl 2008:90).

Nyere kunnskap har vist at tilstanden er nært knyttet til sosial angst, noe som indikerer at tausheten ikke er viljestyrt (Lundahl m.fl 2009). Jeg bruker betegnelsen Selektiv Mutisme, heretter forkortet til SM. Selv om denne lidelsen står som egen lidelse, hevder mange at det representerer en spesiell form for sosial angstlidelse. Grøholt m.fl(2008) skriver at undersøkelser viser at over to tredjedeler av barna hadde fått diagnosen viste forsinket utvikling. Det kan tyde på at symptomet med mutisme av og til skjuler et annet symptom. Avvikende språkutvikling øker risikoen for mutisme (Grøholt m.fl 2008:152).

Broberg m.fl.(2005) viser også til at SM er et spesialtilfelle for sosial fobi, som innebærer at barnet unngår situasjoner som krever sosialt samspill på grunn av angst. Sosial fobi utvikles oftere hos barn som har vist ekstrem sjenertidlig i livet, men også sosial fobi som handler mer om frykten for hvordan man oppfattes av andre mennesker (sosial vurdering). Dette kan dreie seg om prestasjonsangst eller frykt for å bli ydmyket eller latterliggjort. Dette gjør at barnet trekker seg fra venner, sosiale tilstelninger og aktiviteter

som krever muntlige utredninger overfor gruppen og videre. Denne sosiale engstelsen sprer seg og barnet unngår stadig flere situasjoner som krever sosial interaksjon. Når man vet hvor viktig den sosiale kontakten er med jevnaldrende i skolen og for utvikling av selvfølelsen, kan man forstå at sosial fobi er en plagsom tilstand der man kan få kraftige hemmende konsekvenser, både på det sosiale plan, men også følelses- og prestasjonsmessige vanskeligheter (Broberg m.fl. 2005:146).

Jeg vil vise viktigheten av at barn med SM får tidlig behandling, slik at de skal slippe å gå hele barne- og ungdomsskolen uten å få hjelp. Hvis de ikke får hjelp, kan det få store konsekvenser for barnet fordi det kan føre til ensomhet og sosial tilbaketrekking, som igjen kan føre til total isolasjon fra andre mennesker. Remschmidt m.fl (2001) skriver at det foreligger noen få studier som har sett på hvordan det går med barn med SM når de blir voksne. De fleste har mindre problemer med hovedsymptomet, som er tausheten, siden man som voksen kan bestemme hvem man vil være sammen med. En tysk undersøkelse viser at 40% av de som ble henvist for SM som barn, er blitt helt kvitt symptomet i ung alder. De resterende 60 % slet med dårlig selvtillit og kommunikasjonsproblemer i sosiale sammenhenger. Denne undersøkelsen ble gjort 12 år etter at diagnosen ble stilt(Lundahl m.fl 2008:12).

1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Min begrunnelse for å velge dette temaet er at jeg har en nærpersion som har denne diagnosen. Ved å følge hennes lidelse i mange år, har vi sett hvordan denne lidelsen er for henne men også hvordan omgivelsene reagerer på stillheten hennes. Mange har blitt provosert og sagt ”hvorforsnakkerrhunikke,erhunstum?”. Det er ofte sånn at når man vet, så forstår man. Jeg tenker at hvis hun hadde fått mer profesjonell hjelp, hadde skoleårene hennes vært bedre, hun kunne blitt møtt med mer forståelse og ikke blitt sett på som et barn som var ”manipulerende og sta”. Hun lekte jo med venninnene i friminuttene og var en jente som var i aktivt samspill med de andre barna ute i skolegården. Med en gang hun kom inn på skolen, lukket hun seg og ble engstelig og stille. Kunnskapen som kunne hjulpet henne var veldig mangelfull og det fantes minimalt med hjelp på skolen eller i PPT. Kristensen (2005) skriver at fordi denne tilstanden er relativt sjelden, får den enkelte fagarbeider liten erfaring med tilstanden (Kristensen 2005:24)

Shipon-Blum (2007) skriver:

Without a doubt, Selective Mutism (SM) is THE MOST misdiagnosed, mismanaged and mistreated anxiety disorder of childhood. Children with Selective Mutism truly suffer in silence. Reasons for this vary from lack of awareness to inaccurate and misleading information in the medical and educational literature. Because of this, mutism and anxiety persists and ramifications of untreated anxiety prevail; these include social isolation, poor school performance or drop out, self-medication with drugs and alcohol, inability to seek employment as an adult, and in extreme cases even suicide (Shipon-Blum 2007:5).

Min nærpersion, sa når hun var 8 år: *”det er ingen som forstår hvordan jeg har det. Ingen kan forstå hvor grusomt det er. Det er som om hjertet sprenges hver gang jeg prøver, for jeg vil jo snakke, jeg klarer bare ikke!”*

Jeg velger meg dette temaet fordi jeg som vernepleier får økt kunnskap om dette emnet og fordi skolen kan være et av vernepleierens arbeidsfelt, med barn som trenger spesiell tilrettelegging. Linde og Nordlund (2006) skriver at vernepleiere har evne til kritisk refleksjon, og har et omfang fordelt på samfunnsfag, miljøarbeid, helsefag og pedagogikk i fagplanen. Vi lærer gjennom utdanningen hvordan vi kan forhindre helsesvikt og hvordan vi kan bidra til at mennesker får fysisk, psykisk og sosialt velvære. Linde og Nordlund (2006) skriver videre at vernepleieren skal drive opplæring til å mestre sin egen livssituasjon i forhold til sin funksjonssvikt på et eller flere områder (Linde og Nordlund 2006:56).

Vernepleiere er helse- og sosialarbeidere, med pedagogikk i utdannelsen. Ved å jobbe opp mot barn i skolen som står i fare for å utvikle sosiale funksjonsvansker vil denne oppgaven vise vernepleierens rolle i samhandling, tilrettelegging og konkrete tiltak opp mot barn med SM.

Jeg har valgt en hovedproblemstilling og for å svare på denne har jeg valgt å se på tre underspørsmål:

Hvordan kan vernepleieren bidra til at barn med selektiv mutisme får delta i det sosiale livet på skolen, på barnas premisser

- 1. Hva kjennetegner Selektiv Mutisme, og hvordan oppstår denne lidelsen?***
- 2. Hvordan påvirker Selektiv Mutisme selvutviklingen til barna?***

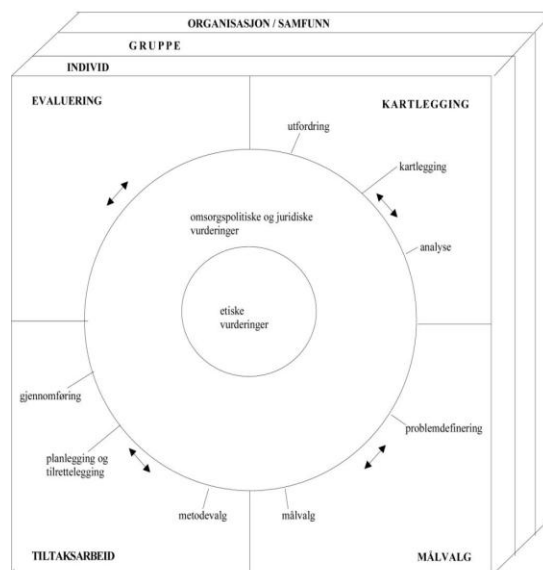
3. Hvilke spesifikke kommunikasjonsmetoder bør benyttes?

Jeg velger først å finne teori for å forklare hva SM er og hvordan det oppstår. Etter dette vil jeg ta inn teori som går på hvordan mennesker med SM kan bli stigmatisert eller stemplet av diagnosen. Jeg ønsker å belyse hvordan mennesker med denne diagnosen kan bli oppfattet av andre og hvordan de kan oppfatte sin diagnose selv. Jeg tar videre for meg teorier om selvutvikling og sosialiseringsteorier. Deretter har jeg funnet teori om kommunikasjon og tillit og til slutt om defokusert kommunikasjon.

Jeg var i fordypningspraksis ved en akuttpsykiatrisk institusjon for barn og unge. Der spurte jeg flere psykologer om de kjente til Selektiv Mutisme? Svarene var de samme, at det var en spesiell og vanskelig diagnose, siden barna ikke snakket, men ”lukket seg”, slik at kommunikasjonen ble vanskelig.

1.3 Oppgavens formål

Bacheloroppgaven er en avsluttende oppgave i vernepleierutdanningen, i et selvvalgt tema. Som vernepleier får jeg med denne oppgaven kompetanse i å belyse og forstå SM og hvordan vi som vernepleiere kan bidra til at barna blir møtt med forståelse. Jeg har laget en case om Marlene, som skal vise hvordan vernepleieren kan tilrettelegge for henne i klassen for at hun skal få være sosial ut fra hennes premisser. Det er viktig at vi ser helheten med tilrettelegging for barn med SM, derfor tar jeg inn også den helhetlige arbeidsmodell, som er vernepleierens arbeidsmodell (figur 1) Først kartlegger vi, analyserer, lager mål, finner gode tiltak for henne og evaluerer tiltakene om de er gode nok.



