



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Hva er selektiv mutisme, og hvordan kan barn, ungdom og voksne møte personer med selektiv mutisme? - What is selective mutism, and how can children, adolescents and adults meet people with selective mutism?

Mona Olesen Solem

Totalt antall sider inkludert forside: 50

Molde, 18.05.2022



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 §§16 og 36.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert, jf. høgskolens regler og konsekvenser for fusk og plagiat	<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"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Regine Slinning

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

Dato:

Antall ord: 11863

Forord

She's given up talking (Paul McCartney, 2001)

She's given up talking

Don't say a word

Even in the classroom

Not a dickie bird

Unlike other children

She's seen and never heard

She's given up talking

Don't say a word

You see her in the playground

Standing on her own

Everybody wonders

Why she's all alone

Someone made her angry

Someone's got her scared

She's given up talking

Don't say a word

But when she comes home

It's yap-a-yap-yap

Words are running freely

Like the water from a tap

Her brothers and her sisters

Can't get a word in edgeways

But when she's back at school again

She goes into a daze

<https://www.youtube.com/watch?v=fhGycbxgcRg>

Dette er en sang av Paul Mc Cartney (2001). Etter min mening er dette en godt og enkel forklarende tekst om selektiv mutisme. Den handler om en jente som ikke snakker på skolen, og medelevene skjønner henne ikke. Men når hun kommer hjem snakker hun så mye at søskena hennes ikke kommer til. Slik jeg har lært selektiv mutisme å kjenne, er dette kjernen i denne tilstanden. Omdal (2016) sier at selektiv mutisme er når et barn ikke snakket i situasjoner der det er forventet at de skal snakke. Som for eksempel på skolen.

I forordene til rapporten Barn i Norge 2005 «Se meg!» står det blant annet:

Samfunnets oppmerksomhet blir ofte styrt mot det spektakulære. det støyende og godt synlig... Det er vanskelig å forholde seg til fraværet av krav om å bli sett – til det stille, tilbaketrunkne og tilsynelatende medgjørlige og tilpassede barnet... Hvordan vi hjelper 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 (Voksne for barn, 2005:7).

Sammendrag

Problemstillingen for denne bachelor oppgaven er: Hva er selektiv mutisme, og hvordan kan barn, ungdom og voksne møte personer med selektiv mutisme.

Dette er en oppgave som er basert på litteraturstudie om selektiv mutisme. Samtidig har jeg oppsøkt andre kilder, som jeg har brukt som supplement til forskningen. Der får vi et innblikk i ungdommens/unge voksne egne opplevelser om det å ha selektiv mutisme, noe jeg mener er viktig i forhold til problemstillingen min.

Selektiv mutisme er en kompleks tilstand, og det er en tilstand det er forsket relativt lite på. Tilstanden oppstår ofte i de tidlige barneårene. Det er barn som slutter å snakke i enkelte sosiale sammenhenger som for eksempel i barnehagen, dette til tross for et godt utviklet talespråk og de snakker som normalt hjemme med nær familie.

I denne oppgaven har jeg sett på selve tilstanden selektiv mutisme, ikke bare selve diagnosen, men også hva litteraturen og forskningen sier om denne tilstanden. Det er flere komorbiditeter knyttet til selektiv mutisme. Jeg har satt søkelyset på to av disse og sett disse opp imot hverandre.

I den andre delen av problemstillingen har jeg tilegnet meg kunnskap om hvordan vi kan møte ungdom/unge voksne med selektiv mutisme. Det har jeg gjort gjennom litteraturen og forskningen, samtidig har jeg tatt med ungdommen/ unge voksne sine egne opplevelser av det å ha/vokse opp med selektiv mutisme.

Det har vært vanskelig å komme frem til en konklusjon. Spesielt i forhold til den første delen av problemstillingen min har det ikke vært enkelt. Her må det mere forskning til, spesielt forskning i forhold til ungdom/unge voksne. Konklusjonen i den andre delen har jeg valgt å ha mye av fokuset på ungdom/unge voksnes egne uttalelser og sett dette opp imot litteraturen og forskningen, her konkluderte jeg med at de var relativt enige.

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Presentasjon av Problemstilling	1
1.2	Valg av tema.....	1
1.3	Formålet med oppgaven	2
1.4	Hvorfor er temaet relevant	2
2.0	Metode.....	3
2.1	Kvalitativ metode.	4
2.2	Egen forforståelse	5
3.0	Teori	5
3.1	Selektiv mutisme	6
3.1.1	Diagnose.....	6
3.1.2	Komorbiditet.	10
3.1.3	Behandling	14
3.1.4	Etterundersøkelser.....	16
3.1.5	Ungdom/ voksne med selektiv mutisme	17
3.2	Ungdommen/ voksne sine egne opplevelser.	20
4.0	Drøfting	24
4.1	Hva er selektiv mutisme	24
4.2	Hvordan møter barn, ungdom og voksne personer med selektiv mutisme?.....	28
5.0	Avslutning	31
6.0	Litteraturliste.....	32
7.0	Vedlegg.....	37

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av Problemstilling

I denne bacheloroppgaven som er en fordypningsoppgave for vernepleierutdanningen ved Høgskolen i Molde, har jeg sett på selektiv mutisme (SM). Min erfaring når jeg snakker med andre om SM er at det er en relativ ukjent diagnose for mange. Omdal (2016) skriver at SM er et fenomen som er vanskelig å bli klok på og at det er et forsømt område innenfor forskning i Norge. Dette er en tilstand som oppstår tidlig i livet, gjerne når barnet er i barnehagealder. Denne tilstander handler om at barn blir tause i situasjoner der tale er forventet, men snakker hjemme med nær familie (Omdal, 2016). Jeg ønsket å skrive om SM og ungdom/unge voksne. Etter å ha gått igjennom litteraturen og forskningen som finnes angående SM, finner jeg lite som retter seg spesifikk til ungdom. Det meste av litteraturen omhandler barn. Jeg har valgt og brukt den litteraturen, da jeg mener det kan relateres til ungdom/unge voksne. Min definisjon for ungdom er alderen mellom 13 og 19 år, etter 19 er det snakk om unge voksne.

Jeg vil sette søkelyset på selve diagnosen og finne ut hvordan barn, ungdom og voksne i det daglige bør møte ungdom/unge voksne med SM. Problemstillingen blir da slik:
Hva er selektiv mutisme, og hvordan kan barn, ungdom og voksne møte personer med selektiv mutisme?

1.2 Valg av tema

Bakgrunnen for valg av tema er personlig. Min datter ble diagnostisert med SM i barnehagen. Etter et godt samarbeid mellom Pedagogisk- psykologisk tjeneste (PPT), barnehagen og hjemmet, jobbet hun seg ut av denne diagnosen. Det at hun hadde denne diagnosen i barnehagen og kom seg ut av det har gjort meg nysgjerrig på hvordan har hennes liv kunne blitt? Hvordan har hennes ungdomstid kunne sett ut hvis hun fremdeles har hatt denne diagnosen? At jeg velger å skrive om ungdom /unge voksne er et bevisst valg. Dette valget har jeg tatt for å unngå å bli farget av min og min datters opplevelse av SM i barnehage alder.

1.3 Formålet med oppgaven

Formålet med denne oppgaven er å forstå hva SM er, og hvordan kan vi møte ungdom eller unge voksne som har dette. Dette er en diagnose som ikke er godt kjent, det er også relativt lite litteratur om dette emnet. For at personer med SM skal få en bedre hverdag der de blir forstått er det viktig med kunnskap. Dette er grunnen til at fokuset på oppgaven ikke er på behandling. Fokuset er å prøve å være til hjelp for alle som møter en person med SM, hvordan kan vi som enkelt personer best møte de, hvordan vil de med SM at vi skal møte dem. Det er ingen fasit som passer for alle, men kanskje er det mulig å komme frem til noe som kan være felles for de fleste, eller er det måter som overhodet ikke fungerer. Selv om fokuset ikke er behandling, er det nødvendig å ha det med i denne oppgaven. Når problemstillingen er blant annet hvordan en skal møte ungdom/ung-voksne med SM må en ha med hvordan behandlingsmåter er det som er utprøvd. Det ligger mye nyttig kunnskap i erfaringene en sitter igjen med de forskjellige behandlingsmåtene. Den kunnskapen kan en knytte til hvordan mennesker bør møte de med SM.

I litteraturen og blant annet i artikkelen til Kristensen og Ørbeck (2021) kom det frem at en stor del av de med SM også har sosiale angstlidelser som en tilleggsdiagnose. På bakgrunn av dette ønsker jeg å innlemme sosiale angstlidelser i oppgaven. En sosial angstlidelse begrenser en person veldig mye. Og skal en klare å møte en person med SM, må en ikke bare se personen ut ifra denne spesifikke diagnosen, en må også se personen ut ifra helheten. Når jeg snakker om helheten, snakker jeg både om de forskjellige tilleggsdiagnoser en person med SM kan ha og jeg snakker om personen bak diagnosen. Det er blant annet personligheten, kroppsspråket og miljøet, der den sosiale angsten også kan spille en stor rolle. Omdal (2016) har en annen interessant oppfatning, hun mener at barna med SM har spesifikk fobi som tilleggsdiagnose. Dette synes jeg er en interessant vinkling, så jeg velger også å ta med dette i oppgaven.

1.4 Hvorfor er temaet relevant

Ifølge Owren og Linde (2011) er kompetansen til vernepleieren tre delt. Det er en helsefaglig, pedagogisk og sosialfaglig kompetanse. Når min problemstilling er «hvordan møte ungdom/unge voksne med selektiv mutisme» ligger på det sosialfaglige og på det pedagogiske området. Dette handler om relasjoner og samhandling mellom mennesker og

at de skal mestre sin egen situasjon. Emneplanen for 3. studieår ved vernepleien har flere gjennomgående emner, en av disse er relasjonskompetansen. Der står det blant annet at vernepleiere skal kunne delta i viktige relasjoner og fellesskap. Vi skal ha kommunikasjonsferdigheter, der vi blant annet skal tilpasse veiledningen, slik at vi kan kommunisere med personer som har begrensede ferdigheter inne kommunikasjon. (Emneplan 3. studieår). Å samhandle med personer som har SM kan være en utfordring, selv om de har et språk som er godt utviklet, har de utfordringer med kommunikasjonen i enkelte sosiale sammenhenger (Omdal, 2016). Vi som vernepleiere må forholde oss til personer med forskjellige utfordringer, og vi må jobbe for å forstå, skal vi ha noen mulighet til å samhandle og skape gode relasjoner med disse. Brask m.fl. (2016) skriver om vernepleierens fire kjerneverker. Disse rollene viser vernepleierens variasjon og kompetanse. De fire kjerneverkene er partner rollen, ansvarsrollen, brobygger rollen og pådriverrollen. Og innen disse så jobber en på individ eller systemnivå, en er handlende eller samhandlende (se vedlegg 1). Når det gjelder denne problemstillingen jobber en med partnerrollen der en er den samhandlende vernepleier på individnivå. Her må en justere seg etter personen, og ha et nært samarbeid med den enkelte. Her er det viktig at vi har en spesiell partnerkompetanse, der en kan spille den andre god. Med dette bakteppet er denne problemstillingen høyst aktuell og stor relevans for vernepleierfaget.

2.0 Metode

Metode er den måte vi velger å fremskaffe eller etterprøve eksisterende kunnskap.

Dalland (2017) skriver om sosiologen Vilhelm Aubert (1985) sin definisjon om metode:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder (Dalland. 2017: 50).

Dalland (2017) sier videre at det er et allmenngyldig krav til alle metoder, som er at en er ærlig og tenker og systematiserer sine tanker. For å få fram ny kunnskap og etterprøve gammel kunnskap, trenger vi ulike metoder. Den metoden vi velger, forteller oss hvordan vi bør jobbe for å fremskaffe eller etterprøve den aktuelle kunnskapen. Når en skal velge

metode må en finne den metoden som antas å gi best mulig data til den aktuelle problemstillingen. Det er viktig å være realistisk på hva som er gjennomførbart med de ressursene en har å jobbe med.

