

Møte med det tause barnet i psykoterapi
Et kasusstudie

Elin Grothe Ellingsen

Hovedoppgave, Profesjonsstudiet i psykologi

Trondheim, Våren 2014.

Psykologisk institutt

Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet (NTNU)

Veileder: Leif Edward Ottesen Kennair

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Sammendrag	2
Innledning	3
Introduksjon av tema	3
Begrunnelse for valg av tema og samfunnsrelevans	3
Formål og avgrensning av oppgaven.....	4
Problemstillinger	5
Metode	5
Teoridel	6
Hva er selektiv mutisme	6
<i>Internaliserende og eksternaliserende atferd</i>	7
<i>Forskjellen mellom selektiv mutisme og sjenanse</i>	7
En spesiell klinisk utfordring.....	8
Et lite historisk tilbakeblikk.....	9
Nåværende forståelse av selektiv mutisme.....	9
<i>Diagnosekriterier: ICD-10 og DSM-IV/V</i>	10
Forekomst.....	12
Debut	12
Prognose	13
Etiologiske forhold	14
<i>Angstlidelser</i>	16
Angstens etiologi	18
<i>Familiære forhold</i>	18
<i>Samspill mønstre i familien</i>	19
<i>Atferdsinhibering (tilbaketrukket temperament)</i>	20

<i>Tilknytning</i>	21
<i>Emosjonsregulering</i>	22
Språkfunksjon.....	23
Sosiale evner.....	24
Andre faktorer	24
Transaksjonsmodell.....	25
Komorbide lidelser	25
Behandling av selektiv mutisme.....	26
Utredning.....	30
Defokusert kommunikasjon.....	31
Behandlingsmanualen til Johnson og Wintgens.....	35
Terapi med barn.....	37
<i>Spesielle forhold og karakteristiske trekk ved barneklienten</i>	37
<i>Foreldrenes rolle</i>	39
<i>Et utviklingspsykologisk perspektiv</i>	39
Kasusstudie; Nathalie, 4 år	40
Bakgrunn	40
Første møte med Nathalie og mor på klinikken	43
Fase 1: Veiledning av mor.....	44
<i>Samspillet mellom mor og Nathalie fra et tilknytningsperspektiv</i>	45
<i>Mor som et overflødig stillas?</i>	49
<i>Sosial referering og mors overførte engstelighet</i>	50
<i>Møte med stillheten</i>	50
<i>Nathalie blir synlig</i>	53
<i>Den avgjørende telefonsamtalen & påminnerkortene</i>	54
<i>-Tiltak for mor</i>	54
<i>Vendepunktet: Første steget bort fra mor</i>	55
<i>Hva kunne vi gjort annerledes?</i>	55

Samtaler med barnehagen.....	56
Fase 2: Skape en trygg og god relasjon (allianse) med Nathalie.....	57
<i>Utviklingsstøtte</i>	57
<i>Hvor befinner en fireåring seg i utviklingen?</i>	60
<i>Allianse</i>	62
<i>Foreldre og allianse</i>	62
<i>Leketerapi</i>	66
<i>Hva kunne vi gjort annerledes?</i>	69
Fase 3: Atferdsteknikker som behandling av Nathalies selektive mutisme	69
<i>Defokusert kommunikasjon</i>	69
<i>Shaping</i>	72
<i>Bare Nathalie og meg, første gang på egenhånd</i>	74
<i>Stimulus fading ("sliding in technique")</i>	75
<i>Hviskelek og avslutning av terapien</i>	76
<i>Hva kunne vi gjort annerledes?</i>	78
Avsluttende diskusjon	80
Begrensinger og implikasjoner	83
Konklusjon	84
Litteraturliste	86

Forord

Denne hovedoppgaven ble skrevet ved NTNU, Psykologisk institutt, i perioden august 2013 til mars 2014. Utarbeidelse av problemstillingene ble gjort i samarbeid med veileder og ressursperson. Kasusstudiet er basert på min barneklent på NTNUs poliklinikk for barn og unge. Det har blitt tatt i bruk egne notater og journalutskrift fra denne behandlingen i hensikt å formulere kasuset.

Det har vært en spennende, utfordrende og lærerik prosess å skrive om min første klient. Jeg har fått reflektert og gått i dybden på en behandling jeg trolig ikke vil få muligheten til igjen. Jeg vil gi en spesiell stor takk til min ressursperson Kathrine Lorenz som har gitt meg utrolig mye støtte og motivasjon gjennom hele oppgaveskrivingen. Som min tidligere psykologveileder på barneklubben har hun i tillegg bidratt med nyttig informasjon og refleksjoner til kasuset. Videre vil jeg takke min veileder Leif Kennair for konstruktive tilbakemeldinger, underholdende samtaler og raske svar. Jeg vil takke min gode venninne Mia for korrekturlesing, min søster for teknisk support og resten av min familie for god støtte, oppmuntringer og forståelse. Ikke minst vil jeg takke min fantastiske kjæreste for særdeles god omsorg og tiltro til meg.

Elin G. Ellingsen

Trondheim 20.03.2014

Sammendrag

Tausheten til barn med selektiv mutisme kan betraktes som en forsvarsmekanisme og unngåelsesstrategi for å redusere engsteligheten som barnet opplever i sosiale situasjoner. Det finnes ingen allmenn akseptert standard for behandling av lidelsen, og det er stor mangel på forskning av tilstrekkelig metodologisk kvalitet som kan vurdere effekten av hvilken behandling som er best egnet for disse barna. Det er også mangel på detaljerte beskrivelser av behandlingsforløp. Formålet med oppgaven er å illustrere gjennom et kasusstudie hvilke teknikker og faktorer som var nyttige i behandlingen av et førskolebarn med selektive mutisme, og hvilke som var mindre hensiktsmessige. I terapien blir det avdekket forhold som ser ut til å opprettholde klienten sin selektiv mutisme. Særlig har samspillet mellom barnet og omsorgsgiver en stor betydning. Hovedfokuset ble å redusere klientens engstelighet og gjøre henne tryggere i sosiale interaksjoner. Intervensjonene som ble iverksatt innebar veiledning og psykoedukasjon til omsorgsgiver, leketerapi, defokusert kommunikasjon, samt ulike atferdsteknikker, deriblant desensitivering. En form for desensitivering; *shaping*, ga god effekt. En kombinasjon av humor og aktiviteter som skapte fysiologisk aktivering virket å trigge lydproduksjon.

Innledning

Introduksjon av tema

Selektiv mutisme er en kompleks psykisk lidelse hos barn og unge hvor barnet konsekvent ikke snakker i visse sosiale situasjoner eller arenaer, selv om de kan snakke normalt i settinger hvor de er komfortable og trygge (Shipon-Blum, 2007). I ICD-10 kalles tilstanden elektiv mutisme (WHO, 1999), mens i DSM-IV-TR systemet brukes betegnelsen selektiv mutisme (APA, 2000). Tilstanden er relativt sjelden, hvor prevalensen er antatt å ligge på mindre enn 1 % i populasjonen (Steinhausen & Juzi, 1996). Etiologien bak lidelsen blir betraktet som kompleks og er fortsatt omdiskutert (Sharp, Sherman, & Gross, 2007; Steinhausen & Juzi, 1996). I dag er det imidlertid stor enighet om at tilstanden kan betraktes som en form for sosial angstlidelse (Anstendig, 1999; Black & Uhde, 1995; Dummit, Klein, & Tancer, 1997; Kristensen, 2000).

Begrunnelse for valg av tema og samfunnsrelevans

Selv om det er en økende bevissthet om tilstanden i dag, bemerkes det fortsatt et stort behov og ønske om mer kunnskap (Camposano, 2011; Bergman, Gonzalez, Piacentini, & Keller, 2013). Da selektiv mutisme er en relativt sjelden lidelse (Viana, Beidel, & Rabian, 2009), kan det tenkes at det medfører liten erfaring med tilstanden. Barna blir heller ikke lett fanget opp av helsevesenet fordi de ikke får like mye oppmerksomhet, eller blir sett på som bry på en slik måte som barn med atferdsvansker gjerne blir (Standart & Couteur, 2003). Ofte blir barn med selektiv mutisme missforstått som "bare" sjenerte og at det er noe de vil vokse av seg (Camposano, 2011; Schwartz, Freddy, & Sheridan, 2006). I et studie ble hele 70 % av barna feildiagnostisert eller aldri henvist (Schwartz et al., 2006). Tilstanden handler ikke bare om sjenanse (Camposano, 2001), og uten tilstrekkelig diagnostisering og behandling vil lidelsen kunne opprettholdes gjennom ungdomstiden (Schwartz et al., 2006). Hvis lidelsen forblir ubehandlet vil det kunne få negative effekter som kan påvirke selvfølelse, utdanning og sosial fungering (Schwartz et al., 2006). Tausheten er også noe som kan bli tolket av omgivelsene som et tegn på bevisst manipulering og at barnet er vanskelig, når det isteden bør oppfattes som et uttrykk for engstelse og et behov for hjelp (Johnson & Wintgens, 2001).

Det er mangelfull kunnskap om hva som er den mest hensiktsmessige intervensjonen for disse barna (Bergman et al., 2013). Det finnes ingen allmenn akseptert standard for behandling, selv om atferdsterapi generelt blir mest anbefalt (Cohan, Chavira, & Stein, 2006a; Steinhausen & Juzi, 1996). Den manglende kunnskapen om behandlingsmetoder skyldes blant annet at det fortsatt stilles spørsmålstegn ved den komplekse etiologien for lidelsen (Sharp et al., 2007). Store metodologiske mangler gjør det også vanskelig å vurdere effekt av behandlinger (Bergman et al., 2013). Det etterlyses i tillegg grundigere kasusstudier av behandling, da det foreligger relativt få detaljerte kasusstudier som kartlegger spesifikke intervensjoner, utfordringer og tilbakesteg (Sloan, 2007). Dette gjelder særlig innenfor familieterapi som baseres på atferdsteknikker (Sloan, 2007). Det forskningen imidlertid vet sikkert er at det er viktig med tidlig intervensjon (Johnson & Wintgens, 2001; Schwartz et al., 2006), for desto lengre tausheten opprettholdes jo vanskeligere er det å endre (Johnson & Wintgens, 2001; Krysanski, 2003).

Formål og avgrensning av oppgaven

Jeg vil først gi en innføring i det mest sentrale av forskningen som eksisterer om selektiv mutisme. Hovedfokuset i oppgaven er presentasjon av et kasusstudie og diskusjon av behandlingen som ble anvendt. Formålet med presentasjonen av kasusstudiet er å diskutere hvilke teknikker og faktorer som var nyttige i behandlingen av et førskolebarn med selektive mutisme og hvilke som var mindre hensiktsmessige. Behandlingen tok særlig utgangspunkt i hva vi vurderte som opprettholdende for klientens selektive mutisme.

Selv om kasusstudier er begrenset når det gjelder generaliserbarhet, kan allikevel dette kasusstudie ha relevans for behandling av spesielt yngre barn som har denne lidelsen. Dette fordi barnet i dette kasusstudiet; Nathalie, var bare 4 år. Jeg vil drøfte mulige forklaringer om hva som fungerte og ikke fungerte i behandlingen. Alternativer og prioriteringer vi kunne gjort annerledes vil også bli forslått. Jeg vil illustrere kompleksiteten i behandlingen ved å presentere behandlingen i tre ulike faser med tilhørende drøftinger under hver av fasene. Den første fasen inneholder hovedsakelig veiledning og psykoedukasjon til omsorgsgiver, den andre fasen omhandler alliansebygging og leketerapi med Nathalie og den siste fasen inneholder i større grad direkte atferdsteknikker vi brukte for å bekjempe Nathalies vansker.

Behandlingssteknikkene var hovedsakelig hentet fra behandlingsmanualen til Johnson & Wintgens (2001) og bygde på prinsipper fra defokusert kommunikasjon hentet fra en norsk veiledningsmanual for barn med selektiv mutisme (Lundahl, Ørbeck, & Kristensen, 2009). Det er viktig å presisere at vi ikke baserte hele behandlingen på disse manualene eller fulgte de slavisk. Nathalie var veldig ung, hvor det er naturlig at omsorgspersonene spiller en stor rolle for hennes fungering. Særlig ble samspillet med mor og mors forståelse av Nathalie et viktig fokus behandlingen. Det var derfor naturlig for oss at behandlingen av Nathalie sine vansker ble forstått og behandlet ut ifra et utviklingspsykologisk perspektiv.

Problemstillinger

Hva var virksomme faktorer og tiltak i terapien med et førskolebarn som hadde selektiv mutisme og hva var mindre hensiktsmessig? Hva var opprettholdende faktorer i lidelsen som ble et utgangspunkt for behandlingen?

Metode

I oppgaven har jeg brukt litteratursøk og kvalitativ forskning ut ifra et kasusstudie. Kasusstudiet er basert på eksempler hentet fra klientens behandling på NTNUs poliklinikk for barn og unge. I forbindelse med klinisk praksis ble det satt sammen grupper på fire studenter som hadde hovedansvar for hver sin klient, samt en felles psykologspesialist/veileder. Terapitimene bestod av 14 timer som ble tatt opp på video. I hver terapitime observerte de tre andre studentene og psykologspesialisten bak et enveisspeil slik at alle kunne delta i diskusjoner, refleksjoner og tilbakemeldinger til studentterapeuten.

For å beskytte klientens og familiens anonymitet har personlige detaljer blitt forandret i kaset. Omsorgsgiver har gitt samtykke til bruk av klientens historie og behandling som presentasjon i hovedoppgaven.

Nathalie er ei jente på 4 år med diagnosen selektiv mutisme. Hun har ikke sagt et ord i barnehagen, men snakker fritt hjemme med mor og sine søsken. Hun har også sluttet å snakke med far som er mye fraværende. I barnehagen er Nathalie tilbaketrukket, innesluttet og initiativløs, mens i hjemmet er Nathalie et helt annet barn som er nysgjerrig, leken og

viljesterk. Vi ser raskt at det er utydelige grenser mellom mor og datter som er med å opprettholde Nathalies forstyrrelse og påvirke hennes selvstendighet. Samspillet er preget av gjensidig avhengighet og Nathalie tørr ikke utforske uten mors tilstedeværelse. For meg som terapeut fremstår Nathalie som et barn med vitalitet og styrke. Jeg ser også ei jente som har et sterkt ønske om sosial kontakt, det er bare "noe" som holder henne tilbake. Etter hvert som vi to ble bedre kjent ble Nathalie tryggere, og i leken fremstod Nathalie som et helt "vanlig" barn.

Teoridel

Hva er selektiv mutisme

Selektiv mutisme er karakterisert av manglende tale i spesifikke sosiale situasjoner hvor tale kan forventes (APA, 2000). Symptomene kan opptre i ulik alvorlighetsgrad med stor variasjon i hvordan tilstanden arter seg og i hvilke situasjoner barnet er taust eller ikke (Lundahl et al., 2009). Som oftest er barnet taust i barnehagen eller på skolen, mens de hjemme kan snakke fritt med sine nærmeste i familien (WHO, 1999). Det er dessuten vanlig at selv om barnet gjerne snakker hjemme så vil de også kunne være tause i hjemmet hvis det er fremmede tilstede (Lundahl et al., 2009). Noen barn kan snakke med nære venner eller voksne de er trygge på utenfor hjemmet (Lundahl et al., 2009).

Tilstanden kan som nevnt medføre faglige og sosiale problemer for barnet som påvirker læring og sosial utvikling (Schwartz et al., 2006). Det er også en lidelse som gjerne er komorbid med andre lidelser, som språkforstyrrelser (Steinhausen & Juzi, 1996), noe som vanskeliggjør problemene i enda større grad. I tillegg til tausheten har barn med selektiv mutisme gjerne en redusert ikke verbal kommunikasjon i form av svak blikkontakt og lite gester (Ørbeck, 2008). Det er imidlertid stor variasjon her (Lundahl et al., 2009). Dette har ikke bare konsekvenser for barnets behov, men også hvordan barnet blir møtt av sine omgivelser (Kristensen, 2005; Lundahl et al., 2009). Barnets taushet kan medføre frustrasjon for utenforstående (Ørbeck, 2008) og bli ansett som opposisjonell atferd (Scott & Beidel, 2011). De fleste barn med selektiv mutisme vil snakke, de vet bare ikke hvordan og får det ikke til (Kristensen, 2005). De blir på en måte stive av frykt (Anstendig, 1999).

Internaliserende og eksternaliserende atferd

Barn med selektiv mutisme rapporterer høy grad av internaliserende symptomer som sosial isolasjon og sjenanse (Anstendig, 1999). Skyhet er det mest vanlige personlighetstrekket, hvor et studie viser en forekomst på 85 % (Steinhausen & Juzi, 1996). Eksternaliserende symptom som opposisjonell og kontrollerende atferd er mindre rapportert (Black & Uhde, 1995; Dummit et al., 1997), men det forekommer (Steinhausen & Juzi, 1996). Sammenhengen mellom selektiv mutisme og opposisjonell atferd er fortsatt en pågående debatt, men det foreligger lite empiri som ser ut til å støtte denne linken i betydelig grad (Scott & Beidel, 2011). Den opposisjonelle atferden er ofte funnet hos barn som uttrykker større grad av internaliserende atferd fremfor eksternaliserende (Cunningham, McHolm, Boyle, & Patel, 2004). Det kan indikere at barnet bare er opposisjonell i de settinger hvor verbale tale kreves, som i barnehage eller skole (Viana et al., 2009). Den opposisjonelle atferden kan også betraktes som en form for selvbeskyttelse (Johnson & Wintgens, 2011).

Det er vanskelig å dra sikre konklusjoner da barnet kan bli ansett som opposisjonell av klinkere, lærere og foreldre bare ved å opptre taust (Scott & Beidel, 2011). Foreldre og lærere kan dessuten gå langt for å oppmuntre barnet til å bryte tausheten. Dette kan innebære å gi barnet belønninger eller privilegier for å snakke, som igjen kan føre til en forsterket atferd som blir opprettholdt for å oppnå belønninger (Scott & Beidel, 2011). En annen ting er at barn som opplever høy grad av angst kan avgi en sterk emosjonell respons på angsten, noe som igjen kan resultere i opposisjonell atferd eller irritabilitet (Scott & Beidel, 2011).

Forskjellen mellom selektiv mutisme og sjenanse

At hele 85 % av barn med selektiv mutisme er sjenerte og tilbaketrukket fra tidlig barndomsalder (Steinhausen & Juzi, 1996) gjør det essensielt å være oppmerksom på barn som har stor grad av sjenanse. Imidlertid handler lidelsen om noe mer enn bare sjenanse (Camposano, 2011; Johnson & Wintgens, 2001). Mens sjenanse sjelden påvirker utdanning (Johnson & Wintgens, 2001), vil selektiv mutisme i større grad gå utover barnets sosiale fungering og skolegang (Schwartz et al., 2006). Et annet viktig skille er at barn som kun er sjenerte vil være det i de fleste situasjoner, mens barn med selektiv mutisme har en slags todelt personlighet (Johnson & Wintgens, 2001). Det vil si at de i hjemmet gjerne snakker mye og kan vise bastant atferd, mens angsten bare kommer til uttrykk i spesifikke

situasjoner hvor barnet opplever forventning om at han/hun skal snakke (Johnson & Wintgens, 2001). Forskjellen blir altså at sjenanse er på et mer generelt grunnlag, mens selektiv mutisme har et slags avskjæringspunkt hvor angsten er kontekstavhengig (Johnson & Wintgens, 2001).

Johnson og Wintgens (2001) nevner videre fire andre forskjeller mellom selektiv mutisme og sjenanse som gjelder unngåelse, vedlikeholdelse, intensitet og respons til intervensjon: Når det kommer til unngåelse kan sjenerte barn være motvillig til å inngå i sosiale interaksjoner og samtaler, men de bruker sjelden taushet som en unngåelsesstrategi. Selv om sjenerte barn kan bruke kroppsspråk fremfor tale kommer dette av en generell mangel på selvtillit og ikke som alternativer til verbal tale. Vedlikeholdelse er en annen ulikhet. Desto mer kjent sjenerte barn blir med omgivelsene jo bedre selvtillit får de, som igjen øker deres sosiale interaksjoner og tale. Barn med selektiv mutisme kan også få bedre selvtillit, men uten at de snakker av den grunn. Et annet signifikant skille omhandler intensitet. Barn med selektiv mutisme har en unnløstelse av tale, mens sjenerte barn har mer en motvillighet. Sjenerte barn vil ofte gi ”noe” til de personene som prøver og kommuniserer med barnet, som for eksempel et lite smil, mens stillheten til barn med selektiv mutisme er ytterligere intens og barnet kan rett og slett bli stivt av frykt. Den siste signifikante forskjellen Johnson og Wintgens (2001) nevner omhandler en ulik respons til intervensjon. Når barn med selektiv mutisme overkommer angst i en spesifikk situasjon vil de gjerne kunne snakke i den samme situasjonen ved en senere anledning. Sjenerte barn vil ikke nødvendigvis synes det er like lett i neste omgang da det er mer en generell usikkerhet som ligger til grunn, og som barnet nødvendigvis ikke vil vokse seg ut av (Johnson & Wintgens, 2001).

En spesiell klinisk utfordring

Barn med selektiv mutisme kan utfordre terapeuten på helt spesielle måter med sin taushet. Kristensen (2005) forklarer at taushet er noe som kan utløse sterke følelser og i en klinisk setting kan terapeuten føle seg hjelpeløs og frustrert. Å opprettholde en samtale med noen som er taus er naturligvis noe som kan oppleves som uvant og krevende. Det kan oppleves som et samtale eller rytmebrudd som videre kan føre til misforståelser (Kristensen, 2005). Når terapeuten har en taus klient kan det også bidra til at en selv blir usikker og følgende taus eller motsatt, at terapeuten tar over hele samtalen. Samtalen kan slik fort bli som et intervju, noe som vil sette klienten mer i fokus enn en vanlig samtale (Kristensen, 2005). Det er uheldig da det er nettopp fokuset som gir barnet størst angst (Johnson & Wintgens,

2001; Lundahl et al., 2009). Ubevist kan terapeuten (samt andre som er i kontakt med barnet) altså presse barnet til å snakke, noe som gjør det verre (Kristensen, 2005). Måten terapeuten og andre personer i miljøet møter barnets taushet på er avgjørende for å kunne hjelpe barn med selektiv mutisme til å bryte ut av tausheten og bli kvitt engstelsen (Lundahl et al., 2009).

Et lite historisk tilbakeblikk

Tilstander som ligner på det som vi i dag kaller selektiv mutisme ble for første gang beskrevet av Adolf Kussmaul i 1877 under navnet *voluntær afasi* ("aphrasia voluntaria") (Krysanski, 2003). Begrepet elektiv mutisme ble imidlertid ikke brukt før først i 1934 av Moritz Tramer. Han beskrev et barn som var taus i enkelt situasjoner, selv om barnet kunne bruke og forstå språk (Dummit et al., 1997). Tramer så ut til å antyde, slik som Kussmaul beskrev, at de tause barna selv valgte å ikke snakke i situasjoner, derav begrepet "elektiv" (Dow, Sonies, Scheib, Moss, & Leonard, 1995). Tilstanden ble tidligere først og fremst forstått som en motivasjonsslidelse (Tancer, sitert i Anstendig, 1990), fordi barnet snakket i noen situasjoner og ikke i andre (Anstendig, 1999). Gjerne ble barna delt inn i en gruppe som var tause på grunn av angst, mens den andre gruppen ble ment å bruke tausheten som en måte å manipulere og kontrollere omstendighetene på (Hoffman & Laub; Reed, sitert i Anstendig, 1999).

Nåværende forståelse av selektiv mutisme

I dag er det bred enighet om at lidelsen kan betraktes som en form for angstlidelse (Anstendig, 1999; Black & Uhde, 1995) og blir en motsats til tidligere antagelse om selektiv mutisme som primært en motivasjonsslidelse (Anstendig, 1999). En årsak til dette skiftet er at barn med selektiv mutisme ofte blir karakterisert med temperamentstrekket atferdsinhibisjon (Anstendig, 1999; Choan et al., 2006), som også blir antatt å spille en predisponerende faktor i angstlidelser hos barn (Manassis & Bradley, 1994; Shamir-Essakow, Ungerer, & Rapee, 2005). Begrepet atferdsinhibisjon kan oversettes med et tilbaketrukket temperament. Dette trekket kan beskrives som en tendens til å være engstelig og tilbaketrukket, samt opplevelse av en markert fysiologisk aktivering i ukjente omgivelser (Kagan, Reznick, & Snidman, 1987). Det vil si at for et barn med selektiv mutisme vil han eller hun i fremmede og sosiale situasjoner kunne oppleve kraftig fysiologisk aktivering som fører til ubehag, og som en reaksjon vil barnet trekke seg

tilbake, både verbalt og i atferd (Anstendig, 1999). Anstendig (1999) mener at ved å forstå selektiv mutisme som en alvorlig språklig basert form for atferdsinhibisjon, kan det klargjøre forskjellen mellom selektiv mutisme som en motivasjonslidelse og som et symptom på angst. Det betyr at det ikke handler om at barnet er vrangt eller prøver å manipulere omstendighetene med sin taushet, men heller at tausheten er en form for ”freeze defense”, en atferd som ofte oppstår i forbindelse med fare (Lesser-Katz, sitert i Anstendig, 1999). Denne forståelsen ble tydeliggjort i en nyere utgave av DSM. I DSM-IV ble *elektiv* mutisme erstattet av *selektiv* mutisme for å understreke at tausheten er selektiv i den sosiale konteksten og at det ikke handler om en viljebestemt taushet i form av opposisjonell atferd (Elizur & Perednik, 2003). Dette er i overensstemmelse med nyere etiologiske forklaringer som fokuserer mindre på opposisjonell atferd og mer på relasjonen til angstlidelser (Dow et al., 1995). Den nyeste utgaven av DSM (DSM-V) viser også at tilstanden bedre kan forstås som en angstlidelse da tilstanden har flyttet fra ”andre lidelser i spedbarnsalder, barndom eller ungdomstid” til under kategorien ”angstlidelser” (APA, 2013). I ICD-10 står imidlertid fortsatt lidelsen under kategorien ”forstyrrelser i sosial fungering og andre lidelser hos spedbarn, barn og ungdom” (WHO, 1999). Begrepet elektiv mutisme blir fortsatt brukt her (WHO, 1999). Det er grunn til å tro at dette med tid også kan bli forandret i ICD diagnosesystemet etter DSM har gjort så store forandringer.