Figur 1. Modellen illustrerer at vernepleierens arbeidsmåte kan forstås som en prosess og at de ulike fasene står i et gjensidig forhold til hverandre. I alle faser må vernepleieren arbeide i samarbeid med og med respekt for brukeren selv og dennes pårørende. Ethiske dilemmaer og avveininger, samt omsorgsideologiske og juridiske vurderinger fokuseres i alle faser. Utpeking av satsingsområder og påfølgende prioriteringer skal ha sammenheng med hvilke mål som er sentrale for brukeren selv. (brosjyre ”om vernepleierket”, utgitt av FO, s 19) Fagplan Høgskolen i Molde 2010

1.4 Avgrensning

Jeg velger å begrense oppgaven til barn 6-12 år. Jeg velger å skrive om Marlene som har SM i caset som kommer i drøftingen. Hun har ingen tilleggsdiagnoser, men på grunn av at det er mange som har tilleggsdiagnoser, velger jeg å ta med litt litteratur i teoridelen som omhandler dette. Behandling med medikamenter tar jeg heller ikke med, da jeg velger å fokusere på kommunikasjon, sosialisering og pedagogiske utfordringer i skolen. Jeg har også valgt å ikke ta med hvordan de kartlegger i BUP og PPT, da det er utenfor mitt fagfelt.

2.0 Metode

Dalland (2007) viser til Tranøy(1986), som definerer metode som en måte å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som settes fram med krav om at de er sanne, holdbare eller gyldige. Metodene sier oss noe om hvordan vi bør skaffe til veie eller etterprøve kunnskap. Begrunnelsen for valg av en bestemt metode er at vi mener den vil gi gode data

og belyse spørsmålene på en interessant og faglig måte. Dalland (2007) viser til Aubert(1985), som formulerer hva en metode er: ”*En metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder*” (Dalland 2007:83). Jeg valgte å foreta en oppgave som var litteraturstudie, da tiden som var til rådighet ikke rakk til for eksempel intervju av fagpersoner.

For å finne litteratur, har jeg foretatt litteratursøk på BIBSYS og BRAGE, som gir tilgang til ressursene som finnes på biblioteket ved Høyskolen i Molde og andre høyskoler og universitet. Søkeord jeg brukte var: elektiv mutisme, selektiv mutisme, barn, skole, sosial angst, barn og psykiske lidelser. Jeg fikk 36 treff. Mange av disse var filmer, artikler og bøker som hørte til andre bibliotek. Jeg lånte litteratur fra Stavanger universitet, gjennom søketjenesten BIBSYS ASK.

2.1 Kildekritikk

Ved å søke i denne datakilden, fant jeg relativt lite litteratur og forskning i Norge på dette feltet, noe også Lundahl m.fl (2009) skriver. Jeg foretok et litteratursøk på R-Bup sin hjemmeside(Regionsenteret for barne- og ungdomspsykiatri) av Kristensen, Omdal og Lundahl, som er av de fremste på dette feltet i Norge. De har utarbeidet en veileder som heter: *Selektiv Mutisme hos barn og unge, en veileder for pedagogisk- psykologisk tjeneste (2009)*, som jeg kjøpte gjennom denne siden. Jeg har også brukt engelsk litteratur og jeg har benyttet teksten som den står, uten oversettelser. Dette for å gjengi litteraturen korrekt. Ved å bruke sitater som barn og ungdom har sagt, har jeg fått frem deres tanker og følelser om det å ha en slik diagnose som Selektiv Mutisme er. Her har jeg brukt sekundærkilder fra hovedlitteratur, dette for å skape et bilde av denne tilstanden, som er ganske ukjent for mange.

2.1.1 Vitenskapelig metode og retning

Ved å vise hvilke retning jeg bruker i vitenskapelig metode, viser jeg videre hvordan oppgaven er ment bygd opp. Jeg deler vitenskapelig metode inn i den positivistiske og den hermeneutiske. Dallan (2007) sier at i det positivistiske synet er det to kilder til kunnskap. Det vi kan regne ut med våre logiske sanser og det vi kan observere (Dallan 2007:50) Her er det kvantitativ tilnærming, hvor det blant annet er et jeg - det forhold. Hovedtrekkene i dagens positivisme er en grunnleggende tiltro til vitenskapelig rasjonalitet (fornuft). Kunnskapen skal

også kunne prøves empirisk, og alle vurderinger og bedømmelser erstattes av målinger. Det finnes også vitenskapelige metoderegler som er anerkjente og kunnskapskrav. Metoden skal kunne gi troverdighet, som betyr at kravene til validitet og reliabilitet må være oppfylt. Forskeren skal være objektiv og ikke la seg påvirke av vurderinger som ikke er vitenskapelige.

Ved å velge en hermeneutisk retning, eller fortolkningslære som det betyr, gjør jeg forsøk på å gjøre klart, eller gi mening til det som vi studerer, som uklart, kaotisk eller selvmotsigende. Når man fortolker på denne måten, prøver man å finne fram til underliggende mening, eller gi klarhet i noe som synes uklart. Hermeneutikken handler om å forstå meningsfulle fenomener og å beskrive vilkårene for at mening skal være mulig. Det karakteristiske for meningsfulle fenomener er at de må fortolkes for å forstå. Hermeneutikk handler om å forstå grunnlaget for menneskelig eksistens. For alle oss som skal jobbe med mennesker er derfor denne tilnærmingen så viktig. Vi ser mennesket som en enhet som er satt sammen av flere deler av opplevelse, disse knyttes igjen sammen av et felles innhold som kalles helhet og utgjør erfaring og opplevelse gjennom et livsløp. Det er denne måten å tenke på som kan kalles for hermeneutikk (Dalland 2007:56f) Jeg har valgt hermeneutisk tilnærming til denne oppgaven, som er en kvalitativ metode, med fokus på subjekt – subjekt(Aadland 2004:193)

Gjennom å benytte den hermeneutiske sirkel som metode, kan vi forstå, tolke, finne hensikten og meningen. Prosessen som veksler på å se deler og å se helheten lar seg best gjennomføre etter modell av den hermeneutiske sirkel (Aadland 2004:190).

2.2 Validitet og reliabilitet

Aadland(2004) skriver at når data i en undersøkelse sier noe treffsikkert og viktig om problemstillingen for undersøkelsen, har den høy gyldighet/ validitet. Når data og undersøkelsene er til å stole på og ikke er preget av tilfeldigheter, har den høy grad av pålitelighet/ reliabilitet (Aadland 2004: 280f).

Jeg har brukt litteratur som er stort sett er av nyere dato. Ved å bruke kjente forfattere og sikre kilder ivaretar jeg kvaliteten i oppgaven.

2.3 For- forståelse

Linde og Nordlund(2006) viser til Malterud(1996) og hans definisjon av forforståelse:

Forforståelsen er den ryggsekk vi bringer med oss.. innholdet i ryggsekken påvirker hele veien måten vi samler og leser våre data.. Denne bagasjen består av erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og av den teoretiske referanseramme som vi har.. (Linde og Nordlund 2006:109).

Røkenes og Hanssen (2006), skriver at for- forståelsen er min egen måte å skape det jeg oppfatter som virkeligheten ut i fra min måte å tenke på. Når man forklarer eller forstår noe, så gjør man det ut i fra bestemte kategoriseringer, ved hjelp av bestemte teorier eller begreper. Tankemåten er en viktig del av det vi kaller individets for- forståelse. Forforståelsen kan beskrives som de brillene vi har på oss og farger alt vi ser. For- forståelsen består blant annet av etisk grunnsyn, verdier, normer og vårt menneskesyn(Røkenes og Hanssen 2006:12).

Jeg tenker at å være bevisst min for- forståelse har jeg funnet litteratur ut fra mine opplevelser og hva jeg ønsker å finne ut, ubevisst. Jeg er klar over min for- forståelse med at jeg tenker at barn med SM ikke blir ivaretatt nok i skolen. Men er det slik?

Kanskje får barn som er utagerende mer hjelp og forståelse fordi det finnes mer litteratur på emnet? Det er en del av min for- forståelse og hypotese. Min ”ryggsekk” med erfaring og opplevelser sier meg at barn med SM får lite hjelp. Kan det være at disse barna er stille og tilsynelatende blir sett på som barn som ikke vil synes? Det som finnes av litteratur langt tilbake kan synes som om disse barna har valgt å være tause. Taushet kan være provoserende og skaper både frustrasjon og sinne. Er det da lettere å overse barna og la de sitte i ”fred” på skolen?

3.0 Teori

Innledning

Jeg vil nå bruke forskjellige teorier som belyser drøftingen som kommer senere i oppgaven. Jeg vil skrive om tilstanden SM og forløp, årsaksforhold, utviklingsforstyrrelser, behandling og prognose for bedring av tilstanden. Jeg vil videre legge vekt på å få frem teori som virker inn på barnets selvoppfatning og hvordan sosial utvikling virker inn på barn. Jeg vil ta inn hvordan vi som vernepleiere kan finne måter å kommunisere på, slik at barna som har diagnosen SM føler seg trygg og på den måten kanskje kan begynne å snakke i skolesituasjonen. Når jeg skriver vernepleier, er det fordi

det er min profesjon, men alle som jobber med barnet kan selvfølgelig bruke samme metoder, både som ufaglært og lærer. Til slutt kommer jeg inn på det å ha diagnosen SM og hvordan barn kan bli stigmatisert ved å ha denne lidelsen.

Bunkholdt(2000) skriver:

Teori er å regne som et systematisk forsøk på å organisere informasjon, foreslå forklaringer og gi retning til forskning. Ut fra teorier kan det komme hypoteser, som er antagelser eller ”troer”, noen vil kalle det for kvalifiserte gjetninger om hva en studie vil resultere i (Bunkholdt 2000:26).