2.1 Kvalitativ metode.

Jeg har valgt å bruke litteraturstudie. Litteraturstudie kan betegnes som en kvalitativ metode.

Ifølge Aadland (2011) handler kvalitativ tolkning om følelser. Er det godt, vakkert, omsorgsfullt eller konfliktfyllt. En kan ikke gjøre det til objekter der en kommer med fakta. Den kvalitative tilnærmingen har røtter i de hermeneutiske tradisjonene. En tolker teksten så innsiktfult og kreativ som mulig. Dalland (2017) sier at hermeneutikk er en fortolkningslære, det vil si når en fortolker noe så vil en finne meninger, eller en vil finne forklaringer på ting som er uklart.

Under arbeidet med denne oppgaven har jeg søkt etter litteratur uti fra kvalitativt ståsted. Dalland (2017) skriver at forskere som driver med kvalitativ forskning, ser det innenfra og de erkjenner påvirkning og delaktighet.

Jeg har gjort et generelt litteratursøk om selektiv mutisme. Jeg har brukt forskjellige søkemotorer i databasen i biblioteket til høgskolen i Molde, blant annet Brage og Oria, jeg har søkt i biblioteket til NTNU, jeg har brukt Google scholar og søkt på fagartikler. Dette for å finne bøker og artikler som omhandler dette temaet. Jeg har blant annet brukt snøballmetoden på leting etter litteratur. Det vil si at når jeg har funnet litteratur så har jeg gått gjennom deres kilder for å se om de har brukt litteratur som er relevant for meg. Når jeg har benyttet meg av databasene i biblioteket ved høgskolen i Molde har jeg brukt søkerordet selektiv mutisme. Jeg fikk da 41 treff, jeg avgrenset det med å søke kun på fagfelleurderte tidsskrift, fikk da 13 treff, videre avgrenset jeg det til at det skulle stå på norsk, fikk da 4 treff, og av disse var det kun en som var relevant til min oppgave. Metoden jeg brukte for å finne ut om disse var relevante var å skumme gjennom sammendragene. Så gjorde jeg et nytt søk der jeg tilførte ungdom i søkerordet, fikk da 5 treff og en var relevant. Gjorde samme prosessen, men nå var avgrensingen på bøker, fikk da 9 treff, der 2 var relevant.

Så gikk jeg over til søkemotoren Brage, der jeg søkte på SM og fikk 3 treff på Bacheloroppgaver, her brukte jeg snøballmetoden, studerte litteraturlistene til disse oppgavene og fant litteratur som var relevant for min oppgave. Etter at jeg har gjennomført litteratursøkene fant jeg ut at det ikke er så mye nyere forskning på SM, spesielt ikke på norsk. Det var tre personer som kom opp ved de fleste søk og det er Hanne Kristensen, Beate Ørbeck og Heidi Omdal. Disse tre har jeg brukt mye i oppgaven min. Jeg har blant annet brukt en artikkel som er fagfellevurdert, skrevet av Kristensen og Ørbeck (2021) «Selektiv mutisme hos barn og unge» jeg har også brukt boken «når barn unngår å snakke» av Omdal (2016). En av grunnene til at jeg har brukt denne boken er blant annet at den er fagfellevurdert og hun har med en del både ny og gammel forskning fra flere land for å belyse hva SM er.

2.2 Egen forforståelse

Forforståelse vil si den forståelsen vi bringer med oss i møte med andre. Min forforståelse er min opplevelse av å ha en datter i barnehagen med SM og den prosessen hun og vi som familie gikk igjennom.

Dette gjør at min erfaring med SM kan farge det jeg velger av teori i oppgaven. Dette er jeg bevisst på, og denne bevisstheten har gjort at jeg har valgt ungdom i stedet for barnehagebarn/ småskolebarn. Den erfaringen jeg har og dermed min forforståelse er at disse barna med SM kan hjelpes i ung alder med et godt tverrfaglig samarbeid. Når jeg nå velger ungdom ser jeg jo at det alltid ikke er tilfelle. Ikke alle får den hjelpen de trenger, eller at den type hjelp de har fått ikke fungerer. Min forforståelse for SM og ungdom kommer fra det jeg har hørt og lest i media.

3.0 Teori

I dette kapittelet vil jeg presentere mine funn basert på mine litteratursøk. Jeg vil først presentere kort hva SM er, og se på diagnosekriteriene. Deretter presenterer jeg selve diagnosen og det hva er det litteraturen sier om dette. Blant SM finnes det komorbiditet, jeg vil ta for meg to av disse, den ene er ifølge forskning mest utbredt, den andre er det

ikke forsket så mye på, men jeg synes det har en interessant vinkling, og ønsker derfor å ta den med. Videre vil jeg ta for meg de forskjellige behandlingsmetodene, og etterundersøkelser, der en får et innblikk i hvordan det er gått med tidligere tause voksne. Videre har jeg oppsøkt andre kilder der vi får et innblikk i ungdommenes og unge voksnes egne opplevelser med SM, det har jeg brukt som et supplement til forskningen og dette supplementet har jeg valgt å bruke direkte inn i oppgaven. Ungdom/unge voksne sitter med en unik kunnskap om det å ha vokst opp med SM. Denne kunnskapen bør formidles videre. Dette er grunnen til at jeg velger å innlemme dette i oppgaven.

Det som kommer frem i denne teoridelen vil jeg presentere i drøftingen og diskutere disse opp imot problemstillingen.

3.1 Selektiv mutisme

SM er ikke noe nytt fenomen, den ble først beskrevet av Kussmaul i 1877, da ble det kalt «aphasia voluntaria». Her ble det diskutert at tausheten var begrunnet med religiøse grunner, og det var snakk om bare voksne som hadde dette fenomenet. Den første som beskrev barn som var tause i enkelte situasjoner tiltros gode taleferdigheter i andre situasjoner, var den sveitsiske barnepsykologen professor Moritz Tramer i 1934 (Omdal, 2016). Som en vil se i diagnose delen var denne diagnosen betegnet som Elektiv mutisme i ICD- 10 systemet, men i ICD -11 er det betegnet som selektiv mutisme. Mutisme betyr taushet eller stumhet og kommer fra det latinske ordet mutus. Elektiv betyr valg, og kommer fra det engelske ordet election, mens selektiv betyr utvelgelse eller å plukke ut. I dag bruker de fleste forskerne selektiv mutisme som begrep, grunnen til det er at det er umulig for barna å velge noe annet en taushet (Omdal, 2016).

3.1.1 Diagnose

Kristensen og Ørbeck (2021) skriver i sin artikkel at SM er barn som ikke snakker i situasjoner der en forventer tale, mens de snakker hjemme med nær familie. De situasjonene de unnlater å snakke er ofte i sosiale sammenhenger, barnehage, skole osv. De skriver videre at SM kan vare helt opp i voksen alder og at det har stor innvirkning på både det sosiale livet og på det skolefaglige. Kriteriene for diagnosen er at tausheten skal vare i mere enn en måned og påvirke læring eller sosial funksjon. Her er det ikke snakk om

en forbigående taushet ved f.eks. læring av nytt språk, språkforstyrrelser, autismedforstyrrelser, schizofreni eller andre psykoser (Kristensen og Ørbeck, 2021).

Diagnosesystemet International Classification of Diseases (ICD -10) ligger selektiv mutisme under Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanlig oppstår i barne- og ungdomsalder, med kode F94.0 Elektiv mutisme. I det nye klassifiseringen som ble godkjent av verdens helseorganisasjon (WHO) i 2019 ICD-11, ligger denne diagnosen under angst eller frykt-relaterte forstyrrelser, med kode 6B06, selektiv mutisme. Ifølge Kristensen og Ørbeck (2021) vil det ta Norge fem til syv år etter godkjenningen i 2019, før ICD-11 er implementert i det norske systemet. I de nyeste forskningene, både fra Norge og andre land er det ICD -11 som er brukt, den samsvarer med det amerikanske diagnosesystemet DSM-5. I denne oppgaven så faller valget på å bruke ICD -11, det som samsvarer med nyere forskning.

Selective mutism is characterised by consistent selectivity in speaking, such that a child demonstrates adequate language competence in specific social situations, typically at home, but consistently fails to speak in others, typically at school. The disturbance lasts for at least one month, is not limited to the first month of school, and is of sufficient severity to interfere with educational achievement or with social communication. Failure to speak is not due to a lack of knowledge of, or comfort with, the spoken language required in the social situation (e.g., a different language spoken at school than at home).

Exclusions

Schizophrenia (6A20)

transient mutism as part of separation anxiety in young children (6B05)

Autism spectrum disorder (6A02)

Ørbeck og Kristensen (2021) skriver i pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) sin veileder at diagnosekriteriene ikke bare består av språket, men også kommunikasjon i videre forstand. Det er store forskjeller hvordan barn kommuniserer nonverbalt, noen har et godt nonverbalt språk mens andre benytter ikke det nonverbale språket, som fører til at de ikke klarer å formidle basale behov.

De henviser til det Remschmidt et al. (2001) skriver at det er i 3 års alderen som er gjennomsnittsalderen for symptomdebuten, Men at henvisningen til PPT eller barne- og ungdoms psykiatriske poliklinikk (BUP) tidligere ikke skjedde før i 6-7 års alderen i forbindelse med skolestart. Nå er en mere oppmerksom på denne diagnosen og en del tar nå kontakt med PPT eller BUP allerede i 2-3 års alderen. Det har gjennom årene være mange forklaringer på hvorfor noen utvikler SM, i dag har en landet på at det er en angstlidelse som er knyttet opp imot tilbaketrukkenhet og hemmet temperament. En del av bildet kan også være forsinkelser/ forstyrrelser inne språklige og motorisk utvikling. Siden det så langt ikke er funnet noe enkeltstående årsak til SM så antar en at det er et samspill mellom genetikk, temperament og utviklings- og miljøfaktorer.

Lundahl (2021) skriver i sin fagartikkel at en må separere SM fra sjenanse, fåmælte og total mutisme. Barn med sjenanse vil etter hvert begynne å snakke når de føler seg trygg, mens de med SM forholder seg taus selv om de føler seg trygg i en situasjon. De med total mutisme er sjeldent og har helt fravær av tale, og blir ofte knyttet opp imot traumer.

Kristensen og Ørbeck (2021) viser i sin artikkel at det er studier som mener at SM og sosial angst opptrer familiært. I en undersøkelse fra 2011 ble det funnet en genetisk variant i begge lidelsene. De skriver også at det er lite studier på utløsende faktorer, tidligere var det fokus på traumer, med di sier det ikke er studier som har kunnet bekreftet dette. Ved utarbeidelse av et tiltak er det viktig å finne faktorer som vedlikeholder lidelsen, og i mangel av studier som er relevant må en basere seg på klinisk praksis.

Kristensen og Ørbeck (2021) erfaring, er at den viktigste faktoren er redsel for å komme i fokus. Det gjør at tausheten er for barna en løsning, men også et problem. En annen viktig faktor er hvordan omgivelsene forholder seg til de tause barna, er omgivelsene for pågående med en rekke spørsmål eller har de gitt opp å prøve? Begge deler hjelper ikke barna (Kristensen og Ørbeck, 2021).

Omdal (2016) skriver at ifølge Cleave (2009) er det mest sannsynlig flere faktorer som er årsaken til SM. Wergeland (1979) sier det kan se ut til at det er enkelte trekk som går igjen, de er ofte høysensitive, sjenerte, mistenksomme og sta. De liker ikke forandringer og nye situasjoner, da trekker de seg ofte unna. Innen forskning er det beskrevet at de med SM kan vise negativitet og selvforsvar.