Diagnosekriterier: ICD-10 og DSM-IV/V

ICD-10 brukes blant annet til diagnostisering i Norge, mens DSM-IV er det amerikanske diagnosesystemet og er mest anvendt i forskning (Hageberg, 2011). Det vi si at mye av teorien og forskningen fra utenlandsk litteratur som omtales i denne oppgaven vil være basert på DSM-IV kriterier. Det er også noen forskjeller i kriteriene som anvendes i de to diagnosesystemene. I Norge blir lidelsen som sagt kalt elektiv mutisme (F94.) under kategorien ”andre forstyrrelser i sosial fungering med debut i barn og ungdomsalder”. (WHO, 1999). Tilstander som grupperes her kjennetegnes av en avvikende sosial fungering som begynner i barnealderen. Her plasseres også lidelser hvor det foreligger uenighet og usikkerhet rundt diagnosekriterier og klassifikasjon (WHO, 1999).

I ICD-10 beskrives elektiv mutisme som:

En tilstand som kjennetegnes ved en markert, følelsesmessig betinget selektivitet når det gjelder tale, som at barnet viser sine språkferdigheter i noen situasjoner, men unnlater å snakke i andre (definerbare) situasjoner. Som oftest kommer tilstanden først til uttrykk i tidlig barndom, og forekommer tilnærmet like hyppig hos begge kjønn. Vanligvis blir mutismen forbundet med markerte personlighetstrekk som omfatter sosial angst, tilbaketrekning, overfølsomhet eller motstand. Vanligvis vil barnet snakke hjemme eller med nære venner, men er stumt på skolen eller ovenfor fremmede. Også andre mønstre (inkludert det motsatte kan forekomme (WHO, 1999, s. 275).

Sosial angst, sosial overfølsomhet, sosial tilbaketrekning og opposisjonell atferd er vanlig hos barn med selektiv mutisme (WHO, 1999). Tiltros for at spesifikke språkforstyrrelser ekskluderer diagnosen selektiv mutisme så kan barnet allikevel ha både selektiv mutisme og språkvansker hvis barnet viser en betydelig diskrepans i bruk av tale i ulike sosiale situasjoner og arenaer (Lundahl et al., 2009; WHO, 1999). Barnet må i tilfelle ha tilstrekkelig språk for kommunikasjon (WHO, 1999). Svikten i bruk av språket må også vedvare over tid og det må foreligge en forutsigbarhet og konsistens angående hvilke situasjoner barnet snakker og hvilke situasjoner barnet ikke snakker i (WHO, 1999). For å oppfylle diagnosen selektiv mutisme kan det ikke foreligge tilstedeværelse av gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (F84.), spesifikke utviklingsforstyrrelser av tale og språk (F80.), schizofreni (F20.), eller forbigående mutisme som skyldes separasjonsangst (F93.0) (WHO, 1999).

Det er ikke spesifisert kriterier for varighet av symptomene i ICD-10, men i DSM-IV-TR er kravet at tilstanden må ha en varighet på minimum en måned (APA, 2000). Dette inkluderer ikke første måned etter skole eller barnehagestart (APA, 2000), da mange ”vanlige” barn kan være sjenerte og redde for å snakke i en ny klasseromsetting (Krysanski, 2003). I DSM-IV-TR betegnes lidelsen som tidligere nevnt med selektiv mutisme og har i tillegg kravet om at det må foreligge en funksjonsnedsettelse, som innebærer at tilstanden påvirker skolegang eller sosial kommunikasjon i betydelig grad (APA, 2000). DSM blir som sagt mest anvendt i forskning og kan oppfattes som et mer presist system med tydeligere kriterier for inklusjon og eksklusjon enn ICD (Grøholt, Sommerschild, & Garløv, 2001). En viktig endring som har skjedd i den nyeste utgaven av DSM (DSM-V) er som nevnt at lidelsen går fra å være klassifisert som ”andre lidelser i spedbarnsalder, barndom eller ungdomstid”, til å bli klassifisert som en angstlidelse (APA, 2013). Hovedårsaken til dette er at barn med selektiv mutisme ofte er angstfulle (APA, 2013).

Forekomst

Selektiv mutisme er forholdsvis sjelden lidelse med en forekomst som er antatt å ligge i underkant av 1 % (Steinhausen & Juzi, 1996). Det var tidligere trodd at tilstanden var enda mer sjelden mot en prevalens så lav som 0,3 % (Brown & Loyd, sitert i Wright, Cuccaro, Leonhardt, Kendall, & Anderson, 1995), men senere studier har funnet høyere prevalens på 0,71-0,76 % (Bergman, Piacentini, & McCracken, 2002; Elizur & Perednik, 2003). En forklaring på dette er at forekomsten kan variere sterkt avhengig av hvilke diagnosekriterier som blir tatt i bruk, aldersgrupper og lokaliseringen som utvalget er hentet fra (Cline & Baldwin, 2004).

Kjønnsforskjellen er tilnærmet lik, men det er funnet en liten overvekt av jenter med selektiv mutisme (Cohan, Price, & Stein, 2006b). Nyere studier viser en kjønnsforskjell ratio som varierer fra 2.6/1 (n=50) (Dummit et al., 1997) til 1.6/1 (n=100) (Steinhausen & Juzi, 1996). Dette kan skyldes at jenter generelt opplever ytterligere angstsymptom enn gutter (Bernstein, Borchardt, & Perwien, 1996). Sosial angst har en høyere forekomst på ca 7 % hos barn og ungdom (Beesdo, Knappe, & Pine, 2009). I Norge er det ingen sikre tall på selektiv mutisme (Kristensen, 2005). Det er gode sjanser for at lidelsen er underdiagnostisert med mange skjulte tall på grunn av manglende erfaring og kunnskap om lidelsen (Schwartz et al., 2006). Som tidligere nevnt blir de gjerne forvekslet med barn som kun er sjenerte (Camposano, 2011). Dessuten vil disse barna ofte ha andre komorbide vansker (Black & Uhde, 1995; Dummit et al., 1997; Steinhausen & Juzi, 1996), som kan ta oppmerksomheten bort fra selektiv mutisme. Selv om lidelsen finnes i alle sosiale klasser er det en liten tendens til at tallet er noe høyere i lavere sosioøkonomiske klasser (Steinhausen & Juzi, 1996). Det er også funnet høyere forekomst av selektiv mutisme hos barn som har to eller flere språk (Elizur & Perednik, 2003; Steinhausen & Juzi, 1996).

Debut

Symptomene på selektiv mutisme debutterer som regel tidlig i barneårene, med en gjennomsnittsalder på 3 år (Remschmidt, Poller, Herpertz-Dahlmann, Hennighausen, & Gutenbrunner, 2001). Variasjon kan gjerne være fra 2,7 år (Black & Uhde, 1995) til 5,4 år (Ford, Sladeczek, Carlson, & Kratochwill, 1998). Imidlertid er dette retrospektive data og blir derfor betraktet som mindre reliable (Kristensen, 2002). Det kan også være vanskelig å si nøyaktig når barn utvikler lidelsen, fordi foreldre gjerne vil si at deres barn alltid har vært

sjenert i nye situasjoner (Kristensen, 2005). Problemet blir gjerne tydelig uttrykt ved overgangssituasjoner som ved oppstart i barnehage eller skole (Ørbeck, 2008). Slike nye situasjoner kan være vanskelig for mange barn, men for barn med selektiv mutisme kan det bli en utløsende faktor ved at den blir altfor krevende (Ørbeck, 2008). Dette kan skyldes at barnet blir mer synlig og opplever mer forventningspress gjennom større krav til tale og sosiale interaksjoner (Lundahl et al., 2009). Diagnosen settes derfor som regel ikke før den tid (Anstendig, 1999). Gjennomsnittsalder på når diagnosen settes kan imidlertid variere fra 4 til 8 år (Schwartz et al., 2006), helt opp til 9,8 år (Wilkins, 1985). Med andre ord kan det i noen tilfeller ta lang tid før barnet fanges opp og får tilstrekkelig hjelp. Lundahl et al. (2009) sier at både foreldre og fagfolk er blitt mer oppmerksomme på tilstanden i Norge og raskere henviser seg til PPT eller BUP.

Prognose

Det foreligger få oppfølgingsstudier på barn med selektiv mutisme (Kristensen, 2002; Remschmidt et al., 2001; Steinhausen, Wachter, Laimböck, & Metzke, 2006). Noen av studiene som foreligger har en tendens til å vise at barnet oftest ikke vokser seg helt ut av lidelsen, selv om det er noe forbedring over tid (Remschmidt et al., 2001; Steinhausen et al., 2006). I et oppfølgingsstudie utført av Remschmidt et al. (2001) ble 45 barn med selektiv mutisme fulgt opp i en 12 års periode. 17 av disse hadde fått behandling i form av atferdsterapi og leketerapi. Som ungdommer og voksne viste de fleste en høy grad av psykopatologi, sosial tilbaketrekning og kommunikasjonsvansker. I forhold til sammenligningsgruppen beskrev de seg selv som mindre selvstendige, hadde lavere selvtillit og hadde mindre motivasjon til skole. 39 % av barna hadde en fullstendig remisjon (Remschmidt et al., 2001).

Det første kontrollerte langtidsstudie som omhandlet oppfølging på barn med selektiv mutisme inn i voksenalder ble utført av Steinhausen et al. (2006). Dette studie viste at symptomene på selektiv mutisme forbedret seg i ytterligere grad enn i Remschmidt et al. (2001) sitt studie. Studie til Steinhausen et al. (2006) hadde en oppfølgingsperiode på ca 13 år. Rundt 80 % viste markant eller full bedring vedrørende mutismen. Den totale remisjonsskåren var på 58 %, mens en minoritet på 18 % viste minimal bedring. Flertallet hadde imidlertid fortsatt vedvarende vansker, særlig med sosial angst og annen psykopatologi enn det kontrollgruppen hadde (Steinhausen et al., 2006). Tidligere funn fra ukontrollerte studier har vist en bedring på mellom 39-100 % (Kurth & Schweigert;

Wergeland, sitert i Steinhausen et al., 2006). En dårlig prognose er særlig forbundet med dysfunksjonelle familieforhold (Funke, Schlange & Ulrich; Lowenstein, sitert i Steinhausen et al., 2006), psykopatologi hos foreldre (Sluckin, Foreman, & Herbert, 1991), lavere intelligens (Kurth & Schweigert; Lorand; Wright, sitert i Steinhausen et al., 2006) og mutisme atferd innad familien (Remschmidt et al., 2001).

Ut ifra disse studiene kan det se ut til at de fleste barn vokser seg ut av hovedsymptomet på selektiv mutisme, som er tausheten. En årsak kan tenkes å være fordi man som eldre kan bestemme mer hvem man vil interagere med og kan styre situasjoner og omgivelser i større grad. Mange har likevel vedvarende vansker med sosiale interaksjoner, sosial angst eller andre psykopatologiske lidelser (Bergman et al., 2002; Remschmidt et al., 2001; Steinhausen et al., 2006). Det kan være at den relativt dårlige prognosen også kan skyldes at barna kommer for sent i behandling, da symptomene kan bemerkes relativt sent (Wilkins, 1985). Årsaker til det kan som sagt være at de ofte blir forvekslet med barn som kun er sjenerte og møtt med forventninger om at det er noe barnet vil vokse seg ut av (Camposano, 2011; Schwartz et al., 2006). En "vent og se" holdning er fortsatt vanlig (Bergman et al., 2002). Det synes imidlertid å være grunn til å anta at med en tidlig intervensjon kan prognosen være mer optimistisk (Bergman et al., 2013; Bergman et al., 2002; Oerbeck, Stein, Wentzel-Larsen, Langsrud, & Kristensen, 2013).

Etiologiske forhold

Å avdekke faktorer som opprettholder og/eller skaper barnets taushet gir verdifull informasjon som kan påvirke behandling og vurderinger (Scott & Beidel, 2011). Årsakene til selektiv mutisme er imidlertid fortsatt uklare og omdiskuterte (Sharp et al., 2007; Steinhausen & Juzi, 1996). Til tross for økt forskning på lidelsen eksisterer det lite data som berører etiologien om den underliggende tausheten, og ofte er antagelsene baserte på foreldre og lærerrapporter (Scott & Beidel, 2011). Det største problemet er at siden lidelsen er såpass sjelden er det vanskelig å utføre store studier, og det er betraktelig mangel på kontrollgrupper (Sharp et al., 2007). Dette gjør det problematisk å gjøre en omfattende evaluering, og etiologiske forklaringer blir dermed bare hypotetiske (Tancer, sitert i Anstendig, 1999).

Som regel har årsakene hatt utspring i forskerens eller klinikerens faglige perspektiv, fremfor å være basert på empirisk forskning (Cline & Baldwine, 2004). Gjennom historien har selektiv mutisme i et psykodynamisk perspektiv blitt forstått som et resultat av ulike intrapsykeiske konflikter, mens innen atferdspsykologien har symptomene blitt sett på som lært atferd forsterket av barnets miljø (Anstendig, 1999). Ut ifra et familieorientert perspektiv har det blitt lagt vekt på dysfunksjonelle familiemønstre (Anstendig, 1998). En av de vanligste forklaringene innenfor dette perspektivet er en overinvolvering fra foreldre (Meyers; Tatem & DelCampo, sitert i Anstendig, 1999) og gjensidig avhengighet mellom mor og barn, som kalles et symbiotisk forhold (Kolvin & Fundudis; Hayden, sitert i Cline & Baldwine, 2004). Det symbiotiske forholdet forhindrer at barnet får en følelse av påvirkning og mestring i verden. Barnet tror isteden at foreldrenes tilstedeværelse er nødvendig for overlevelse, noe som skaper frykt eller panikk i foreldrenes fravær (Kearney, sitert i Anstendig, 1999). Familiehemmeligheter, som at barnet beskytter familiehemmeligheter med sin taushet er også blitt foreslått (Meyers; Goll, sitert i Anstendig, 1999). Disse psykososiale antagelsene er hovedsakelig basert på anekdotiske beskrivelser (Kristensen, 2002) og hypotetiske forklaringer (Tancer, sitert i Anstendig, 1999). Det mangler dermed empirisk støtte for disse forslagene (Kristensen, 2002).

Tradisjonelt har også traumer blitt ansett å være en mulig etiologisk faktor bak selektiv mutisme (Hayden; Salfeld, sitert i Dummit et al., 1997). Senere studier av bedre metodologiske kvaliteter avbekrefter derimot at traumer er spesifikt assosiert med denne lidelsen (Black & Uhde, 1995; Dummit et al., 1997; Steinhausen & Juzi, 1996). De mest fremtredende etiologiske teorier som eksisterer i dag omhandler et tilbaketrukket temperament og angstsymptomer (Choan et al., 2006; Lundahl et al., 2009). Særlig foreligger det en generell enighet om at selektiv mutisme er sterkt relatert til sosial angst (Bergman et al., 2013; Black & Uhde 1995; Dummit et al., 1997; Scott & Beidel, 2011).

Det er imidlertid fortsatt noe uenighet om sosial angst kan forstås som en svært komorbid lidelse, eller om selektiv mutisme (i hovedsak tausheten og unngåelsen) kan forstås som selve uttrykket (symptomet) for sosial angst (Anstendig, 1999; Black & Uhde, 1995). Førstnevnte stammer fra at lidelsen blir betraktet som å ha for kompleks etiologi til å være en angstlidelse (Anstendig, 1999). Sistnevnte innebærer at lidelsen blir ansett å komme fra et tilbaketrukket, sjenert temperament som blir forsterket av miljøpåvirkninger (Anstendig, 1999). Tilstanden blir her sett som å kunne kategoriseres som en angstlidelse, en ekstrem

atferdsvariant (Anstendig, 1999; Black & Uhde, 1995), slik det blir i nyeste utgave av DSM (APA, 2013). Noen kaller det heller en utviklingsmessig subtype av sosial angst (Bögels et al., 2010). Poenget er uansett at tausheten kan forstås som en måte for barnet å unngå eller redusere angst følelser (Bögels et al., 2010; Yeganeh, Beidel, & Turner, 2006).

Angstlidelser

Angst er karakterisert ved sterke kroppslige symptomer på spenning og negative emosjoner, hvor barnet forventer at noe farlig skal skje i fremtiden (Barlow, 1988). Med andre ord en uberettiget frykt følelse (Barlow, 1988). Personer med sosial angst har en overdreven frykt for å bli kritisk gransket, ydmyket eller latterliggjort av andre mennesker (Turner, Beidel, Borden, Stanley, & Jacob, 1991).

Symptomer for angst kan deles inn i tre interagerende systemer: fysisk, kognitivt og atferdsmessig (Mash & Wolfe, 2002). I kroppen skjer det en aktivering av det sympatiske nervesystemet som setter i gang kjemiske og fysiske prosesser i kroppen for å mobilisere kroppen til å handle, en såkalt fight/ flight posisjon (Rapee, Craske, & Barlow, 1996). Dette signaliserer fare og setter hjernen i gang med å lete etter potensielle trusler (Rapee et al., 1996). Denne konstante aktiveringen krever mye energi og det kan derfor bli vanskelig å konsentrere seg om skole og hverdagslige ting (Rapee et al., 1996). Man kan også rette angsten innover ("hvis det ikke finnes noen trussel der ute må det jo være noe galt med meg"), eller forvrengte situasjonen ("selv om jeg ikke finner noe, vet jeg at det er noe farlig der ute). Man prøver med andre ord å finne forklaringer for angsten (Rapee et al., 1996). Videre kan aktiveringen av det kognitive systemet føre til engstelse, nervøsitet, og panikk (Mash & Wolfe, 2002).

Clark og Wells (1995) sin modell for sosial angst støtter en tendens til et indre oppmerksomhetsfokus i truende sosiale situasjoner, som gjør at ens kroppslige fornemmelser og tanker som er knyttet til hva som skjer i kroppen danner grunnlag for hvordan de tror andre opplever seg selv. De tar i tillegg ofte bruk av uhensiktsmessige trygghetsstrategier for å dempe angsten i sosiale situasjoner (Clark, 2005). Det kan for eksempel være å repetere noe inni seg som man har tenkt å si høyt, eller knyttet neven for å unngå å vise at en skjelver (Clark, 2005). Disse har en tendens til å forsterke angstsymptomene fremfor å dempe dem (Clark, 2005).

Atferdsmessig vil fight/flight responsen skape en trang til å stikke av eller unngå situasjonen (Rapee et al., 1996). Unngåelsesatferd er negativt forsterket som vil si at atferden blir forsterket når en ubehagelig følelse eller hendelse forsvinner (Rapee et al., 1996). Når et barn med angst klarer å unngå den angstfulle situasjonen, vil angsten minske og derfor vil unngåelsesatferden opprettholdes og forsterkes (Rapee et al., 1996). Ved bruk av unngåelsesatferden får man heller ikke mulighet til å oppleve korrigerende erfaringer og de negative erfaringene gjort tidligere i livet vil danne grunnlaget for hvordan man tror en vil bli møtt i nye situasjoner (Clark, 2005). Unngåelsesatferd hindrer derfor ny læring og erfaring, og slik vil angsten opprettholdes (Clark, 2005). Behandlingen som Clark og Wells (1995) forslår består hovedsakelig av å flytte fokuset fra det indre til det ytre, og gjøre en endring i trygghetsstrategier. Dette ved bruk av øvelser og eksperimenter slik at klienten får erfare hvordan overdreven bruk av trygghetsstrategier øker angst opplevelsen. Man sammenligner her atferd med og uten trygghetsstrategier (Clark & Wells, 1995). Målet er at angstnivået skal reduseres når han/hun fokuserer eksternt og reduserer bruken av trygghetsstrategier (Clark & Wells, 1995).

Barn med selektiv mutisme og barn med sosial angst (uten selektiv mutisme) rapporterer lignende nivåer av angst (Yeganeh et al., 2006). De rapporterer også mange av de samme symptomene som er karakteristisk for sosial angst, for eksempel at de vil unngå sosiale situasjoner og trekke seg unna der de føler fokus (Anstendig, 1999). En annen årsak til sammenkoblingen med sosial angst er at flerfoldige studier rapporterer sterke komorbide tendenser med sosial angst fra ca 50 % (Manassis et al., 2007), helt opp til 100 % (Dummit et al., 1997). Et helt fersk studie viser 85 % opptreden (Bergman et al., 2013). Mange av barna møter altså kriteriene for en tilleggsdiagnose av sosial angst (Krysanski, 2003). Flere studier viser også en høy forekomst av sosial angst, eller stor grad av sjenanse hos familiemedlemmer av barn med selektiv mutisme, noe som indikerer at selektiv mutisme er et familiært fenomen (Black & Uhde, 1995; Kristensen, 2002; Kristensen & Torgersen, 2001). Det kan handle om en genetisk sårbarhet (Kristensen, 2002) og/eller en oppdragsstil her (Remschmidt et al., 2001). Videre foreligger det bevis på at noen behandlinger som er effektive for å redusere sosial angst også er effektive på selektiv mutisme (Bergman et al., 2013). Slik som kognitiv atferdsterapi (Viana et al., 2009) og medikamentell behandling som SSRI (Black & Uhde, 1992; Wright, Cuccaro, Leonhardt, Kendall, & Anderson, 1995).

Det er imidlertid flere ting som gjør at vi fortsatt kan stille spørsmålstegn ved om selektiv mutisme kan betraktes som en form for sosial angst. Noen har som sagt ment at selektiv mutisme har for kompleks og variert etiologi til og kategoriseres som angst (Anstendig, 1999). Selv om mange barn med selektiv mutisme møter diagnosekriterier for sosial angst (Bergman et al., 2013; Black & Uhde, 1995; Dummit et al., 1997), er det kun en liten prosentandel av barn med sosial angst som er selektivt tause (Scott & Beidel, 2011). En annen vesentlig ting er at sosial angst er en lidelse som i hovedsak ikke vil vise seg før i betraktelig senere barndomsalder enn det selektiv mutisme gjør (Cline & Baldwine, 2004). Sosial angst har som oftest debut i ungdomsalder (WHO, 1999), mens selektiv mutisme har en gjennomsnittlig debut i treårsalderen (Remschmidt et al., 2001). Cline og Baldwine (2004) mener at dette kan skyldes at selvbevissthet er en forutsetning for at man skal kunne utvikle sosial angst. Evnen til å ta andres perspektiv og dermed også å kunne føle bekymring angående andres negative vurderinger regnes å ikke være fullt utviklet før åtte års alder (Velting & Albano, 2001). Det kan tenkes at det igjen danner grunnlaget for forventningsangst og unngåelsesatferd som en reaksjon på de negative tankene og bekymringene.

Clark og Wells (1995) sin modell er i utgangspunktet beregnet på ungdom og voksne. Selv om unge barn ikke har utviklet en full selvbevissthet og evne til å ta andres perspektiv trenger imidlertid ikke det betyr at deler av Clark og Wells sin modell ikke kan brukes på yngre barn med sosial angst. Yngre barn vil likevel kunne ha en viss evne til introspeksjon (Louca-Papaleontiou, Melhuish, & Philaretou, 2012) og påfølgende unngåelsesstrategier. En behandlingsstrategi som Clark og Wells (1995) påpeker er å flytte fokuset fra det indre til det eksterne, et prinsipp som har noe til felles med en behandling av selektiv mutisme. Dette kaller Kristensen (2005) for defokusert kommunikasjon, hvor det å opprette et felles fokus utenfor klienten er en sentral del av behandlingsprinsippene (Lundahl et al., 2009).