3.1 Om tilstanden *Selektiv Mutisme*

Jeg har i innledningen nevnt diagnosen Selektiv Mutisme/ elektiv mutisme. Lundahl m.fl (2009) skriver at diagnosekriteriene fokuserer på språk, men tilstanden dreier seg i videre forstand om kommunikasjon. Noen barn gjør seg forstått med å bruke mimikk, blick eller gester. Andre barn kommuniserer ikke nonverbalt i det hele tatt. (Lundahl m.fl 2009:8). Når man ikke kan gjøre seg forstått, verken ved verbal tale eller non- verbal tale er det vanskelig å formidle sine behov. Det kan være at barna har slått seg og at de er lei seg, at barna er tørste eller at de må på toalettet. Man kan tenke seg hvor fortvilt det må være å ha det på den måten. Man kan snakke og trenger hjelp, men man klarer ikke si fra

Lundahl m.fl(2009) skriver videre at barn som har SM er ikke helt tause og de er heller ikke ”bare beskjeden”. Beskjedne barn er beskjedne i de fleste situasjoner og total taushet er de som har sluttet å snakke i enhver sammenheng. Total taushet blir knyttet opp mot psykoser, traumer og utviklingsforstyrrelser (Lundahl m.fl 2009:9). Lundahl m.fl skriver videre at det er en viss sammenheng mellom SM og Asberger syndrom og dette bør kartlegges for videre tiltak igangsettes, skriver Lundahl m.fl (2009). Som vernepleier er det viktig at all kartlegging er gjort, slik at man kan utelukke andre diagnoser, som vil føre til mer omfattende tiltak. Lundahl m.fl(2009) skriver at det er ulike grader av språkforstyrrelser, som kan ha konsekvenser for tiltak og videre behandling. Det er også viktig å vite at barn som har to- eller flerspråklighet har en risikofaktor for å utvikle SM. Da må man kartlegge om hun også er taus når hun bruker morsmålet og ikke bare i sitt nye språkmiljø. (Lundahl m.fl 2009:9f) Kartlegging er en av fasene i helhetlig arbeidsmodell, som er vernepleierens arbeidsredskap.

Som jeg tidligere har vært inne på i innledningen så er det ca 1% i Norge mellom 6-12 år som har denne diagnosen. Kristensen (2005) hevder at det kan være vanskelig å si nøyaktig når diagnosen SM inntreffer, da mange foreldre vil si at barnet deres alltid har vært litt forsiktig og sjenert i nye situasjoner, og at problemene først ble tydelige ved oppstart av barnehage eller skolestart. De fleste barn blir henvist til PPT eller BUP i 6-7 års alder, det vil si rundt skolestart Dette er også noe som kjennetegner SM, at den blir mer tydelig i overgangsfaser. Det er ofte her barna blir stilt direkte spørsmål og barna føler at de blir mer ”synlig” og det blir mer forventningspress på barna (Kristensen 2005).

3.1.1 Mulige årsaker og risikofaktorer i utvikling av SM og historisk tilbakeblikk på diagnosen

Lundahl m.fl (2009) skriver at det har gjennom tidene vært mange forklaringer på hvorfor noen barn utvikler SM. Før var man mest opptatt av å forstå tausheten innenfor familierapeutisk, psykodynamisk eller atferdsterapeutisk paradigme, traumer, overkontrollerende foreldre og intrapsykiske konflikter hos barnet. Tausheten ble også sett på som en lært atferd for å manipulere sine omgivelser på.

I dag ser man på lidelsen som en sosial angstlidelse der barnet er tilbaketrukket og har et hemmet temperament. Forskjellige grader av forsinket utvikling/ forstyrrelser innen motorikk og språk kan være en del av dette tilstandsbildet (Lundahl m.fl 2009:10)

Ørbeck (2008) viser til første gang det ble skrevet noe om denne diagnosen var i 1877, da Kussmaul beskrev denne tilstanden som ”voluntær afasi”, der han beskrev 3 tilfeller av dette, mens første gang man kalte tilstanden for elektiv mutisme var i 1934, av Tramer (Hesselman 1983). I eldre faglitteratur har man hovedfaglig funnet kasusbeskrivelser, ofte med til dels ulike årsakhypoteser, som intrapsykiske konflikter, traumer og kontrollende atferd fra barnets side. Wergeland (1979) skriver at prognosen ble vurdert som dårlig, og en norsk behandlingsstudie beskrev at med 11 barn som hadde fått diagnosen elektiv mutisme i 9 års alderen, hadde det gått best med de barna som ikke hadde fått individuell psykoterapi da man gjennomførte oppfølgingsstudier da de hadde blitt 23 år (Ørbeck 2008:1).

Enkeltgrunner er altså ikke beskrevet, men tilstanden oppfattes i dag som nær knyttet til arvelig temperament på skyhet og hemmethet som sentrale sårbarhetsfaktorer, sammen

med ulike grader av utviklingsforstyrrelser. Det er også stor enighet om at SM forstås som en angstlidelse, og er særlig hyppig assosiert med sosial angstlidelse (Ørbeck 2008:1).

Lundahl m.fl (2009) viser til Kristensen og Torgersen (2001) som skriver at barn med SM skårer høyt på temperamentstrekket skyhet. Studier viser en viss familiær opphopning ved at SM forekommer hos henholdsvis 37% og ca 20% av nære familiemedlemmer til barn med SM. Hovedsymptomene som er tausheten ved SM, kan forstås som en form for sosial fobi, som vil si en uttalt redsel for å dumme seg ut i sosiale situasjoner (Lundahl m.fl 2008:10). Det er også noe som går igjen i litteraturen at disse barna trekker seg unna der de føler at de får fokus på seg og dermed blir ekstra sårbar. Også i situasjoner der det blir forventet noe av barnet, kan det oppstå vanskeligheter for barnet med SM og hun kan føle angst og frykt. Barn med SM unngår ofte kontakt med andre for å beskytte seg selv, for å slippe å bli såret og for å unngå misforståelser. ”More than anything, they do not want anyone to know that they are frightened” (Sage and Slukin 2004).

What happens then, is that they start to avoid activities in which they genuinely like to take part. They know that talking leads to acceptance and to making friends, but speaking, especially starting a conversation, is incredibly difficult for them. They avoid communication by withdrawing from people and isolating themselves. This means that they do not really learn how to socialize with other people. So, they become very lonely, even though they are not loners. They may protect themselves by pretending, and even believing, that they did not want these things in the first place (Sage and Slukin 2004:22).

Children with SM are likely to....

Find it difficult to make eye contact when they are anxious- they may turn their heads away and ignore you. One might assume they are being unfriendly, but they just do not know how to respond. Look blank when anxious- in school, they will be feeling fearful most of the time, which is why it is hard for them to smile, laugh or show true feelings, even when they have a wicked sense of humour. Move stiffly or awkwardly when anxious, or if they think that they are being watched.

Find it incredibly difficult to answer the register, or say hello, goodbye og thank-you. This can seem rude or hurtful, but it is not intentional.

Be slow to respond to a question. They also worry more than other people

They can be very sensitive to noise, touch or crowds.

They are intelligent, perspective and inquisitive, and very sensitive to the thoughts and feelings of others, but find it difficult to express their own feelings.

Have good powers of concentration.

(Sage and Slukin 2004:22).

3.1.2 Utviklingsforstyrrelser og lærevansker

Lundahl m.fl.(2009) skriver at det finnes dokumenterte sammenhenger mellom utviklingsforsinkelser/ forstyrrelser og SM hos barn og unge. Nesten 70 % fylte kriteriene for diagnoser som kunne ha utviklings- forsinkelser/ forstyrrelser (Kristensen 2002). Noen få av SM barn har mer alvorlige tilstander. Både Asberger, som er en gjennomgripende utviklingsforstyrrelse og generelle lærevansker/ psykisk utviklingshemning (Kopp og Gillberg 1997, Kristensen 2000). De vanligste samtidige utviklingsforstyrrelsene er spesifikke språkforstyrrelser, og flere undersøkelser har funnet en forekomst på 30-50 %. Blant språkforstyrrelsene er det fonologiske (hvordan man oppfatter lyden) som er det mest vanlige. Selv om barnet kan ha en språkforstyrrelse og dette i utgangspunktet er et eksklusjonskriterium for diagnosen SM, kan barnet ha både SM og språkforstyrrelse.

SM er en lidelse som bør forstås som en spesiell diagnose som kan ha mange utviklingsveier (Cohan m.fl 2008). Faktorer som miljø, skyhet og utviklingsforstyrrelser kan spille en rolle og kan påvirke hverandre gjensidig (Lundahl m.fl 2009:11f) Som vernepleier er det viktig å forstå viktigheten av å se på hvilke faktorer som spiller inn og er med på å opprettholde symptomene som barnet har, når det først har utviklet seg. Som vernepleier i klassen kan for eksempel sterkt press for å snakke eller at barnet blir ertet og plaget være faktorer som opprettholder symptomene og som kan gjøre situasjonen verre.

Det som er viktig å understreke er at barn med SM har like stort mangfold i intelligens som andre mennesker. Johnson and Wintgens (2001) skriver:

It is difficult to find a specific link between intelligence and selective mutism. This may possibly be partly due to the difficulties of carrying out reliable psychometric assessment on SM children. Selective mutism has been reported in children with a wide range of intelligence, from above average to those with mild or severe learning disabilities

(Johnson and Wintgens 2001:7).

Jeg vil videre se på hva slags konsekvenser en diagnose kan føre til for barn med SM. Er det alltid bra å få en diagnose, eller kan diagnosen misforstås? kan det føre til stigmatisering? Jeg vil se nærmere på disse faktorene i teksten som følger.

3.1.3 Diagnose og stigmatisering

Som vernepleier er jeg opptatt av å ha et helhetlig menneskesyn, ved at jeg ser barnet og alt som omgir barnet med SM.