Omdal (2016) sier videre at personene med SM har en evne til å opprettholde dette tause mønsteret, og dermed blir denne atferden ofte tolket som fastlåst. Ved denne opprettholdelsen kan det virke som om personen ikke klarer å bruke sin egen vilje på å hjelpe seg selv ut av dette. Det virker som om personen er både fange og sin egen fangevokter, som passer på at en ikke bryte denne tausheten. Det at personene var sta eller bestemt, var noe en var opptatt av i tidligere forskning , blant annet forskningen til Wergeland (1979). I dag er ifølge Omdal (2016) forskere som Anstendig (1999); Black (1996); Gensthaler mfl. (2016) og Kristensen (2002) heller forskningen imot sosial angst eller sosiale fobier. Kristensen (2019) skriver at det er mange som mener at SM er en alvorlig grad av sosial fobi, og at det er flere studier som viser at sosiale fobier blant mennesker med SM ligger er opp i 100%. Ørbeck og Kristensen (2021) skriver i PPT sin veileder at hoved symptomene på SM er sosial angst.

Som en ser her er det flere forskere som mener at det er en sammenheng mellom SM og sosiale angstlidelser. Ifølge Kristensen (2002) var det i en norsk studie merkbart mere sosial angst og sjenerthet blant foreldrene til barn med SM, enn foreldrene til barn uten SM. I en tidligere studie av Klovin & Fundudis (1981) viser at en stor del av foreldre til SM barn har en stor grad av reservert eller skyhet. Her kan det være enten en genetisk komponent eller modellering. Omdal (2016) skriver at det har vert lite fokus på traumer innen forskning av SM, tiltros for det, er det likevel rapportert i en studie av Steinhouse & Juzi (1996) at 31% av 100 barn med SM har opplevd hendelser som kan være stressende før tausheten har vist seg. Dette samsvarer med en forskning som Omdal (2007) har gjort med tidligere tause voksne. Omdals egne informanter fortalte om en barndom som hadde innslag av traumatiske hendelser. Der virker det som om at tausheten har vert en måte å beskytte seg på (Omdal, 2007).

Ifølge Omdal (2007) og Omdal og Galloway (2008) finner de ingen bevis på at grunnen til taushet er sosial angst. I deres studier viste barna at så lenge de ikke trengte å snakke og det ble akseptert, deltok de i leik på lik linje med andre barn. De bruket da kroppsspråket for å gjøre seg forstått. I et tilfelle uttaler en lærer at han trudde barnet hadde snakker på grunn av hennes aktive nonverbale kommunikasjon og blikkontakt. I denne undersøkelsen uttalte flere foreldre at barnet deres med SM var den mest sosiale blant søskenflokkene. Omdal (2016) skriver om forskningen til Havn (2015) og Omdal sin egen forskning fra 2007, der begge har hatt samtaler med unge voksne med SM og tidligere tause voksne, at

etter mange år som tause der en har fått et selvbilde som den tause, har i voksen alder utviklet sosial angst (Omdal, 2016).

Det er avdekket i flere studier, blant annet en norsk studie som Kristensen hadde i 2002, der det er avdekket flere diagnoser blant barn med SM. Flertallet blir beskrevet som engstelige og skyhet. noen færre er deprimerte, søvn- og spiseproblemer var også vanlig. Noen studier viser at flertall av barn med SM viser symptomer på angst, med det er sjeldent at barn med angst utvikler SM (Omdal, 2016).

For å forstå SM må en skille mellom grunnen til taushet og hva som opprettholder den. I det daglige er det hva som opprettholder tausheten som er viktig, det er hvilke reaksjoner barnet får fra miljøet på tausheten en må ha fokus på, og det er her det er mulig å sette inn tiltak for å få bukt med denne tausheten (Omdal, 2016).

3.1.2 Komorbiditet.

Ifølge artikkelen til Kristensen og Ørbeck (2021) er det flere tilleggslidelser et barn med SM kan ha. Ifølge artikkelen er det sosiale angstlidelser som er hyppigst med 70-94%, Sjeldnere lidelser er depresjon, men det øker noe i ungdomsårene. Mindre vanlig er opposisjonelle atferdsforstyrrelser og hyperkinetisk forstyrrelser som er ifølge Snoek og Engedal (2017) en forstyrrelse av aktivitet og oppmerksomhet, hovedsakelig uro og oppmerksomhetssvikt. Ved utviklingsforsinkelser/forstyrrelser er språkforstyrrelser mest vanlig hos ca. 50% av barna med SM, generelt av norske barna er det 10%. SM er også beskrevet i forhold til Cornelia de Langes syndrom (40%) og Fragil X-syndrom (17,8%). Siden det er så stor andel med personer med SM som har sosial angst, velger jeg å ta med diagnosen sosial angst i oppgaven. Omdal (2016) mener som tidligere nevne at det ikke kan bevises at grunnen til taushet er sosial angst, hun mener derimot at de med SM har en spesifikk fobi. Dette er noe jeg også vil utdype senere i oppgaven.

3.1.2.1 Sosial angst.

I ICD-11, ligger denne diagnosen under angst eller frykt-relaterte forstyrrelser, med kode 6B04, social anxiety disorder. Der står det:

Social anxiety disorder is characterised by marked and excessive fear or anxiety that consistently occurs in one or more social situations such as social interactions (e.g., having a conversation), doing something while feeling observed (e.g., eating or drinking in the presence of others), or performing in front of others (e.g., giving a speech). The individual is concerned that he or she will act in a way, or show anxiety symptoms, that will be negatively evaluated by others. Relevant social situations are consistently avoided or else endured with intense fear or anxiety. The symptoms persist for at least several months and are sufficiently severe to result in significant distress or significant impairment in personal, family, social, educational, occupational, or other important areas of functioning (ICD-11).

Flaten (2010) skriver om Svirsky og Thilin (2006) sin definisjon av sosial angst: «Sterk og vedvarende frykt for en eller flere situasjoner som er av enten sosial eller presentasjonsmessig karakter» (Flaten, 2010:32).

Flaten (2010) skriver at angsten for å bli evaluert av andre er kjernen i sosial angst, en er redd for andres oppmerksomhet. Det er når frykten påvirker hverdagen slik at det blir vanskelig å gjennomføre vanlige aktiviteter eller en engster seg og gruer seg mye før aktiviteten. Når vanlige hverdagsreaksjoner blir forsterket i de enkelte situasjonene, der vanlig normale reaksjoner blir så markant at det blir angst ifølge diagnose. Ved sosial angst unngår en ofte forskjellige sosiale situasjoner, og det gjør at tilvenningen til forskjellige sosiale situasjoner blir hindret som igjen kan føre til at den sosiale angsten forsterkes. Dette samsvarer med det Kristensen (2005) skriver at personer med sosial angst prøver å unngå å komme opp i situasjoner som er ubehagelig, i redsel for blant annet å få panikkanfall. De forstår at det er en irrasjonell reaksjon, men har ikke kontroll på sin reaksjonsmåte. Når denne personen prøver å unngå å komme opp i slike situasjoner så vil dette føre til opprettholdelse av problemet. Flaten (2010) skriver også om at barn og ungdom kan etter hvert forstå at deres reaksjon er irrasjonell, men likevel klarer de ikke å styre slik de reagerer. Sosial angst utartes forskjellig fra person til person. Det er forskjellige ting som utløser angstreaksjonen, det kan være tidligere erfaringer, rollemodeller, og hvilken grad av angst de forskjellige situasjonene gir. Hvordan omgivelsene rundt oppfatter og møter de med sosial angst spiller også en stor rolle. Det kan være situasjoner der de rundt skjønner hvorfor personen får angstreaksjoner, og andre

situasjoner som ikke er like tydelige, der de ikke skjønner at personen har angst. Dette kan føre til at personen blir oppfattet som manipulerende, tverr eller opposisjonell.

Flaten (2010) sier at en fellesnevner for alle med sosial angst er at de føler seg vurdert og ikke godtatt av andre mennesker. Dette fører til at de føler seg mindreverdige og usikre sammen med andre. Disse personene har en forsterket selvbevissthet, der de opplever at andre mennesker har en stor definisjonsmakt ovenfor seg. Når et barn kommer opp i nye situasjoner er det normalt at en observerer det som foregår rundt seg slik at en kan tilpasse seg situasjonen og en blir med i det sosiale spillet, men når et barn med sosial angst kommer opp i nye situasjoner, har det vanskelig med å observere det som skjer rundt en, en får ikke med det sosiale spillet, får ikke med det som skjer. Det vil si at dette barnet mister den naturlige observasjonsperioden, den som i utgangspunktet skal hjelpe barnet inn i samhandling med andre (Flaten, 2010).

Ifølge Omdal (2016) er det ingen bevis på at barn med SM eller tidligere tause voksne har sosial angst som følge av SM. Barna i studien viste ikke i samspill med andre uttrykk for sosial angst. Så lenge de opplevde at det var greit at de ikke snakket deltok de i samspill med andre, de tok initiativ og responderte positiv på andre både i lek og på humor. For å gjøre seg forstått bruker de kroppsspråk aktivt. Når foreldrene forteller om barna samsvarer det ikke med sosial angst, det viser seg også i observasjoner av barn med SM Omdal har gjort. Det de har funnet ut under forskning av unge voksne med SM og tidligere tause voksne, er at når de i flere år har vært låst fast i tausheten, har de etter hvert i voksen alder utviklet sosial angst. Når de blir presset til tale, har unngåelsen av å snakke økt, dermed unngår de situasjoner der de vet eller mistenker at de kan bli presset til å snakke. Det førte til at de trekk seg unna det sosiale samspillet (Omdal, 2016).

3.1.2.2 Spesifikk fobi.

Odland (2016) skriver at når det gjelder spesifikk fobi er frykten for en bestemt situasjon eller et objekt. For barna med SM er aktiviteten det å snakke som er det fryktede objektet. Denne frykten gjelder til bestemte personer og i bestemte situasjoner. Hun går ut ifra det amerikanske diagnose systemet DSM-5 når hun beskriver om kriteriene for spesifikk fobi. Som er:

- A. Markert frykt eller angst for et spesifikt objekt eller en situasjon (for eksempel å fly, ulike dyr, å ta sprøyte, se blod). Hos barn kan frykten uttrykkes gjennom gråt, raserianfall, tilfrysing eller klamring.
- B. Det fobiske objektet eller situasjonen provoserer neste alltid fram umiddelbar frykt eller angst.
- C. Det fobiske objektet eller situasjonen blir aktivt unngått eller holdt ut med intens frykt eller angst.
- D. Frykten eller angstene er ute av proporsjoner til den faktiske fare som det fobiske objektet eller situasjonen og den sosiokulturelle konteksten utgjør.
- E. Frykten, angsten eller unngåelsen er vedvarende, og varer typisk 6 måneder eller lengre.
- F. Frykten, angsten eller unngåelse forårsaket klinisk betydelig ubehag eller svekkelse sosialt, yrkesmessig eller på andre viktige funksjonsområder.
- G. Forstyrrelser kan ikke forklares med symptomer på en annen mental lidelse, inkluderte frykt, angst eller unngåelse av situasjonen som forbindes med panikk lignende eller andre lammende symptomer (som ved agorafobi); – objekter eller situasjoner relatert til tvang (som tvangslidelser); påminnelser av traumatiske hendelser (som posttraumatiske stresslidelser); angst for å bli separert fra hjemmet eller fra tilknytningspersoner (som i separasjonsangst); eller sosial situasjoner (som i sosial angstlidelser) (Omdal, 2016:70).

Snoek og Engdal (2017) skriver at den mest vanligste angstlidelsen er spesifikke fobier. det kan være fobier som flyskrekk, edderkoppfobi, slangefobi osv. så lenge det er mulig å unngå disse situasjonene er det som regel ikke noe grunn til å gjøre noe med disse fobien. Fobien som kommer som en sperre mellom det personen og det personen ønsker å gjøre, da er det nødvendig med behandling. Helgesen (2017) skrivet at denne type fobi kan være alvorlig hvis personen må forsake mye på grunn av den angsten. Den angsten er så sterk, og den står ikke i forhold til faren. Når en blir eksponert ved denne faren får en panikk. Behandlingen av spesifikk fobi gir best resultat der angsten har et klart fokus. Dette er eksponeringsterapi, det er den som blir benyttes mest og har gode resultater. Eksponeringsterapi er en systematisk desensitivering, det vil si at angsten gradvis skal avlæres. Den er basert på behavioristisk læringsteori, der første ledd er å lære

avslapningsøvelser, deretter blir en eksponert for angsten gradvis, mens en blir eksponert benytter personen hele tiden avslapningsteknikken en har lært (Helgesen, 2017).