Angstens etiologi

Familiære forhold

Angstproblematikk går gjerne i familier ved at barn med angst oftere har engstelige foreldre, eller at foreldre som har angst er mer sannsynlig å ha barn med angstsymptom (Ginsburg & Schlossberg, 2002). Foreldres psykopatologi kan være en indikasjon på en genetisk sårbarhet og/eller miljømessige faktorer som påvirker utviklingen av selektiv

mutisme (Ginsburg & Schlossberg, 2002; Scoot & Beidel, 2011; Steinhausen & Admek, 1997). Som nevnt viser flerfoldige studier at slektninger til barn med selektiv mutisme ofte rapporterer sjenanse og sosial angst (Black & Uhde, 1995; Ford et al., 1998; Kristensen & Torgersen, 2001). Muligens er sosial angst eller omfattende sjenanse tydeligst tilstede hos foreldrene til barn uten komorbide tilstander (Kristensen, 2002). Selektiv mutisme, samt andre økte vansker som tilbaketrekning, unngåelse, depresjon og irritasjon kan også bli rapportert hos begge foreldre (Remschmidt et al., 2001). Et studie fant en utilstrekkelig eller avvikende oppdragelsesstil på 85 % hvor fedre ble karakterisert med dårlig kontroll og straff, mens mødre var mer overbeskyttende og nært knyttet til barnet (Remschmidt et al., 2001). 42 % hadde også abnormale psykososiale vilkår som sosial isolasjon, dårlig nettverk, og unnvikende atferd (Remschmidt et al., 2001). Det foreligger derimot også studier som ikke viser signifikante tendenser som omhandler psykiatriske lidelser hos foreldre med barn som har selektiv mutisme (Cunningham, McHolm, Boyle, & Patel, 2004; Kristensen, 2002), familie dysfunksjon (Cunningham et al., 2004; Kristensen, 2002), eller forskjeller i oppdragelsesstil (Cunningham et al., 2004; Yeganeh et al., 2006).

Samspillsmønstre i familien

En av årsaksmekanismene som er antatt å ligge bak utvikling og opprettholdelse av angst er særegne samspillformer i familien (Barrett, 1998; Mash & Wolfe, 2002). Foreldre til angstfulle barn blir gjerne beskrevet som påtrengende, kontrollerende, overinvolverte eller at de begrenser barnets uavhengighet (Mash & Wolfe, 2002; Rapee, 1997). Det kan også være at foreldrene som selv har angst eller annen psykopatologi kan tilrettelegge for et dysfunksjonelt miljø til barna (Manassis & Bradley, 1994; Whaley, Pinto, & Sigman, 1999). Dette kan skje ved at foreldrene modellerer angst/fryktrrespons og dermed forsterker disse atferdene/responsene hos barnet (Whaley et al., 1999). Angst kan slik bli sett som en lært atferd fra foreldre; modellering (Whaley et al., 1999). Foreldrens sjenanse eller angst kan også påvirke barnet ved at frykten som omsorgsgiver besitter for sosial interaksjon overføres til barnet og resulterer i en tilbaketrekning fra det sosiale (Manassis & Bradley, 1994). I tillegg vil begrensningen av barnets interaksjoner med andre forhindre muligheter for at barnet får utviklet sosiale evner (Beidel & Turner, 2007). Desto færre sosiale interaksjoner jo mer kan det forsterke barnets unngåelsesatferd (Beidel & Turner, 2007). Scott & Beidel (2011) mener det kan være særlig gjeldende for barn som

tidlig viser ekstrem sjenanse, og som forsterker atferden ved at foreldrene tillater barnet å unngå sosiale situasjoner.

Foreldre som selv har hatt et tilbaketrukket temperament når de var barn kan lettere empatisere seg med barnets tilbaketrukkethet (Manassis & Bradley, 1994). Dette kan forsterke en sensitiv oppmuntring mot barnet som beskytter han eller hun fra å utvikle en angstlidelse (Manassis & Bradley, 1994). Angstfulle foreldre kan derimot gi en motsatt effekt ved å være ytterligere bekymret for barnets angst og ende opp med å overbeskytte barnet mot angstfulle situasjoner (Manassis & Bradley, 1994). Selv om foreldrene mener godt er ikke dette hensiktsmessig da det fører til en opprettholdelse av angsten og unngåelsesatferd (Manassis & Bradley, 1994). Et barn som er for innviklet i et barn-mor forhold kan føle at han eller hun ikke kan overleve i fravær av foreldrene og får dermed panikk i fravær av omsorgsgiver (Anstendig, 1999). Anstendig (1999) mener derfor at selektiv mutisme kan linkes til separasjonsangst. Et observasjonsstudie viste at foreldrene med barn som hadde en angstlidelse gav dem mindre autonomi enn andre foreldre (Siqueland, Kendall, & Steinberg, 1996). Det sammenkoblede forholdet kan begrense barnets autonomi og barnet former en arbeidsmodell som inkompetent (Siqueland et al., 1996). Det finnes også støtte for at foreldre med angst oftere enn andre foreldre vil begrense barnets utforskning og med å gjøre det vil de også gi barnet inntrykk av at verden er et farlig sted (Rapee, 1997; Sandseter & Kennair, 2011). I tillegg kan foreldrene ha lavere forventinger til barnets mestringsevne (Kortlander, Kendall, & Panichelli-Mindel, 1997).

Atferdsinhibering (tilbaketrukket temperament)

Kagan et al. (1987) definerte et temperament til det ukjente som de kalte ”behavior inhibition”. På norsk kan dette oversettes med et tilbaketrukket temperament. Dette temperamentstrekket er karakterisert som en predisposisjon til å være uvanlig engstelig, sjenert, forsiktig og tilbaketrukket i barndom, med en markert fysiologisk aktivering i ukjente omgivelser (Kagan et al., 1987). Ved unngåelse av ubehaget blir dette en form for forsvar mot frykten og derfor blir atferden habituert (Manassis & Bradley, 1994).

Et slik tilbaketrukket temperament er antatt å være en predisponerende faktor for å utvikle angst i senere barndom (Shamir-Essakow et al., 2005; Manassis & Bradley, 1994), særlig sosial angst (Nowakowski & Schmidt, sitert i Scoot & Beidel, 2011). Dette kan derfor også

gjelde barn med selektiv mutisme som generelt blir betraktet som en ekstrem form for sosial angst (Black & Uhde, 1995; Dummit et al., 1997). Barn med selektiv mutisme skårer som nevnt høyt på skyhet (Kristensen & Torgersen, 2001; Steinhausen & Juzi, 1996). Mens noen vil vokse seg ut av dette, vil det for andre barn være et tidlig tegn på at sjenansen reflekterer et mer stabilt temperamentstrekk som tilbaketrukket (Scott & Beidel, 2011).

Tilknytning

Det er likevel ikke slik at alle barn som har et tilbaketrukket temperament utvikler en angstlidelse (Beiderman et al., 1990; Shamir-Essakow et al., 2005). Det er antydning at andre miljøfaktorer, som en utrygg tilknytning i kombinasjon med et inhibert temperamentstrekk kan øke sjansen for å utvikle angst (Manassis & Bradley, 1994; Shamir-Essakow et al., 2005). Det er mangel på integrerte modeller som ser på disse faktorene sammen (Mash & Wolfe, 2002; Shamir-Essakow et al., 2005), men en av dem er utviklet av Manassis og Bradely (1994). De foreslår at et tilbaketrukket temperament og en utrygg tilknytning hver for seg spiller en risiko for utvikling av angstlidelse, men at det er interaksjonen mellom dem som blir ansett å ha størst utfall (Manassis & Bradely, 1994). Mødre med en angstlidelse er også funnet å ha større sannsynlighet for en utrygg tilknytning til sine barn (Manassis, Bradley, Goldberg, & Hood, 1995). Slike mødre har ofte en utrygg tilknytning selv, og hele 80 % av deres barn har et usikkert tilknytningsmønster (Manassis, Bradley, Goldberg, Hood, & Swinson, 1994).

En naturlig del av barns utvikling er å bli autonom og gradvis separere seg fra avhengighet til omsorgsgiver, men hvis omsorgsperson har vansker på å akseptere autonomitet så vil han eller hun også ha vansker med å gi en hensiktsmessig respons til barnet (Manassis & Bradely, 1994). Behovet til barnet blir dermed ikke møtt og tilknytningen blir usikker (Manassis & Bradely, 1994). Et barn med et usikkert tilknytningsmønster til sin omsorgsgiver er også tilbøyelig til å få panikk når omsorgsgiver ikke er tilstede, som leder til en forstørret og feilaktig fryktrespons (Shear, 1996).

Selv om det foreligger ulike hypoteser om forholdet mellom barnet og omsorgsgiver som utslagsgivende for barnets selektive mutisme (Anstendig, 1999), ser det ikke ut til å ha foreligget noen empiriske studier som har sett direkte på tilknytning i forbindelse med selektiv mutisme. Ut ifra forskning om tilknytning og angst er det imidlertid grunn til å tro

at det samme kan være gjeldende for barn med selektiv mutisme, siden lidelsen i utgangspunktet sees som en ekstrem atferdsvariant for angst.

Emosjonsregulering

Det er også antatt at en usikker tilknytning og et tilbaketrukket temperament kan øke sjansen for en dysfunksjonell emosjonsregulering, eller vansker i reguleringsatferd (Manassis & Bradley, 1994; Shamir-Essakow et al., 2005). En dysfunksjonell emosjonsregulering har blitt indikert i utviklingen av angstlidelser (Scout & Beidel, 2011). Det viser seg at angstfulle barn gjerne har en dårligere evne til å regulere sine følelser (Gosch, Flannery-Schroeder, Mauro, & Compton, 2006). De opplever ofte sine følelser som mer intense enn hva andre barn gjør, og kan ha liten tro på at de kan håndtere sine emosjoner (Suveg & Zeman, 2004).

Et nyere perspektiv på selektiv mutisme har derfor fokusert på emosjonsregulering. Det er forslått at hvis selektiv mutisme reflekterer en ekstrem for sosial angst så kan tausheten være et tegn på en dysfunksjonell emosjonell reguleringsstrategi (unngåelse av tale) for å redusere det emosjonelle ubehaget (Scout & Beidel, 2011).

Emosjonell reguleringsteori indikerer at variasjoner i atferd som en person viser i en truende situasjon kan være relatert til personens evne til å regulere sin emosjonelle reaksjon (Scott & Beidel, 2011). Det er reguleringsevnen som påvirker varighet, intensitet og uttrykk for angsten (Gross & Thompson, sitert i Scott & Beidel, 2011). En ugunstig emosjonsregulering kan være en sårbarhetsmekanisme som ligger bak de andre antatte etiologiske forklaringer på barnas taushet (Scott & Beidel, 2011). Dette kan muligens være en av årsakene til hvorfor bare et mindre tall av barn med sosial angst er ytterligere sårbare for å utvikle selektiv mutisme (Scott & Beidel, 2011).

Foreldre kan også påvirke barnet til en ugunstig emosjonsregulering ved å være mindre emosjonelt tilstede på grunn av deres egen tilbaketrukkethet (Johnson & Flake, sitert i Scout & Beidel, 2011). Hvis omsorgsgiver selv er utrygg vil det være vanskeligere for omsorgsgiver å hjelpe barnet med å regulere affekter (Manassis & Bradeley, 1994).

Moldans (2005) har et lignende syn som Scott og Beidel (2011), men bruker det overordnede begrepet selvregulering fremfor emosjonsregulering. Hun mener at ved å se på selektiv mutisme som en form for angst kan tausheten være en måte å regulere angsten på. Når barnet ikke får uttrykt sine følelser med språk kan dette være med å skape en ugunstig

affektregulering som kan komme til uttrykk i motstridende atferd, slik som barnet gjerne viser på ulike arenaer (Moldan, 2005).

Språkfunksjon

Språket og utvikling av evner for kommunikasjon er viktig for sosialisering og ens egen identitet (Cline & Baldwine, 2004). Tale hjelper også barnet å forstå seg selv og andre som ved og tydelig gi uttrykk for sine følelser (Cline & Baldwine, 2004). Dette er noe som igjen påvirker emosjonsregulering (Cline & Baldwine, 2004). Naturlig nok er språkfunksjon noe av det som har vært mest studert ved selektiv mutisme (Ørbeck, 2008). Språkvansker kan som sagt sees hos mange av disse barna, noe som kan indikere en sårbarhetsfaktor (Cohan et al., 2006b; Steinhausen & Admek, 1997). Prevalensen varierer imidlertid sterkt, fra 11 % til 50 % i ulike studier (Dummit et al., 1997; Kristensen, 2000; Steinhausen & Juzi, 1996).

Artikulasjonsvansker og redusert ordforråd er vanlig hos barna som har språkvansker (Kristensen, 2002). I tillegg er ofte sentrale funksjoner som diskriminering av språklyder og grammatisk forståelse affisert (Manassis et al., 2003, 2007). Manassis et al. (2003) fant at barn med selektiv mutisme sammenlignet med barn med sosial angst ikke var forskjellige i rapportering av angstnivå, men at barna med selektiv mutisme gjorde det dårligere på nonverbale språktester. Manassis et al. (2003) foreslo videre at angst kunne oppstå i sosiale situasjoner hvor tale var en selvfølge og hvor en utilstrekkelig tale kunne resultere i latterliggjøring som ville begrense videre verbal kommunikasjon. Språkvansker kan videre forverres av unngåelse av sosiale situasjoner (Manassis et al., 2003). Spørsmålet blir om barn med språkforstyrrelser er mer sårbare for å utvikle selektiv mutisme på grunn av frykt for latterliggjøring, eller om det er på grunn av mangel på sosial interaksjoner at barnet utvikler vansker som berører kommunikasjon og språk (Scott & Beidel, 2011). Uavhengig om defisittene i sosiale evner og kommunikasjon er relatert til en språkforstyrrelse eller mangel på sosial interaksjon, så vil sannsynligvis begge føre til en frykt for latterliggjøring, som igjen vil føre til unngåelse (Scott & Beidel, 2011).

Det er også stilt spørsmål om barnets evne til å prosessere auditiv stimuli kan være en medvirkende faktor til hvorfor barna kan ha en redusert eller manglende tale i sammenhenger som krever kompleks auditiv prosessering (Ørbeck, 2008). Det vil si i samtaler hvor barnet må snakke selv og samtidig høre etter (Ørbeck, 2008). Et studie viste at halvparten av barna med selektiv mutisme (med lik grad av symptomalvorlighet) hadde en svikt i auditiv prosessering under vokalisering (Arie et al., 2007). Arie et al. (2007)

mener at vanskene kan føre til at barnet gradvis lærer seg å si så lite som mulig i de sammenhengene som krever en form for kompleks auditiv prosessering. At det ikke ble funnet svikt ved visuell prosessering av stimuli kan tyde på en spesifikk svikt knyttet til det auditive systemet hos en undergruppe av barn med selektiv mutisme (Ørbeck, 2008).

Sosiale evner

Det er ofte at barn med sosial angst også har reduserte sosiale evner på grunn av begrensede sosial interaksjoner og eksponering overfor sosiale situasjoner (Scott & Beidel, 2011). På lignende måte vil barn med selektiv mutisme også kunne ha store vansker med å inngå i sosiale relasjoner med andre barn, og miste verdifull trening i sosial interaksjon (Anstendig, 1999). Unngåelse av sosiale situasjoner er noe ulik for barn med selektiv mutisme i forhold til barn med sosial angst, da de unngår tale fremfor å unngå den faktiske sosiale situasjonen (Scott & Beidel, 2011). Uansett er tausheten mest sannsynlig å resultere i lignende defisitter i sosiale evner som hos de med sosial angst (Scott & Beidel, 2011). I et studie utført av Carbone, Schmidt, & Cunningham (2010) ble det funnet at barn med selektiv mutisme og barn med sosial angst kom ut tilnærmet likt på målinger av sosiale evner, internaliserende vansker og angstsymptom. Et annet studie på sosiale evner viste at barn med selektiv mutisme har dårligere sosiale evner enn kontrollgruppen, også i situasjoner som ikke krever tale (Cunningham, McHolm, & Boyle, 2006). Det kan indikere at sosial evnetrening kan være nødvendig (Carbone et al., 2010).

Andre faktorer

Flerspråklighet synes å være en risiko eller sårbarhetsfaktor da det er en overvekt av flerspråklige barn som utvikler selektiv mutisme (Steinhausen & Juzi, 1996). Angst i forbindelse med sosiale interaksjoner kan bli forsterket av språkvansker, og taushet blir dermed en måte å redusere angsten, både for språkvanskene og sosiale situasjoner (Anstendig, 1999). Det er også antatt at flerspråklige barn har en høyere grad av sosial angst, men en lavere forekomst av utviklingsforstyrrelser enn barn som ikke er flerspråklige (Elizur & Perednik, 2003).

Overgangssituasjoner som oppstart i barnehage eller skole kan være en utløsende faktor for tilstanden (Ørbeck, 2008). Dette kan være på grunn av at slike arenaer har nye personer som barnet må forholde seg til og bli kjent med. I tillegg er det forventninger om

prestasjon, fokuset blir i større grad på en selv og alt dette kan oppleves stressende og krevende for barnet (Lundahl et al., 2009). Skolen har igjen et enda større krav til bruk av tale og faglig prestasjon enn barnehage. Viktige områder å rette forebyggende tiltak blir dermed mot barnehage og skole (Lundahl et al., 2009).

Transaksjonsmodell

Det er tydelig at selektiv mutisme er en lidelse som kan ha mange ulike utviklingsveier i og med at det er en heterogen tilstand hvor andre vansker også er vanlig (Cohan et al., 2008). Nyligere forståelser ha skiftet mot et utviklingsperspektiv som tar hensyn til barnets kontekst og hvilke utviklingsstadier barnet befinner seg på (Scott & Beidel, 2011; Vianna et al., 2009). Flerfoldige etiologiske faktorer kan bidra til utvikling av selektiv mutisme (Scott & Beidel, 2011). Det vil si at opprettholdende og predisposisjonelle faktorer kan overlappes hverandre og påvirke barn på ulike måter (Beidel & Turner, 2007). Etiologien til selektiv mutisme ser dermed best ut til å kunne forstås i en transaksjonsmodell hvor det dreier seg om en medfødt sårbarhet hos barnet (som for eksempel språkvansker) og ulike faktorer i miljøet som skjer over tid (for eksempel mobbing), som kan påvirke hverandre gjensidig (Johnson & Wintgens, 2001). Det er spesielt viktig å ha fokus på opprettholdende faktorer som kan omhandle hvordan barnet bli møtt og forstått i hjemmet og i skole/barnehage (Lundahl et al., 2009).

Komorbide lidelser

Mens sjenanse eller skyhet kan sees som det vanligste personlighetstrekket hos barn med selektiv mutisme (Steinhausen & Juzi, 1996), er angstlidelser de hyppigste komorbide lidelsene (Black & Uhde, 1995; Dummit et al., 1997). I studiet til Black og Uhde (1995) og Dummit et al. (1997) ble sosial angst funnet hos 97-100 % av utvalget. Enkel fobi ble funnet hos 30-34 %, separasjonsangst hos 17-26 % og overengstelighet hos 10-14 %. En historie med lærevansker eller språkforsinkelse fantes hos ca 10 % i begge utvalgene (Black & Uhde, 1995; Dummit et al., 1997).

Kristensen (2000) rapporterte så høyt som at 68,5 % av barna med selektiv mutisme i hennes studie kunne regnes å ha en form for utviklingsforstyrrelse. Utviklingsforstyrrelser innebærer lidelser som Autismespekterforstyrrelser, psykisk utviklingshemninger, språkforstyrrelser og generelle lærevansker (Kristensen, 2000). Mest utbredt er spesifikke

utviklingsforstyrrelser som språkforstyrrelser, hvor det foreligger en forsinket språkutvikling og/eller artikulasjonsproblemer (Kristensen, 2000). Andre studier bekrefter også en høy forekomst av språkvansker (Steinhausen & Juzi, 1996; Wilkins, 1985). I studie til Steinhausen & Juzi (1996) hadde 1/3 språkvansker, hvor artikulasjonsvansker var mest vanlig. Enurese og enkoprese forekommer også. I studiet til Steinhausen og Juzi (1996) ble det funnet en forekomst på 25 % og 8 % . De fant også at somatiske symptomer som spiseproblematikk og søvnvansker var vanlige med en forekomst på 21 % og 30 %. Videre fant de en depresjonsskåre på 36 %, opposisjonell atferd på 21 % og hyperaktivitet hadde en skåre på 17 %. Studiet til Black og Uhde (1995) som hadde et færre utvalg viste generelt sett en lavere forekomst av disse (Black & Uhde, 1995).

Siden lidelsen er såpass heterogen og komorbid med andre lidelser har det også blitt diskutert undergrupper av selektiv mutisme (Elizur & Perednik, 2003; Kristensen, 2002). Dette er fortsatt uklart og flere forskere har kommet med forslag til ulike inndelinger (Elizur & Perednik, 2003; Johnson & Wintgens, 2001; Kristensen, 2002). Gjerne blir barna delt inn i to grupper hvor en gruppe er homogen selektiv mutisme og den andre gruppen er barn som har selektiv mutisme i tillegg til komorbide vansker (Elizur & Perednik, 2003; Kristensen, 2002).

Behandling av selektiv mutisme

Tradisjonelt har man som nevnt trodd at tausheten og sjenansen var noe barn med selektiv mutisme ville vokse av seg, men dette vet man i dag ikke er hensiktsmessig (Schwartz et al., 2006). Tidlig intervensjon blir sett på som særdeles viktig da selektiv mutisme kan sees som en lært atferd for å unngå angsten (for å snakke) (Johnson & Wintgens, 2001; Krysanski, 2003). Desto lengre mutismen får utviklet seg, bli opprettholdt og dannet seg til et etablert unngåelsesmønster av sosiale situasjoner, jo vanskeligere blir atferden å endre eller avlære (Johnson & Wintgens, 2001; Krysanski, 2003).

Selektiv mutisme er en tilstand som generelt blir ansett som vanskelig å behandle (Cline & Baldwine, 2004; Johnson & Wintgens, 2001), og til tross for økt oppmerksomhet på lidelsen i det siste tiår er det fortsatt mangel på kunnskap vedrørende behandling (Bergman et al., 2013). Som tidligere nevnt er etiologiske årsaker fortsatt omdiskuterte og den snevre litteraturen som eksisterer i forbindelse med behandling har hatt vesentlige metodologiske mangler og begrensninger (Bergman et al., 2013). Behandlingslitteraturen har i hovedsak

vært dominert av kasusstudier (Krysanski, 2003; Wright, Holmes, Cuccaro, & Leonhardt, 1994). Dette vanskeliggjør generalisering av funn og gjør det problematisk å si noe om behandlingseffekten skyldes tidseffekter ved at klienten kom seg ut av mutismen på egenhånd, eller om behandlingen i seg selv var hjelpsom (Krysanski, 2003). Derfor er det vanskelig å gjøre en vurdering av hvilken behandling som kan være best egnet for barn med selektiv mutisme (Bergman et al., 2013). I tillegg er det gjerne andre metodologiske mangler, som lite detaljer av behandlingsmetoder, forløp og vurderinger (Cohan et al., 2006a). Med unntak av et lite studie av medikamentell behandling (Black & Uhde, 1994), har det ikke foreligget noen randomiserte kontrollerte behandlingsstudier for selektiv mutisme i historien (Bergman et al., 2013). Først i år 2013 har det blitt publisert to randomiserte og kontrollerte behandlingsstudier (Bergman et al., 2013; Oerbeck, Stein, Wentzel-Larsen, Langsrud, & Kristensen, 2013).

Psykodynamiske tilnærminger var i hovedsak den første behandlingen som ble brukt på barn med selektiv mutisme (Cline & Baldwine, 2004). Denne tilnærmingen innebærer ofte leketerapi (Anstendig, 1998). Psykodynamisk terapi brukes også i dag, men i mindre grad enn tidligere (Anstendig, 1998). Behandlingsevalueringer her er hovedsakelig basert på retrospektive kasusstudier, som igjen viser store metodologiske mangler (Anstendig, 1998). Leketerapi er sjelden rapportert utenfor den psykodynamiske tradisjon som en egen psykoterapeutisk strategi (Cline & Baldwine, 2004). Medikamentell behandling har blitt utprøvd den siste tiden, med fokus på å redusere angsten fremfor å bryte tausen (Cline & Baldwine, 2004). Noen studier indikerer god effekt (Black & Uhde, 1992; Wright et al., 1995). Studier som tar i bruk større utvalg viser imidlertid et mer variert resultat (Black & Uhde, 1995; Dummit et al., 1996).

Familieorienterte tilnærminger har vært mer opptatt av å identifisere og behandle dysfunksjonelle familiemønstre (Cohan et al., 2006a). Tiltross for at det er generell kunnskap om at familieinvolvering er viktig med barn, samt at barn med selektiv mutisme kan ha dysfunksjonelle familieforhold, er det lite forskning som har kommet fra familiebaserte intervensjoner (Cline & Baldwine, 2004).