Hensikten med diagnostikk er å dra nytte av den samlede kunnskap som finnes om den aktuelle tilstanden, for å forutsi og planlegge behandling og videre forløp best mulig. For å lette kommunikasjonen mellom forskere og klinikere på tvers av landegrensene for å være et redskap for å kartlegge forekomst av psykiske lidelser

Å kunne klassifisere og navngi tilstanden hos barn som strever, gir i de fleste tilfeller en forståelse av hvem som trenger hjelp, og på hvilken måte (Grøholt m.fl 2008: 90f). Eknes (2000) skriver at mange av personens vansker og behov faller utenfor det som diagnoser rammer inn, men sentrale forhold beskrives. Diagnoser hjelper også å forstå og oppsummere problemenes art og alvorlighetsgrad, sykdommens forløp og kan noen ganger gjøre det enklere å forstå og akseptere ”sær” atferd. Dette gjør igjen at det blir lettere for nærpå personer blir mindre irritert eller frustrert og mer ivaretagende. Diagnoser gjør også at man kan dokumentere effekt av behandlingsformer for personer som har bestemte diagnoser. Diagnoser kan også sette oss på sporet av aktuelle tiltak som er dokumentert effektive, og unngå tiltak som virker mot sin hensikt (Eknes 2000).

Hvordan virker diagnosen i forståelsen av barn med SM? Kan de bli stigmatisert av sin egen diagnose? Ovennevnte litteratur viser til viktigheten av diagnoser og ved å få en diagnose kan mennesker forstå ”særheter”, og at det kan øke til forståelse. Hva da med barn med SM som blir oppfattet som sta og som har hatt diagnosen elektiv, som faktisk kan bety at barna velger å være taus? Hva dette med forståelsen rundt sykdommen og barnet? Blir hun møtt med forståelse av at det er en angstlidelse hun ikke kan noe for?

Brodtkorb m.fl (2001) skriver at Goffman, som er en kjent sosiolog, beskriver sykdom i et symbolsk interaksjonistisk perspektiv. Han tar utgangspunkt i at sykdom og sosiale

problemer kan oppfattes som sosiale avvik i samfunnet. Han bruker betegnelsen stigma og stigmatisering, som kommer fra grekerne og brukte disse som legemlig merking for å avsløre noe usedvanlig og dårlig med personens moralske status. Mennesker som fikk denne betegnelsen ble sett på som dårlig og skulle utelukkes fra det sosiale fellesskapet. Hvilke egenskap som anses som vanærende, vil variere i ulike samfunn. Og disse avvikene vil være et kulturelt og relativt fenomen. Goffman mener at stigmatisering på grunn av sykdom får store konsekvenser for hvordan personens selvoppfattelse og deltagelse i det sosiale livet blir. Stigmatisering gir en tendens til at mennesker rundt ser avviket og ikke personen, og personen er på den måten oppslukt av stigma, og vedkommende blir bare sykdommen eller problemet (Brodtkorb m.fl 2001:129f).

Lund (2010) viser til uttalelsen fra barn med SM:

I am the silent one..(..). I am the one who doesn't raise my hand, even if I know the answer. That's me (Lund 2010:72). Her har kanskje barnet identifisert seg med sin egen diagnose som den stille, den som ikke snakker? Hun har gjort sin person og sitt menneske til et problem, der hun er problemet? Hvordan kan dette virke igjen på andre som omgås barnet? Tenker de at ”der er hun som ikke snakker, vil ikke snakke, er sta og manipulerende”? Hvis man går tilbake til eldre litteratur kan denne virke stigmatiserende på barna, de ble sett på som opposisjonelle, sta og lite samarbeidsvillige. Er vi kommet lengre i dag.?

3.1.4 Hvilke behandling finnes for barn med SM

Hvor langt man har kommet i behandlingen av barn med SM i dag, beskriver Cohan m.fl; Keen m.fl(2008) viser til at det ikke finnes noen ”gullstandard” for hvordan en skal behandle barn med SM. Imidlertid vil disse barna trenge en bred, systemrettet og tverrfaglig tilnærming med tanke på behandling og tiltak, fordi tilstanden rammer barna både sosialt, skolefaglig og emosjonelt (Lundahl m.fl 2008:12) Ved å ta inn vernepleierens kompetanse i skolen, kan man få til et tverrfaglig samarbeid med lærerne, for å få til et godt tilbud til skolen. Vernepleiere er jo ikke lærere, og lærere er heller ikke vernepleiere, men sammen kan vi jobbe for å finne gode tiltak som kan påvirke barnets skolehverdag på en god måte, med å kartlegge behovene, se hvordan vi kan legge til rette for at hun skal ha det bra og på den måten lage tiltak som gjør at hun føler seg trygg i klasserommet.

Siden SM er en relativt sjelden tilstand, og i litteraturen finnes det stort sett enkeltbeskrivelser av barn. Det finnes ingen randomiserte kontrollerte behandlingsstudier av denne tilstanden, men Cohan m.fl (2008) skriver at en oversiktsartikkel over behandling med SM, gir forsiktige konklusjoner med at tilnærminger som inkluderer atferdsterapeutiske teknikker, kan se ut til å hjelpe.

Gradvis nedtoning av stimuli, eller ”stimulus fading” er den metoden som benyttes hyppigst. Man bruker da det som kalles ”sliding in technique”, hvor en ”nøkkelperson” bringes inn i en situasjon hvor det allerede foregår verbal dialog med barnet og en annen person, som kan være en av foreldrene, der barnet snakker fritt i lekesituasjoner eller andre situasjoner som barnet er trygge i (Johnson og Wintgens 2001). ”Nøkkelpersonen” nærmer seg den pågående situasjonen gradvis. Når barnet får tillit og begynner å snakke med ”nøkkelpersonen”, overføres samme prosedyre til andre personer og situasjoner. For eksempel at man tar inn flere barn i situasjonene, slik at barnet blir gradvis trygt på nye mennesker og situasjoner. Johnson og Wintgens (2001) skriver at teknikken krever at fagpersonalet er trent på forhånd og teknikken gjennomføres på en kontrollert måte. Korte og hyppige intervensjoner anbefales fremfor mer sjeldne (Lundahl m.fl 2008:13). Jeg vil videre skrive om brukermedvirkning og hvorfor det er viktig for barn med SM og hvorfor jeg, som tjenesteutøver bør være bevisst denne.

3.1.5. Brukermedvirkning

Haug og Paulsen (2007) skriver at brukermedvirkning betyr at vi tar hensyn til brukerens barnas behov. I dette tilfellet et barn med SM. Deres ønsker og behov skal bli ivaretatt og det er en selvfølge i profesjonelt arbeid. Det er en menneskerettighet å få bestemme over sitt eget liv og brukermedvirkning betraktes som en overordnet ideologi i helse- og sosialtjenesten. Retten til brukermedvirkning er nedfelt i pasientrettighetsloven, sosialtjenesteloven og kvalitetsforskriftene (Haug og Paulsen 2007:23). Dette innebærer at hensynet til barnet skal være ivaretatt og at vernepleieren som skal jobbe i klassen med Marlene, ivaretar barnets brukermedvirkning.

Jeg er særlig opptatt av hvordan barna med SM ser på seg selv og hvordan vi som vernepleiere kan legge til rette for at de skal få økt selvtillit og sin sosiale kompetanse. Jeg har derfor gått nærmere inn på dette i teksten som følger:

3.2 Selvet, sosialisering og nettverk

3.2.1 Selv, selvet, selvvurdering

Vi kan si at selvet er en del av vår personlighet, den som gjøres av tankene og følelsene våre. Begrepet brukes sammen med en rekke andre ord, selv- bilde, selv- følelse, selv- vurdering (Smith og Cowie 1991):

hvordan en ser seg selv, og hvordan en tror at andre ser en. Selvbegrepet eller identitet er en generell betegnelse for hvordan en tenker om seg selv, og omfatter alle sider ved en selv: utseende, personlighet, evner, kjønn, etnisk tilhørighet, nasjonalitet og så videre (Bunkholdt 2003:165).

3.2.2 Sosial kompetanse:

Hvordan kan vernepleieren bidra til at barn med SM får økt sin sosiale kompetanse ut fra sine forutsetninger?

Det er ingen tvil om at det finnes direkte sammenhenger mellom mangel på sosial kompetanse og tilstander som ensomhet og depresjon, skriver Gundersen og Moynahan (2006) De skriver videre at det er sammenhenger som viser barns evne til å etablere vennskap og grad av psykiske vansker gjennom hele livet. Kan vi som vernepleiere hjelpe disse barna til å opprette vennskap, ved at vi legger til rette for økt sosialisering i klassen deres? Kan det føre til at de styrker sin sosiale kompetanse, gjennom veiledning? Det er nettopp den sosiale ferdigheten som er viktig for alle mennesker, for å forstå hva som skjer rundt seg og hvordan man kan lære i samhandling med andre?

Sosial ferdighet er en betegnelse på spesifikke atferdssekvenser som en person bør kunne mestre for å opptre kompetent i sosiale sammenhenger, som å gi komplimenter, be om hjelp. Sosiale ferdigheter kan inndeles i ferdighetsklasser som ansvar, empati, selvkontroll, samarbeidsferdigheter og selvhevdelsesferdigheter. Begynnende sosiale ferdigheter, ferdigheter for å hankses med følelser, ferdigheter til å hankses med

planleggingsferdigheter og stress, og ferdighetsalternativer til aggresjon (Gundersen og Moynahan 2006:163).