3.1.3 Behandling

Ørbeck, Lundahl og Kristensen (2021) skriver at det har generelt vært vanskelig og behandle SM. De skriver om blant annet Cohan et. al. (2006) som mente at siden de med SM har både emosjonelle, sosiale og skolefaglige utfordringer må en ha en bred tilnærming. De anbefaler kognitiv atferdsterapi med en nedtoning av det kognitive. Grunne til dette var at SM oppstår i så ung alder at uhensiktsmessige tanker som opprettholdende faktorer for tilstanden ikke er så godt utviklet hos små barn som hos eldre. Snoek og Engedal (2017) skriver at kognitiv atferdsterapi er en behandling der en endrer tanker og tankeprosesser på en åpen og aktiv måte. Det blir benyttet oppgavebaserte prosedyrer og kognitiv intervensjon som skal gi ønsket forandringer av tanker, følelser og atferd (Snoek og Engedal, 2017). Det er her Cohan et.al. (2006) som Ørbeck m.fl. (2021) referer til når han sier at en må tone ned det kognitive, de minste barna med SM som er helt nede i 3 års alderen har ikke opparbeidet seg den kognitive tenkingen enda, derfor er det anbefalt en nedtoning på det kognitive.

Helgesen (2017) sier at teorien som ligger bak metode kognitiv atferdsteori har utspring i at personen har et tankemønster som er uhensiktsmessig. Det er mønster som pasienten har dannet seg av verden og seg selv. Disse er ofte ubevisst og betegner som automatiske tanker. Målet med denne behandlingen er å avdekke disse uhensiktsmessige tankene og bytte dem ut med hensiktsmessig tenkning. Dette vil kreve at behandler og pasient opparbeider seg gjensidig tillit.

Ifølge Ørbeck, Lundahl og Kristensen (2021) er det en norsk pilot studie der behandlingstilnærmingen er en trappetrinns modell. Overordnede prinsippet i denne modellen er defokusert kommunikasjon, som omhandler at en reduserer angsten og ubehaget hos barnet i sosiale situasjoner. Lundahl (2021) skriver at defokusert kommunikasjon er og reduserer stressfaktorene i omgivelsene, der en fjerner stress og forventninger til tale. Det er viktig å gi signaler til den med SM at en ikke skal presse de til noe. Når den med SM blir trygg på den voksne kan en med små skritt om gangen tøy kommunikasjonen. Alle rundt en med SM må ha en felles forståelse om at tausheten ikke

er viljestyrt. Lundahl siterer en ungdomsskoleelev som sa det slik: «Det at alle lærerne nå vet at jeg ikke er taus med vilje, og at de ikke presser meg til å si noe, gjør at jeg kan konsentrere meg om læring i timene- uten å være redd...».

Ørbeck, Lundahl og Kristensen (2021) sier at denne trappetrinn modellen består av tre trinn. Der første trinn en utredning av barnet, det foregår i hjemmet. Andre trinn Psykoedukasjon, samtale med alle rundt barnet. Tredje trinn konkret intervensjoner med barnet som består av blant annet defokusert kommunikasjon (vedlegg 2). Etter dette pilotstudie ble det gjennomført en randomisert kontrollert studie i hele Sør-Norge som bestod av 24 barn i alder 3-9 år. Her ble gruppen delt i to der den ene delen mottok behandling, mens den andre gruppen ble en såkalt venteliste-gruppe. Etter tre måneder ble det en signifikant økning av tale hos de som fikk behandling, men det ble ingen endring hos venteliste-gruppen. Venteliste-gruppen fikk behandling etter tre måneder. Alle fikk en behandlingstid på 6 måneder. Ett år etter avsluttende behandling var det ikke samlet sett noe tilbakefall i tale, men det var den yngste gruppen som hadde best framgang. Oppfølgingen etter fem år viser at 70% av barna lenger ikke oppfylte kravene om diagnosen SM. 13% hadde fremdeles tilstanden og resterende 17% snakket i noen situasjoner, men ikke i alle (Ørbeck, Lundahl og Kristensen, 2021).

Omdal (2016) har skrevet boken «når barn unngår å snakke», og ifølge henne selv er hun den eneste forskeren på SM innenfor den spesialpedagogiske fagdisiplin i Norge. Dette er den første norske forskningsbasert fagbok om SM. I denne boken har hun med en del studier av eldre dato, grunnen til det er for å få med utviklingen i forskningsperspektivet, og fordi noe av denne forskningen blir det bygget videre på i dag. Omdal (2016) har med noen faktaopplysninger blant annet fra Steinhausen & Juzi (1996) som hadde en forskning på 100 barn, der blant annet 90% av barna med SM er tause i skolen og/ eller med fremmede. En av fire snakker ikke med barn utenfor familien. En tredjedel ekskluderer bestemte barn fra verbal kommunikasjon. Er det noen som ikke snakke hjemme, noe som ikke er så vanlig, så er det far de ekskluderer. Omdal sier ikke noe om årsaken til at det er far de har ekskludert, og jeg har heller ikke funnet spesifikk forskning på dette.

Omdal (2016) sier videre at siden SM ikke er så kjent innen hjelpeapparatet, og at det kan være lenge imellom de kommer bort i barn med SM, blir det vanskelig for hjelpeapparatet

å opparbeide seg den nødvendige kompetansen som trengs for å gi veiledning av høy kvalitet.

Det er gjort få studier som omhandler oppfølging av SM, og dermed vet en lite om prognosen for denne gruppen. Det en vet er at etter en atferds terapeutisk eller kognitiv atferdsterapeuts tilnærming øker den verbale kommunikasjonen. Derfor er det viktig at en kommer tidlig inn og hjelper disse barna. Det er ingen oppskrift på hva som er rett og galt behandling, men må bruke mye tid på observasjoner, pedagogiske analyser av hva er det som er opprettholdende faktorer i miljøet til hvert enkelt barn. En må også observere hvordan de rundt barnet reagere på det tause barnet. Det er først da en kan bestemme tiltak og mål som skal prøves ut. Her er et tett samarbeidet mellom hjelpeapparatet, foreldrene og barnet viktig (Omdal, 2016).

3.1.4 Etterundersøkelser

Kristensen (2005) skriver at de vet lite om voksenlivet til de som var barn med SM. Ifølge en tysk etterundersøkelse utført av Remschmidt et al. (2001) er 40% som får diagnosen som barn helt kvitt symptomene i ung voksen alder, men at resterende 60% strever fremdeles med kommunikasjon og lav selvtillit. Ifølge Remschmidt et al. (2001) var det 45 personer som deltok i denne etterundersøkelsen.

Ifølge Ørbeck, Lundahl og Kristensen (2021) er det kun to retrospektive oppfølgingsstudier der en har tatt for seg voksne og hvordan det har gått med de etter å ha fått diagnosen SM som barn. Ørbeck, Lundahl og Kristensen (2021) referere blant annet til det ferskeste retrospektive oppfølgingsstudiet som Kamani og Morgan ga ut i 2020. De hadde en studie fire år etter at 34 barn som var henvist for enten SM eller Sosiale angstlidelser, barna var mellom 2 og 14 år. Studien viste at 71% fremdeles fylte kriteriene for SM og/ eller sosial angstlidelse. Ifølge studien hadde 90 % av barna mottatt en eller annen form for behandling. Ifølge Ørbeck og Kristiansen (2021) foreligger det kun to longitudinelle studier som har sett på hvordan det har gått med barn med SM som voksen. De skriver at ifølge Remschmidt et al. (2001) sine studier der 45 personer deltok, så hadde de fleste mindre problemer når det gjelder hoved symptomet som er taushet, men at 61% hadde kommunikasjonsproblemer i sosiale sammenhenger, dette var 12 år etter at

diagnosen ble stilt. En studie som var utført av Steinhausen et al. (2006) der det deltok 33 personer viser det seg at 57% hadde andre former for mental lidelse, som sosial angst.

Ifølge Nylenna (2016) betyr retroperspektiv å se bakover. Når en driver retroperspektiv forskning så studerer en forhistorie, det vil gi svar på hvorfor ting blir slik de blir. En samler inn opplysninger tilbake i tid før første observasjonstidspunkt. Ifølge Bufdir sin metode- og forskningsordliste som er utarbeidet av velferdsforskningsinstituttet NOVA, er retroperspektiv en del av en longitudinell studie. Longitudinell studier samler de inn data over de samme personene over lengre tid. Da har en mulighet til å følge med utviklingen over tid. En kan da belyse flere aspekter som hva og hvorfor, og en kan kartlegge alternative mekanismer som forklaring. Longitudinell studier kan bestå av både prospektive der en samler inn data fremover i tid, og retroperspektiv studier som nevnt tidligere en tar og samler inn opplysninger av personen før første observasjon. Disse to metodene kan også brukes i kombinasjon med hverandre.

3.1.5 Ungdom/ voksne med selektiv mutisme

Ørbeck, Lundhal og Kristensen (2021) skriver at det er viktig med tidlig intervensjon ved SM. De ønsker å løfte frem defokusert kommunikasjon som Kristensen (2005) mener er et viktig grunnprinsipp i møte med SM. Hovedpoenget med defokusering er å redusere barnets opplevelse av ubehag og angst i sosiale situasjoner, samtidig som en skaper trygghet og forutsigbarhet i nye situasjoner. De skriver videre at defokusert kommunikasjon består av noen punkter som handler om vår måte å møte personer med SM, og våre reaksjoner.

- Regulert kontakt og kroppsspråk.

Her skal en ikke se rett på personen, men på den aktiviteten en gjør. Viktig å ikke komme for nært, sitt gjerne ved siden av, ikke rett imot.

- Form og tema

Her skal en unngå direkte spørsmål. En skal bruke åpne spørsmål, gjerne litt undrende. Dette vil gjerne bli en enveis samtale og da er det viktig at det ikke blir som et intervju. Det er også viktig at samtalen har fokuset på det personen holder på med.

- Oppretthold «dialogen»

Når samtalen er enveis er det lett at en selv også blir taus, eller at en snakker alt for mye og tar helt over. En må passe på å ha en jevn samtale med korte pauser innimellom tilfelle personen responderer noe, enten verbalt eller nonverbalt.

- Regulerer reaksjonen ved tale.

Ved verbal tilbakemelding fra den med SM, må en prøve og ta dette naturlig, ikke bli for glad. Da kan det skremme personen til taushet igjen. Det er akkurat det personer med selektiv mutisme er redd for, for mye fokus på seg selv (Ørbeck, Lundhal og Kristensen, 2021).

Omdal (2016) skriver at grunnlaget til kommunikasjon er relasjonen. En danner sitt selvbilde ut ifra møte med andre og den responsen en får av vedkommende. Når en møter et barn med SM må en stille seg spørsmålet hva er det som påvirker barnet når det velger å forholde seg taus, og hva påvirker barnet når det velger å snakke. Her er det viktig at vi tar barnets perspektiv i de ulike sosiale situasjonene, en må tone seg inn på både selve barnet, barnets opplevelser og barnets følelser. En må dele barnets opplevelser og en må forstå barnet. Det er den voksne som sitter med ansvaret og det er ansvaret for å sørge for at barnet fremmer sine muligheter til livsutfoldelse og gjennom relasjoner har muligheter til å utvikle seg, vi skal hjelpe å forme barnets selvbilde og hjelpe barnet selv til å tro på mestring (Omdal, 2016).

For å forklare hvordan barn med SM har det tar Lundahl (2021) og siterer en elev 3. trinn: «Jeg skulle ønske jeg var som de andre, at jeg turte å snakke på skolen, men ordene har satt seg helt fast, de kommer ikke ut...». Barn og unge med SM vil snakke, men de klarer det ikke, og de vet ikke hvordan de skal løse dette selv når tausheten har blitt et mønster (Lundahl, 2021).