Kognitive tilnærminger og atferdsteknikker er generelt blitt mest anbefalt og beskrevet gjennom litteraturen (Anstendig, 1998; Stone, Kratochwill, Sladerzeck, & Serlin, 2002). Rent atferdsmodifiserende teknikker som positiv forsterkning for verbal tale er vanlig, i tillegg kombineres dette gjerne med andre metoder som selvmodellering og gradvis

eksponering, også kalt systematisk desensitivering (Anstendig, 1998; Choan et al., 2006a; Krysanski, 2003). Her står *stimulus fading* ("sliding in technique") og *shaping* sentralt (Choan et al., 2006a). Disse teknikkene vil bli nærmere beskrevet under avsnittet som omhandler behandlingsmanualen til Johnson og Wintgens (2001).

Da det er en generell enighet om at selektiv mutisme er nært linket sosial angst (Anstendig 1999; Black & Uhde, 1995), er det grunn til å tro at behandling for sosial angst også kan være effektiv for barn med selektiv mutisme (Bergman et al., 2013). Noen studier viser en slik indikasjon (Bergman et al., 2013). Dette gjelder medikamentell behandling med SSRI (Black & Uhde, 1992) og kognitiv atferdsterapi (Christon et al., 2012).

Et problem med en ren kognitiv behandling på en slik lidelse er at selektiv mutisme byr på spesielle utfordringer under behandling som "typisk" angst ikke gjør, derfor er disse faktorene heller ikke adressert i en typisk angstmanual (Bergman et al., 2013). Dette gjelder særlig tausheten, da barn med selektiv mutisme som regel ikke vil snakke med terapeuten i tidlige terapitimer (Bergman et al., 2013). Dette gjør at tidlig involvering fra foreldre og strategier for engasjering blir sentralt (Bergman et al., 2013). En annen faktor er at alderen for symptomer på selektiv mutisme vanligvis er betraktelig yngre enn andre barn som har rene angstlidelser (Bergman et al., 2013.) Dette krever tilretteleggelse i forbindelse med hvor barnet befinner seg på et utviklingsmessig nivå, og at foreldre blir involvert i stor grad (Bergman et al, 2013). Kognitiv atferdsterapi anbefales i utgangspunktet ikke for svært unge barn, blant annet fordi de gjerne vil ha en begrenset forståelse av rasjonale bak eksponeringsøvelser, og fordi de ofte ikke vil være i stand til å tåle engstelsen som kan oppstå i eksponering (Bergman et al., 2013). Barn med selektiv mutisme viser vesentlige symptomer i skole eller barnehage (Bergman, Keller, Piacentini, & Bergman, 2008), som gjør at behandling bør inkludere samarbeid med skolepersonell (Bergman, 2013). I behandlingsmanualen til Johnson og Wintgens (2001), blir det påpekt at det kan være mest hensiktsmessig om behandlingen foregår der tausheten er mest problematisk, som gjerne er i barnehage eller skole (Johnson & Wintgens, 2001).

En undersøkelse av behandlingslitteraturen fra 1980 til 1996 antydte at intervensjoner som er multimodale eller individualiserte gir best resultat (Anstendig, 1998). Krysanski (2003) støtter også dette i hans gjennomgang av litteraturen. Kognitiv atferdsterapi er et eksempel på multimodale metoder ved kombinasjoner av ulike teknikker (Wong, 2010). Andre multimodale intervensjoner kan være en kombinasjon fra psykodynamiske, kognitive og

atferdsterapeutiske, samt familiebaserte terapier (Choan et al., 2006a). De essensielle komponentene i en slik behandling er imidlertid uvisse (Choan et al., 2006a). En nyere metaanalyse av de viktigste behandlingsmetodene for selektiv mutisme ble utført av Stone et al. (2002). Dette var den første systematiske analysen av de mest anvendte behandlingene for selektiv mutisme med mål å finne den mest evidensbaserte metoden. Dette ved bruk av kvalitative og kvantitative data (Stone et al., 2002).

Behandlingsmetodene som ble gjennomgått var kognitive atferdsterapeutiske, psykodynamiske, psykofarmakologiske/biologiske eller familierapeutiske. I tillegg var det også en kategori for tilnærminger som falt utenfor dette, som logopedi (Stone et al., 2002). Hovedkonklusjonen i metaanalysen var at behandling generelt er mer effektiv enn ingen behandling. Atferdsterapi var antatt å være mest gunstig sammenlignet med de andre modellene, siden atferdsterapi har blitt mest anbefalt gjennom historien (Stone et al., 2002). På grunn av vansker med å sammenligne data (siden det var mangel på kvantitative data i de andre modellene) ble dette ikke bekreftet. Det ble heller dratt en konklusjon om at atferdsterapi er bedre enn ingen behandling, og at atferdsteknikker som blant annet *shaping*, *stimulus fading* og modellering så ut til å være effektive (Stone et al., 2002). En fordel med atferdsterapeutiske studier er at de gjerne har bedre metodologisk kvalitet som gjør det enklere å vurdere effektiviteten av behandlingen (Cline & Baldwine, 2004; Stone et al., 2002). I dag er det fortsatt atferdsbaserte intervensjoner som i størst grad anbefales (Anstendig, 1998; Choan et al., 2006a), da nyere studier av bedre metodologisk kvalitet ser ut til å gi empirisk støtte for slike intervensjoner (Cohan et al., 2006a).

Som nevnt er det ikke før nylig at de to første publiserte kontrollerte behandlingsstudiene har funnet sted (Bergman et al., 2013; Oerbeck et al., 2013). Disse viser lovende resultater ved bruk av atferdsterapeutiske teknikker og defokusert kommunikasjon. Det ene er et norsk studie hvor behandlingen baserte seg på defokusert kommunikasjon og atferdsteknikker, inkludert belønninger (Oerbeck et al., 2013). Sentrale komponenter i defokusert kommunikasjon vil bli beskrevet i et eget avsnitt. Studie til Oerbeck et al. (2013) hadde et lite utvalg på 24 barn. Dette er imidlertid et vanlig problem i de fleste studier på selektiv mutisme siden lidelsen er så sjelden. Særlig får studiet betydning for de yngste barna med lidelsen, da aldersgruppen i studie var fra 3 til 9 år. Gruppen ble delt i to og randomisert fordelt til enten tre måneders behandling eller venteliste (kontrollgruppe). Resultatene viste en signifikant økning i tale hos gruppen som fikk behandling, mens det var ingen forskjell i ventelistegruppen som ikke fikk behandling. Det ble også funnet en

større bedring hos de yngste barna, noe som understreker viktigheten av tidlig intervensjon (Oerbeck et al., 2013).

Bergman et al. (2013) sitt pilotstudie bestod av 21 barn fra 4 til 8 år som ble randomisert fordelt til 24 uker integrert atferdsterapi for selektiv mutisme (IBTSM), eller 12 ukers venteliste (kontrollgruppe). Terapien bestod av 22 timer. Klientene ble også fulgt opp tre måneder etter behandling. IBTSM bestod hovedsakelig av gradvis eksponering til angstfull stimuli (som verbal kommunikasjon), for å oppnå symptomreduksjon. Dette både i og utenfor terapirommet. Foreldre var også engasjert gjennom hele terapiforløpet, samt lærer til barnet. Resultatene indikerte at de i behandling fikk en signifikant økning av tale, mens de på venteliste ikke fikk en slik forbedring. Foreldre rapporterte også om redusert angst hos barnet, selv om dette ikke var tilfellet for rapportene fra lærere. At angsten ikke ble redusert på alle målingene kan forståes ved å se tausheten som en unngåelsestrategi, med et mål om å redusere angst (Bergman et al., 2013). Hvis taleunngåelse blir redusert, som i denne behandlingen, kan barnets opplevelse av angst blitt uforandret eller økt i noen omstendigheter på grunn av eksponeringen til den situasjonen barnet frykter (verbal tale) (Bergman et al., 2013).

Utredning

En grundig utredning og symptomkartlegging er sentralt før tiltak iverksettes (Ørbeck, 2008). Utredningen bør først og fremst begynne med å undersøke hvordan barnet kommuniserer på ulike arenaer og til ulike personer (Lundahl et al., 2009). Terapeuten kan bruke et såkalt "snakkekart" for de yngste barna hvor barnet eller den voksne tegner de viktigste arenaer som barnet oppholder seg i, for deretter å tegne inn hvem barnet snakker med. En kan så tegne inn flere personer etter hvert som barnet snakker med flere (Johnson & Wintgens, 2001). Relevant er også graden av nonverbal kommunikasjon (Ørbeck, 2008). Terapeuten bør videre undersøke barnets utviklingshistorie (anamnese) for å kunne utelukke mutismen som en følge av andre årsaker, deriblant ervervet hjerneskade eller akutt traume (Ørbeck, 2008). Videre bør man undersøke hvor lenge symptomene har vart, hvordan familien forholder seg til symptomene, eventuelle utprøvde tiltak osv. Det kan benyttes intervjuer og ulike spørreskjema til både barnet selv, lærere/barnehagepersonalet og foreldre som hjelpemiddel for å kartlegge mutisme i familien, komorbide tilstander, motorisk og språklig fungering, samt nonverbal resonering (Ørbeck, 2008). For eksempel er kartleggingsskjemaet SCAI ("Social Communication Anxiety Inventory"), utviklet av

Elisa Shipon-Blum, et alternativ (Lundahl et al., 2009). Informasjon om barnets sosiale og kognitive funksjoner er også hensiktsmessig å undersøke. Dette beskrives nærmere i veiledermanualen til Lundahl et al. (2009). Det er også viktig å kontrollere for at barnet har normal hørsel da tausheten ikke kan skyldes hørselsvansker for å få diagnosen selektiv mutisme (Ørbeck, 2008).

Defokusert kommunikasjon

I veilederhefte til Lundahl et al. (2009) opplyser de om flere sentrale forhold i forbindelse med behandling av selektiv mutisme. Kort fortalt inneholder disse et helhetlig og tverrfaglig samarbeid på ulike arenaer som i hjemmet, skolen eller i barnehage. Dette innebærer en god dialog mellom barnehage/skole personal og foreldre, samt en felles forståelse av barnets taushet og hjelpetiltak. I veilederhefte står det videre at det bør foreligge informasjon og åpenhet rundt vanlige reaksjoner i omgivelsene og vurdering av u hensiktsmessig atferd i miljøet som kan opprettholde eller forverre symptomene til barnet. Hvis man blir for ivrig med å hjelpe barna kan det bli for overveldende, mens motsatt kan man overse barnet i frykt for å være for pressende. Begge kan opprettholde symptomene (Lundahl et al., 2009).

I veilederhefte nevnes det også forebyggende tiltak og tilrettelegging i overgangssituasjoner. Forfatterne sier at hensikten med forebyggende tiltak er å hindre at tausheten skal danne et fastgrodd mønster og uheldige sosiale interaksjoner. For barn som viser kun milde symptomer på tilstanden, det vil si en viss grad av engstelighet/ tilbaketrukkethet og lite verbal tale kan det være hensiktsmessig å se om defokusert kommunikasjon er tilstrekkelig. Samtidig kan man korrigere stressende omgivelser for barnet (Lundahl et al., 2009). Videre sier forfatterne at det finnes tilfeller på barn som har begynt å snakke etter de har skiftet miljø, mens andre kan ha opplevd det motsatte. Barn med selektiv mutisme og de med et engstelig/tilbaketrukket temperament har et stort behov for forutsigbarhet og trygghet i en barnehage eller skolehverdag. Det anbefales derfor at overgangssituasjoner som barnehage eller skolestart blir viktige områder for forebyggende tiltak. Barn med flerspråklig bakgrunn som i tillegg har stor grad av sjenanse er spesielt utsatt i overgangssituasjoner. Et tiltak her kan innebære en lengre overgangs/tilvenning periode ved å ha kortere dager. For å lette overgangen fra barnehage til skole kan et tett samarbeid i forkant og faste besøksdager være gunstig, slik at barnet gradvis blir kjent med miljøet. Forfatterne understreker at dette ikke må forstås som en overbeskyttelse, men at man må ta små steg for å mestre angsten.

En annen ting som kan være nødvendig er individuell tilrettelegging i skolen, spesielt ved oppstart. Dette kan for de eldre barna innebære bruk av pc, mobil eller annet materiale som ikke krever at barnet skal snakke høyt, men kan vise sine ferdigheter på en annen måte. For de yngre barna kan for eksempel hånddukker, lydband eller papirlapper være et alternativ som kommunikasjonsmiddel (Lundahl et al., 2009).

Det er viktig at krav og forventninger tilpasses barnets mestringssnivå og alder da for høye krav til barnet kan opprettholde barnets taushet (Lundahl et al., 2009). En vanlig erfaring er ikke at personalet i skolen eller i barnehagen ikke ser barna, men at de er usikre på hvordan de skal hjelpe dem og henvende seg til dem (Lundahl et al., 2009). Hanne Kristensen (2005) har ut ifra egen klinisk erfaring, beskrevet en spesiell form for kommunikasjon med tause barn som hun kaller defokusert kommunikasjon. Dette er prinsipper som kan anvendes for personalet i barnehage/skole, i hjemmet og for psykologer (Lundahl et al., 2009). Defokusert kommunikasjon handler om å finne et felles fokus utenfor barnet og er et viktig grunnprinsipp i behandling av selektiv mutisme, samt også for barn som kun er sosialt engstelige (Lundahl et al., 2009).

Kjerneprinsippene i defokusert kommunikasjon beskrives som: regulere kroppsspråk, form og tema, opprettholdelse av dialogen og regulering av reaksjonen når barnet snakker. Disse prinsippene blir beskrevet både i manualen til Lundahl et al. (2009) og Kristensen (2005);

(1) Ved regulering av blikkontakt og kroppsspråk skal den voksne (her; terapeuten) fokusere på noe utenfor barnet, fremfor direkte på barnet. Dette kan for eksempel være på aktiviteter og lek. Det er også mer hensiktsmessig å sitte ved siden av barnet heller enn ovenfor, fordi det fungerer mer avslappende og barnet selv kan regulere øyekontakt. Det kan være lettere for barnet å respondere og kommunisere gjennom gjenstander som hånddukker, foreldre eller søsken, da blir ikke fokuset på barnet.

(2) Form og tema innebærer at man skal unngå å stille direkte personlige spørsmål til barnet, men heller bruke åpne og undrende spørsmål. Dette gjør at samtalen blir mindre formet som et intervju, som igjen fjerner fokus fra barnet og angsten barnet kan få som følge av fokuset. Samtaletema bør være nøytralt eller omhandle det barnet er interessert i, fremfor å handle om barnet i seg selv. Det vil være enklere for barnet å si noe som ikke har stor mening bak seg og hvor terskelen for å si noe feil er lav. Det kan for eksempel være å telle. Barn med selektiv mutisme er ofte redd for å si noe feil og dumme seg ut (jf. sosial

angst), derfor er det hensiktsmessig å ufarliggjøre og forsikre barnet om at det ikke gjør noe om han eller hun sier noe feil.

(3) Et tredje prinsipp innebærer teknikker for å opprettholde dialogen og gi barnet tid og mulighet for å komme med en respons. Dette er også for at personen som prøver å snakke med barnet ikke skal ta over samtalen helt. Dette kan gjøres ved å legge inn små pauser under samtalen slik at barnet får muligheten til å respondere, enten verbalt eller i form av kroppsspråk. Hvis barnet ikke gir respons fortsetter terapeuten å opprettholde dialogen, som fremmer trygghet hos barnet. Humor skaper også trygghet.

(4) Det siste prinsippet omhandler reaksjonen man bør gi når barnet begynner å snakke. Det kan være fristende å vise stor begeistring når barnet endelig snakker, men oppmerksomhet er nettopp det barn med selektiv mutisme frykter. Derfor skal man respondere på barnets tale som en selvfølge.

Hele poenget med defokusert kommunikasjon er å redusere angsten og ubehaget til barnet (Lundahl et al., 2009). Ved å bruke en slik form for kommunikasjon så fjerner det fokus fra barnet, slik at han eller hun kan føle seg mer avslappet og mindre presset i kommunikasjonen sier Lundahl et al. (2009). Defokusert kommunikasjon i tillegg til forebyggende tiltak som å skape trygghet og forutsigbarhet (for eksempel ved lengre tid i overgangssituasjoner), har vist seg å være nok til at noen barn kan komme seg ut av lidelsen (Lundahl et al., 2009). For de med større alvorlighetsgrad kan bruk av andre metoder i tillegg til defokusert kommunikasjon være nødvendig (Lundahl et al., 2009). De viktigste faktorene i defokusert kommunikasjon kan oppsummeres slik:

- **Trygghet**

Faktorene i defokusert kommunikasjon slik jeg ser det går i stor grad ut på å skape trygghet i hverdagen og i de situasjonene barnet befinner seg i. Trygghet går igjen i alle prinsippene og kan omhandle oppmuntring fremfor press til å snakke, forutsigbarhet, struktur og bruk av humor. Tilrettelegging og individuell opplæring som nevnt ovenfor er også en del av å gi barnet trygghet (Lundahl et al., 2009).

- **Ikke press, men oppmuntring**

Sentralt på alle områder, enten det er i hjemmet, i barnehagen/skole eller i behandling er det viktig å fjerne presset til å snakke og skape en trygghet for barnet (Lundahl et al., 2009). Det kan fort være fristende, enten det er bevisst eller ubevisst, å presse barnet til å snakke, blant annet ved å stille flere spørsmål i håp om at barnet vil gi en respons (Kristensen, 2005; Lundahl, et al., 2009). Dette vil bare øke barnets angst (Lundahl et al., 2009). Spørsmålet om man kan eller eventuelt hvor mye man kan presse barnet er et dilemma både for foreldre og personale i barnehage/skole (Lundahl et al., 2009). Oppmuntring fremfor press innebærer at man bør tøye kommunikasjonen i små steg, ut ifra hvor barnet befinner seg i kommunikasjonen (Lundahl et al., 2009). En bør alltid gi beskjed om at barnet ikke trenger å svare, og avtale på forhånd andre kommunikasjonsmidler barnet kan bruke for å lettere respondere eller sifra om ting (Kristensen, 2005; Lundahl et al., 2009). I tillegg bør man normalisere problemet og fortelle at det finnes andre barn med samme problem (Ørbeck, 2008).

- **Forutsigbarhet og struktur**

Forutsigbarhet og god struktur er sentralt (Lundahl et al., 2009). Siden selektiv mutisme er en form for sosial angst (Anstendig, 1999) og barna gjerne vil engste seg for å gjøre nye ting og treffe nye mennesker, er det hensiktsmessig med forberedelse før noe nytt skal skje. Det kan innebære å gi kort og klar informasjon på forhånd (Lundahl et al., 2009). Å forberede nye situasjoner og gjøre ting i små steg (for eksempel ved overgang fra inne til utelek, nye vikarer osv) vil kunne dempe angsten (Lundahl et al., 2009).

- **Humor og oppmuntring til lek og samspill**

Humor og lek er viktige nøkkelbegrep mot målet til å få barn med selektiv mutisme til å snakke. Humor kan fungere ”avvæpnede” og kan gjøre at barnet glemmer seg og spontant sier noe (Lundahl et al., 2009). Omdal (1999) skriver i sitt studie om at det å leke med mye latter var til hjelp for de yngste barna med lidelsen. Det er også viktig å oppmuntre til lek og samhandling med andre barn (Lundahl et al., 2009). Erfaring tilsier at små, tidsavgrenset lekegrupper ledet av en voksen kan gjøre det lettere for tause eller sjenerte barn (Lundahl et al., 2009).

- **Senke terskel for å si noe dumt**

Siden selektiv mutisme er linket til sosial angst (Black & Uhde, 1995) har barnet en naturlig frykt for å dumme seg ut og si noe feil. Det er derfor viktig at den andre parten viser at det er ok å si noe dumt eller feil, så det senker terskelen for barnet å si noe (Lundahl et al., 2009).

Behandlingsmanualen til Johnson & Wintgens

Behandlingsmanualen til Johnson og Wintgens (2001) er en velbrukt behandlingsmanual på selektiv mutisme, som er basert på atferdsterapeutiske teknikker. Manualen er delt inn i ulike aktiviteter, råd og behandlingsprinsipper. Fasene deles inn i vurdering, kartlegging, og behandling/tiltak; som å få frem tale og generalisere tale. Johnson og Wintgens (2001) sier at å generalisere tale er vanskeligere og mer tidkrevende enn å få frem tale. Dette steget kan ikke begynne før barnet har begynt å snakke med en person som det tidligere ikke snakket til. Forfatterne understreker at tiltakene bør bli tilrettelagt individuelt avhengig av omstendighetene rundt barnet og at behandlingen bør finne sted der barnets taushet opptrer. Johnson og Wintgens (2001) betrakter også lidelsen som en form for angst, og å redusere angstnivået blir mest sentralt for å fremme tale. Manualen inneholder også elementer av det Lundahl et al. (2009) kaller defokusert kommunikasjon, som blant annet å unngå øyekontakt (særlig i starten) og fjerne presset om at barnet skal snakke, da det er der angsten til barnet ligger. I manualen blir det foreslått å velge ut en nøkkelperson som er involvert rundt barnet og som skal ha hovedansvaret for stegene i programmet og barnets progresjon. Samtidig skal nøkkelpersonen være med å generalisere barnets kommunikasjon til andre plasser og mennesker (Johnson & Wintgens, 2001).

Manualen nevner noen behandlingsprinsipper av spesiell relevans til barnehage, men dette kan også brukes i en terapeutisk setting. Det innebærer blant annet operant betinging av ønsket atferd (belønning) og at uønsket atferd skal ignoreres, aldri straffes. Manualen presiserer at det viktigste er ikke at barnet snakker, men trives. Som det står i manualen til Lundahl et al. (2009) er det også sentralt i manualen til Johnson og Wintgens (2001) med en felles forståelse og enighet om problemet og intervensjonen, samt en gjensidig støtte mellom de partene som er involvert (som barnehage og foreldre). Det anbefales videre en systematisk progresjonsplan hvor kun en variabel byttes ut om gangen for å redusere mest

mulig angst. Progresjon og tilpasning vedrørende tiltak vil avhenge av alvorlighetsgrad av mutismen. Johnson og Wintgens (2001) anbefaler profesjonell hjelp som psykoterapi, men fraråder at barnet blir fjernet fra familiære steder og mennesker. Blant annet fraråder de spesialscole.

Siden lidelsen betraktes som en angstlidelse også for Johnson og Wintgens (2001) så gjelder generelle prinsipp for angstbehandling også her. Dette innebærer blant annet at angstmestring er noe som må skje i små skritt og fremme opplevelse av mestring. For stor grad av angst resulterer i unngåelse som vil være med å opprettholde problemet (Johnson & Wintgens, 2001). Behandlingen baseres som sagt på atferdsterapeutiske teknikker, som systematisk desensitivering (gradvis eksponering). Dette innebærer en gradvis tilnærming til en angstutløsende stimuli/situasjon. Barnet kan bli vant til tanken av å gjøre noe det tidligere ikke trodde ved å bruke lignende men mindre truende aktiviteter. For eksempel kan de gi lov til terapeuten om å høre deres stemme på telefonen før det prøves ansikt til ansikt (Johnson & Wintgens, 2005). Teknikker som *stimulus fading* og *shaping* bygger på disse prinsippene (Johnson & Wintgens, 2001).

- ***Stimulus fading* ("sliding in technique")**

I dette tilfellet er det publikum, samtalepartner eller settingen som forandrer seg, fremfor barnets innsats til å snakke (Johnson & Wintgens, 2005). Teknikken innebærer at barnet først er i et rom med en familiær person de føler seg trygge på, som omsorgsgiver. Nøkkelpersonen (som kan være en terapeut) skal så bringes gradvis inn i den situasjonen barnet snakker i (Johnson & Wintgens, 2001). Hvis stemningen er avslappet i begynnelsen og forandringen er liten (som at personen gradvis kommer nærmere), kan barnet tolerere denne angsttriggeren og fortsette å snakke med nøkkelpersonen (Johnson & Wintgens, 2005). Når barnet kommuniserer verbalt med nøkkelpersonen kan samme prosedyre overføres til andre situasjoner og personer. Dette må gjøres på en kontrollert og systematisk måte. En måte kan være å ta inn flere barn (Johnson & Wintgens, 2001). Teknikken fremprovoserer ofte mindre angst ved at foreldre er involvert og gir gjerne en raskere fremgang enn *shaping* (Johnson & Wintgens, 2005).

- ***Shaping***

I motsetning til *stimulus fading* brukes det ikke en familiær person som barnet er trygg på i *shaping*. Her er det kommunikasjonen i seg selv og barnets innsats som er mål for forandring. Derfor skaper også denne metoden gjerne mer angst enn *stimulus fading* (Johnson & Wintgens, 2001). *Shaping* innebærer at man gradvis må jobbe for å få barnet til å bryte ut av tausheten fra nonverbal kommunikasjon. Barnet begynner med nonverbal kommunikasjon med en nøkkelperson i en minimal angst situasjon. Her blir barnet gradvis oppmuntret til å først kommunisere nonverbalt (som økt blikk kontakt), for så å lage lyder, deretter hviske og tilslutt tale i ord og setninger (Johnson & Wintgens, 2001, 2005). *Shaping* fungerer godt på særlig unge barn eller mindre angstfulle barn (Johnson & Wintgens, 2005). Modellering blir ofte kombinert med *shaping*, ved at barnet kan imitere lyder eller handlinger (Cline & Baldwine, 2004).