3.2.3 Sosialiseringsprosessen

Sosialiseringsprosessen handler om hvordan barn gradvis tar opp i seg regler og normer og tar disse reglene til seg. Barn blir formet av kulturelle og sosiale forhold som barnet blir omgitt av og gjennom det blir det et sosialt fellesskap (Bunkholdt 2003:29) Kartlegging av barn med SM er viktig for å se sosialiseringsprosessen med jevnaldrende. Responderer barnet når andre tar kontakt? Gir barnet respons eller avviser hun lek og sosialt samspill? Man bør også finne ut hvordan hennes sosiale fungering og lek i samspill med andre barn er i fritiden og om hun tar initiativ til sosial kontakt med andre barn på fritiden? (Lundahl m.fl 2009:22) En type teori om sosialiseringsprosessen, er at man antar at barnet er et vesen som passivt blir formet av stimulering utenfra. Det vil si at sosialiseringsprosessen er en enveisprosess. Det blir her beskrevet som at mennesket er et reaktivt vesen som nærmest er en mekanisme som reagerer på ytre stimuli. Det stilles tvil om denne teorien i dag, hevder Evenshaug og Hallen (1992). (Bunkholdt 2003:30).

Bunkholdt (2003) skriver at det er mer tiltro til interaksjonsteorier, der sosialiseringsprosessen oppfattes som en gjensidig påvirkningsprosess mellom menneskene og miljøet. Det vil si at barnet deltar aktivt i prosessen ved å velge ut inntrykk, ved å tolke og organisere inntrykkene, samtidig som man selv er med å påvirker de menneskene som omgir det. Siden det er menneskene som omgir barnet som formidler de kulturelle og sosiale påvirkningene av barnet, betyr det at barnet påvirker sin egen sosialisering. Dette bekrefter det grunnsynet om at barn er aktivt medvirkende til sin egen utvikling helt fra fødselen av og selv et nyfødt barn har mulighet til å aktivt påvirke sine omgivelser (Bunkholdt 2003:30).

3.2.4 Uri Bronfenbrenners utviklingsøkologiske teori og modell

Teorien til Bronfenbrenner, som går ut på at en sosialiseringsprosess som foregår ved at barnet aktivt medvirker og at sosialiseringsprosessen må forstås som et samspill mellom mange forhold som omgir barnet (Bunkholdt 2003:30). Når vernepleieren skal jobbe i skolen, med barn som har SM er det viktig å få bakgrunnsopplysninger om hvordan hun er hjemme, sammen med venner i fritiden og om tausheten er likedan der? Dette kan være

med å kartlegge hvordan vi kan finne et godt opplegg for barna på skolen, slik at hun får en god skolehverdag, der hun blir ivaretatt og hun kan få komme med sine ønsker om hvem hun synes det er greit å være sammen med og hvem hun er trygg på. Å kartlegge dette vil gi en indikasjon på hvor lenge symptomene har vart. Hvordan kommer tausheten til uttrykk? Kan barnet hviske til kamerater, noen få venner? Tar barnet initiativ eller benytter seg av gester? Virker barnet plaget av symptomene på SM?

Aadland (2004) beskriver det å forstå og bli forstått som kanskje den viktigste dimensjonen i all mellommenneskelig kommunikasjon. Samtidig er denne forståelsen en type taus og ordløs viten. Hvordan vet vi hvordan vi skal omgås andre mennesker? Hvordan påvirker det oss som vernepleiere og henne som har SM? Hva slags kunnskap eier vi som gir oss ansiktsuttrykk, ord og holdninger overfor mennesker vi møter?" (Aadland 2004:84)

Barn med SM har vanskelig for å ta kontakt med andre og danne nye relasjoner. Lund (2010) siterer ei jente på 16 år: *"I don't know what to do. That's the actual fact. I don't know how to create friendship, and I don't know how to be a part of the gang (pause). It's totally new for me"* (Lund 2010:387).

Hvordan forholder familien og skolen seg til symptomene og hva har blitt forsøkt tidligere? Er det mye som har vært utprøvd? (Lundahl m.fl 2009:22). Her kan skolen og hjemmet samarbeide for å finne gode løsninger. Vernepleier kan kartlegge sammen med barnet og familien hvordan vi skal finne gode løsninger for henne.

Bronfenbrenners økologiske perspektiver understreker helhet og sammenheng i barns oppvekst og utvikling, og han ser på utviklingsøkologi som en progressiv og gjensidig tilpasning mellom barn i utvikling og det foranderlige miljøet som omgir det.

Vernepleiefaglig ser jeg sammenhenger med vår helhetlige måte å tenke på. Vi deler ikke opp og splitter, men ser at det er mange sider som påvirker barnet med SM. Som vernepleier i skolen vil jeg inkludere hele henne og ikke se på henne som et sykt barn med store sosiale tilknytningsproblemer, som er taus og sta. Jeg vil forstå henne som et helhetlig menneske med vansker i noen situasjoner, og som Klefbeck og Ogden(2003) også beskriver, så foregår utviklingsprosessene med påvirkning av sosiale relasjoner, skolemiljøet og andre steder som barna deltar i (Klefbeck og Ogden 2003:26f).

Bronfenbrenners utviklings- og sosialøkologi beskriver og analyserer barns oppvekst som i et samfunn som kontinuerlig er foranderlig, men han viser også en helhetlig referanseramme for forebyggende og problemløsende innsats for risikoutsatte barn. Den sosialantropologiske nettverksteorien utgjør det teoretiske grunnlaget for sosialt nettverksarbeid. Styrken til systematiske teorier er at samsvarer godt med praksis og omtales ofte som praktikerens teori. Disse teoriene favner virkeligheten eller praksisfeltets mangfold og beskriver måter alt henger sammen på, fra makro til mikro. Konsekvensen av dette kan være at man forsøker å favne "hele virkeligheten" og perspektivet kan nok virke overveldende (Klefbeck og Ogden 2003: 49).

Jeg vil gå nærmere inn på Bronfenbrenners systemteori og gå inn på de to systemene som er naturlig å trekke inn i denne oppgaven, da vi ser at mikrosystemet og som er barns indre nettverk og ut mot mesosystemet som er å regne som et mellomsystem. Mikrosystemet brukes om miljøet som barn har direkte kontakt med, og som fysisk og sosialt kan avgrenses i forhold til andre miljøer. Mikrosystemet viser også til en atferdssetting eller som er primærmiljø eller en barnas sosiale arena. Mikrosystemet som jeg har nevnt, er der hvor barnas utviklingsmiljøer skapes med sine erfaringer og der barna skaper sin virkelighet. Barna skaper altså sin egen virkelighet i disse systemteoriene. Hvordan er det med SM-barn? Får de utfolde seg og skape sin virkelighet på lik linje med andre barn som kommuniserer i sosiale settinger? Klefbeck og Ogden (2003) skriver at det er viktigere for barnas utvikling hva som utspiller seg mellom mikrosystemene en hva som foregår i dem. Dette kan stemme med det jeg tidligere har skrevet om at overganger til nye situasjoner er spesielt sårbart for barn med SM.

Jeg viser videre til lovverket og hva det sier om tilpasset opplæring og hva barnet med SM kan ha rett på:

3.3 Opplæringsloven og tilpasset opplæring og IOP

Det bør finnes en sakkyndig som gjør en vurdering i skolen om pedagogiske og spesialpedagogiske tiltak i skolen, som er hjemlet i Opplæringsloven §5.3 og skal etter den pedagogisk- psykologiske utredningen gi en grundig funksjonsbeskrivelse av eleven/ barnet med SM. Dette gjelder i kommunikasjonsmønster, sosial funksjon og i forhold til

kognitiv fungering. PPT må vurdere om barnet har utbytte av vanlig ordinær undervisning, eller om barnet har behov for spesialundervisning på skolens arena. Dette må individuelt tilpasses den enkeltes funksjonsnivå og hvor alvorlig tausheten og eventuelle lærevansker er.

De aller fleste barn med SM vil trenge støtte og tilrettelegging i skolen, men dersom PPT sin sakkyndige konkluderer med at det ikke er behov for spesialundervisning, vil det likevel være behov for tettere oppfølging i form av økt voksentegethet, hvor en voksen kan gis ekstra tid til å organisere og gjennomføre et tilpasset opplæringstilbud for barnet med SM. Denne personen bør være en voksen som barnet er trygg på. PPT bør veilede og følge opp de ansatte som til daglig jobber med barn med SM, enten det er satt i gang spesialundervisning eller ordinære tiltak i skolen (Lundahl m.fl 2009:36).

Opplæringsloven §5-1:

Elever som ikkje har eller som ikkje kan få tilfredsstillande utbytte av det ordinære opplæringstilbudet, har rett til spesialundervisning(...) Opplæringstilbudet skal ha eit slikt innhald at det samla tilbodet kan gi eleven eit forsvarleg utbytte av opplæringa i forhold til andre elevar og i forhold til dei opplæringsmåla som er realistiske for eleven.

Har barnet spesialundervisning i skolen, skal det utarbeides en IOP (individuell opplæringsplan) i hht §5.5 i opplæringsloven.

”Skolen skal kvart halvår utarbeide skriftleg oversikt over den opplæringa eleven har fått, og ei vurdering av utviklinga til eleven. Skolen sender oversikta og vurderinga til eleven eller til foreldra til eleven og til kommunen eller fylkeskommunen”(Lovdata.no). Lundahl m.fl (2009) skriver at IOP skal alltid inneholde konkrete mål i henhold til elevens kognitive forutsetninger når det gjelder mestring av læringsmålene. Det er skolene som utarbeider IOP og skal se målene i sammenheng med den lokale og sentrale læreplanen. Erfaring viser at når det gjelder barn med SM, må PPT veilede og bistå skolene i utarbeidelse av denne (Lundahl m.fl 2009:39).