Omdal (2016) skriver om Omdal (2007) og Omdal og Galloway (2008) sin forskning med barn med SM og tidligere tause voksne. I disse to forskningene fant dem ingen bevis for at de med selektiv mutisme også har sosial angst. Barna som var med i studiet fremstår ikke som engstelige i samspill med andre, var de andre barna innforstått med at de ikke snakket og det var greit så deltok de like aktivt i leken som alle andre. Barna brukte kroppsspråk for å gjøre seg forstått. Ved samtaler med foreldrene, læreren og forskernes egne observasjoner i forbindelsen med forskningene, så mente de at de ikke var kobling mellom barnas taushet til sosial angst, dette på grunn av at de var med og virket sosial trygg så

lenge de var trygge på at de ikke trengte å prate. Det virket ikke som om de brydde seg om hva andre tenkte om de, og de prøvde heller ikke å være som dem. Her tilfredsstilte barna ikke kriteriene A og B til DSM-5 som er det amerikanske diagnosesystemet (se vedlegg 3). Det at barna ikke unngikk sosiale situasjoner så tilfredsstilte de heller ikke kriteriet D i DSM-5, som handler om at de unngår det sosiale og at det begrenser en i det daglige sosiale samspill. Dette var en fireårig studie der de ikke fant bevis på sosial angst. Dette var studier som var bygd på observasjoner og intervjuer hjemme, barnehage og skole. Det var også gjort intervjuer av de tidligere tause voksne og barna selv. Det studiene viste var at barna viste en spesifikk fobi mot å snakke (Omdal, 2016).

Omdal (2016) skriver at en spesifikk fobi er frykten for en bestemt situasjon eller ting. Hos de med SM er det fryktede objektet, aktiviteten for å snakke (se vedlegg 4).

Omdal (2016) mente at atferden til alle barna i studiet til Omdal (2007) og i studiet til Omdal og Galloway (2008) de tidligere tause voksne viste at de hadde kriteriene til spesifikk fobi. Det at de hadde en frykt for å snakke og at det var en motstand mot å bli presset til å snakke knyttet dem til diagnosen spesifikk fobi. I studie hadde de tidligere tause voksne formidlet at når de ble presset til å snakke, ble den unngåelsen av å snakke sterkere. Dette gjorde at de unngikk situasjoner der de viste de kom til å bli utsatt for et press på å snakke, som igjen førte til at de mer og mer unngikk det sosiale og ble ensomme. Det de tidligere tause voksne la vekt på var blant annet at de selv måtte bestemme seg for og når de skulle bryte tausheten, det var den indre motivasjonen som skulle til, de måtte ha kontrollen selv. Veien ut av tausheten for disse var endring på miljøet. noen oppsøkte andre miljøer på fritiden, der ingen kjente til tausheten deres, andre flyttet i forbindelse med utdanning. Det var blant annet et tvillingpar med i undersøkelsen, grepet de tok var å begynne på hver sin videregående skole der ingen kjente dem. De fant ut at de måtte skilles fra hverandre skulle de klare det. Når de tidligere tause voksne kom til et nytt miljø var det ingen som kjente til deres taushet og det var ingen forventninger i forhold til tale eller fravær av tale (Omdal, 2016).

I Omdal (2007) sin forskning på tidligere tause voksne så var det på flere områder at miljøet forsterket informantene sin SM, det elementet som var avgjørende var at andre hadde negative forventninger til at de var tause. En av informantene sa det slik «Jeg tror de

bare ble vant til eller tenkte at, OK, det er slik de er, og det er ikke mye vi kan gjøre med det. De bare aksepterte det, og ga opp (informant Elisabeth) (Omdal, 2007).

Omdal (2016) sier at studiene med barn med SM i 2008, gikk over 18 måneder, og barna Omdal møtte viste mer og mere ensomhet jo eldre de ble, og etter hvert som omgivelsene ga de opp og lot dem være i fred. Når de da ble ungdommer havnet de fort utenfor fellesskapet, noe som også de tidligere tause voksne referer til. Ungdomstiden var vert. Ungdommene forventer tale fra alle når de blir inkludert i en gruppe, da er det ikke lenger nok å følge med strømmen, det blir forventet at alle har en mening, at de tar initiativ til samspill på lik linje som andre. Omdal (2016) skriver blant annet om en jente på 13 år som går alene, det virker tilsynelatende at det gjør hun av egent valg. Under intervjuet av henne kommer det frem at hun føler seg ensom, ønsker å bli inkludert og sett av andre barna, men klarer ikke å formidle det, hun blir hindret av sin egen taushet. dette har ført til at hun har utviklet et lavt selvbilde. Skal en unngå at en ungdom med SM blir ensom og kan utvikle depresjon og selvmordstanker, er det viktig at en tar de med på normale ting som ungdommen gjør, her kan en koble inn en støttekontakt på omtrent samme alder (Omdal, 2016).

Kristensen (2019) sier det er forlite forskning på hvordan det har gått med barn med SM når de har blitt voksne, det de vet av de få oppfølgingsstudiene som finnes er at de strever med kommunikasjonsproblemer, dårlig selvbilde og angst.

3.2 Ungdommen/ voksne sine egne opplevelser.

Når en skal skrive om hvordan vi alle kan møte ungdom med SM i hverdagen er det viktig å få med seg hva er det de selv sier hvordan de vil bli møtt. For å få deres perspektiv har jeg gått inn på hjemmesiden for foreningen for SM. Der er det flere personlige historier der flere har skrevet sine opplevelser med en oppvekst med SM, der fant jeg også flere tv programmer og podkaster om temaet som jeg velger å ta med i denne oppgaven. Forsker Heidi Omdal sier på deres hjemmeside at det er viktig vi skaper trygge relasjoner, en må utfordret litt etter litt. Barnet må få føle mestring, som er med på å motivere jobben det tar å komme seg ut av tausheten. Hun har satt opp 10 regler på hvordan en bør møte barn og unge med SM:

1. Ha et avslappet forhold til barnet.
2. Nonverbal kommunikasjon er et sted i riktig retning.
3. Husk at barnet er veldig var for kroppsspråk.
4. Posisjoner deg i forhold til barnet. Sitt heller ved siden av istedenfor rett overfor.
5. Ha et felles fokus på det barnet er opptatt av istedenfor å fokusere direkte på barnet.
6. Ikke still direkte spørsmål, men undre deg høyt på en slik måte at det gir barnet rom for respons.
7. Barnet må også gis tid til å respondere.
8. Fortsett dialogen selv om barnet ikke gir verbal respons. Det gjør at samtalen i seg selv ikke utøver press på barnet.
9. Når barnet begynner å snakke, forsøk å ta imot det verbale svaret på en naturlig og nøytral måte.
10. Se barnet som det er utover det å være selektiv mutistisk (selektiv mutisme.no. 2021).

Ungdom og voksnes egne ord om hvordan en skal møte de med SM

Her er en oversikt over forskjellige podkast og nettsider der ungdom og tidligere tause voksne har uttalt seg om SM. Noen av ungdommene har vært med i forskjellige fora og uttalt seg, dette er grunne til at de står i samme boks.

Podkast/nettside	Tittel	Utgitt	hvordan vil de med SM å bli møtt?	snakker?
https://overcast.fm/+hp_idqA-c og https://www.tv2.no/a/1435976 8/	Hedvig var stille i 17 år. Nå snakker hun. ----- Hedvig var taus i nesten 20 år. Møtet med en spesiell person endret livet hennes	7.5.2020 ----- 28.11.2021	- vil være «normal» som alle andre - ble tatt ut av klassen, ble da på utsiden av klasse miljøet. - liker ikke å bli snakket om over hodet, som om jeg ikke er der. - liker ikke å bli snakket til med babyspråk. - ikke mas om snakking.	Ja

			<ul style="list-style-type: none"> - bli inkludert på lik linje med alle andre - trenger tid på å bli trygg. 	
<u>Selektiv mutisme - Ungdom</u> (klikk.no)	Kun den nærmeste familien har hørt stemmen til Margrethe (22)	30.4.2017	<ul style="list-style-type: none"> - vil være «normal» - blir trygg når jeg føler aksept på at jeg ikke snakker 	Nei
<u>NRK Super - Supernytt</u>	Hanna (12) blir stum når hun møter folk	2.3.2019	<ul style="list-style-type: none"> - trenger trygge folk rundt seg - vil ha det som alle andre 	Nei
<u>Selektiv mutisme: - Marte hadde selektiv mutisme: - Jeg klarte bare ikke å få ut ordene</u> og https://www.tv2.no/a/9900910/ og https://www.selektivmutisme.no/hvorfor-snakker-du-ikke	Marthe (21) hadde selektiv mutisme:- Jeg klarte bare ikke å få ut ordene ----- Jeg tisset på meg fordi jeg ikke klarte å be om hjelp. ----- Hvorfor snakker du ikke?	27.3.2019 ----- 10.6.2018	<ul style="list-style-type: none"> - ikke press på for å få meg til å snakke. - trenger trygge personer - ikke sammenlign dette med sjenanse - hatet oppmerksomhet mot min person - det var ikke et valg - ville være som alle andre - likte ikke at folk pratet om meg - møte andre i samme situasjon - ikke la meg føle svak, noen som betyr mindre enn andre. - jeg vil være noen 	Ja
https://www.selektivmutisme.no/de-tause-aarene og <u>Finnmarkssendinga - Distriktsprogram - Finnmark - NRK Radio</u>	De tause årene. ----- Anne Olsen-Ryum var stum i hele oppveksten	13.1.2017	<ul style="list-style-type: none"> - unngå for mye oppmerksomhet rundt det å snakke - ikke godta at «slik er hun bare», ingenting å gjøre med det. 	Ja

			<p>- Liker ikke følelsen av å være annerledes</p> <p>- til slutt ble det forventet at hun ikke snakket, da ble det enda vanskeligere å begynne å snakke</p>	
<p>https://doi.org/10.1080/08856250701430323</p>	<p>sitater fra tidligere tause voksne</p>	<p>05.07.2007</p>	<p>« det var ikke noe jeg ønsket eller noe bevisst, det bare viste seg på den måten. Det var akkurat som et stort fjell som ble større og større. Det var umulig å tvinge dette fjellet. Du kan ikke plutselig begynne å snakke når du ikke har snakket på 2år» (Cathrine).</p> <p>«jeg visste faktisk ikke hvem jeg var. Jeg trodde det var normalt, at ting var slik. Det var bare den enorme indre angsten som ga meg en anelse om at dette ikke var normalt, og jeg må gjøre noe. Det eneste veien ut var å reise bort, men før det trodde jeg at dette var livet. Jeg visste ikke noe annet (Maria).</p> <p>«jeg tror bare de ble vant til, eller tenkte at, OK, det er slik de er, og det er ikke mye å gjøre med det. De bare</p>	

			aksepterte det, og ga opp (Elisabeth).	
--	--	--	--	--

4.0 Drøfting

Drøftingen ønsker jeg å dele i to. Den første dele vil bestå av drøfting av problemstillingen min opp imot teori og forskning hva SM er og knytte dette opp til sosiale angstlidelser. Kristensen (2019) skriver at barn med selektiv mutisme også blir beskrevet med stor grad av sosiale angstlidelser. Videre vil jeg se dette oppimot Omdal (2016) sin teori om at det ikke er bevist at det er noen sammenheng mellom SM og sosiale angstlidelser. Inn i denne drøftingen vil jeg også ta med uttalelser fra ungdom/unge voksne som har eller har hatt SM, hva de sier om dette.

Den andre delen vil handle om hvordan kan barn, ungdom og voksne møte personer med SM, og hvordan kan vi gjøre de trygge slik at de ikke trekker seg unna fellesskapet. Her vil jeg ta inn teorien og forskningen som jeg har funnet i litteratursøkene som jeg har presentert i teori delen. Dette vil jeg se opp imot det personene med SM og tidligere tause sier hva som er greit og ikke.

4.1 Hva er selektiv mutisme

I mine litteratursøk er det spesielt en artikkel jeg har gått ut ifra. Det er den fagfelleverderte artikkelen til Kristensen og Ørbeck (2021) «selektiv mutisme hos barn og unge». Den omhandler deres kliniske erfaringer samt ikke systematiske søk i PubMed. De har skrevet om temaene diagnosekriterier, komorbiditet, forekomst/ forløp, årsaker, utredning og behandling.