I samsvar med de defokuserte prinsippene som nevnes i Lundahl et al. (2009) sitt veilederhefte er det også i manualen til Johnson og Wintgens (2001) viktig å begynne å snakke om ting som ikke krever mye av barnet, og hvor det ikke er stor fare for barnet å svare feil. Positiv forsterkning i form av belønning er også et sentralt element i manualen. Da metoden kan skape mer angst er det nyttig å øke barnets motivasjon og mestring ved belønning. Belønning fungerer også som en naturlig pause som kan redusere angstnivået mellom målene forklarer Johnson og Wintgens (2005). Belønning kan komme i mange former, som i et smil, en kommentar, godteri eller klistremerker. Barnets motivasjon bør i hovedsak komme av selve fremskrittene som barnet gjør, og ikke av selve belønningen (Johnson & Wintgens, 2001).

Terapi med barn

Spesielle forhold og karakteristiske trekk ved barneklienten

Psykologiske vansker og symptomer hos barn skiller seg fra psykologiske problemer hos voksne. Barn gjennomgår et utviklingsforløp som må sees i sammenheng med den psykologiske funksjonen (Mash & Wolfe, 2002). Ofte vil barn med en normal utvikling gå gjennom korte stadier hvor de viser ulike former for utviklingskriser, for så at disse vanskene overvinnes og forsvinner raskt uten tiltak (Aarseth, 2006). For eksempel er mange former for engstelse og frykt en normal del av barnets utvikling og forventes i visse aldre og situasjoner (Mash & Wolfe, 2002). Frykt eller engstelse kan imidlertid bli

patologisk og medføre et behandlingsbehov hvis den er overdrevet (frykt i situasjoner som reelt sett ikke er farlige), når den ikke er aldersadekvat, og når den er så gjennomgripende at den reduserer barnets funksjon (Barett, Dadds, & Rapee, 1996). Det er derfor viktig å vurdere om barnets vansker og fungering er aldersadekvat eller ikke (Graham, 2008). Vansker i førskolealder kan predikere psykopatologi senere i livet (Graham, 2008). Dette trenger ikke nødvendigvis å bety at en barndomslidelse videreutvikles når man er voksen, men det kan gjøre en sårbar for stressorer senere i livet (Graham, 2008).

Barns psykiske vansker og symptomer kan uttrykkes på mangfoldige måter, samt komme til syne på forskjellige arenaer (Aarseth, 2006). Det vil derfor ofte være nødvendig å sette inn flere former for tiltak på ulike områder (Aarseth, 2006). En annen årsak til det er komorbide vansker, som er vanlig hos barn så vell som voksne (Aarseth, 2006). En god allianse er et nødvendig grunnlag for enhver behandling, men særlig er alliansebygging og motivasjonsarbeid sentralt med barn, fordi de ikke kommer til behandling av eget initiativ (Aarseth, 2006; Svendsen, 2007). De blir gjerne sendt i behandling av pårørende og behandlingsmotivasjonen vil dermed som regel ligge hos noen andre enn barnet selv (Mash & Wolfe, 2002; Svendsen, 2007). Intervensjoner for barn er ofte fokusert på å fremme videre utvikling, fremfor og bare gjenopprette et tidligere funksjonsnivå (Mash & Wolfe, 2002). I motsetning til intervensjoner for voksne som ofte fokuserer på å fjerne lidelsen, er målet for barn i psykoterapi gjerne å fremme deres evner i tillegg (Mash & Wolfe, 2002).

En annen viktig forutsetning for å arbeide med barn er at man må ta hensyn til at utviklingen til barn er et resultat av samspill med andre kompetente personer i den kulturen barnet lever i (Mæhle, 2007). Barn lever i tilknytningsrelasjoner som er mer eller mindre gitt, samtidig er de også aktive aktører som påvirker sin kontekst og samspill (Hansen, 2012). Det vil si at barn må sees og behandles som en del av den konteksten og relasjonene de befinner seg i (Mash & Wolfe, 2002). Klinisk arbeid med barn må derfor ha et relasjonelt perspektiv, og er grunnen til at familierapi er vesentlig i behandling av barn, særlig med tanke på foreldrenes rolle i behandlingen (Hansen, 2012).

At terapeuten må ta hensyn til både utviklingsmessige og kontekstuelle forhold innebærer videre at terapi med barn må skje på barnets premisser, med utgangspunkt i deres måte å kommunisere og uttrykke seg på (Svendsen, 2007). Lek blir en viktig kommunikasjonsplattform siden leken blir sett på som barnets språk, og er noe som kan engasjere og motivere barnet (Svendsen, 2007; Haavind, 1996). Bruk av metaforer er et

annet eksempel som kan fungere som kommunikasjonsport til barn (Svendsen, 2007). Dette kan vekke nysgjerrighet og skape spenning for barnet, samt at dens indirekte form kan gjøre det lettere å snakke om vanskeligere tema (Gydal, sitert i Svendsen, 2007).

Foreldrenes rolle

Foreldrenes rolle i terapi med barnet er sentral fordi omsorgspersonene til barnet er deres viktigste hjelpere og spiller den mest avgjørende rollen for at barnet skal kunne gjennomgå en normal psykososial utvikling (Aarseth, 2006). Særlig hos yngre barn som er mer avhengig av foreldre er det vesentlig at terapeuten også har en god dialog og et samarbeid med foreldre (Aarseth, 2006). Desto yngre barnet er jo mer avhengig er terapeuten av å få informasjon fra foreldrene for å kartlegge barnets problematikk (Aarseth, 2006). Også i selve behandlingen er det nyttig å ha med foreldrene da mange problemer yngre barn sliter med vil kunne omhandle relasjonen barnet har til sine foreldre (Aarseth, 2006). Begge parter kan påvirke et samspill som ikke er utviklingsfremmende for barnet, men som isteden forsterker og opprettholder barnets psykiske vansker (Nilsson & Trana, 2007). En felles forståelse og enighet om behandlingen med foreldrene er også vesentlig for at sentrale deler av behandlingen blir generalisert til hjemmet (Aarseth, 2006). Forskning viser at foreldrenes involvering i terapi med barn er relatert til et positivt behandlingsresultat (Mendlowitz et al., 1999; Shirk & Saiz, 1992). Det foreligger imidlertid lite forskning på relasjonen mellom terapeut og foreldre (Shrik, sitert i Svendsen, 2007). Alliansen mellom terapeuten og barnet er også avhengig av foreldrenes forståelse av terapien, hvordan foreldrene blir involvert og hvordan foreldrene støtter opp barnets deltagelse i terapien (Jensen et al., 2010).

Et utviklingspsykologisk perspektiv

Utviklingspsykologi som fokuserer på utvikling og endring blir et naturlig perspektiv å ha i bakhodet i møte med barn (Mæhle, 2007). Utviklingspsykologi er ikke en enhetlig forståelse, men omfavner flerfoldig forskning og tematikk innen ulike fagfelt som blant annet biologi, genetikk, språk og antropologi (Mæhle, 2007). Viktige områder har vært tidlig samspill, tilknytning, temperament og individuelle forskjeller. Disse er koblet til hverandre og er vesentlig for forståelsen av spillet mellom barnet og deres omgivelser (Mæhle, 2007). Forståelse av endring hos barn i terapi har vært godt linket til teorier om barnets utvikling (Hansen, 2012). Moderne utviklingspsykologi omfatter i større grad enn

tidligere kliniske aspekter ved barnets verden, som det sosiale aspektet og deres selvoppfattelse (Hansen, 2012). Tilknytningsteori er eksempel på integrering av empirisk og klinisk utviklingsforståelse (Hansen, 2012). (Se for eksempel Brandtzæg, Smith, & Torsteinson, 2011). Barn bearbeider erfaringer på en annen måte enn voksne og har andre uttrykk for sine reaksjoner (Hansen, 2012). Barnespesifikk kunnskap er derfor nødvendig for å forstå barnets erfaringsverden og kommunikasjon (Hansen, 2012). Et viktig element her er igjen lek (Hansen, 2012).

Utviklingspsykologi har bidratt med en økende forståelse for prosessene som skjer i terapi med barn, og kunnskap basert på utviklingspsykologi kan brukes til å forstå relasjonen og selve prosessen i terapi (Svendsen, 2007). For eksempel er felles (delt) fokus og oppmerksomhet sentralt for en god og meningsfull dialog med barnet (Hansen, 1991). En affektiv utveksling fungerer som en overordnet og regulerende del av samspillet og er nødvendig for å opprettholde og vedlikeholde den delte oppmerksomheten (Svendsen, 2007). Hansen (1991) mener at den affektive utvekslingen er en grunnleggende motivasjon for menneskelig samspill og erfaring. Som Svendsen (2007) sier blir det avgjørende å skape en god dialog ut ifra hvor barnet har fokus. Når terapeuten retter sin oppmerksomhet mot det barnet formidler, er en god lytter, lar seg begeistre hva barnet gjør og vil utforske dette sammen med barnet, vil barnet oppleve det som meningsfylt å formidle seg videre (Svendsen, 2007).

Kasusstudie; Nathalie, 4 år



Figur 1: Nathalies tegning av favoritt bamsen sin.

Bakgrunn

Nathalie på 4 år, kom som en av de yngste klientene på NTNUs poliklinikk. Henvisningsårsak var selektiv mutisme, samt noen tvangspregede trekk og søvnvansker som vekket bekymring fra helsestasjon, barnehage og BUP. Nathalie ble først henvist til BUP fra helsestasjonslege. Helsestasjonslegen fastsatte at Nathalie hadde hatt en god vekstutvikling med normal motorisk utvikling og lydproduksjon det første leveåret. Ved en forsinket 2 års kontroll fremstod derimot Nathalie som lite samarbeidsvillig og det var vanskelig å få gjennomført de vanlige undersøkelsene. Det ble vurdert at Nathalie fremviste tegn på selektiv mutisme og tvangspregede trekk.

Hun ble henvist til BUP og BFT i kommunen som foretok ulike utredninger og bekreftet at Nathalie fylte kriteriene for selektiv mutisme da hun hadde en situasjonsbestemt taushet, men fremstod som aldersadekvat når det kom til språklige ferdigheter og mestret sosial kommunikasjon i trygge omgivelser. Vurderingen og diagnosesetting ble gjort ut ifra anamneseutredning, kartlegging via samtaler med mor og barnehage, samt bruk av ulike spørreskjema og kartleggingsverktøy som ASEBA, samspillobservasjon (MIM) og barnehageobservasjoner. I tillegg ble det utført en WPPSI-3 test. På evnetesten viste Nathalie god språkforståelse. Hun var helt taus på de verbale delprøvene, mens tilnærmet aldersadekvat på de nonverbale delprøvene. Det ble også utført hørselskontroll som avbekreftet hørselsproblemer.

BUP hadde i tillegg til utredning, kartlegging og diagnostisering størst fokus på veiledning til barnehagen og noe veiledning til mor om selektiv mutisme. Dette foregikk en gang hver 3-4 uke over et tidsintervall på nesten et år. Dette virket å gi barnehagen og mor en dypere forståelse av Nathalies situasjon, men synes ikke å være tilstrekkelig for å hjelpe Nathalies taushet og engstelse. BUP utøvde ingen form for systematisk terapeutisk intervensjon, og da Nathalie ble henvist til NTNUs poliklinikk var dette hennes første gang i psykoterapi.

Nathalie hadde ikke laget lyder siden oppstart i barnehagen. Da var Nathalie 2 år gammel. Kontrasten mellom hvordan Nathalie var i hjemmet og hvordan hun var i barnehagen var stor. Barnehagen fortalte om ei glad jente som likte å male/tegne, lage ting, følge med og se på hva andre gjorde, men som var lite sosial og holdt seg mest til de voksne. Hun ble her beskrevet som innesluttet, forsiktig og taus, mens i hjemmet beskrev mor Nathalie som ei tøff og viljesterkt jente som kunne være bestemt og sta. Hjemme snakket og lekte hun fritt og viste ingen tegn på vansker. Foreldrene var derfor overrasket da de for første gang fikk

beskjed om at dette ikke var tilfellet i barnehagen. Moren beskrev det som en av og på bryter hvordan Nathalie var i barnehagen og i hjemmet. Hun mente at Nathalie klarte å opprettholde tausheten i barnehagen delvis på grunn av sin stahet og viljestyrke.

Nathalies taushet var hovedsakelig begrenset til barnehagen, interaksjoner med fremmede og personer som ikke var i nærmeste familie. Mor fortalte at Nathalie kun ble stille i barnehagen og andre steder utenfor hjemmet der noen direkte henvendte seg til henne, eller hvor hun visste at noen ville gjøre det (som i barnehagen). Hun kunne imidlertid snakke med mor i andre omstendigheter, som for eksempel på butikken der hun visste andre ikke ville henvende seg til henne. Det var i hjemmet Nathalie var trygg med sin mor og sine eldre søsken, som hun lekte mye med. Foreldrene var skilt og far var mye fraværende da han ofte var på lange besøk i sitt hjemland Russland. Dette var mest sannsynlig en medvirkende årsak til at Nathalie tilslutt ikke lenger snakket med faren, selv om hun hadde gjort det tidligere. Det skjedde også rundt samme tid som hun begynte i barnehagen. Dette ble en betydelig overgangssituasjon for Nathalie.

Mor beskrev forholdet mellom henne og faren til Nathalie som godt og velfungerende, og de hadde et godt forhold når han var på besøk. De hadde daglig kontakt på telefon når han var borte. Vi opplevde mor som omtenkstom, tilittsfull og (over)involvert, men vi fikk også inntrykk av at hun fungerte på et relativt enkelt kognitivt nivå både på verbale og nonverbale områder, samt når det gjaldt oppmerksomhet og hukommelse. Familien virket også å ha en lav sosioøkonomisk status. Mor hadde ikke høyere utdanning. Det viste seg å være en opphopning av sjenanse og sosial tilbaketrukkethet på morens side av familien, inkludert henne selv. Nathalies søsken hadde også hatt vansker med å snakke med ukjente og brukt langt tid på å bli trygg ved barnehagestart. Nathalie viste tydelige tegn på separasjonsvansker ved adskillelse fra mor i barnehagen. Hun gjorde klare protester mot mor og klamret seg fysisk til henne i avskjedssituasjoner. Tilvenningen til barnehagen hadde dermed vært vanskelig for Nathalie, men hadde bedret seg den siste tiden.

Moren hadde ut ifra sin egen erfaring med sjenanse prøvd å legge forholdene til rette for å bo et sted der barna lett kunne komme i kontakt med andre barn og være sosiale. Til tross for dette hadde Nathalie både i barnehagen og utenfor hjemmet hatt vanskeligheter med å ta initiativ til lek og samspill med andre. Frilek var vanskeligst og hun var avhengig av å bli invitert til lek om hun skulle delta. Hun kunne leke selv i korte perioder, gjerne ved siden av andre, men måtte alltid igangsettes. Nathalie hadde også slitt med søvnregulering, hun

kunne våkne opp midt på natten og få raserianfall. Dette førte til bekymring for moren og Nathalie sov derfor alltid på rommet til mor.

Første møte med Nathalie og mor på klinikken

Ved første møte med Nathalie og mor møter vi på mange måter jenta slik hun var beskrevet i henvisningen. Nathalie fremstod svært sjenert og var rask til å trekke seg bak ryggen til mor da vi kom for å hilse på. Til tross for tausheten viste Nathalie seg å være både vital og nysgjerrig. Hun hadde en godt utviklet humoristisk sans med en rekke lure smil på lager og overraskende mye blikkontakt. Hun kommuniserte mer eller mindre i form av ristning og nikking av hodet. Særlig var den gode blikkontakten fremtredende, noe som er uvanlig for barn med selektiv mutisme. Vi fikk inntrykk av at dette var ei jente som ønsket sosial kontakt, bare at noe holdt henne tilbake. Vi la tidlig merke til at det ikke var noen tydelige grenser mellom Nathalie og mor. Moren opptrådte generelt sett overbeskyttende og synes det var vanskelig å skilles fra barnet.

Et eksempel på dette var da Nathalie prøvde å drikke et glass saft og mor hjalp henne umiddelbart uten at Nathalie henviste seg til mor for hjelp. Hun svarte raskt for sin datter mer eller mindre hver gang jeg henvendte meg til Nathalie, og ga henne ikke tid til å respondere. Mor tok raskt kontroll over situasjonen og interaksjonen som jeg prøvde å få med datteren. Alt dette gjorde trolig mor for å beskytte sin datter. Utfallet ble imidlertid en omsorgsgiver som ikke klarte å vise at situasjonen var trygg for sitt barn, og det ble vanskelig å bli kjent med Nathalie og bygge en trygg relasjon til henne. Når mor forventet at barnet skulle være utrygt så forsterket hun og overførte engstelighet til Nathalie. Hun ble ikke en tilstrekkelig trygg base for sin datter, og det kan være en årsak til at Nathalie ikke turte å utforske å bli kjent med meg og omgivelsene.

Nathalie responderte ved å være klamrende til mor ved at hun ofte holdt rundt halsen hennes, satt på fanget, holdt henne i hånden, eller generelt alltid måtte være like i nærheten av moren. Det ble tydelig at vi måtte gjøre et forarbeid med mor og få til et godt samarbeid før jeg kunne nå frem til Nathalie. Først da kunne jeg begynne å bygge en god relasjon til henne og jobbe med tiltak som var rettet mot hennes selektive mutisme. Vår første utfordring og målsetting ble dermed hvordan vi kunne få mor til å samspille med Nathalie på en mer hensiktsmessig måte.

Fase 1: Veiledning av mor

Problemstilling/formål: Hvordan få mor til å bli bedre på å avvente Nathalies responser, det å tåle å vente og stole mer på terapeuten?

For å oppnå dette brukte vi første tiden av behandlingen med et foreldrefokus, som hadde til hensikt å danne et godt samarbeid med mor. Dette for å gi Nathalie best mulig hjelp, slik at mor også kunne generalisere det vi gjorde i terapien til hjemmet. Videre var veiledning og psykoedukasjon til mor viktig angående samspillet mellom henne og Nathalie, slik at hun kunne lære å avvente respons til sin datter og være mer tilbakeholden. Dette var nødvendig for at jeg skulle få en god relasjon til Nathalie, redusere hennes engstelse og fremme hennes selvstendighet. Vi veiledet ikke far på grunn av hans lange opphold i hjemlandet.

Vi vurderte mor som en ressurs ut ifra at hun var tydelig motivert for behandlingen og takknemlig for å være her. Hennes styrke var at hun var varm og omtenksom ovenfor Nathalie og flink til å gi henne bekreftelser og oppmuntringer. Mors inntoning var god. Hun fulgte opp Nathalies initiativ, viste hun var opptatt av hva datteren gjorde og hvordan hun følte seg. Dette var en engasjert mor som brydde seg om sin datter, men samtidig skapte den overbeskyttende atferden til mor vanskeligheter i behandlingen. Dette skapte utydelige grenser mellom mor og datter, noe som trolig var med å opprettholde Nathalies hemmethet. Situasjonen ble ikke trygg for henne og hun fikk et begrenset behov for å snakke når mor snakket for henne. Det hindret også meg i å bli kjent med Nathalie.

I psykoedukasjon ovenfor mor var det ikke sentralt å gi mor mye informasjon om selektiv mutisme da hun hadde fått dette tidligere i veiledning hos BUP. Det var heller viktig å få mor med på laget når vi skulle utføre behandlingsteknikker fra behandlingsmanualen. Jeg ringte som regel mor før hver time og fortalte planen med terapeuten. Da jeg for eksempel planlegget ulike atferdsteknikker fortalte jeg kort prinsippet og hensikten. For oss virket det nyttig å gi konkretisering. Før dette ble aktuelt var første steg å forklare henne hvordan samspillet mellom dem fungerte og hvordan noen deler av samspillet kunne være uheldig for Nathalie.

Jeg skjønnte at mor handlet i beste hensikt ovenfor sin datter, påpekte dette og roste mor for de positive bidragene i samspillet, deriblant inntoning. Det var likevel viktig at jeg tok ansvar som terapeut, selv om det var ukomfortabelt for meg som student å komme med

kritikk. På en respektfull, men samtidig klar måte fikk jeg forklart mor at ved å være for involvert og overbeskyttende så ville det mest sannsynlig opprettholde Nathalie sin hemmende atferd og stå i veien for hennes selvstendighet. Jeg brukte deler av tilknytningsteori som grunnlag for at mor skulle forstå dette.

Samspeillet mellom mor og Nathalie fra et tilknytningsperspektiv

Tilknytning er et kjennetegn ved relasjonen mellom barnet og viktige personer i barnets liv, slik som omsorgspersonen (Brandtsæg et al., 2011). Et hovedpoeng i tilknytningsteori er at det tidlige samspeillet mellom omsorgsperson og barn blir utgangspunkt for barnets utvikling i sin helhet, særlig selvutvikling (Askland & Sataøen, 2009). Dette fordi de blir generalisert som en form for sosial innstilling for barnet og påvirker hvordan utfordringer og relasjoner håndteres (Mæhle, 2007). Denne sosiale innstillingen, som danner forestillinger om hvor emosjonelt tilgjengelig omsorgsgiver er, kaller Bowlby for arbeidsmodeller (Brandtsæg et al., 2011). Kvaliteten på tidlig tilknytning vil predikere senere emosjonell og sosial fungering, dette enten ved at tilknytningen vil fremme heller hemme uavhengighet og trygghet (Atkinsen, sitert i Mæhle, 2007).

Barn med trygg tilknytning i relasjoner vil styrke barnets evner til fleksibilitet og håndterbarhet i ulike utfordringer (Mæhle, 2007). De er mer utforskende og tillitsfulle i lek og samhandling (Mæhle, 2007). Dette vil igjen gi barna en større sjanse for å få nye utviklingsstøttende relasjoner og erfaringer. Gode erfaringer genererer altså nye. Omvendt vil utrygge tilknytningsrelasjoner bære mer preg av inkonsistente og forvirrende opplevelser, og vil tilsvarende ha en tendens til å øke sjansen for utvikling av flere slike utrygge bånd (Mæhle, 2007). Barnet er avhengig av sensitivitet og responsivitet fra foreldrene for å danne en gunstig tilknytning, men også barnets egne preferanser og signaler påvirker tilknytningen (Mæhle, 2007).

Bowlby kaller et godt grunnlag i tilknytningen for trygg base, mens Winnicot kaller det et holdende miljø (Askland & Sataøen, 2009). Begge refererer til en sunt miljø hvor det foreligger en emosjonell nærhet til barnet (Askland & Sataøen, 2009). Bowlby (2005) fremhever at den trygge basen skal være en sikkerhet for barnet når det utforsker verden, som tilfredsstillende barnet fysisk og emosjonelt. For eksempel at barnet trøstes og beroliges hvis han/hun er redd. Omsorgsgiver skal gi barnet en sterk trygghetsfølelse ved at hun eller han er varm, responsiv, sensitiv og tilgjengelig (Bowlby, 2005). Winnicot bruker begrepet

en god nok relasjon ("good enough mothering") for å konkretisere at ingen relasjon er helt perfekt, men at det må være en overvekt av gode fremfor dårlige opplevelser (Askland & Sataøen, 2009). En god nok relasjon er like mye preget av emosjonell kontakt som fysisk nærhet. Det innebærer at den voksne er emosjonelt tilstede og responderer på barnets behov, slik som Bowlby beskriver den trygge basen (Askland & Sataøen, 2009; Bowlby, 2005).

Når man snakker om tilknytning snakker man også om tilknytningsatferd. Mens tilknytning er en relativt stabil tilbøyelighet barnet har til å søke kontakt og nærhet til sine omsorgsgivere, uavhengig av omstendigheter, er tilknytningsatferd noe som deaktiveres og aktiveres (Brandtzæg et al., 2011). Det kan for eksempel være protest eller gråt ved at omsorgsgiver forlater barnet (Askland & Sataøen, 2009). En kan si at tilknytning har to sider, hvor det ene omhandler å være knyttet til andre mennesker, mens den andre siden innebærer å utforske det ukjente og nye (Askland & Sataøen, 2009). Det som karakteriserer en god tilknytningsatferd er balanse mellom det å være nær en omsorgsperson, og det å kunne utforske omgivelsene (Askland & Sataøen, 2009). Barnet vil bruke omsorgspersonene som en trygg base de kan vende tilbake til og bruke i utforskning av omstendighetene (Bowlby, 2005). På en måte skal barnet kunne være i ett med en annen viktig person det er tilknyttet til (som omsorgsgiver), men samtidig også ha en egen avgrenset og tydelig identitet (Askland & Sataøen, 2009). Som Bowlby (2005) sier skal omsorgsgiver bare blande seg inn eller hjelpe barnet når det er tydelig at det er nødvendig. Å ha en trygg tilknytning og tilknytningsatferd innebærer altså ikke at barnet er avhengig av denne personen, men at barnet får frihet til å utforske. Hvis tilknytningen er utrygg vil barnet være for avhengig av omsorgsgiver og ikke tørre å gi slipp (Askland & Sataøen, 2009).