Man ser her viktigheten av å ha en voksen som barnet er trygg på. At barnet har et godt psykososialt miljø er nedfelt i Opplæringsloven §9.a-1. Der står det at alle elever som går i grunnskolen og videregående skole har rett på et fysisk og psykososialt miljø som fremmer læring, trivsel og helse. For å få et godt psykososialt miljø skal det legges vekt på de

mellommenneskelige forholdene på skolen og hvordan elevene og personalet opplever dette. Det psykososiale miljøet handler om læringssituasjonen og hvordan eleven opplever denne (Lovdata.no). Hvordan skal vi kommunisere med barn med SM? Er det noe vi særlig bør legge vekt på? Jeg har tatt for meg denne problemstillingen i teksten som følger:

3.4 Kommunikasjon med barn som har SM

Å kommunisere med barn som har SM er ofte den aller største utfordringen. Som jeg har vist til tidligere i oppgaven, kan barn som har SM snu seg bort, reagere med å knipe munnen sammen og av og til kan det se ut som om barnet har fryst fast i situasjonen. Dette kan virke provoserende på de fleste og man føle seg avvist og støtt. Når vi vet at grunnen til denne måten å reagere på er av angst, må jeg som vernepleier øke min kunnskap om dette for å hjelpe barnet.

Eide og Eide (2007) skriver at når man utfører en profesjonell praksis er etikk og kommunikasjon to sider av samme sak. Sentrale verdier i hjelpeyrket er omsorg, respekt, fagkunnskap, og kvalitet. Etisk kommunikasjon er et etisk spørsmål om jeg som vernepleier klarer å utføre det i praksis? (Eide og Eide 2007:100). Jeg tenker at som vernepleier som skal jobbe med barn som har denne diagnosen må vise engasjement, at jeg bryr meg, er interessert og har kunnskap om hennes lidelse og har kunnskap om hvordan jeg kan hjelpe henne i kommunikative ferdigheter.

Eide og Eide (2007) skriver at hjelpende kommunikasjon forutsetter beherskelse av en lang rekke ferdigheter. Kjernen i kommunikasjonens kunst er å anerkjenne den andre, være aktivt lyttende, samtidig som man er åpen og direkte. Vi trenger å bli mer bevisste, i hvordan vi kommuniserer og hvordan det virker inn på andre, og at vi er bevisst det brede spektret av kommunikasjonsferdigheter vi har til rådighet (Eide og Eide 2007:12f).

Vernepleiere får mye teoretisk og praktisk kompetanse i å kommunisere på en respektfull og reflektert måte, gjennom studiet. Vi tenker og reflekterer over våre holdninger og hvordan vi kommuniserer med mennesker som trenger spesiell tilrettelegging.

Det å ha skape tillit i relasjonen mellom vernepleier og barn med SM er etter min mening avgjørende for å skape en trygg ramme for samhandling og forståelse. Jeg mener at tillit i en relasjon må ligge til grunn hvis man skal kunne hjelpe og bistå på en så god måte som

mulig. Eide og Eide (2007) definerer *situasjonsbetinget tillit*. De forklarer det slik: ” Erik. H. Erikson (1950) kaller grunnleggende tillit (*basic trust*). Begrepet innebærer en tillit til at tilværelsen er trygg, at verden er et godt sted å være, og at noen tilbyr hjelp viss man trenger det.” (Eide og Eide 2007:57f). Med dette mener Eide og Eide (2007) at hjelperen kan gjøre dette ved å skape en relasjon hvor barnet får opplevelsen av det å ha en situasjonsbetinget tillit, da dette kan føre til at, barnet i denne situasjonen, opplever tilværelsen som meningsfull og god. Videre forklarer de at man som hjelper kan gjøre dette ved å gi personen det gjelder god omsorg, trygghet og at man er der for barnet, samt å være med på å skape et sosialt nettverk der dette er en mulighet. Vernepleieren bør ha evnen til å være tilstede for den som trenger det og å lytte til barnet, slik at hun får den hjelpen som trengs. Nedenfor følger et avsnitt hvordan vi kan tilnærme oss barnet ved å bruke defokusert kommunikasjon:

3.4.1 Defokusert kommunikasjon med barn som har SM

Vernepleiere og andre yrkesgrupper kan følge rådene til Hanne Kristensen, som har skrevet en metode å kommunisere på som reduserer angst og ubehag for barna. Lundahl m.fl (2009) viser til Hanne Kristensen (2005), som beskriver ”defokusert kommunikasjon” som et viktig grunnprinsipp mellom barnet og hjelper. Hovedpoenget er å redusere angsten og ubehaget barnet opplever i den sosiale situasjonen. Prinsippene kan også benyttes i forhold til barn som er sosialt engstelig selv om de ikke er tause. Hvordan vi skal bruke denne kommunikasjonsformen, og hovedprinsippene for denne tar jeg inn i drøftingen som følger.

4.0 Drøfting

Hvordan kan vernepleieren bidra til at barn med selektiv mutisme får delta i det sosiale livet på skolen, på barnas premisser

- 1.Hva kjennetegner Selektiv Mutisme, og hvordan oppstår denne lidelsen?*
- 2.Hvordan påvirker Selektiv Mutisme selvtutviklingen til barna?*
- 3.Hvilke spesifikke kommunikasjonsmetoder bør benyttes?*

Jeg vil presentere et case om Marlene, som er 7 år og som har fått diagnosen Selektiv Mutisme. Jeg vil ta inn teori som jeg har funnet i teoridelen og drøfte den opp mot hvordan vernepleieren kan bidra til at barn med Selektiv Mutisme får delta i det sosiale livet på skolen, på barnas premisser.

Når jeg går inn i drøftingen, bruker jeg vernepleieren som samhandlingsperson opp mot Marlene. Alle, både lærere og andre kan bruke samme metoder, men siden jeg går en profesjonsutdannelse faller det naturlig at jeg bruker vernepleier i eksemplene.

Ved å anvende vernepleiefaglig kompetanse med å benytte vernepleierens helhetlige arbeidsmodell (figur 1) som jeg har vist til tidligere, får vi kartlagt hennes behov for hjelp og tilrettelegging. Vernepleieren kan også analysere hjelpebehovet hennes og vurdere mål og tiltak som er nødvendig for at hun skal få en god skolehverdag. Profesjonelt miljøarbeid er en del av fagområdet til vernepleieren. Miljøarbeid kan forstås som forståelsen, begrunnelsen og gjennomføringen av en systematisk og planlagt handling, sammen med eller for en tjenestemottaker. I dette begrepet ligger det et krav om eksplisitt redegjørelse for, metode, mål og begrunnelse (Linde og Nordlund 2006: 29). Linde og Nordlund (2006) skriver videre at for å hjelpe mennesker til å fungere i sosiale sammenhenger må vi ha kunnskap til å sette oppdragelses-, utviklings- og samhandlingsmetoder i system. (Linde og Nordlund, 2006:29).

Dette innebærer at profesjonelt miljøarbeid bør og kan utøves i skolen når det er behov for spesiell tilrettelegging, noe det ofte er for barn med SM. Det kan også synes som en god

ansvarsfordeling om profesjonelt miljøarbeid kunne utøves av vernepleiere som har dette som sitt spesialfelt, mens pedagogisk tilrettelegging kan gjøres av lærerne. Jeg vil videre drøfte hvordan vi som vernepleiere kan kommunisere med barn med SM på skolen og hvordan vi kan tilrettelegge for at disse barna kan kommunisere med andre på sine premisser i klasserommet.

4.1 Case om Marlene 7 år

Familiær bakgrunn: Marlene har en storebror som er to år eldre enn henne. Mor og far er gift. Storebror begynte på skolen 2 år før henne og Marlene gledet seg til å begynne på skolen. **Sosial utvikling:** Marlene har gått i barnepark siden hun var 3 år. Hun lekte sammen med andre barn, men var litt beskjeden når hun ble spurt direkte spørsmål av de voksne. Dette var spesielt når de hadde samlingsstund og alle barna satt i ring rundt på gulvet. Da hun ble spurt om noe eller det var hennes tur, knep hun munnen sammen og snudde seg bort. Personalet hadde nevnt dette til foreldrene, men samtidig sagt at hun vokser sikkert dette av seg når hun begynner på skolen. Foreldrene bekymret seg ikke fordi de så at Marlene var et barn som stort sett var fornøyd, glad og veldig pratsom når hun var hjemme. Marlene sine bestevenninner skulle også begynne i samme klasse, noe de gledet seg til. **Kognitiv og motorisk utvikling:** Marlene gikk når hun var 11 mnd og var tidlig ute med å snakke. Hun tegnet og kunne mange bokstaver før hun begynte på skolen.

Etter skolestart:

Marlene var nesten 7 år og hadde gått på skolen i nesten 1 år, da lærer innkalte til møte og fortalte foreldrene at Marlene ikke snakket og at hun ikke visste hva hun skulle gjøre. Læreren var også oppgitt for hun følte at Marlene kunne snakke, men ville ikke. Hun sa at hun hadde prøvd å presse henne flere ganger, men da ble det verre og hun opplevde at Marlene "stivnet" i situasjonen. Hun var oppgitt og frustrert og sa at nå visste hun ikke hva hun skulle gjøre mer. De andre barna i klassen hadde også begynt å kommentere at Marlene ikke snakket og noen lo av henne, mens andre igjen ble sinte fordi hun ikke svarte når de snakket til henne. Foreldrene ble bekymret. De hadde lagt merke til at Marlene hadde blitt mer stille etter at hun hadde begynt på skolen, og flere ganger hadde hun nektet å gå på skolen. Moren hadde tatt opp dette med skolen, som forvisset moren om at Marlene hadde det bra på skolen og at ingen plaget henne og at hun alltid var sammen

med bestevenninnene. Foreldrene hadde slått seg til ro med dette. Læreren hadde ikke sagt noe om at hun ikke snakket før, og de ble fortvilte over dette. Foreldrene tok dette opp med Marlene, men da knep hun sammen munnen og sa at læreren var dum. PPT ble koblet inn og de henviste henne til BUP- for å utrede henne videre. Der ble hun utredet og det ble slått fast at hun hadde diagnosen Selektiv Mutisme. Det ble også foreslått søkt etter vernepleier, da Marlene trenger spesiell oppfølging i skolen.