De skriver at de som har SM er barn som er helt tause i situasjoner der det forventes tale, mens de snakker hjemme med nær familie. Dette gjelder barn som i utgangspunktet har gode taleegenskaper. Denne tilstanden kan vare helt opp i voksen alder, og den har store innvirkninger på både det sosiale livet og på det skolefaglige (Kristensen og Ørbeck, 2021).

Forskerne er enig i at tidlig intervensjon er viktig, slik at en kan få bukt med tilstanden tidligst mulig. Pilotstudie som Ørbeck, Lundahl og Kristensen (2021) refererer til, var det den yngste gruppen som hadde best fremgang. Dette viser at det er viktig at spesielt de som jobber i barnehagene er klar over og kriterier for den diagnose. Siden mange av symptomene kan forveksles med sjenanse kan det være vanskelig for foreldre og nær familie fange opp disse barna. Det er lett å tro at barnet er sjenert rundt fremmede mennesker og legg tausheten på sjenanse når de ikke svarer andre de ikke kjenner så godt. Her er det viktig at barnehagen og skolen er klar over denne tilstanden, slik at de kan fanger opp disse barna så tidlig som mulig. Er det mistanke om at det er noe som går utover sjenanse, må det tas videre. Skal de klare å fange opp disse barna må en ha kunnskap om diagnosen.

Dette er en tilstand som generelt er lite kunnskap om i hjelpeapparatet, men noen lyspunkt ser jeg når jeg leser det Ørbeck og Kristensen (2021) skriver at tidligere ble ikke barnet henvist til PPT eller BUP før i 6-7 års alderen, men nå så ser dem en større økning av barn ned i 3 års alderen. Dette tolker jeg dit hen at det er blitt mere oppmerksomhet rundt diagnose kanskje spesielt i barnehagene.

Dette er en tilstand som ikke er så utbredt blant barn og unge. På verdensbasis er det fra 0,03% til 1,9% som har denne diagnosen, grunne til variasjonen er ifølge Kristensen og Ørbeck (2021) blant annet at det er forskjellige retningslinjer og krav til diagnosen. Blant barnebefolkningen i Norge ligger det ifølge Lundahl (2021) på 1%. Dette kan ha en innvirkning på at det er lite fokus på denne diagnosen.

Det er skrevet i litteraturen at en stor del av barna med SM også har sosiale angstlidelser, ifølge Ørbeck og Kristensen (2021) er det mellom 70-94% . Dette samsvarer med hva flere forskere har funnet ut, blant annet Anstendig (1999), Blanck (1996), Gensthaler mfl. (2016). Enkelte mener at SM og sosiale angstlidelser har felles genetiske trekk som blant annet høy engstelse og tilbaketrekking for nye situasjoner og fremmede mennesker. Ifølge Flaten (2010) er kjernen i sosial angst det å bli evaluert av andre og redsel for deres oppmerksomhet. De føler seg vurdert og ikke godtatt av andre, de føler seg mindreverdige og usikre sammen med andre. Personer med sosial angst har en forsterket selvbevissthet, der andre har en definisjons makt over dem. Denne frykten gjør at de unngår sosiale

situasjoner der de vet at angsten kan utløses. De er klar over at dere reaksjonsmønster er irrasjonell, men det er en reaksjon de ikke klarer å styre.

Det viker i fra det Omdal (2016) har kommet frem til. Hun mener at det er flere punkter i diagnosen til SM som viker i fra sosiale angstlidelser. Ifølge Omdal sin fireårige studie fra 2007 og Galloway fra 2008, som er gjort på barn med SM og tidligere tause voksne, finner de ingen bevis på sosiale angstlidelser. Barna som var med i forskningen fremstod ikke som engstelige i samspill med andre så lenge det var akseptert at de ikke snakket, de kommuniserte da med kroppsspråk. Det samme signaliserte både foreldrene og lærerne, barna virket trygge i sosiale settinger så lenge de var trygge på at de ikke måtte snakke. Dette samsvarer også med Omdal sine egne observasjoner av disse barna, og Omdals intervju av tidligere tause voksne. De tidligere tause voksne påpekte at veien ut av tausheten var blant annet å skifte miljø, der ingen kjente de, og at den indre motivasjonen til å begynne å snakke var der samtidig. Her mener Omdal (2016) at det viker fra flere av kriteriene til sosiale angstlidelser. Om resultatene av observasjonene har blitt annerledes om barna vært i ukjente omgivelser er ikke godt å si, men slik jeg tolker Omdal (2016) handler ikke den tausheten om hvor en nødvendig vis er, men den er rettet direkte mot det å snakke, og så lenge barna føler at det er akseptert at de ikke snakker av omgivelsene og det da ikke blir noe press på dem, så trekker ikke barna seg unna det sosiale. Flere av de tidligere tause voksne har uttalt seg at ungdomstiden var verst, det var da de havnet utenfor fellesskapet, det var ikke lengre så enkelt å følge strømmen, det ble forventet at en skulle ta del i fellesskapet på samme måte som alle andre, være verbal og ta initiativ. Det var på den tiden de rundt dem ga opp på å prøve, og de følte seg ikke lengre betydningsfull. De tidligere voksne mente at det var i den tiden og mot voksen alder at de utviklet sosial angst. De mente at den sosiale angsten kom på grunn av SM over lang tid og ikke var en del av SM.

Det Omdal (2016) mener er at barna med SM og tidligere tause voksne har kriteriene til spesifikk fobi. Dette er en fobi der en frykter for bestemte situasjoner eller ting. Og deres tilfelle er fobien frykten for å snakke. Sammen med den frykten er det motstand til å bli presser til å snakke som Omdal (2016) mener knytter diagnosen SM til diagnosen spesifikk fobi. Denne frykten for å snakke sammenligner Omdal (2016) med for eksempel fobien mot edderkopper og at den frykten blir sterkere når en blir konfrontert med den. Det samme gjelder det med SM, motstanden mot å snakke blir sterkere av velmente forsøk på å

få barnet til å snakke. Når de ble presset til å snakke ble unngåelsen av å snakke større. Dette til tross for at de var klar over at denne tausheten var overdreven og urimelig. Dette førte hos enkelte til sosial angst i voksen alder.

Det er så langt ikke funnet noe enkeltstående årsak til SM. Det er flere forskere blant annet Ørbeck og Kristensen (2021) som mener det er stor sannsynlighet for at det er flere faktorer som er årsaken, og de antar at det er et samspill mellom genetikk, temperament og utviklings- og miljøfaktorer. Det er flere studier som har funnet en sammenheng mellom barn som har SM og foreldre med sosiale angst lidelser eller sjenanse. Blant annet skriver Omdal (2016) om Kristensen (2002) sin norske studie, der en stor del av foreldrene til barn med SM hadde sosiale angstlidelser eller sjenanse, den samme konklusjonen hadde også studien til Klovin & Fundudis (1981) som viser at en stor del av forelderen var reserverte eller sjenerte. Om dette er genetisk komponent eller modell læring , eller er det en interaksjon mellom gener og miljø er vanskelig å si uten å ha mere forskning å støtte seg til.

Det er som sagt flere som antyder at SM er et, samspill mellom genetikk, temperament og utviklings- og miljøfaktorer. At dette er grunnlaget til SM, men det må være noe som utløser denne tausheten. Tidligere forskning var traumer nevnt som en årsak til SM, men at det ifølge Kristensen og Ørbeck finnes det ikke forskning som bygger opp under denne påstanden. Omdal (2016) viser til en studie av Steinhouse & Juzi (1996) der 31% av 100 barn hadde opplevd hendelser som kunne være så stressende at det har ført til taushet, dette samsvarer med Omdal sin egen forskning fra 2007, der forskningen var på tidligere tause voksne, der virket det som om tausheten var en måte å beskytte seg selv på etter vanskelige hendelser (Omdal, 2016).

Til tross for at SM først ble omtalt i 1877 og det ble skrevet om barn med SM første gang i 1934 er ikke denne diagnosen ifølge Omdal (2016) så godt kjent innen hjelpeapparatet. Og grunnen kan være at det er såpass få som har denne diagnosen. Dette gjør at det kan gå lang tid imellom de i hjelpeapparatet kommer bort i barn med SM, og det gir en utfordring når en skal opparbeide seg en kompetanse på dette området. Det er ikke funnet noe enkeltstående årsak til SM, det er et komplisert fenomen. Ørbeck og Kristensen (2021) skriver at når en skal hjelpe en med SM er det ikke nødvendigvis hovedoppgaven å finne årsaken til tausheten, men heller finne faktorer som vedlikeholder tausheten. Omdal (2016)

sier en må bruke tid på observasjoner og analysere hva som er de opprettholdende faktorer i miljøet til hvert enkelt barn. Her er det snakk om individuelle løsninger med et tett samarbeid mellom hjelpeapparatet, evt. skole/barnehage, forelder og barnet selv.

4.2 Hvordan møter barn, ungdom og voksne personer med selektiv mutisme?

Det jeg har lest av litteratur og forskning om barn/ ungdom og voksne med SM er det forfatterens og forskernes tolkninger av forskningsobjektene som kommer fram. I tillegg til litteraturen og artiklene har jeg også brukt hjemmesiden til foreningen for SM. Her kommer vi tetter på de det gjelder gjennom flere personlige fortellinger, podkast og snutter fra tv program. Det er fortellinger fra tidligere tause ungdom/unge voksne og ungdom med SM. Heidi Omdal er en av de som har skrevet på hjemmesiden og kommer med flere råd om hvordan vi skal møte personer med SM. Disse rådene har jeg skrevet under kapittel 3,2, ungdom/ unge voksne sine egne opplevelser.

Noe det er bred enighet om, er at det er viktig med tidlig intervensjon. Ørbeck, Lundahl og Kristensen (2021) sier at jo tidligere en får hjelp jo bedre blir resultatet. De mener at defokusert kommunikasjon er en av de viktigste grunnprinsippene i møte SM. Defokusert kommunikasjon handler om vårt møte med personen med SM. Det handler om ikke å ha fokuset på personen, når en snakker med personen skal en ikke sitte rett ovenfor, men ved siden av slik at en unngår blikkontakt, en skal heller ha fokuset rettet mot det en holder på med. En skal unngå direkte spørsmål, unngå at spørsmålene blir preget av intervju, en bør ikke spørre om personlige ting, heller spørre om det en holder på med. En må gi de god tid, gi de tid til å svare. Svarer de ikke må du opprettholde dialogen. Her er det viktig at personen ikke føler at du gir opp. Svarer personen når du snakker må du regulere din egen reaksjon, en må opptre som om at det er helt naturlig at personen snakker og ikke gjøre noe ut av det. Blir det for mye fokus i forhold til talen, vil en mest sannsynlig lukke seg igjen, det er dette fokuset personen frykter. Klarer en og møte en med SM med disse prinsippene vil det redusere personens opplevelser av ubehag og angst i sosiale situasjoner.

Dette samsvarer mye med det ungdommen og tidligere tause voksne selv har uttalt. Som Margrethe 22 år, sier hun vil være normal og at hun føler seg trygg når hun blir akseptert

for den hun er. Hanna 12 år, sier også hun vil være som andre. Marthe 21, år sa at hun ikke vill føle seg svak, noe som betyr mindre enn andre. Cathrine som var taus i oppveksten forklarte tilstanden slik «det var ikke noe jeg ønsket eller gjorde bevist, det bare viste seg på den måten. Det var akkurat som et stort fjell som ble større og større. Det var umulig å tvinge dette fjellet. Du kan ikke bare plutselig begynne å snakke når du ikke har snakket på to år». Elisabet som var taus i hele oppveksten sa det slik «jeg tror de bare ble vant til, eller tenkte at OK, det er slik det er, og det er det ikke mye å gjøre med det. De bare aksepterte det, og ga opp». Anne som var taus i hele oppveksten har uttalt seg slik «til slutt ble det forventet at jeg ikke snakket, da ble det enda vanskeligere å begynne å snakke». Det går igjen at de ønsker ting skal være normalt, de ønsker å bli forstått, at dette ikke er noe de velger selv. De vil være en del av miljøet og de ønsker ikke at andre skal gi de opp, de trenger noen som har tro på dem, føle seg akseptert, det er da de føler seg trygge.