Nathalie viste tegn på en slik utrygg tilknytning til mor da hun var så avhengig og klamrende, hun turte ikke utforske uten henne. Mor kan ha påvirket en opprettholdelse av dette ved at hun heller ikke oppfordret Nathalie tilstrekkelig til å utforske, eller å gjøre ting på egen hånd. Isteden var mor selv engstelig og kunne signaliserte til sitt barn at ting var farlige. Nathalie får med andre ord ikke brukt mor som en fullstendig trygg base hun kan vende tilbake til og bruke i utforskning av omstendighetene. Ved at mor i tillegg kunne svare for Nathalie så det ikke ut til å være et tydelig og avgrenset skille mellom mor og barn som ga Nathalie en egen og tydelig identitet.

Trygg base er noe som brukes i trygghetssirkelen, ”Circle of Security” (COS) (Brandtsæg et al., 2011; Hoffman, Marvin, Cooper, & Powell, 2006). Innenfor tilknytning i klinisk praksis er ”The Circle of Security Interview” (COSi) et av de tilknytningsbaserte behandlingene hvor man jobber spesifikt med dannelsen av tilknytning (Brandtzæg et al., 2011). Hovedpoenget er at det skal hjelpe foreldrene til å bli en trygg base for barnet (Brandtsæg et al., 2011). Behandlingen har også en psykoedukativ del hvor foreldrene får en innføring i tilknytningspsykologi (Brandtsæg et al., 2011). Psykoedukasjonen jeg ga mor var i stor grad tilknytningsbasert, det var også et utgangspunkt for meg å forstå og forklare samspillet mellom mor og Nathalie.



Figur 2. Trygghetssirkelen ("Circle of Security", COS).

Ut ifra COS kan man forstå hvordan samspillet mellom Nathalie og mor fungerte. Omsorgsperson fungerer som en trygg base ved at tilknytningssystemet aktiveres når barnet opplever utrygghet og trenger nærhet til omsorgsperson for å regulere sine affekter (Brandtzæg et al., 2011). Et utforskningsystem aktiveres imidlertid når barnets tilknytningssystem ikke lenger er på, og omsorgsgiver fungerer her som en trygg havn (Brandtzæg et al., 2011). I forbindelse til Nathalie kan man tenke seg at utforskningsystemet sjelden ble skrudd på, men at det var en overvekt av aktivering av

tilknytningssystemet (som klamrende atferd og at hun ikke tørr å utforske uten mor). Da jeg for eksempel foreslo at Nathalie og jeg kunne gå å leke mens mor kunne se på, ble mor likevel med bort til sandkassen. Hun viste med dette for Nathalie at det ikke var trygt for henne å være med meg alene. Nathalie ble fullstendig avhengig av å være inntil mor for å være trygg, og turte ikke utforske eller leke uten at mor var rett ved siden av.

Ut ifra COS beskriver Brandtzæg et al. (2011) kjernesensitiviteter, som er ubeviste prosedyrer, en slags implisitt hukommelse, for hvordan man kan unngå ubehagelige opplevelser i nære relasjoner. For eksempel kan man tenke at hvis man viser sårbarhet så vil man bli avvist. Den ene kjernesensitiviteten som nevnes av Brandtzæg et al. (2011) kalles separasjonssensitivitet. Foreldre som er separasjonssensitive har gjennom erfaring lært å unngå avvising ved først og fremst være opptatt av andres ønsker og behov. I relasjonen til sitt barn kan slike foreldre vise avhengighet, utrygghet, og har en underliggende frykt for å bli avvist eller forlatt. Barnet vil ofte ikke få emosjonell ro fordi omsorgsiver bærer på egen utrygghet, og barnet vil da reagere med avhengighet og klenging forklarer Brandtzæg et al. (2011). Separasjonssensitive foreldrene har også vansker med å la barnet utvikle autonomi og selvstendighet. Ofte er tilknytningen preget av et C mønster: trygg ambivalent (Brandtzæg et al., 2011). Dette er barn som viser dårlig utforskningssevne og lek, de er ikke i stand til å bruke omsorgsperson som trygg base ved utforskningsatferd (Cassidy & Berlin, 1994). De er særdeles følsomme for ukjente situasjoner og fremmede, som gjør dem stresset i separasjonssituasjoner fra omsorgsgiver (Cassidy & Berlin, 1994). Mødrene til disse barna er gjerne inkosistente i tilgjengelighet og forstyrrer barnets utforskning (Cassidy & Berlin, 1994). Kategori C er også funnet å være mest assosiert med senere angstlidelser (Cassidy & Berlin, 1994).

Det er tydelig at det forligger en avhengighet fra Nathalie til mor, men det ser også ut til å være en form for avhengighet fra mor til Nathalie, som er i overensstemmelse med høy separasjonssensitivitet. Mor forteller at problemene er der når hun ikke er tilstede, at det er da Nathalie blir passiv. Er mor tilstede får man satt henne i gang selv om hun ikke vil snakke. På en side viser mor innsikt i flere aspekter ved Nathalies lidelse. Det virker imidlertid som hun ved å gjøre det klart for andre at hun er nødvendig for Nathalie, så sender hun ubevisste signaler til Nathalie at hun må være tilstede for at hun skal være trygg. Mor fremstår også med et stort behov for selv å bli sett og hørt, noe som kunne være utfordrende for den korte tiden vi hadde til rådighet. Dette kan komme av at hun ikke hadde et tilstrekkelig sosialt nettverk og at hun alltid har vært sjenert. I tillegg er hun alenemor.

Jeg oppfattet henne som ensom. På en måte kan det kanskje oppleves godt for mor at Nathalie er avhengig av henne, at hun dermed opplever seg selv som viktig.

Særlig kan omsorgsgiver sies å ha en høy separasjonssensitivitet med tanke på å la barnet utvikle selvstendighet. Det kunne se ut til at det ble en forskjøvet balanse i COS. Dette i forbindelse med mors vesentlige støtte for Nathalies følelser, opplevelser og det å bli sett, men samtidig lite på utfordringer og utforskning. Dette er trolig med på å påvirke Nathalies selektive mutisme, at hun er redd for å ta initiativ og er lite utforskende. (Brandtzæg et al., 2011). Ved at mor mestrer speiling, bekreftelser og inntonning er det deler av tilknytningen mellom mor og Nathalie som synes trygg. Mens andre deler som at Nathalie får lite støtte til å utforske gjør henne klamrende og engstelig, noe som peker mot en mer utrygg tilknytning (jf. C kategori: utrygg ambivalent).

Mor som et overflødig stillas?

Barn er avhengig av en mer kompetent person som kan hjelpe de å lære, læring skjer ikke gjennom imitering alene (Svendsen, 2007). Vygotskji snakket om den nærmeste eller potensielle utviklingssonen ("The proximale zone of development"), som omhandler avstanden mellom det nivået barnet er på når han eller hun skal løse et problem på egenhånd, i forhold til det nivået barnet kan klare når det får hjelp og veiledning fra en voksen, eller en annen kompetent person (Askland & Sataøen, 2009). Det er med andre ord barnets læringspotensiale som ligger i den nærmeste utviklingssonen (Askland & Sataøen, 2009). Jerome Bruner brukte et lignende begrep, stillasbygging ("scaffolding") (Askland & Sataøen, 2009). Begrepet omhandler selve støtten barnet får av noen som er mer kompetent enn seg selv, slik at barnet kan utføre en oppgave som han eller hun ikke ville klart på egenhånd (Wood, Bruner, & Ross, 1976). Stillas kan brukes for alle former for støtte, og trenger ikke være en person, men kan for eksempel være en bok (Askland & Sataøen, 2009). Stillaset skal fremme selvstendighet, men etter hvert bli for overlødig slik at barnet utvikler seg (Askland & Sataøen, 2009).

Vedrørende Nathalie kan vi si at mor kunne gi Nathalie for mye stillas hvor det ikke ble en balanse i den potensielle utviklingssonen. Mor var gjerne svart/hvit når det kom til forståelse av Nathalies utforskning og utfordringer. Enten så klarte ikke Nathalie en utfordring og måtte få full hjelp av mor, eller så klarte hun det helt alene. Det ble ikke en potensiell utviklingszone for Nathalie. Sagt med andre ord, hjelper mor til hvor det ikke er

nødvendig, som ikke er heldig for en trygg base slik Bowlby (2005) beskriver. Slik får Nathalie heller ikke mestringserfaringer og tørr ikke prøve på egenhånd. Vi ser dette særlig i lek hvor mor hjelper Nathalie automatisk selv da hun ikke henvender seg for hjelp. Til tider virket Nathalie selv irritert og avvisende til mor.

Sosial referering og mors overførte engstelighet

Sosial referering er et begrep som refererer til når barnet er i en usikker situasjon og innhenter informasjon fra personer i miljøet som er relevant for hvordan barnet kan eller skal handle (Baldwin, sitert i Olaff, 2008). Det fungerer også som en måte for barnet å få beroligelse i en usikker situasjon (Olaff, 2008). Barnets oppmerksomhet er hovedsakelig rettet mot omsorgsgiverens ansikt, og ved hjelp av å lese omsorgsgivers ulike uttrykk kan barnet få indikasjoner på om det trygt å gjøre noe (Olaff, 2008). Mors gjentagende farliggjøring av ting i omgivelsene for Nathalie er vesentlig i dette tilfellet. Mor fremhever at mange ting er farlige som ofte er helt ufarlige. For eksempel viste hun tegn til uro og bekymring når Nathalie herjet i sandkassen, ble skitten på hendene eller tegnet for ivrig med tegnesakene. Da sa mor til Nathalie at hun måtte være forsiktig eller roe seg ned. Ved at mor ga uttrykk for at ting var farlige og selv ble engstelig, ble resultatet at Nathalie også blir engstelig og ikke turde å utforske på egenhånd. Dette synes som sagt å være opprettholdende for Nathalies vansker og hemmethet, noe som er i overensstemmelse med familiære årsaksforklaringer bak angstlidelser (jf. modellering).

Møte med stillheten

Noen voksne holder for lange samtaler, reagerer for rask og tåler lite pauser i terapi. Det er fort gjort å bli for ivrig med å hjelpe barnet, og resultatet blir en samtale med foreldrene isteden for med barnet (Øvreeide, 2009). Barnet mangler reaksjon nettopp fordi det ikke blir gitt nok rom eller tid til å ta inn og gi respons tilbake (Øvreeide, 2009). Dette skjer ofte når det foreligger forventninger og forhold ved barnet som kan gjøre den voksne usikker om det er noe å vente på (Øvreeide, 2009), eller hvis den voksne er for ivrig i dialogen med barnet fordi man gjerne vil få kontakt (Hafstad & Øvreeide, 2011). Den voksne glemmer da å avvente barnets respons og overtar barnet sin tur. Dette gir et monologisk preg i dialogen (Hafstad & Øvreeide, 2011).

Et viktig prinsipp i utviklingsfremmende samspill er nettopp tid og rom for barnet til å avgi respons, samt ta initiativ slik at barnet kan oppleve sin reaksjon og erfaring som interessant og viktig (Hafstad & Øvreeide, 2011). Hafstad og Øvreeide (2011) forklarer videre at hvis barnet får gjentatte erfaringer med at det ikke får forventinger eller plass for å kunne gi en respons vil det kunne resultere i frustrasjon, eller at barnet til slutt gir opp. Det blir en ubalanse og forstyrrelse av en rytme mellom et ”meg” likeverdig med ”deg” i dialogen sier forfatterne. Motsatt vil en avventende, inviterende og aktiv observerende holdning gi barnet rom og støtte til at barnet selv kan forme sin egen respons. Slik fremmes barnet til å respondere rytmisk og sammenhengende ut ifra sine premisser (Hafstad & Øvreeide, 2011).

I dette tilfellet var det tydelige forhold og forventinger på grunn av Nathalies taushet som gjorde mor usikker om det var noen respons å vente på. Nathalie fikk sjelden tid til å avgi respons før mor tok over. Dette hadde trolig en beskyttende hensikt, men ved at hun snakket for sin datter tilrettela hun også for at Nathalie kunne klare seg uten språk. Dette problemet kunne også gjelde andre som var i kontakt med Nathalie, som for eksempel i barnehagen. Nathalie hadde sannsynligvis mer eller mindre gitt opp å komme med en respons, fordi hun var så vant med at mor svarte for henne. En gjensidig og rytmisk dialog med et likestilt ”meg” og ”deg” var dermed forstyrret, slik Hafstad og Øvreeide (2011) beskriver. Igjen kan det ha påvirket Nathalie sin selvfølelse om at hun ikke var så viktig. Det var derfor vesentlig at jeg kunne lære mor å invitere Nathalie til å reagere, avvente og videre mobilisere lyst og behov for henne til å snakke. Jeg kunne blant annet provosere med å si feil ord, eller jeg kunne stille mer undrende spørsmål fremfor direkte.

Det som for mor var en stor utfordring viste seg imidlertid også å være en utfordring for meg. Nemlig å tåle stillhet. Det var uvant og utfordrende å ha en klient som ikke snakket. Ved at jeg opplevde en sterk ansvarsfølelse for et så lite barn ville jeg også beskytte henne og få henne til å føle seg avslappet. Nathalie var min første klient, jeg var naturligvis nervøs og ville gjøre mitt beste. Dette gjorde meg kanskje mer søkende etter å oppnå kontakt med henne, og som Hafstad og Øvreeide (2011) sier kan problematisere den avventende responsen. Jeg var også lite forberedt på å møte en klient som ikke sa noe. Jeg visste noe om lidelsen på forhånd, men virkelighetens taushet gir deg en annen følelse enn den du får ved å lese om det i en bok. I allefall var det sånn for meg.

Følgende av dette var at jeg fikk en lav terskel for å ta over samtalen og ble utålmodig med respons fra Nathalie, akkurat slik som mor. Jeg kunne svare for henne og ikke gi henne nok tid til å respondere. Jeg tror mor følte det på lignende måte, uten at jeg spurte henne direkte om det. At jeg raskt kunne ta over samtalen for å gjøre Nathalie mer komfortabel var min første tanke rundt dette. Ikke før nærmere ettertanke så jeg at det handlet mer om min egen komfortabelhet, likedan som det kunne være tilfelle for mor.

Liegner, sitert i Moldan (2005) sier at stillhet tjener ulike formål og er ikke nødvendigvis en motstand, men kan være en form for kommunikasjon. Ved at terapeuten klarer å ta seg tid til å studere meningen bak barnets stillhet vil det gi barnet en sjelden og god opplevelse (Moldan, 2005). Dette i motsetning til når barnet blir utspurt eller presset til å snakke. Personen vil da ikke nødvendigvis prøve å forstå hvorfor barnet ikke snakker (Moldan, 2005). Ved at terapeuten fremstår avventende kan det også gi foreldrene en mindre presset atmosfære, hvor omsorgsgiver sammen med terapeuten kan prøve å forstå meningen av barnets taushet, fremfor å handle på ens egne angstfulle følelser for å få barnet til å snakke (Moldan, 2005). Liegner konkluderte med at poenget er å forstå tausheten og ikke bare å få barnet til å snakke (Liegner, sitert i Moldan, 2005). Da barn med selektiv mutisme kan være følsomme for holdninger og følelser til andre vil en slik terapeutisk innstilling gjøre at han eller hun føler seg beroliget, fremfor at det resulterer i en angstprovokasjon (Moldan, 2005).

Mor og jeg skapte en ond sirkel til å begynne med ved at vi begge ville få Nathalie til å snakke. Det ble nærmest en drakamp mellom oss om å ha kontroll over samtalen og Nathalies oppmerksomhet. Det gjorde det forvirrende for Nathalie når vi begge snakket og henviste oss til henne om hverandre. Det ble en øvelse for både mor og meg å tåle stillhet, og avvente Nathalies respons. Etter hvert som jeg forstod Nathalies taushet bedre kunne jeg modellere denne avventende responsen også for mor, slik at vi kom ut av den onde sirkelen. Om Nathalie ikke kom med respons kunne vi hjelpe henne, men poenget var at vi måtte avvente så hun kunne få muligheten. Dette for at Nathalie skulle danne lyst og behov for å snakke, få en avgrensning til mor, samt føle seg mer selvstendig. Samtidig skulle det ikke føles som press for Nathalie å snakke, så å finne denne balansen kunne til tider være utfordrende. Det var klart at jeg oppnådde best kontakt med Nathalie når mor var stille. Det som slo meg ved et senere tidspunkt var at dette også var tilfellet når jeg var stille.

Nathalie blir synlig

I typiske dilemmaer som kan oppstå i terapeutiske samtaler omtaler Nilsson og Trana (2007) et annet nærliggende problem; Når foreldre tar så mye fokus at barnet blir usynlig. Dette var også et dilemma i vår terapi, særlig i begynnelsen. Mor tok mye plass slik at Nathalie ble usynlig, og det ble vanskelig for meg å bygge en relasjon til henne. Det vil for de fleste være ubehagelig for en terapeut å føre en terapitime hvor oppmerksomheten ligger på mor og ikke på barnet. Kunsten å vende oppmerksomhet til barnet uten at mor skal føle seg avvist er utfordrende. Samtalen kan også oppleves som fastlåst fordi ingen får delt sine opplevelser eller lyttet fullt og helt til det den andre har å si (Nilsson & Trana, 2007). Det blir en samtale med avbrytelser og en kamp om å vinne frem for mor og terapeut, mens Nathalie sitter på sidelinjen. Resultatet kan være at verken mor eller barn føler seg bekreftet eller sett (Nilsson & Trana, 2007).

En løsning som Nilsson & Trana (2007) forslår er å veksle mellom å la foreldre og barn snakke og lytte. Dette var ikke et passende alternativ i vårt tilfelle da klientens hovedproblematikk var taushet. Det er også en løsning som fungerer best hvor det er et høyt konfliktnivå mellom partene (Nilsson & Trana, 2007), noe som ikke var gjeldende i denne sammenheng. Jeg kunne likevel strukturere situasjonen slik at det ble en balanse mellom hvor mye mor og jeg snakket, samtidig som Nathalie ble ivaretatt. For eksempel kunne jeg si til mor at vi satte av 10 min i starten hvor hun kunne fortelle fritt eller stille spørsmål. I mens kunne Nathalie tegne, for så at vi skulle finne på noe sammen. En annen løsning kan være at foreldrene kan snakke om egne problemer på en slik måte at barnet blir i fokus (Nilsson & Trana, 2007). Foreldrene kan deriblant begrunne hvorfor de gjør som de gjør. Slik kan barnet få en økt forståelse av situasjonen og lettelse over at foreldrene tar ansvar (Nilsson & Trana, 2007).

I terapien hadde mor et stort behov for å snakke om alt og jeg måtte innledningsvis styre henne inn på tema som var sentralt for behandlingen av Nathalie. Grensesetting og tydeliggjøring av samtalens kontekst og hensikt var nyttig når samtalene kunne flyte ut. Jeg påminnte også mor om Nathalies mestringsområder for at hun skulle bli tryggere på å gi Nathalie rom til å utforske. Mor ble raskt engasjert og var opptatt av hva Nathalie gjorde. For å gjøre henne bedre regulert la vi frem ukeblader hun kunne bla i når jeg snakket eller lekte med Nathalie. Dette fungerte relativt dårlig, mor bladde raskt gjennom bladene og var så og si like oppmerksom på Nathalie. Interaksjonen mellom meg og Nathalie ble fortsatt

avbrutt like mye. Det var tydelig at vi måtte gjøre dette mer eksplisitt og fortelle mor direkte hvorfor det var viktig for henne å trekke seg unna. Dette for at Nathalie og jeg kunne bli mer kjent og hun kunne bli trygg på meg. Hun måtte også få konkretisert at hun ikke kunne svare for Nathalie, og en begrunnelse for hvorfor dette var viktig.

Den avgjørende telefonsamtalen og påminnerkortene

-Tiltak for mor

Den første grepet vi prøvde ut for å iverksette tiltaket mot å få mor mer avventende til Nathalies respons, samt å gi meg og Nathalie mer rom til å bli kjent, var en telefonsamtale med instruksjoner for hvordan mor skulle te seg i de påfølgende terapitimene. Disse prinsippene var en form for psykoedukasjon, hvor mor fikk forklart at hun måtte gi mer plass til terapeuten og Nathalie, samt avvente hennes responser. Det ble vektlagt hvorfor dette var viktig. Jeg brukte tilknytningsteori for å underbygge mine påstander. Mor responderte forståelsesfullt, var lyttende og bekreftet at hun skulle prøve å være mindre aktiv i timene. Dette virket til en viss grad, men hun hadde lett for å falle tilbake til sine gamle vaner. Vi bestemte oss dermed for å gjøre et nytt og mer spesifikt visuelt tiltak ved å bruke såkalte påminnerkort ("flashcards") med tydelige og enkle instruksjoner. Disse skulle fungere som påminnere og inneholdt setninger som blant annet "jeg stoler på at terapeuten vil det beste for min datter", "jeg skal ikke svare for min datter", "stillhet er ikke farlig". I og med at vi oppfattet mor til å fungere på et enkelt kognitivt nivå, så vi det som hensiktsmessig å bruke mest mulig enkle grep og forståelsesrammer. Mor bladde mye gjennom kortene de første terapitimene etter dette, og holdt seg mer passiv når jeg henvendte meg til Nathalie. Vi la frem ukebladene igjen som en distraksjonsmetode. Dette var noe mor ble mer interessert i enn hun var første gangen.

Mor ble etter hvert flinkere til å oppfordre Nathalie til å gjøre ting på egenhånd eller sammen med meg. For eksempel oppfordret hun Nathalie til å sitte alene i stolen og at hun kunne sette seg lengre unna. Hun oppfordret Nathalie til å kunne leke i sandkassen med meg uten at hun ble med. Første gangen dette skjedde vegret Nathalie seg og dro mor i armen. Mor ga raskt etter og ble med til sandkassen, men klarte å påminne seg selv om å ikke blande seg i leken. Selv om mor hadde fått "flashcards" fortsatte jeg å ringe henne for hver time og gi henne påminnelser og informasjon om neste time. Jeg ga henne ros for hver

gang hun fulgte opp dette, for å forsterke hennes motivasjon og hensiktsmessige atferd ovenfor Nathalie.

Vendepunktet: Første steget bort fra mor

I den femte terapitimen skjedde det et gjennombrudd. Nathalie viste det første tydelige steget hun tok bort fra mor. Det begynte med at jeg gikk bort til et dukketeater og tok frem to hånddukker som jeg snakket til Nathalie med. De fanget oppmerksomheten hennes med en gang. Hun begynte å dra mor i armen for at hun skulle bli med. Mor hadde fått en påminnelse før timen om å vise at situasjonen var trygg og oppfordre Nathalie til å være alene med meg. Mor gjorde nettopp dette og etter litt nøling kom Nathalie bort til meg. Jeg spurte Nathalie om hun ville være den ene dukken, men det ville hun ikke. Dette gjorde henne ikke mindre engasjert i leken. Det ble en god erfaring for Nathalie å se at det var trygt og morsomt å leke med meg på egenhånd, uten at mor måtte være helt i nærheten. Etter dette var Nathalie mer avslappet og den klamrende atferden til mor ble mer og mer fraværende. Mor eller datter trengte heller ikke å følge intenst med på hverandre til en hver tid for å forsikre seg om at det var trygt. Videre gjennom terapiforløpet ble mor bedre og bedre til å regulere seg selv og oppfordre Nathalie til å prøve ting på egenhånd (eller med meg). Hun viste at situasjonen var trygg for sitt barn og at hun kunne stole på meg. Mor ble slik en trygg havn for sin datter og ble etter hvert en god coterapeut som hjalp til i behandlingen av Nathalie.

Hva kunne vi gjort annerledes?

Det er trolig andre tiltak vi kunne gjort som kunne vært grundigere, og muligens gitt en lengre varighet og dypere effekt. I stedet for påminnerkort og regelmessige telefonsamtaler (eller i kombinasjon), kunne vi blant annet sendt mor på COS kurs, eller selv arbeidet mer med COS. Vi kunne undervist henne grundigere i dette, brukt COSi ("Circle of Security Interview") og vist henne visuelt hvordan det fungerte. Vi kunne gitt henne mer tid og veiledning som omhandlet samspillet med Nathalie. Vi kunne også prøvd en type PCIT veiledning ("Parent child interaction therapy"), som innebærer å instruere/veilede omsorgsgiver med mikrofon mens terapeuten sitter bak et speil og observerer samspillet.

En årsak til at disse alternativene ikke ble utprøvd var i hovedsak på grunn av terapiens rammer. Dette var en tidsavgrenset terapi med maks 14 terapitimer og begrenset økonomiske ressurser. I tillegg var vi psykologstudenter, dette var min første klient og det

var mye nytt å sette seg inn i fra før. En annen ting var at veiledning til mor allerede var noe som hadde blitt utprøvd fra før av BUP, uten at det hadde hjulpet i betydelig grad. Et annet alternativ kunne vært å ha tilrettelagt for et mer parallelt arbeid hvor vi kunne brukt de andre studentene ytterligere. Vi kunne for eksempel hatt to studentterapeuter i rommet som kunne regulert mor, mens jeg hadde fokus på Nathalie. Dette kunne vært en angstfull situasjon for Nathalie, men det kunne vært mulig å brukt det i kombinasjon med en type *simulus fading*-teknikk etter hvert som Nathalie ble tryggere. Sannsynligvis ville det vært for sent å bruke teknikken i hensyn til å regulere mor, da dette var nødvendig å gjøre helt i begynnelsen av terapiforløpet.