4.2. Vernepleieren i bli- kjent fasen

På skolen der Marlene går, er det en vernepleier som skal følge opp Marlene. Hun har blitt kjent med foreldrene til Marlene gjennom samarbeid med PPT. Samarbeid med PPT er ofte en nødvendighet, da dette er en krevende diagnose og ansatte på skolen får veiledning av PPT. Lundahl m.fl (2009) skriver at det bør etableres tverrfaglige team rundt barnet med SM. Dette for å bidra til økt forståelse rundt barnets behov og fungering. PPT skal bistå skolen i gjennomføringen av pedagogiske og spesialpedagogiske tiltak, men BUP bør ha det overordnede behandlingsmessige ansvaret for barn med SM (Lundahl m.fl (2009: 32).

Foreldrene har beskrevet Marlene som ei jente som var glad og lykkelig til hun begynte på skolen, men som nå er blitt trist og innesluttet. De er både lei og oppgitt og vet ikke hva de skal gjøre. De ønsker at klassen skal få vite hva hun sliter med, slik at både lærere og barn forstår at hun ønsker å snakke, men at hun ikke klarer dette. Vernepleierens første møte med Marlene er hjemme hos dem, noen dager før hun skal begynne å samarbeide med Marlene i klassen. Dette for å ha en trygg arena for Marlene, der mor og far og hun er. Ved å begynne første møte på skolen, uten mor og far og kjente omgivelser kunne dette ført til at hun trakk seg unna og ble redd, og situasjonen kunne låst seg. Lundahl m.fl (2009) skriver at overganger og nye situasjoner krever planlegging for å skape en trygg ramme.

4.3 Vernepleieren i kartleggingsfasen for barn med SM

For å tilrettelegge Marlenes skolehverdag er det viktig at vernepleier kartlegger og ser hvem hun liker å være sammen med, og i hvilke situasjoner som kan være utfordrende for henne. Vi vet fra caset at hun er taus i klassen, noe som er vanlig for SM barn. For å forebygge sosial isolasjon er det også viktig å forebygge ytterligere isolasjon. Dette kan gjøres ved at vernepleier ser helheten i klassemiljøet og hvilke utfordringer som finnes der.

Klefbeck og Ogden (2003) viser til Ogden(1997) som skriver: *forebyggende arbeid bør derfor være helhetlig og omfattende, heller enn avgrenset innrettet mot ett problemområde* (Klefbeck og Ogden 2003:119). Marlene er blitt ertet flere ganger og de andre barna blir sinte fordi hun ikke svarer dem. Læreren er også oppgitt og frustrert over situasjonen. Dette igjen kan føre til at Marlenes psykososiale miljø ikke er så godt?

Marlene skal ha et godt psykososialt miljø er nedfelt i Opplæringsloven §9.a-1. Der står det at alle elever som går i grunnskolen og videregående skole har rett på et fysisk og psykososialt miljø som fremmer læring, trivsel og helse. Det skal særlig legges vekt på de mellommenneskelige forholdene. Jeg tolker denne loven på denne måten at barnet skal bli møtt med respekt, bli inkludert og at man skal få til en god samhandling med barnet for å oppnå tillit og barnet igjen kan oppleve mestring og personlig vekst i sin skolehverdag. Jeg tenker at all samhandling som er mellom vernepleier og Marlene bør være bygd på tillit. Eide og Eide (2007) definerer situasjonsbetinget tillit på denne måten: ”Erik H. Erikson (1950) kalles grunnleggende tillit (*basic trust*). Begrepet innebærer en tillit til at tilværelsen er trygg, at verden er et godt sted å være, og at noen tilbyr hjelp viss man trenger det.”(Eide og Eide 2007:57f)

4.4 utfordringer i forhold til sosialisering for barn med SM

Det er ingen tvil om at det finnes direkte sammenhenger mellom mangel på sosial kompetanse og tilstander som ensomhet og depresjon, skriver Gundersen og Moynahan (2006). Som vi ser fra caset er Marlene mye sammen med venninnene som hun kjenner fra før. Dette er mennesker som hun kjenner og som hun er trygge på. Gundersen og Moynahan (2006) skriver at det er sammenhenger som viser barns evne til å etablere vennskap av grad og psykiske vansker gjennom hele livet. Hvordan kan barn med SM sosialisere seg? De kan ofte være redd for nye situasjoner, føle angst og ubehag når de treffer nye mennesker og trekke seg tilbake.

Sage and Slukin (2004) skriver: *children with SM find it difficult to make eye contact when they are anxious- they may turn their heads away and ignore you. One might assume they are being unfriendly, but they just do not know how to respond.* (Sage and Slukin

2004:22). Dette sier noe om hvor store utfordringer disse barna har for å sosialisere seg med andre barn. På den andre siden kan også andre barn som prøver å få kontakt med Marlene føle seg avvist og bli sinte. Dette igjen kan føre til at andre barn ikke vil leke med henne og føre til at hun bli sosial isolert. Brodtkorb m.fl (2001) viser til Goffman sin teori om at stigmatisering på grunn av sykdom får store konsekvenser for hvordan personens selvoppfattelse og deltagelse i det sosiale livet blir. Stigmatisering gir en tendens til at menneskene rundt ser avviket og ikke personen. Personen blir da oppslukt av stigma og vedkommende blir bare sykdommen eller problemet. Kan Marlene bli jenta som ”ikke snakker”? Og hvordan kan det virke på henne igjen? Jeg har vist til mulige konsekvensene av at hun kan bli sosialt isolert tidligere i oppgaven. Kan hun forandre situasjonen selv? Og hvordan ser hun på seg selv og sin sykdom? Det er mange og store utfordringer for at disse barna skal bli sosialisert og jeg kommer nærmere inn på dette i tilretteleggingsbiten som følger.

4.5 vernepleierens tilrettelegging i klasserommet for barn med SM

Vernepleieren eller lærer kan legge til rette for å redusere Marlenes engstelse i klasserommet ved å forberede henne på nye situasjoner og forklar godt nye hendelser og aktiviteter godt. Det er viktig å forklare situasjonen/ aktiviteten godt, slik at opplevelsen av nye situasjoner føles trygt. Lundahl m.fl (2009) skriver at gjennom å formidle til de andre barna i klassen hvordan de kan kommunisere og samhandle med barnet selv om han eller hun er taus. Man kan for eksempel si:” nå er det slik at Marlene ikke snakker/ snakker så mye/ ikke alltid svarer, men Marlene kan snakke, og vil sikkert synes det er lettere etter hvert, dersom ingen presser/ maser/ erter, men bare kan oppføre seg naturlig til henne og det at hun ikke snakker.(Lundahl m.fl 2009:15)

Ved å bruke lapper å kommunisere kan man få til en lek av å kommunisere. Her må man legge seg på hvilket årstrinn barna er på. Marlene er 7 år og har kanskje begynt å lære noen få bokstaver. Alle barna kan få lapper å lage en lek av det, og på denne måten ”ufarliggjøre” denne type kommunikasjon. Denne måten å kommunisere/ leke på er inkluderende for alle og Marlene kan føle at hun er som de andre i klassen og at hun ikke føler at alle ser på henne. Vernepleieren kan bruke seg selv som modell og vise at det er ok

å si noe dumt eller å si noe som er feil. Det å bruke humor og litt tull og tøys kan også bidra til at barnet ”glemmer seg” litt og muligens sier noe.

Vernepleier kan oppfordre til lek og samhandling med andre jevnaldrende, da leker og aktiviteter som er non- verbale gjennom skoledagen som alle barna i klassen kan delta i. Skrive på tavlen, peke på bokstaver og sang eller bevegelseslek. Her er det mye man kan gjøre for å unngå at fokuset blir på Marlene. Gjennom å tenke brukermedvirkning er det viktig å se hva Marlene liker og ta hensyn til det. Vernepleieren kan spørre med åpne spørsmål som nevnt tidligere og si at hun kan riste på hodet eller nikke hvis hun klarer å svare på denne måten. Eller Marlene kan ta kort eller bilde som viser til hva hun ønsker.

Marlene kan også for eksempel bruke mobiltelefon eller at de får gi svar på oppgaver og arbeid på skolen ved å bruke PC, i stedet for muntlige presentasjoner. Dette kan minske presset på Marlene og kan føre til at hun slapper mer av. Vernepleieren kan si til henne at hun ikke må snakke og at ingen vil presse henne til det. Dette kan gjøre at situasjonen blir litt løsere og Marlene ikke føler at vi vil presse henne til å snakke, som igjen kan redusere angsten hennes.

4.6 Vernepleierens rolle i tilrettelegging for kommunikasjon for barn med SM

Som jeg har skrevet tidligere, så er selve hovedutfordringen å kommunisere med barn som har SM, nettopp fordi det ofte kan føre til enveiskommunikasjon, ved at hjelperen blir den som snakker og barnet er stille. Som vernepleier i klassen til Marlene er det å skape trygghet i kommunikasjonen som er aller viktigst. Ved å bruke defokusert kommunikasjon, der barnet ikke får så stort fokus på seg, kan Marlene føle seg friere i kommunikasjonen og ikke så presset.