Skal vi klare å møte personer med SM på den måten som er beskrevet ovenfor er det viktig at vi skaper gode relasjoner. Omdal (2016) sier at gode relasjoner er viktig i kommunikasjonen. Gjennom gode relasjoner kan en enklere ta barnets perspektiv slik at en klarer å tone seg inn på selve barnet og dens opplevelser, og ikke mins må vi ha trua på forandring, slik at barnet også finner den indre motivasjonen til å sette i gang prosessen til forandring. Røkenes og Hansen (2012) skriver at all samhandling handler om relasjoner og kommunikasjon. Hvordan en møter personene har stor innvirkning på hvordan relasjonen utvikler seg. Om en møter personen som et subjekt og medmenneske er avgjørende for personenes selvfølelse, selvrespekt og opplevelse av menneskeverd. Har en klart å skape en god, trygg og stabil relasjon, vil relasjonen tåle mere, en kan være mere direkte.

Tv2 hadde et program som heter «vårt lille land» der vi fikk møte Hedvig som har vært taus i nesten 20 år. Hun er også med i en podkast som heter «Hedvig var stille i 17 år. Nå snakker hun». I begge disse programmene får vi høre hvordan hun møtte på en person som skulle endre livet hennes. Det var en prosjektleder for kulturpatruljen som hun åpnet seg opp til først. Denne personen hadde aldri hørt om SM før Hedvig kom. Det han gjorde var å innlemme Hedvig aktivt i samtaler og som om hun skulle ha respondert med tale, hun følte seg inkludert og likeverdig, noe hun ikke var vant til. Da begynte tankene å komme at hun kanskje kunne være en person noen kunne like. Det var da hun begynte å jobbe med sin indre motivasjon at dette skulle hun klar, hun skulle begynne å snakke. Det er spesielt en setning som han sa når han fortalte om Hedvig i podkasten som jeg umiddelbart la

merke til. Han sa «hun var ikke så stille når hun kom, hun hadde et kroppsspråk fra en annen verden. Var lett å lese hva som foregikk». Denne setningen har jeg reflektert over flere ganger siden jeg hørt den. Det er så lett å tenke at kommunikasjon er tale, men selvsagt er kommunikasjon så mye mere enn det. Slik jeg ser det sier nonverbal kommunikasjon like mye som verbal kommunikasjon og nonverbal kommunikasjon kommer i uttrykk gjennom blant annet kroppsspråk. Ifølge Grasaas m.fl. (2018) handler kommunikasjon ikke bare de ordene vi bruker i talen, men også hvordan vi uttrykker oss uten bruk av ord. Det er da snakk om hvordan vi bruker kroppen gjennom mimikk, blick, hodebevegelser, ansiktsuttrykk og hvordan vi beveger armer og bein, det er vårt kroppsspråk.

I Omdal (2016) sin forskning kommer det frem at når barn føler seg trygge og de kan være trygge på at presset til å snakke ikke er der, er de med i det sosiale fellesskapet og er en av alle. Det er viktig å huske på når en ser en person som tilsynelatende ønsker å være alene, så er det sjeldent at det stemmer. Omdal (2016) intervjuet blant annet en jente på 13 år som ikke viste noen tegn på at hun ønsket å være sammen med andre, men som uttrykket under intervjuet at hun var ensom, ønsket å bli inkludert og sett av andre barn, men hun klarte ikke å finne måter å formidle dette på, hun ble hindret av sin egen taushet.

Mennesker med SM er så mye mer en bare diagnosen, de ønsker ikke og blir definert ut ifra sin diagnose de ønsker å bli definert for den personen de er, et likeverdig menneske som er like viktig og betydningsfullt som alle andre. Etter å ha tilegnet meg kunnskapen om ungdommen og unge voksne sitt perspektiv om hvordan de ønsker å bli møtt, konkluderer jeg at det er det samme som defokusert kommunikasjon. Dette er noe også litteraturen og forskningen også er inne på. I Forordene til rapporten Barn i Norge 2005 er det et viktig budskap fra en ungdom som var taus gjennom hele ungdomskolen «Ikke tro på det, hvis noen sier at de ikke har lyst til å begynne å snakke» (Voksne for barn, 2005:7).

5.0 Avslutning

Jeg har prøv i denne oppgaven å belyse hva SM er, ikke bare diagnosen, men selve tilstanden SM. Jeg har også sett på hvordan vi kan møte personer med SM.

For å svare på problemstillingen har jeg hatt fokus på diagnose, komorbiditet, behandling, etterundersøkelse, ungdom/unge voksne med SM og deres egen opplevelser om det å ha SM. Vil understreke at jeg ikke ønsker å generalisere mine funn. Personer med SM er veldig forskjellige og det er ikke slik at en ting fungerer på alle, men jeg har funnet noe som har fungert på de som har uttalt seg enten i forskningen/ litteraturen eller forskjellige podkast o.l.

Det er relativt lite kunnskap om denne diagnosen og det er mye spekulasjoner rundt hva SM kommer av. Det er nevnt både traumer, sosiale angstlidelser og spesifikk fobi. Her trenger en mere forskning skal en komme med en spesifikk konklusjon. Det som kanskje er det viktigste for de med SM, er først og fremst å ikke å finne ut grunne til at det oppstod, men hvile faktorer er det som opprettholder tilstanden, slik at en kan finne veien med å jobbe seg ut av SM.

Den andre delen av oppgaven er hvordan vi skal møte ungdommen/unge voksne som har SM. Her har jeg brukt både litteratur og forskning sammen med ungdommen/unge voksne sine egne uttalelser. Til tross for at det er lite kunnskap om dette temaet, så kan jeg konkludere ut ifra mine funn at litteraturen og forskningen er samstemt med ungdommen/unge voksne, om at det er defokusert kommunikasjon som er den anbefalte måten å møte de på.

6.0 Litteraturliste

Aadland, Einar. 2011. «Og eg ser på deg...» *Vitenskapsteori i helse og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Brask, Ole David, May Østby og Atle Ødegård. 2016. *Vernepleierens kjerne roller. En refleksjons modell*. Bergen: Fagbokforlaget

Dalland, Olav. 2017. *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Emneplan 3. studieår. Høgskolen i Molde.

Flaten, Kirsten H. 2010. *Barn med sosial angst og sjenanse*. Oslo: Kommuneforlaget.

Grasaas, Kari Krüger, Marit Sjursen og Jørn Stordalen. (2018) *Helsefagskolen – Etikk og Kommunikasjon*. Oslo: Cappelen Damm AS

Helgesen, Leif A. 2017. *Menneskets dimensjoner. Lærebok i psykologi*. Oslo: Capellen Damm AS

Historier fra virkeligheten. Hentet fra: foreningen for selektiv mutisme

<https://www.selektivmutisme.no/erfaringer-fra-virkeligheten>

ICD -11. 2022. International Classification of Diseases 11th Revision. The global standard for diagnostic health information. 6B06. Selektiv mutisme. Lest 05.03.2022.

https://icd.who.int/ct11/icd11_mms/en/release? (Søkeord: Selektiv mutisme)

ICD -11. 2022. International Classification of Diseases 11th Revision. The global standard for diagnostic health information. 6B04. social anxiety disorder. Lest 05.03.2022.

https://icd.who.int/ct11/icd11_mms/en/release? (Søkerord: social anxiety disorder)

Kristensen, Hanne. 2002. Selektiv mutisme hos barn. . I *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. (fagfelleverdert)

<https://tidsskriftet.no/2002/03/doktoravhandlinger/selektiv-mutisme-hos-barn>

Kristensen, Hanne. 2005. Taushet er også tale, selektiv mutisme hos barn og unge. I *Se meg! Barn i Norge 2005*. Årsrapport om barn og unges psykiske helse: Oslo

Kristensen, Hanne. 2019. Elektiv mutisme. *Den norske legeforening*. [Elektiv Mutisme \(legeforeningen.no\)](https://www.legeforeningen.no/elektiv-mutisme)

Kristensen, Hanne og Beate Ørbeck. 2021. Selektiv mutisme hos barn og unge. I *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. (fagfelleverdert)

[Selektiv mutisme hos barn og unge | Tidsskrift for Den norske legeforening \(tidsskriftet.no\)](https://tidsskriftet.no/2021/03/selektiv-mutisme-hos-barn-og-unge)

Lundahl, Kathe. 2021. Slik oppdager du selektiv mutisme, og noen råd til hvordan du kan hjelpe. *Fagartikkel: Barn og ungdom med selektiv mutisme vil snakke, men klarer det ikke. De forstår ikke selv hvorfor ordene ikke kommer ut og de vet heller ikke hvordan de skal løse det når tausheten først har satt.*

[Slik oppdager du selektiv mutisme, og noen råd til hvordan du kan hjelpe \(utdanningsnytt.no\)](https://www.utdanningsnytt.no/artikkel/slik-oppdager-du-selektiv-mutisme-og-noen-rad-til-hvordan-du-kan-hjelpe)

NOVA. Metode- og forskningsordliste. [Bufo.no](https://www.bufo.no/metode-og-forskningsordliste)

[Metode- og forskningsordliste \(bufo.no\)](https://www.bufo.no/metode-og-forskningsordliste)

Nylenna, Magne. 2016. Prospektiv og retrospektiv. I *Tidsskrift Den Norske Legeforening*.

<https://tidsskriftet.no/2016/06/sprakspalten/prospektiv-og-retrospektiv>

Omdal, Heidi. 2007. Can adults who have recovered from selective mutism in childhood and adolescence tell us anything about the nature of the condition and/ or recovery from it? I *European journal of special needs education*, 22(3), 237-253.

<https://doi.org/10.1080/08856250701430323>

Omdal, Heidi. 2016. *Når barnet unngår å snakke. Selektiv mutisme i barnehage og skole.* Oslo: Universitetsforlaget.

Owren, Thomas og Sølvi Linde. 2011. Innledning. I *Vernepleierfaglig teori og praksis-sosialfaglige perspektiver*. Red Thomas Owren og Sølvi Linde. Kap. 1. Oslo: Universitetsforlaget.

Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen. 2012. *Bære eller bryte: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker.* 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Remschmidt, Helmut, Mathias Poller, Beate Herpertz-Dahlmann, Klaus Hennighausen & Cornelius Guttentbrunner. 2001. A follow- up study of 45 patients with elective mutism. *I Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci (2001) 251 : 284–296*

[A follow-up study of 45 patients with elective mutism | SpringerLink](#)

Ti regler i møte med tause barn og unge. Hentet fra: foreningen for selektiv mutisme
<https://www.selektivmutisme.no/10-tips-barn-unge-selektiv-mutisme>

Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. 2017. *Psykiatri for helse- og sosialutdanningen.* Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Voksne for barn. 2005. Taushet er også tale. Selektiv mutisme hos barn og unge. *I Se meg! Barn i Norge 2005. Årsrapport om barn og unges psykiske helse:* Oslo

Ørbeck, Beate og Hanne Kristensen. 2021. Om tilstanden selektiv mutisme. *I Når taushet ikke er gull, en veileder ved selektiv mutisme.* Kap 1.red. Kathe Lundahl, Beate Ørbeck og Hanne Kristensen. For PP-tjenestens materielservice

Ørbeck, Beate, Kathe Lundahl og Hanne Kristensen. 2021. Hvordan best hjelpe tause barn - tiltak. *I Når taushet ikke er gull, en veileder ved selektiv mutisme.* Kap 4.red. Kathe Lundahl, Beate Ørbeck og Hanne Kristensen. For PP-tjenestens materielservice

Podkast/ tv/ blogg/ You Tube:

Anne Olsen Ryum var stum i hele oppveksten.

Finnmarkssendinga - Distriktsprogram - Finnmark - NRK Radio

De tause årene.