Samtaler med barnehagen

Som tidligere nevnt er det viktig å samarbeide og gjøre tiltak på flere plan når det kommer til barn med selektiv mutisme. Vi hadde derfor en løpende dialog med barnehagen hver 14. dag, hvor hensikten var at begge parter kunne utveksle ideer, hendelser og informasjon. Barnehagen var spesielt en informasjonskontakt for eventuelle fremskritt og/eller tilbakelegg. Et referansepunkt for å se om behandlingen hadde effekt på noen andre arenaer enn bare i terapirommet. Barnehagen beskrev Nathalie som innesluttet og noe stiv. At hun tok lite eller ingen initiativ, og alltid trengte igangsetting.

Barnehagens informasjon om Nathalie var i overensstemmelse med våre vurderinger. En medstudent utførte også en barnehageobservasjon som stemte med barnehagens inntrykk. Hun opplevdes som passiv og initiativløs, men ikke nedstemt. Hun smilte mye og barnehagepersonale oppfattet det som at hun trivdes. Personalet hadde prøvd bevegelsessanger og musikk, men Nathalie hadde bare sett på, ikke deltatt selv. Jeg foreslo at det kunne være lurt å prøve mindre grupper med de hun var mest kjent med og stolte på (i henhold til veilederhefte til Lundahl et al., 2009). Etter hvert som Nathalie ble tryggere i terapien og jeg følte vi gjorde fremskritt, kunne barnehagen også rapportere at hun hadde blitt mer aktiv i lek og tok mer initiativ. Hun trengte ikke like mye igangsettelse som hun hadde gjort tidligere.

Barnehagen bekreftet også våre vurderinger av mor. De hadde samme utfordring med at hun tok over for Nathalie og slik påvirket Nathalies selvstendighet. De hadde prøvd å si ifra til mor flere ganger med lite hell. Jeg ga noen forslag til barnehagen om hvordan de kunne gjøre dette, og si ifra mer konkret. Siden BUP hadde veiledet barnehagen tidligere, og det ikke hadde gitt en signifikant effekt, var ikke dette noe vi ville ha stort fokus på. Dessuten

var det individualterapi som skulle være det nye og vår behandling var som sagt tidsbegrenset. Det var heller viktig at jeg passet på å ikke bli en mellompart som begynte å snakke for barnehagen til mor, men heller koble barnehagen på slik at de kunne si ting direkte til mor. Dette var sentralt også fordi det var deres forhold som kom til å fortsette når terapien var over.

Fase 2: Skape en trygg og god relasjon (allianse) med Nathalie

Problemstilling/formål; Hvordan skape en god relasjon til Nathalie, gjøre henne trygg og redusere engstelighet?

Søvnproblemene hadde blitt betraktelig bedre den siste tiden rett før Nathalie kom i terapi, noe som kunne skyldes medikamenter hun hadde fått av legen. Tvangsymptomene så heller ikke ut til å være fremtredende. Siden behandlingen var såpass tidsbegrenset ble jeg og mor enige om at hovedfokus skulle være å gjøre Nathalie tryggere i sosiale interaksjoner. Når mor hadde gitt meg og Nathalie rom til å bli kjent, var mitt neste formål å bygge en god relasjon (allianse) til Nathalie, gjøre henne trygg på meg og omgivelsene, samt redusere hennes engstelighet. Jeg ville være en ny, trygg relasjonserfaring for henne. Måten vi tenkte å gjøre dette på var gjennom lek og rutiner, samt prinsipper basert på utviklingsstøtte og alliansebygging.

Utviklingsstøtte

For å gi barnet en tilfredsstillende støtte til sin utvikling beskriver Hafstad og Øvreeide (2011) og Øvreeide (2009) i boken *samtaler med barn*, det de kaller den utviklingsstøttende dialogen eller utviklingsfremmende samspill. Prinsippene er delvis basert på Marte Meo metoden (Øvreeide, 2009), og jeg mener også at den har flere likheter til Birgit Svendsens beskrivelser av utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi.

Ved å bekrefte og følge med på barnets oppmerksomhet, tilstand og følelser kan den voksne finne ut hva barnet trenger av informasjon og støtte sier Hafstad og Øvreeide (2011). Det vil også fremme barnets opplevelse og forsterke vitalitet. Hvordan vi responderer på barnet i terapi blir derfor sentralt for barnets opplevelse av seg selv forklarer Hafstad og Øvreeide (2011). En viktig drivkraft i barns utvikling (og i psykoterapi) som kan sees i relasjon med dette er det som kalles intersubjektivitet (Hansen, 2012). Dette er et relasjonsbegrep utviklet av Daniel Stern som omhandler noe to mennesker deler, en

utveksling av gjensidig forståelse og mening (Stern, 2003). Behovet for å bli forstått og møtt ligger dypt hos alle mennesker (Hansen, 2012). Felles fokus er en forutsetning for en slik intersubjektivitet (Haavind, 1996). Det kan også utløse initiativer fra barnet eller forsterke konsentrasjon av noe han eller hun er opptatt av fra før (Hafstad & Øvreeide, 2011). Ved at terapeuten er anerkjennende og bekreftende ovenfor barnet styrker dette også barnets selvsagens, det vil si påvirkningskraft (Hansen, 2012).

Hafstad og Øvreeide (2011) beskriver flere ting som er nødvendig for et gunstig samspill med barnet: Ved å vise at terapeuten ser barnet vil han eller hun også bli oppmerksom på terapeuten. Det skaper muligheter for samspill og barnet vil motiveres til å formidle seg på sine premisser. Å påpeke markører som er relatert til barnets identitet kan også være nyttig sier forfatterne. For eksempel kommenterte jeg og viste at jeg la merke til Nathalies klær og detaljer. Terapeuten viser slik at man er interessert i og ser ting ved barnet. Det bør ikke overdrives for da kan barnet bli for selvsentrert (Hafstad & Øvreeide, 2011). For mye oppmerksomhet på Nathalie kunne også skape engstelighet på grunn av hennes selektive mutisme, så her måtte jeg finne en balanse og prøve meg frem ved å finne hennes grenser på et komfortabelt nivå (jf. defokusert kommunikasjon).

Hafstad og Øvreeide (2011) forklarer videre: Når barnet får beskrivelser av andre (hva det gjør, opplever og føler), hjelper det å registrere hva han eller hun opplever. Barnet støttes også til å sette ord på og akseptere sine tilstander og følelser. Det gir igjen hjelp til å regulere og nyansere emosjonene, som igjen styrker emosjonsreguleringen. I tillegg får barnet en anerkjennelse på at opplevelsene blir delt, slik at barnet kan føle en medopplevelse (intersubjektivitet). Negative følelser avtar og positive forsterkes når de blir delt sosialt. Dette er det man kan kalle emosjonell inntoning og er en viktig utviklingsstøtte for barnet forklarer forfatterne. Ved at barnet lærer å kjenne seg innenfra blir det også enklere for barnet å kunne lese andre innenfra, som er et viktig grunnlag for empati og det å kunne mentalisere om andre (Hafstad & Øvreeide, 2011).

Jeg benevnte stadig hva Nathalie kunne føle og viste interesse i hva hun gjorde. For eksempel påpekte jeg hvor trist det kunne oppleves at terapien kom til en slutt, eller hvor glad hun ble av å snurre i stoler. Emosjonell inntoning kan ha vært særlig nyttig i terapien med Nathalie, da hennes hemmethet kan forstås som at hun prøvde å unngå engstelige følelser i både barnehagen og i terapisetting. Hjemme derimot kunne det virke som hun ble overveldet av følelser fordi hun endelig kunne uttrykke dem. Nathalie kunne med andre ord

ha en dysfunksjonell emosjonsregulering, som er i tråd med en nyere forståelse av en medvirkende faktor bak lidelsen (Moldans, 2005; Scott & Beidel, 2011). Ytre regulering av emosjoner fra foreldre er særlig viktig for små barn da de ikke har evne til å gjøre det på egenhånd (Sroufe, 1996). En god emosjonsregulering er også forbundet med trygg tilknytning (Cassidy, 1994). Da Nathalie så ut til å ha en utrygg tilknytning kan det tenkes å ha påvirket hennes emosjonsregulering og omvendt.

Benevningen av barnets handlinger gjør også at barnet får ordene som handlinger og opplevelser kan beskrives med, som hjelper barnet språklig, så vel som sosialt. Det blir enklere å kommunisere og gi mening gjennom slike beskrivelser. For Nathalie sin del som ikke brukte språket i like stor grad som andre barn (utenfor hjemmet), kan det tenkes at hun mistet viktige erfaringer med språk som hemmet henne videre i sosiale interaksjoner. Det blir en ond sirkel hvor hun ikke tørr å inngå i sosiale interaksjoner som forhindrer henne i å få brukt språket, som kan fremme enda mer engstelig i fremtidige interaksjoner. Dette er i overensstemmelse med Manassis (2003) forklaring nevnt tidligere: at språkvansker kan videre forverres av unngåelse av sosiale situasjoner. Ved at hun var så engstelig for å uttrykke seg blant fremmede, kunne det vært hensiktsmessig å gi Nathalie hjelp til en bredere språklig verktøykasse som kunne gi henne mer trygghet til å utfordre seg i sosiale interaksjoner. Dette var noe vi ikke fokuserte på av hensyn til tidsbegrensningen og andre prioriteringer.

Det at barnet får benevnt sin tilstand, fokus og atferd synes å ha en særlig sentral effekt på relasjoner (Hafstad & Øvreeide, 2011). Barnet vil tenke at de som ser meg uten at jeg har bedt om det må være interessert i meg. Barnet blir relasjonelt vitalt sier Hafstad og Øvreeide (2011), ved at en voksen viser engasjement i barnet på en konkret og uoppfordret måte. Dette fordi det er en stor forskjell på å få oppmerksomhet fra noen hvor barnet ikke har krevet det og når barnet tar eget initiativ. Slik vil han eller hun få en følelse av å være inkludert og viktig (Hafstad & Øvreeide, 2011). For barn som er i utrygge relasjoner vil slike uoppfordret benevninger som heller ikke stiller krav til barnet oppleves betryggende (Hafstad & Øvreeide, 2011). Dette var særlig relevant for Nathalie som var såpass engstelig og ”usynlig”. Som nevnt viste jeg henne mye interesse og oppmerksomhet, men på grunn av hennes problematikk måtte jeg passe på så fokuset ikke ble så mye på henne at det skapte engstelse. Hovedsakelig måtte oppmerksomheten skje gjennom et felles fokus. Dette er i tråd med defokusert kommunikasjon.

Et annet relevant prinsipp for utviklingsstøtte innebærer at barnet får hjelp til å fastholde rytmen ved at den voksne varierer handlinger, eller kommer med noe nytt i interaksjonen (Hafstad & Øvreeide, 2011). Barn er nysgjerrige av natur og søker utvikling, derfor vil blant annet variasjon i lyder og tema oppleves som at den voksne er interessant og har noe å bidra med (Hafstad & Øvreeide, 2011). Videre vil erfaringer som barnet gjør seg bli utvidet og han eller hun kan føle seg interessant, og kunne bli ytterligere engasjert i det som skjer (Hafstad & Øvreeide, 2011). Jeg prøvde å gjøre meg mest mulig interessant ved å være med på leken, og ved å sette meg inn i hva en fireåring som Nathalie var interessert i. Jeg prøvde å skape en balanse mellom variasjon og rutiner i terapitimene. Nathalie og jeg gjorde mye forskjellig i timene, fra å leke i sandkassen og med hånddukker, lese bøker, blåse såpebobler, snurre i stoler, spille musikk osv. Samtidig hadde Nathalie faste ting hun begynte med (tegning) og avsluttet med (snurring av stoler). Dette for å skape en rutine, struktur og forutsigbarhet i timene som skulle gi Nathalie trygghet, samt at hun skulle ha det gøy. Tidlig kan man se at barnet søker repetisjoner for å skape forutsigbarhet, så vel fysisk som sosialt, selv om barnet også ønsker variasjon sier Hafstad og Øvreeide (2011). Jeg kommer mer tilbake til struktur og forutsigbarhet under fase tre i forbindelse med defokusert kommunikasjon.

Hvor befinner en fireåring seg i utviklingen?

Nathalie befant seg i småbarnsalder (tre til fire år) og på vei til førskolealder (fire til seks år). I terapien måtte jeg ta i betraktning hvor Nathalie befant seg utviklingsmessig. Dette for å kunne forstå Nathalie, forsterke relasjonen og gjøre henne mest mulig motivert og engasjert i terapien. For terapeuten og for andre kan det barn uttrykker ofte virke irrelevant, fordi barnet registrerer og studerer verden på et mikronivå (Øvreeide, 2009). Et mikronivå er det nærmeste sosialiseringssystemet hvor barnet befinner seg daglig, slik som familie og barnehage (Bronfenbrenner, 1977). Derfor må vi ta hensyn til at det er på et mikronivå barnets opplevelser og deres gjenfortellinger skjer (Øvreeide, 2009).

Når barnet er fra ett til fire år er forming av språket den viktigste utviklingen som skjer, noe som gir barnet anledning til å dele erfaringer (Øvreeide, 2009). Øvreeide (2009) forklarer hvordan barnet bruker og forstår språket: En fireåring kan bruke språket aktivt og bruke oppmerksomhet mot ulike handlinger, samt lekeatferd for å fremme opplevelse og mening. Barnets virkelighetsforståelser er likevel fortsatt avhengig av sosial bekreftelse på deres opplevelser og beskrivelser. Derfor er det hovedsakelig den voksne som må hjelpe

barnet å sette ord på erfaringene, på det som skjer og det som skal skje i fremtiden, sier Øvreeide. Dette gjelder såvel i den mellommenneskelige ytre verden som i den indre (følelser og tanker). De mangler også et stabilt uavhengig jeg, som gjør det vanskelig for barnet å rekonstruere sammenheng i deres opplevelser. Selv om det er en viss psykologisk innsikt hos barnet er det gjerne en opplevelse av at det er en sammenheng mellom en tanke, ønske eller følelse og det som skjer. De trenger derfor å få konkrete beskrivelser som kan hjelpe å styre og regulerer følelser, forventinger og aktivere assosiasjoner. Dette for at verden skal få en slags intersubjektiv orden og sammenheng. Konkrete beskrivelser og anerkjennelse av barnets følelser og responser vil også være med på å gi barnet en trygghet og stabilitet i sine emosjoner. Øvreeide sier videre at det er lettere for barnet å uttrykke seg når det er kontekst for språket. Dette kan man for eksempel se lettere i en rollelek (jf. lek er barnets språk). Når det ikke foreligger en konkret kontekst rundt språket vil det være vanskeligere å tolke det barnet sier og sammenhengen. Kommunikasjon hos barnet brukes først og fremst for å få sosiale responser her og nå, i tråd med barnets behov og ønsker. Språket brukes også til å legge mening til sine opplevelser i her og nå øyeblikkene. Desto yngre barnet er jo mer her og nå bestemt og konkret er deres språkforståelse og opplevelser. Imidlertid er små barns evne til å lytte til andres språk større enn barnets egen evne til å uttrykke seg språklig. Med andre ord kan barnet forstå språket selv om det ikke kan uttrykke seg gjennom språket (Øvreeide, 2009).

Selv om Nathalie hovedsakelig ikke snakket var det enkelt å lese hennes kroppsspråk at hun kunne forstå mye av det som ble sagt. Hun var flink til å følge med på blikket, bruke smil og riste eller nikke på hode for å vise om hun forsto eller ikke. Når vi lekte var vi her og nå, slik små barn er. Vi snakket ikke mye om Nathalies tidligere opplevelser. Leken ble for Nathalie den viktigste måten å uttrykke seg på. Dette vil bli beskrevet mer senere.

Et annet aspekt ved så små barn er at de er veldig visuelt opptatt og kan være oppmerksomme på detaljer som voksne ofte ikke vil være (Øvreeide, 2009). Dette la jeg første gangen merke til ved at Nathalie ble spesielt interessert i øredobbene mine som jeg ikke hadde ofret en tanke. Dette ga meg mulighet til å fremstå som en mer interessant person for Nathalie, noen hun ville ta kontakt med. I neste time hadde jeg derfor ikke ved en tilfeldighet på meg et fargerikt lilla skjerf og et stort kjede. Dette var små ting, men var med på å fange hennes oppmerksomhet og interesse helt fra starten. Jeg lærte meg også figurer fra barne-tv og andre ting som var relevante i hennes liv.

Allianse

Alliansebygging var noe som skjedde hele veien i terapiprosessen. Med Nathalie var det særlig leken som var alliansebyggende. I klinisk praksis blir den terapeutiske relasjon ofte brukt synonymt med allianse, og begge uttrykkene brukes for å referere til det emosjonelle båndet mellom klienten og terapeuten (Svendsen, 2007). En terapeutisk relasjon skiller seg fra andre sosial relasjoner ved at den brukes intensjonelt for å fremme endring (Svendsen, 2007). En annen forskjell er at den dannes i en kontekst som er annerledes enn andre sosiale situasjoner (Svendsen 2007). Forskning viser at den terapeutiske relasjonen mellom terapeut og klient er den faktoren som har størst påvirkningskraft for behandlingsutfallet (Bordin, 1979; Hubble, Duncan, & Miller, 1999; Lambert & Bergin, 1994).

Det meste av forskningen på relasjonens betydning for terapieffekten har imidlertid vært fokusert på voksne (Svendsen, 2007), og det er behov for mer kunnskap om den terapeutiske relasjon med barn (Shirk & Saiz, 1992; Karver, Handelsman, Fields, & Bickman, 2006). Det er likevel grunn til å tro at relasjonen har like stor påvirkningskraft for barn som den har for voksne, om ikke mer siden barn ikke henviser seg selv (Karver et al., 2006). Forskning antyder at relasjonen har signifikant effekt også i psykoterapi for barn (Karver et al., 2006; Shirk & Karver, 2003; Shirk & Saiz, 1992). En metaanalyse utført av Shirk & Karver (2003) fant at det terapeutiske forholdet ga moderate til sterke prediktorer for behandlingsutfallet for både barn og ungdom. En større og grundigere metaanalyse av 49 studier utført av Karver et al. (2006) fant lignende resultat. Resultatene gjelder på tvers av ulike terapeutiske metoder og pasientgrupper (Hansen, 2012).

Foreldre og allianse

Utvikling av allianse med barnet avhenger også av omsorgspersonenes forståelse, støtte og involvering i terapiprosessen (Jensen et al., 2010). Det har vært lite forskning på relasjonen mellom terapeuten til barnet og foreldre, selv om kunnskapen som foreligger viser at foreldrenes involvering i terapien har sammenheng med et godt behandlingsresultat (Mendlowitz et al., 1999; Shirk & Saiz, 1992). For at foreldre og terapeut skal oppnå enighet om terapeutiske mål og oppgaver må terapeuten forklare foreldre om barnets måte å kommunisere på, som gjerne skjer gjennom lek, tegninger og metaforer (Svendsen, 2007). Det innebærer at terapeuten må vise hvordan barnas måte å uttrykke seg på kan forstås i en

meningsfylt psykologisk ramme (Svendsen, 2007). Jeg forklarte mor prinsipper innenfor leketerapi og at leken var en form for Nathalie å uttrykke seg på.

Svendsen (2007) henviser til Shirk og Russell (1996) om at det er flere kvaliteter ved den terapeutiske relasjon som kan være av betydning for endring i terapi. Disse antas å være relasjonen som en form for støtte, som allianse og som teknikk (Shirk & Russell, 1996). Disse faktorene tar utgangspunkt i at interpersonlige erfaringer er noe som kan ligge bak barns vansker, og at nye relasjonelle erfaringer kan være noe som skaper endring hos barnet (Shirk & Russell, 1996). Svendsen (2007) sier videre at terapeuten gir mulighet for barnet å få oppleve en ny relasjonserfaring som ikke bekrefter vanskene til barnet, men som isteden kan bidra til en reorganisering og utvidelse av forståelse av sine erfaringer. Ut ifra en utviklingspsykologisk forståelse kan den terapeutiske relasjon bli en ramme for utvikling, og dermed en form for teknikk eller utviklingsstøtte (Svendsen, 2007).

Som det har blitt nevnt i første fase kunne vi på gruppen se hvordan mors samspill med Nathalie var en sentral interpersonlig erfaring for Nathalie som hadde betydning for hennes vansker. At det var flere sårbarhetsfaktorer som spilte en rolle var også tydelig. Blant annet så det ut til å foreligge en genetisk sårbarhet i sjenanse hos familien. Mer eller mindre hele slekten til mor hadde stor grad av sjenanse, også Nathalies søsken. Angstfulle foreldre kan også være mer bekymret for barnets angst enn foreldre uten en angstlidelse, og ende opp med å overbeskytte barnet mot angstfulle situasjoner, noe som var tydelig i Nathalies tilfelle. Andre sårbarhetsfaktorer var at Nathalie var flerspråklig og synes overgangen i barnehagen var for stor (jr. overgangssituasjon). En opprettholdende faktor synes som sagt å ligge i spillet mellom omsorgsgiver og barnet, som var preget av stor avhengighet og en oppfatning fra mor om at verden var et farlig sted. Dette kunne hun ubevisst overføre til Nathalie, som igjen påvirket hennes utforskningsatferd. Hun fikk dermed lite mestringserfaringer og mulighet til å utvikle sin selvstendighet. I tillegg svarte mor som sagt også ofte for Nathalie. Det at jeg kunne være en ny tilknytning og relasjonserfaring for Nathalie er noe jeg mener hadde en medvirkning til endring. Dette fordi jeg fikk vist at Nathalie kunne være trygg også uten mor.

En relasjon kan også betraktes som støtte ved at den har en kompensatorisk funksjon (Svendsen, 2007). Hovedsakelig er det to modeller som ser den terapeutiske relasjonen som støtte, den egopsykologiske og den klientsentrerte (Svendsen, 2007). I den klientsentrerte er det terapeutens ubetingede anerkjennelse og validering av klienten som er sentral, mens den

egopsykologiske fokuserer på terapeuten som tilrettelegger for utvikling (Svendsen, 2007). Dette skjer gjennom ”scaffolding” (Svendsen, 2007). Jeg nevnte tidligere hvordan mor ga for mye stillasbygging til Nathalie. Det var alt eller ingenting. Svendsen (2007) mener at også terapeuten kan fungere som et stillas for barnet ved at terapeuten tilrettelegger gjennom å være aktiv og engasjere barnet i ulike aktiviteter. Dette gjør igjen at hun eller han kan forbedre sine psykologiske funksjoner (Svendsen, 2007). Fonagy (2006) støtter Svendsen (2007) og sier at terapeutens tilstedeværelse som stillas gjør det mulig for barnet å omstrukturere sine tidligere erfaringer og kunnskap vedrørende sine relasjoner, som igjen påvirker barnets selvutvikling. Terapeuten blir med andre ord en ny relasjons erfaring for barnet som kan bryte med barnets tidligere forventinger. Samspill og relasjoner med andre er det som nettopp vil utgjøre barnets relasjonskunnskap (Svendsen, 2007).

Jeg prøvde å være et stillas for Nathalie som verken var for mye eller for lite. For eksempel i en lek i sandkassen lot jeg Nathalie få mulighet til å bygge en del av sandslottet før hun inviterte meg til å hjelpe. Slik kunne mor også observere meg og se at Nathalie kunne mestre ting verken mor eller Nathalie kanskje trodde hun kunne (jf. modellering). Mor kunne slik se at hun burde justere sitt stillas til Nathalie. For Nathalie sin del ville dette fremme mestringsfølelse og selvstendighet. I henhold til den klientsentrerte modellen fungerte jeg som en utviklingstøtte ovenfor Nathalie ved at jeg var anerkjennende og validerende for Nathalies følelser og opplevelser.

Den terapeutiske relasjon som teknikk betyr at relasjonen brukes bevisst og strategisk for å fremme endring (Svendsen, 2007). Ut ifra terapeutens egenskaper som å være omtenkfull, empatisk og bekræftende, kan disse sees som spesifikke teknikker slik som andre intervensjoner mener Svendsen (2007). Dette var sentrale elementer hele veien i terapien med Nathalie.

Terapeutisk relasjon som allianse betyr at relasjonen er et emosjonelt bånd mellom terapeut og klienten (Svendsen, 2007). Bordin (1979) så på allianse som noe mer enn bare et emosjonelt bånd, men også som en enighet om terapiens mål og terapeutiske oppgaver. En forutsetning for dette er at klienten oppfatter terapeuten som en hjelper sier Svendsen (2007). Å fremstå som en hjelper, både for barnet og foreldre er det mest avgjørende for alliansen (Svendsen, 2007). Enighet om terapeutiske oppgaver innebærer også ferdighetene som terapeuten besitter (Svendsen, 2007). Det er vesentlig at terapeuten tilpasser oppgavene til klienten (Svendsen, 2007). For Nathalie som var såpass engstelig var det

viktig at jeg tilpasset meg hennes behov og hva hun ville gjøre, noe hun kunne kommunisere med kroppsspråk. Det innebar blant annet å ikke stille mange direkte spørsmål, men heller av mer undrende karakter. I tillegg var det sentralt å unngå intenst blikkontakt, som er i samsvar med defokuset kommunikasjon.