Eide og Eide (2007) skriver at hjelpende kommunikasjon forutsetter beherskelse av en lang rekke ferdigheter. Kjernen i kommunikasjonens kunst er å anerkjenne den andre, være aktivt lyttende, samtidig som man er åpen og direkte. Vernepleieren bør bruke et kroppsspråk og være bevisst stemmebruken. Sage and Slukin (2004) skriver : *Children with SM can be very sensitive to noise, touch and crowds*. Sage and Slukin (2004:22). Dette er noe vernepleier kan være bevisst på i forhold til plassering av barnet og hvem hun sitter sammen med. Barn med SM bør heller ikke sitte helt fremme i klasserommet, da

barnet føler at hun får for mye fokus på seg, for å unngå unødig engstelse når vernepleieren snakker med henne i klasserommet. Hun kan føle press ved at de andre barna ser på henne og forventninger til å snakke, samtidig som hun vil bli sett og hørt. Det er slike ting som kan være av direkte betydning for økt bedring av hennes situasjon.

4.7 Hvordan kan vernepleieren bruke defokusert kommunikasjon i samhandling med barnet?

Hanne Kristensen (2005) har i rapporten "Barn i Norge", forklart hovedprinsippene for defokusert kommunikasjon.

Reguler kontakt og kroppsspråk

Slik Kristensen (2005) viser til er det viktig at vernepleier regulerer blikkontakten ved å se mer på aktiviteten enn holder på med enn direkte på barnet. Gå ikke for tett på barnet, men sitt heller ved siden henne i stedet for rett overfor. Da dette gir henne mer frihet og hun slipper blikkontakt. Dette er noe barna prøver å unngå for de kan bli engstelige av blikkontakt. De kan få en angstfølelse og lukke seg eller snu seg bort, hvis man prøver å se dem i øynene. Min nærpersion sa en gang "det er verst når de prøvde å stirre meg i øynene. Jeg snudde meg bort, men da gikk de bare på andre siden og prøvde fra den siden".

Form og tema

Kristensen (2005) skriver videre at direkte spørsmål bør unngås som: "hva synes du/ hva vil du/ hvordan har du det/ hva liker du?". Man bør heller bruke åpne og undrende spørsmål, som: "Jeg lurer på om denne var fin å leke med/mon tro om ...har lyst på knekkebrød/brød?". Og så videre. En taus "samtalepartner" kan bidra til at "dialogen" blir en form for et intervju, som paradoksalt nok vil sette barna med SM enda mer i fokus enn ved en vanlig samtale. Samtaleemnene man snakker om bør ikke være om barnet selv, men om noe barnet er interessert i og opptatt av. Det er også lettere å begynne å si noe med lite kommunikativt meningsinnhold, som for eksempel en sangregle eller telle-lek. Mange av barna med SM er veldig redde for å si noe galt og de bør trygges på å forsikre dem om at det er ikke noe problem om de sier noe feil. Her kan den vernepleieren tulle og bruke humor, for å få en lettere stemning, kanskje også gjøre noe som kan bli oppfattet som "feil" sånn som å snuble eller miste noe.

Oppretthold dialogen.

Kristensen (2005) sier videre at det kan være en utfordring å opprettholde en samtale når den ene samtalepartneren ikke bidrar. Det er da lett enten å ta over hele samtalen, eller bli

taus selv. Man kan legge inn pauser eller små åpninger, for at barnet skal si noe eller gi respons tilbake på en eller annen måte, men samtidig skal man bare fortsette å snakke selv om responsen uteblir.

Reguler reaksjonen når barnet begynner å snakke

Hvis et barn med SM tør å si noe verbalt, er det viktig å ta det litt som en selvfølge og ikke bli alt for begeistret. For mye oppstyr og oppmerksomhet rundt det at de begynner å snakke, er jo nettopp det mange av disse barna frykter (Kristensen 2005: 22f)

Jeg tenker at det mye man kan gjøre som vernepleier. Man må tørre og prøve, men også huske på at alle barn som har SM er individuelle både med tanke på personlighet og hva de liker, sånn som alle andre.

5.0 Avslutning

5.1 Konklusjon

Problemstillingen var: *Hvordan kan vernepleieren bidra til at barn med selektiv mutisme får delta i det sosiale livet på skolen, på barnas premisser.*

Jeg mener at det jeg har vist til hvordan vi kan tilrettelegge for barn i det sosiale livet på skolen, men jeg synes likevel det er vanskelig å si klart at jeg har en klar konklusjon på om jeg har beskrevet og drøftet nok. Jeg kunne også tatt med mer litteratur om utviklingspsykologi og kognitiv terapi, da jeg i utgangspunktet hadde tenkt det. På grunn av begrensningen av tall og viktigheten av å ta med sosialisering og kommunikasjon ble det ikke plass til mer.

5.2 Refleksjon

Gjennom å jobbe med denne oppgaven har jeg sett på hvordan vi som vernepleiere kan jobbe opp mot disse barna i skolen. Jeg kjenner til diagnosen fra før, da jeg har en nærpersion som har denne diagnosen. Jeg tror min for- forståelse har vært med å styre hvordan jeg har skrevet denne oppgaven, selv om jeg har prøvd å være kritisk til min subjektivitet. Jeg har på grunn av subjektiviteten ikke dratt min nærpersons historie inn i oppgaven, mer enn på et par plasser. Jeg tenker at som helse- og sosialarbeider så skal vi være observant på taushetsplikt og være bevisst måte å ordlegge oss. Jeg har forsøkt å

beskytte min nærpersion ved å ikke ta med så mye av hennes opplevelser og var veldig bevisst dette på måten jeg laget caset på. Caset har ingen som helst sammenheng med min nærpersion å gjøre, unntatt symptomene, som oftest er like på barn med Selektiv Mutisme.

Som vernepleier så kan vi jobbe opp mot barn i skolen som trenger tilrettelegging. Både barn som er stille og barn som er mer utagerende. Det som er felles for alle disse barna er at de bør bli møtt med respekt fra de som skal jobbe med dem og at de får en opplevelse av å bli inkludert, selv om de er litt annerledes enn "alle andre". Som vernepleier er jeg stolt over profesjonen min og over at utdannelsen vektlegger helhetlig tankegang. Dette er noe jeg som menneske verdsetter høyt og tenker at alle er unike og har en egenverdi.

Litteraturliste

Pensumlitteratur:

Brodtkorb, Elisabeth, Reidun Norvoll og Marianne Rugkåsa (2001). *Mellom mennesker og samfunn sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Bunkholdt, Vigdis(2000) *Utviklingspsykologi*. Otta: Universitetsforlaget AS

Eide, Hilde og Tom Eide(2007, 2.utg). *Kommunikasjon i relasjoner, samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Eknes, Jarle (2000). *Utviklingshemming og psykisk helse*. Otta: Universitetsforlaget AS

Fagplan for vernepleieutdanningen (2010) Høgskolen i Molde

Haug, Erna og Kirsti Meum Paulsen (2007). *Mellom fag, forvaltning og politikk i helse- og sosialtjenesten- en problembasert introduksjon for studenter*. Otta: Universitetsforlaget AS

Henriksen, Jan-Olav og Arne Johan Vetlesen (2006, 3.utg). *Nærhet og distanse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Klefbeck, Johan og Terje Ogden (2003, 2. utgave). *Nettverk og økologi, problemløsende arbeid med barn og unge*. Oslo: Universitetsforlaget.

Linde, Sølvi og Inger Nordlund (2006, 2. utgave). *Innføring i profesjonelt miljøarbeid. Systematikk, kvalitet og dokumentasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.

Røkenes, Odd Harald og Per- Halvard Hanssen. *Bære eller bryte, kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Aadland, Einar(2004, 2.utg). *"Og eg ser på deg..." vitenskapsteori i helse – og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Selvvalgt litteratur:

Broberg, Anders, Kjerstin Almqvist og Tomas Tjus (2005). *Klinisk barnepsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Grøholt, Berit, Hilchen Sommerchild og Ida Garløv (2008, 4.utg). *Lærebok i barnepsykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget AS

ICD-10: *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. 10. revisjon* (WHO 1994). Norsk utgave, 2005. Oslo: Sosial og Helsedirektoratet

Johnson, Maggie & Alison Wintgens (2001) *The Selective Mutism Resource manual*. Speechmark publishing Ltd. Bicester, Oxon: United Kingdom.

Lund, Ingrid (2010) "*listening to Shy Voices*", *Shyness as an Emotional and Behavioural Problem in context of School*. PhD thesis UiS no.105- august 2010. University of Stavanger.

Sage, Rosemary and Alice Sluckin (2004) *approaches to selective mutism*. SMIRA: University of Leicester. United Kingdom

Shipon-Blum, Elisa (2007) *The ideal classroom setting for selectively mute child, a guide for parents, teachers and treatment professionals "understanding the selectively mute child"*. Selective mutism Anxiety Research & Treatment Center (SMART-Center) Philadelphia, Pennsylvania. USA.

Voksne for barn(2005) *Se meg! Barn i Norge 2005*. Årsrapport om barn og unges psykiske helse: Oslo

Ørbeck, Beate(2008) *Selektiv mutisme hos barn*. Tidsskrift for Norsk psykologiforening, vol 45, nummer 9. 2008. Regionsenteret for barn og unges psykiske helse, helseregion øst og sør. (R-BUP).

Litteratur fra internett:

Lov om grunnskolen og den videregående skulen (Opplæringslova) LOV-1998-07-17-61
<https://www.lovdatab.no/all/tl-19980717-061-006.html> (lest 15.05.11)

Statistisk sentralbyrå

<http://www.ssb.no/folkemengde/arkiv/tab-2011-02-24-01.html> (lest 06.05.11)