<https://www.selektivmutisme.no/de-tause-aarene>

Hedvig var stille i 17 år, nå snakker hun.

https://overcast.fm/+hp_idqA-c

Hedvig var taus i neste 20 år. Møtet med en spesiell person endret livet hennes.

<https://www.tv2.no/a/14359768/>

Hvorfor snakker du ikke?

<https://www.selektivmutisme.no/hvorfor-snakker-du-ikke>

Hanne (12) blir stum når hun møter folk.

<https://nrksuper.no/serie/supernytt/MSUB02004417/sesong-201703/episode-2>

Kun de nærmeste familien har hørt stemmen til Margrethe (22)

<https://www.klikk.no/foreldre/ungdom/selektiv-mutisme-2530601>

Marthe (21) hadde selektiv mutisme: -jeg klarte bare ikke å få ut ordene.

<https://www.kk.no/livet/marte-hadde-selektiv-mutisme---jeg-klarte-bare-ikke-a-fa-ut-ordene/69677035>

Marte (21) -jeg tisset på meg fordi jeg ikke klarte å be om hjelp

<https://www.tv2.no/a/9900910/>

McCartney, Paul. 2001. She's given up talking. Fra albumet *Driving Rain*,

<https://www.youtube.com/watch?v=fhGycbxgcRg>

Sitater fra tidligere tause voksne.

<https://doi.org/10.1080/08856250701430323>

7.0 Vedlegg

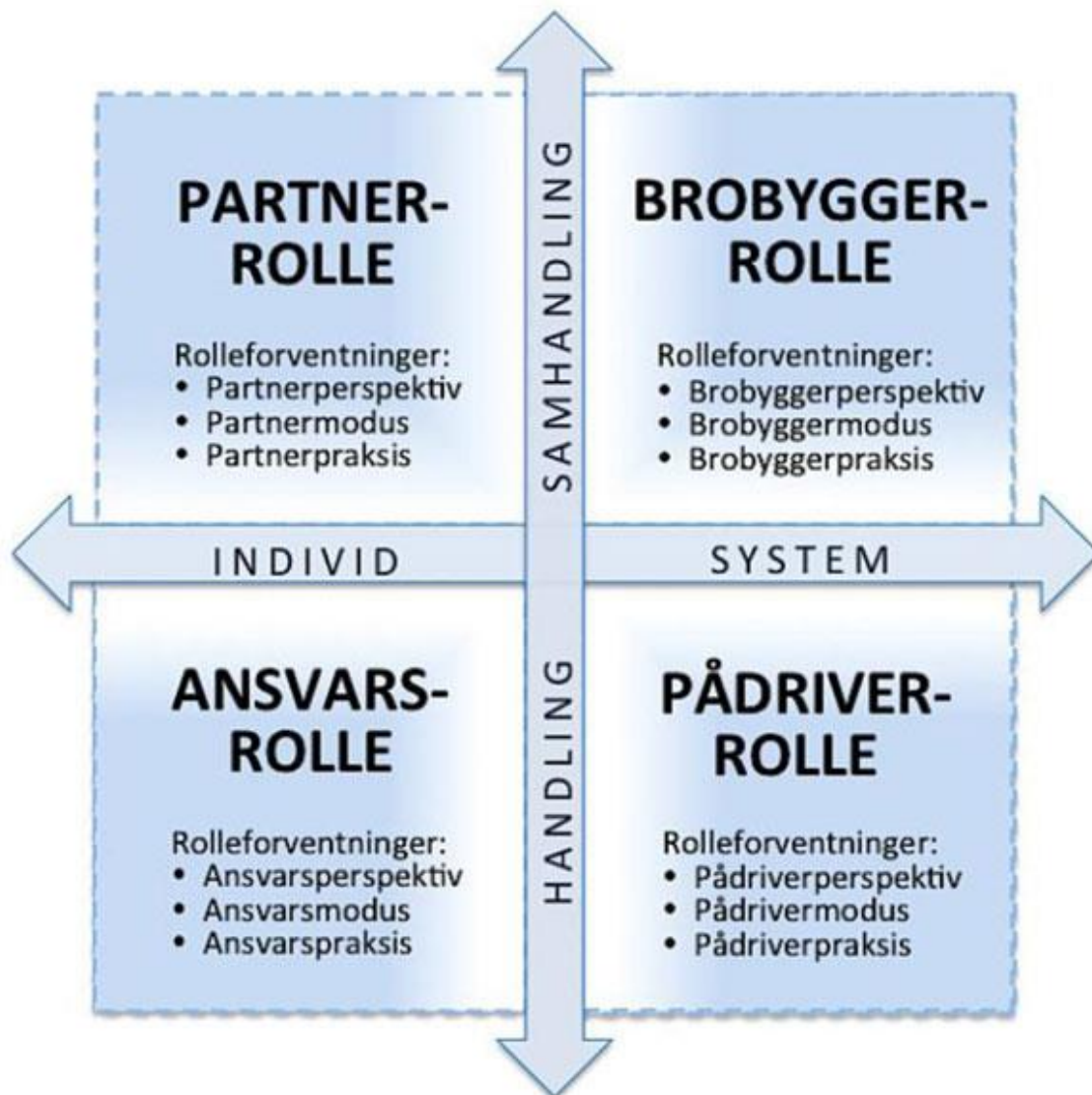
Vedlegg 1: Kjernerollene.

Vedlegg 2: Oversikt over trinnene i den Norske hjem-/ skolebasert tilnærming.

Vedlegg 3: diagnosesystemet DSM-5. Sosiale angstlidelser.

Vedlegg 4: Spesifikk fobi.

VEDLEGG 1



Disse fire kjernerollene viser hvilke rolleforventninger som er typisk i vernepleierens arbeid. vernepleieren må kunne ta de utfordringene som kreves i øyeblikket. Den enkelte kjernerollen vil vi ikke finne isolert fra hverandre, vernepleieren må være fleksibel nok til å bevege seg langs linjene og mellom rollene når situasjonen krever det (Brask m.fl. 2016).

VEDLEGG 2

OVERSIKT OVER TRINNENE I DEN NORSKE HJEM- /SKOLEBASERT TILNÆRMING (Ørbeck et al. 2012; Ørbeck et al. 2014).

TRINN 1: UTREDNING

- Samtale med foreldre for å avklare diagnosen SM, gjør en differensialdiagnostisk vurdering og få informasjon om barnets utviklingshistorie, inklusive sterke sider og interesser.
- Undersøkelse av barnets generelle og språklige funksjonsnivå samt nonverbal formidlingsevne, for senere å kunne tilpasse tiltakene til barnets nivå.
- Ble gjort hjemme.

TRINN 2: PSYKOEDUKASJON

Fellessamtaler hvor personalet rundt det aktuelle barnet møter sammen med foreldrene, for å sikre en felles forståelse av barnet, av SM og hvilke tiltak som skulle gjennomføres.

TRINN 3: KONKRETE INTERVENSJONER MED BARNET

Disse ble ledet av fagpersoner som kjente prinsippene for defokusert kommunikasjon som et generelt tiltak og gjennomføring av spesifikke intervensjoner for gradvis å hjelpe ved SM.

- Tren ukentlige hjemmebaserte sesjoner med barnet og foreldrene, om lag 60 minutters hver gang for å bli kjent med barnet, informere om- og starte på de samme tiltakene som senere skulle gjøres i barnehage/ skolen.
- Fra uke 4 og inntil maksimum 6 måneder: sesjoner i barnehage / skole fortrinnsvis to ganger ukentlig i 30 minutter. Her blir tiltakene gjennomført i seks moduler med trinnvis og økende vanskelighetsgrad etter forhåndsdefinerte mål (1-6):
 1. Snakk til fagpersonen i et eget rom i barnehagen / skole med foreldre til stede.
 2. Snakk til fagpersonen i eget rom i barnehagen / skolen uten foreldrene til stede.
 3. Snakk til en kjent lærer i et eget rom i barnehagen / skolen med fagpersonen til stede.
 4. Snakk til andre lærere (og barn) i et eget rom i barnehagen / skolen med fagpersonen til stede.

5. Snakk til andre lærere (og barn) i noen setninger i barnehage / skole uten fagpersonen til stede (snakk til noen, men ikke til alle lærere; og / eller snakk til noen, men ikke alle grupper på skolen).
6. snakk til lærer (og barn) i alle settinger i barnehage / skole uten fagpersoner til stede.

Barnet blir flyttet til neste modul når et mål var oppnådd, og i hver situasjon måtte barnet snakke i setninger med normal / tilnærma normalt stemmевolum. Når barnet nådde det siste målet (6) reduserte fagpersonen gradvis øvingen inntil den ble avsluttet (Lundahl, Ørbeck og Kristensen. 2021:46).

VEDLEGG 3

DIAGNOSESYSTEMET DSM-5 SOSIAL ANGST

- A. Personen har markant frykt for en eller flere sosiale situasjoner der vedkommende kan bli utsatt for vurdering av andre. For eksempel kan det handle om det sosiale samspillet (å føre en samtale, eller møte fremmede personer), å bli observert (for eksempel mens personen spiser eller drikker), og opptre foran andre (for eksempel holde en tale). Hos barn må angsten opptre i jevn alder relasjoner og ikke bare sammen med voksne.
- B. Personen frykter at han eller hun kommer til å fremtre på en måte eller vise angstsymptomer som vil bli negativt vurdert. Dette vil være flaut og ydmykede, kan fornærme andre og føre til avvising.
- C. De sosiale situasjonene fremprovoserer nesten alltid frykt eller angst. Hos barn kan frykten eller angsten komme til uttrykk gjennom gråt, raserianfall, frysing, klamring, krymping eller unnlattelse av tale i sosiale situasjoner.
- D. De sosiale situasjonene blir unngått eller holdt ut med intens frykt eller angst.
- E. Frykte eller angsten står ikke i relasjon i den aktuelle trusselen i de sosiale situasjonene eller den sosialkulturelle konteksten.
- F. Frykte, angsten eller unngåelse er vedvarende og varer vanligvis i 6 måneder eller mer.
- G. Frykten , angsten eller unngåelse forårsaker betydelig lidelse eller nedsatt funksjon sosialt, yrkesmessig eller på andre sentrale områder.
- H. Frykte, angsten eller unngåelse skyldes ikke fysiologiske virkninger av et stoff (eksempel narkotika eller medisiner), eller annen medisinsk tilstand.
- I. Frykte, angsten eller unngåelse kan ikke forklares med et symptom på en annen mental lidelse, slik som panikk lidelse, dysmofobi, eller autismespektertilstand.
- J. Hvis en medisinsk tilstand (for eksempel Parkinson, sykdom, fedme, misdannelser fra braskader eller andre personskader) er til stede, er frykten, angsten eller unngåelsen ikke relatert eller overdrevne.

VEDLEGG 4

SPESEFIKK FOBI

- H. Markert frykt eller angst for et spesifikt objekt eller en situasjon (for eksempel å fly, ulike dyr, å ta sprøyte, se blod). Hos barn kan frykten uttrykkes gjennom gråt, raserianfall, tilfrysing eller klamring.
- I. Det fobiske objektet eller situasjonen provoserer este alltid umiddelbar frykt eller angst.
- J. Det fobiske objektet eller situasjonen blir aktivt unngått eller holdt ut med intens frykt eller angst.
- K. Frykten eller angstene ute av proporsjoner til den faktiske fare som det fobiske objektet eller situasjonen og den sosiokulturelle konteksten utgjør.
- L. Frykten, angsten eller unngåelsen er vedvarende, og varer typisk 6 måneder eller lengre.
- M. Frykten, angsten eller unngåelse forårsaket klinisk betydelig ubehag eller svekkelse sosialt, yrkesmessig eller på andre viktige funksjonsområder.
- N. Forstyrrelser kan ikke forklares med symptomer på en annen mental lidelse, inkluderte frykt, angst eller unngåelse av situasjonen som forbindes med panikk-lignende eller andre lammende symptomer. – objekter eller situasjoner relatert til tvang, påminnelser av traumatiske hendelser; angst for å bli separert fra hjemmet eller fra tilknytningspersoner (Omdal. 2016).