Det faktum at barnet sjeldent henviser seg selv og at det er andre som mener barnet trenger hjelp, påvirker hvordan man skal tilrettelegge behandlingen (Svendsen, 2007). Det blir viktig at de terapeutiske målene og oppgavene skjer ut ifra barnets premisser, som innebærer at terapeuten må ta utgangspunkt i barnets måte å uttrykke seg på (Svendsen, 2007). Dette er gjerne gjennom lek (Hansen, 2012; Svendsen, 2007). Terapeuten må også engasjere barnet i å delta i den terapeutiske prosessen, og ved å gjøre det inkluderer dette også målene og oppgavene (Svendsen, 2007). Det er en maktulikhet mellom relasjonen foreldre-barn og terapeut-barn, og det er også en grunn til at målene må skje ut ifra barnets kommunikasjonsform (Hansen 2012; Svendsen, 2007). Målene kan ha ulike uttrykk for foreldrene og barnet, men psykologisk sett kan de handle om det samme (Svendsen, 2007).

Barnet kan vise om han eller hun synes målet er meningsfylt gjennom engasjement (Svendsen, 2007). Svendsen (2007) mener at istedenfor enighet om de terapeutiske oppgaver burde det heller dreie seg om en villighet til å delta i disse oppgavene, da det er sjelden man setter seg ned med barn og diskuterer terapeutiske oppgaver. Isteden finner man frem til måter å kommunisere på, som tegning eller lek i sandkassen. Svendsen (2007) mener det er de ulike kommunikasjonsmåtene som kan kalles terapeutiske oppgaver. Oppgavene er det begge jobber med for å oppnå en endring (Svendsen, 2007). Det kan for eksempel være at her kan vi to leke eller tegne sammen. Nathalie og jeg fant som sagt en måte å kommunisere på gjennom lek, tegning og kroppsspråk.

Terapeutens engasjement for å få barnet til å delta i de terapeutiske oppgavene er vesentlig for utvikling av det emosjonelle båndet (Shirk & Saiz, 1992). Det er derfor viktig å finne ut av hva som kan aktivisere barnet i terapien. Ofte vil de terapeutiske oppgavene være nært knyttet målsettingen og en trenger ikke skille disse to i arbeidet med barn (Svendsen, 2007). For eksempel var et av våre hovedmål å gjøre Nathalie mer trygg, mens de terapeutiske oppgavene kunne være å finne frem til måter å gjøre Nathalie mer trygg på, som gjennom lek. Igjen er det barnets måte å kommunisere på som gir selve grunnlaget for hvordan terapeuten og barnet kan samarbeide om de terapeutiske oppgavene (Svendsen, 2007).

Barn er forskjellig i hvordan de lar seg engasjere og motiveres i terapi, noe som avhenger av deres tidligere relasjonelle erfaringer (Svendsen, 2007). Tilknytningsteori kan brukes for å forklare ulikheter mellom barns måter å danne bånd til terapeuten (Devet, Kim, Charlotte-Swilley & Ireys, 2003). Barnets tilknytningshistorie kan derfor brukes som et utgangspunkt for hvordan barn kan danne relasjon til terapeuten (Svendsen, 2007). Siden vi så tilknytningen som utrygg mellom mor og Nathalie ble det som nevnt sentralt at jeg ble en ny, trygg tilknytning for Nathalie.

Ved at hennes hovedsymptom var taushet kan det tenkes at lek og annen form for nonverbal kommunikasjon ble en enda viktigere måte å uttrykke seg på, enn det vil være for andre barn. Siden Nathalie var bare fire år og symptomene bunnet i at Nathalie ikke snakket ble det ikke så viktig for meg å snakke med henne om selektiv mutisme og engstelighet. Det ble heller fokus på å vise henne at dette var et sted hun var trygg. Her skulle vi ha det gøy og leke sammen. Nathalie ville få en ny relasjonserfaring, som sammen med lek, stillas og utviklingstøtte ville fremme mestring og selvstendighet, samt redusere hennes engstelighet.

Leketerapi

Lek har så å si alltid vært en sentral del i barneterapi, uavhengig av modeller (Hansen, 2012). Forståelsen og måten å benytte lek på har imidlertid vært noe ulik. Hansen (2012) oppsummerer de ulike modellenes bruk av lek på denne måten: I den psykodynamiske modellen er lekens symbolske og ubevisste mening sentral. I den klientsentrert er det ikke lagt vekt på en spesiell mening, men heller at leken er ett av flere uttrykk barnet gir. Den kognitive modellen ser heller leken mer som en måte å engasjere barnet i behandlingen (Hansen, 2012). Uansett hvilken modell man tar utgangspunkt så er leken barnets naturlige måte å uttrykke seg på, og blir dermed også den viktigste måten barnet kommuniserer med terapeuten på (Russ, 2004).

Det antas at siden leken er barns naturlige uttrykksform for tanker og følelser (inkludert erfaringer, ønsker og behov), kan denne måten å uttrykke seg på og reguleringen være terapeutisk i seg selv (Russ, 2004). Ut ifra et psykodynamisk synspunkt tenker man gjerne at lek kan fungere som et middel for innsikt og bearbeiding av opplevelser (Russ, 2004). Selv om det er uenighet om hvor mye tolkning som er hensiktsmessig, er det en generell enighet om at bearbeiding og mestring for barnet er viktige faktorer for å kunne fremme

endring (Russ, 2004). En annen ting er at det kan hjelpe barnet å føle seg forstått, akseptert og mindre overveldet av egne følelser når terapeuten benevner følelser i leken (Russ, 2004). At barnet opplever empati fra terapeuten kan fremme en forandring i deres interpersonlige representasjoner og fungering (Russ, 2004). Ikke minst blir leken en trygg arena ved at den er mer indirekte, samt mindre angstskapende og konfronterende (Russ, 2004). Dette gjør at barnet kan vise og trene på ulike følelser, tanker og atferd uten at det gir konsekvenser i det faktiske liv (Russ, 2004). Selv om disse funksjonene skjer i normale lekesekvenser som i hjemmet, kan en terapeut bygge på disse normale funksjonene ved å forsterke erfaringene barnet får i lek (Russ, 2004).

Haavind (1996) mener at leken er en måte å kommunisere på et her og nå plan med barnet, og at det ikke er noe som nødvendigvis skal tolkes, men deles (Haavind, 1996). Leken kan slik brukes som et felles fokus for oppmerksomhet (Haavind, 1996). Det vil si at først er barnet og terapeuten oppmerksomme på noe sammen, for så å bli oppmerksomme på hverandre (Haavind, 1996). Som Russ (2004) mener også Haavind (1996) at selve relasjonen mellom barnet og terapeuten og det som gjøres sammen kan ha en terapeutisk og utviklingsfremmende effekt i seg selv. Terapeuten skal følge barnets oppmerksomhet og etter hvert vil terapeuten kunne lære mer om hva barnet er interessert i og kan lede oppmerksomheten til barnet i større grad (Haavind, 1996). Ved å bruke leken kan barnet oppfatte terapeuten som en hjelper og en som er interessert i barnets opplevelser (Haavind, 1996).

I starten var ikke leken så samkjørt i den forstand at Nathalie og jeg holdt på med ulike ting på hvert vårt sted. Jeg kunne foreslå et felles prosjekt og leken ble mer felles. Jeg var mer styrende i starten da Nathalie var vant til å igangsettes, men det var viktig at jeg også lot Nathalie få mulighet til å ta initiativ, nettopp fordi noe av hennes problematikk omhandlet manglende initiativ og engstelse for dette. Hun fikk dermed heller ingen eller lite mestringserfaringer. Dette var ikke enkelt i starten av behandlingen. Jeg (og mine medstudenter) oppdaget at jeg raskt kunne bli for intens og snakke for mye da jeg følte jeg måtte fylle "tomrommet" når Nathalie ikke snakket. Dette gjorde at Nathalie kan ha følt seg overveldet til tider, og at hun ikke fikk det pusterommet hun trengte. Etter de første lekesekvensene ble det klart at på samme måte som det var viktig å være avventende til Nathalies taushet, var det også like viktig at jeg ga henne tid til å respondere i leken og få muligheter til å ta initiativ. Jeg måtte redusere intensiteten i leken med mindre stemmebruk og flere pauser. Lengre ut i terapiforløpet tok Nathalie mer og mer initiativ i leken og

interagerte i større grad med meg. Desto tryggere hun ble jo mer aktiv og engasjert ble hun. Hun fikk alltid valg i leker, men det var ikke før omtrent halvveis i terapiforløpet at hun ristet på hodet til første forslaget jeg ga, og ville heller det andre alternativet. At Nathalie her tok en selvstendig avgjørelse var for meg et godt tegn på at hun begynte å bli trygg, og at hun i større grad begynte å få et mer selvstendig og atskilt jeg.

Et viktig prinsipp i defokusert kommunikasjon er at terapeuten skal ha fokus på noe utenforliggende barnet, da for mye fokus på barnet kan føre til engstelighet (Lundahl et al., 2009). Leken kan som Haavind (1996) sier brukes som et felles fokus for oppmerksomhet. Ved å ha et felles fokus kunne Nathalie og jeg oppleve at vi delte en felles opplevelse (intersubjektivitet). Dette kan igjen ha hatt en utviklingsfremmende effekt for Nathalie. Leken og kroppsspråk var hennes måte å kommunisere på, derfor var dette sentralt hele veien da vi kommuniserte på hennes premisser. Gjennom tegning kunne hun vise meg hva hun likte. Hun tegnet mye regnbuer og var glad i farger. Hun tegnet også de hun var glad i, som bamsen sin, far og mor. En gang tegnet Nathalie og jeg store kruseduller som endte med at hun slapp seg løs og klusset hardt til over hele arket. Mor ble noe nervøs, men jeg oppfordret Nathalie til å gjøre dette. Jeg ville hun skulle slippe seg løs, for slik kunne hun også slippe løs engstelsen og hennes hemmende tendens. Det var da særlig vitaliteten til Nathalie syntes. Dette var også tilfelle i sandkassen, når Nathalie herjet i sanden ved å klappe sammen et sandslott. Hun viste hun var trygg og hadde det gøy. Engstelsen begynte å slippe taket og Nathalie og jeg var i et her og nå øyeblikk uten problemer og bekymringer. I leken var det som om Nathalie ikke hadde symptomer på selektiv mutisme eller andre vansker.

Et viktig mål i terapien var å gjøre Nathalie trygg nok så hun ville få erfaringer med at det ikke var farlig uten mor. Jeg opplevde at Nathalie fikk meg som en ny og trygg relasjonserfaring, hvor hun fikk se at hun ikke nødvendigvis trengte mor for å være trygg eller få til ting. Hun fikk også erfaring med at ting ikke var så farlig, og at det er lov å herje litt. Dette gjorde at hun kunne få nye mestringsfølelser som kunne være med å bygge selvtillit og selvstendighet, og motsatt, redusere hennes hemmethet og engstelige atferdsmønster. Dette legger til rette for en hensiktsmessig selvutvikling og utfolding. Desto lengre ut i terapiløpet vi kom jo mer avslappet og leken tone hadde Nathalie og jeg.

Hva kunne vi gjort annerledes?

En ting vi kunne gjort for å kommunisere med Nathalie er bruk av metaforer. Vi kunne brukt dette mer for eksempel i lek og historiebøker. Som nevnt er metaforbruk en fin måte å snakke om ting mer indirekte, og det skaper gjerne en nysgjerrighet og spenning hos barn. Vi kunne også fokusert mer på å forbedre sosiale evner på en mer direkte måte. Defokusert kommunikasjon ble også brukt for å forsterke alliansen og skape trygghet hos Nathalie, men vil bli beskrevet under fase 3.

Fase 3: Atferdsteknikker som behandling av Nathalies selektive mutisme

Problemstilling/formål; Hvordan bruke defokusert kommunikasjon og atferdsteknikker for å senke terskelen for lydproduksjon?

Da jeg hadde oppnådd et godt samarbeid med mor og begynt å få en god relasjon til Nathalie, ville jeg bruke mer direkte behandlingsteknikker rettet mot barn med selektiv mutisme. Jeg benyttet i hovedsak prinsipper basert på defokusert kommunikasjon (som felles og utenforliggende fokus) og behandlingsteknikker hentet fra ressursmanualen til Johnson og Wintgens (2001). Disse baserte seg på gradvis eksponering ved bruk av *shaping* og *stimulus fading*-teknikker. Hovedfokus og mål skulle være å stimulere og senke terskel for lydproduksjon. Dette blant annet gjennom latter, klapping, tramping, imitasjon, modelløring og oppgiring. Samt å utvide den nonverbale kommunikasjonen ved å gjøre Nathalie mer komfortabel med seg selv og ulike gester/lyder.

Defokusert kommunikasjon

For å ikke presse eller skape ytterligere angst hos Nathalie informerte jeg henne fra starten at hun ikke trengte å snakke hvis hun ikke ville. Mor fortalte at Nathalie gjerne svarte for seg ved å riste på hodet eller nikke. Dette gjorde hun også til meg, men hovedsakelig gjennom mor. Det ble den mest grunnleggende måten vi kommuniserte på i begynnelsen. Hun fikk også papir og tegnesaker i starten av hver time, som hun kunne tegne eller skrive på hvis hun ville. Dette var ikke den eneste hensikten med tegne- og skrivesakene. Det var også en måte for meg å skape en rutine for Nathalie som skulle hjelpe henne med å føle en form for trygghet og forutsigbarhet. Som nevnt tidligere er forutsigbarhet (som rutiner) og god struktur sentralt for alle barn, men særlig for barn med selektiv mutisme. Dette på grunn av deres engstelse for å gjøre noe nytt og gjøre noe feil, som gjør at de trenger ekstra

trygghet. Dette er et viktig prinsipp i defokusert kommunikasjon (Lundahl et al., 2009). Øvreeide (2009) sier at ved å lage en struktur for samtalen og forberede barnet på hva som skal skje vil det gi barnet forutsigbarhet og konkretisering. Dette vil igjen fremme ro, trygghet og oversikt over situasjonen

I tillegg visste jeg ut ifra henvisning at tegning og maling var en av hennes interesser. Jeg ville at terapien skulle være gøy for Nathalie, at det var noe hun gledet seg til og et sted hun kunne føle seg trygg. Derfor ble det viktig å bruke Nathalies interesseområder også i terapirommet, både som motivasjon og trivselsfaktor. Slik kunne Nathalie se meg som en hjelper, som er viktig i alliansebygging. Tegning var en fin måte for meg å kommunisere og bli kjent med henne, vi tegnet ofte sammen. Til sist hadde tegneaktivitetene i oppstart på hver terapitime en annen nyttig funksjon. Jeg fikk på denne måten en anledning til å snakke med mor, uten at Nathalie kjedet seg eller ikke fikk uttrykt seg. Slik kunne også mors behov for å bli hørt oppfylles.

En annen ting som etter hvert ble brukt både til rutine og som avslutning av hver terapitime, og som brakte frem mye latter hos Nathalie, var snurring i stoler. Først skulle Nathalie sette seg i en stol mens jeg snurret henne rundt, for så at hun skulle snurre meg. Hun var forsiktig med å snurre meg rundt første gangen, men med oppmuntring fra meg og mor ble hun etter hvert veldig begeistret. Det var her Nathalie lo for første gang, noe som skjedde allerede i tredje terapitime. Dette var en fin metode å senke terskelen hennes for å lage lyd. Det skapte også en vitalitet og glød hos Nathalie. Hun hadde det gøy og det var noe som var med på å forsterket båndet vårt.

Jeg satt stort sett ved siden av Nathalie, fremfor ovenfor. Dette var igjen for å skape minst mulig fokus på henne, som kunne fremme engstelighet. Jeg prøvde også å ha mer undrende spørsmål fremfor å spørre henne direkte. Ved en rask oppsummering fra sist terapitime, eller ved å referere til tidligere opplevelser som har skjedd viser det også barnet at vi har delt noe før, noe som gir barnet en opplevelse av sammenheng (Øvreeide, 2009). Jeg kunne ofte gjøre dette, også for å få indikasjoner på hva Nathalie ville gjøre i terapitimene.

Jeg ville normalisere Nathalies vansker og gi henne en form for betryggelse på at andre barn også kunne ha lignende følelser og vansker som henne. Jeg prøvde blant annet å trekke inn egne erfaringer om sjenanse i en tegnesekvens hvor Nathalie hadde tegnet meg, henne og andre barn i barnehagen. Jeg snakket litt rundt hvordan det kunne være å ha

engstelige følelser, og prøvde også i en annen sammenheng å spille ut frykttfølelser gjennom dyr vi lekte med. Jeg ville se om Nathalie ville herme etter meg eller respondere på et vis. Dette gjorde hun ikke. Hun virket uinteressert og det virket ikke å gi mye mening for henne. Det kan være det ble for mye snakk, at jeg ble for intens og ikke ga henne nok pusterom i leken, eller at jeg rett og slett ikke fikk sagt det på en måte som en fireåring kunne forstå.

Humor og lek er som tidligere nevnt viktige hjelpemidler for å hjelpe barn med selektiv mutisme til å snakke. Det er særlig til hjelp for de yngste barna skriver Omdal (1999), dette ble også min erfaring. Humor er et godt virkemiddel for å skape en avslappende og trygg stemning i rommet. Ved at humor kan fungere avvæpnede kan det gjøre så barnet glemmer seg slik at han eller hun spontant sier noe. I terapien med Nathalie virket humor å fungere som en komfortabel måte for Nathalie å få frem sin første lydproduksjon på, nemlig latter. Latter er også et vesentlig steg på den måten at det senker terskelen for at hun senere kan tørre å si noe. Måter å produsere latter og lyd på var blant annet å snurre henne og meg i stoler, tegne rare tegninger, klappe og trampe på såpebobler, herje i sandkassen og lese en morsom bok.

For å senke terskelen til Nathalie for å si eller gjøre noe dumt sa jeg ofte feil ting med vilje. Dette kunne for eksempel være i forbindelse med hvor gammel hun var. At det var noe personlig tenkte jeg ville trigge et større behov for tale enn noe ikke-personlig. Det kunne også være en sang jeg visste hun kunne godt hvor jeg enten sang feil ord på slutten av teksten eller avventet med å si det siste ordet for å se om hun ville fylle det inn. Dette ble i tillegg brukt for å skape en trang eller et behov hos Nathalie for å si noe siden hun var så vant til at mor snakket for henne. Jeg forelso i tillegg at hun kunne ta med sin favoritt musikk-cd, som vi spilte av et par ganger i timene. Jeg klønet meg også til tider med vilje, som for eksempel at jeg holdt på å dette av stolen eller lignende.

Alt dette hadde som hensikt å få Nathalie til å le, men også å senke terskelen for å gjøre eller si noe dumt, som slike barn gjerne er redd for. Dette i henhold til at lidelsen kan betraktes som en form for sosial angst og frykt for å dumme seg ut. I disse situasjonene så Nathalie lur og smilende ut, og måten jeg tolket ansiktsuttrykket hennes på var at hun ville si noe, men hun gjorde det ikke i disse tilfellene. En mulig årsak til dette kan være at dette var tidlige strategier vi brukte i terapien og at Nathalie rett og slett ikke var trygg nok. Det kan også være fordi jeg ikke var så godt kjent med Nathalie, og at jeg ikke leste hennes

grenser og uttrykk godt nok. Hun kan ha opplevd det som for mye press fremfor oppmuntring. Jeg vil likevel ikke si at dette ikke hadde en nyttig effekt. Ved å gjøre disse tingene kan det gradvis ha stimulert Nathalies behov for å si noe, og sammen med andre faktorer ha vært med å danne grunnlaget for at hun snakket mot slutten av terapien.

Shaping

Gjennom hele terapiforløpet var det sentralt for meg å oppmuntre Nathalie til å kommunisere på hennes premisser og engasjere henne. I begynnelsen var hovedfokuset å stimulere lydproduksjon og utvide den nonverbale kommunikasjonen hennes (før jeg kunne tenke på å få henne til å benytte verbal tale). Jeg ville oppmuntre henne til å kommunisere med andre deler av kroppen enn bare øynene, som for eksempel å peke. Dette er en del av teknikken *shaping*, en form for gradvis eksponering hvor man først tilvenner barnet til å øke nonverbal kommunikasjon, for så ulike lyder, for tilslutt hvisking og normal tale. En viktig hensikt med leken var også å gi Nathalie en morsom og trygg ramme for lydproduksjon. Målet hele veien var å senke terskelen for lydproduksjon og gjøre Nathalie mer komfortabel med seg selv og ulike gester/lyder. Dette var noe som måtte tøyes jevnt i små steg i henhold til prinsippet om gradvis eksponering. Det kunne til tider være utfordrende å finne en balanse hvor jeg ga Nathalie oppmuntring fremfor at det ikke skulle føles som press. Særlig i begynnelsen. Dette var noe jeg rett og slett måtte prøve meg litt frem og tilbake på, og hvis jeg feilet så skjønnte jeg det raskt ved at jeg fikk vegring. Slik lærte jeg også Nathalie sine grenser og måter å uttrykke seg på. Desto mer jeg ble kjent med Nathalie jo lettere var det å finne balansen. Det er også en del av terapi generelt, man tar noen steg frem, men som regel noen tilbake også. Terapi er sjelden en prosess hvor alt går rett frem.

Jeg brukte blant annet imitasjon for å utvide Nathalies nonverbale kommunikasjon. Planen var at jeg kunne kombinere en form for modellæring sammen med *shaping*. Dette ved at jeg begynte med den minst angstfulle formen for imitasjon (som tegning), for deretter å øke det til ansiktsuttrykk og lyder som klapping og tramping. Tegning som imitasjon fungerte bra, men grimase var ikke noe Nathalie ville gjøre. Det er mulig overgangen ble for brå, eller at det å lage grimase ble for høy terskel. Barn med selektiv mutisme er som sagt engstelig for selvfokus og for å bli latterliggjort. Kanskje var hun redd jeg ville le av henne hvis hun lagde grimase, og hun kunne i det tilfelle føle at hun dummet seg ut.

Vanligvis pleide jeg å foreslå aktiviteter Nathalie og jeg kunne finne på, og at hun kunne riste eller nikke på hode til hva hun hadde lyst til eller ikke. Første gang jeg oppfordret henne til å peke på hva slags aktivitet hun ville ut ifra alternativene jeg hadde gitt henne gjorde hun ikke det. Så jeg gikk tilbake til å foreslå ting hun kunne nikke eller riste på hodet til. I den neste timen pekte hun i en bok jeg leste for henne da jeg spurte henne spørsmål fra boken. Det virket som det var tryggere for Nathalie å peke hvis det ikke var for lang avstand og oppmerksomheten var minst mulig på henne. Når jeg leste i boken var det kanskje lettere å ha fokus på figurene i boken og at hun derfor følte det var trygt å peke, mens når jeg spurte henne om hun kunne peke på aktiviteten hun ville gjøre er det mulig hun følte det ble for stort fokus på henne. Etter hun ble vant til å peke i boken og på ting i nærheten var det ikke noe problem for henne da jeg ba henne peke på aktiviteter hun ville gjøre som var lengre unna.

Jeg fortsatte med noe imitasjon under tegning siden dette hadde fungert bra, men da jeg foreslo å klappe i en hermelek vegret Nathalie seg. Det er mulig at det var en unaturlig setting og at det kom for brått på. Det er også sannsynlig at Nathalie følte for mye press. Klapping skjedde på andre forsøk i en mer naturlig setting, da Nathalie og jeg lekte i sandkassen og hun klappet sanden for å lage et sandslott. Jeg hjalp til og oppfordret henne til å klappe sammen med meg. Nathalie synes det var morsomt å herje ved å klappe sanden og ble desto mer vital jo hardere og raskere det gikk for seg.

Det fungerte også for Nathalie å klappe og trampe på såpebobler vi lagde. Da dette skjedde var hun veldig giret fra før av fordi hun synes det var så morsomt å blåse bobler. Når jeg foreslo en lek hvor det var om å gjøre og ikke la boblene komme på gulvet, falt det naturlig for henne å prøve å unngå dette ved å klappe boblene. Etter hvert som hun gjorde dette begynte jeg å trampe på boblene, og imiterte Nathalie etter meg. Dette ble en form for modelløring. Som nevnt er modelløring noe som gjerne kan kombineres med *shaping*.

Jeg leste også en humoristisk bok for Nathalie, men dette brakte ikke like mye latter som snurring i stolene gjorde. Det virket som Nathalie var lettere å engasjere i fysisk aktivitet og desto mer engasjert og giret hun var jo lettere var det å få henne til å produsere lyd. Vi vurderte kiling som en form å få frem latter, men dette var forholdsvis tidlig i forløpet og jeg synes det var tryggere å få frem latter som ikke innebærte fysisk kontakt, tilfelle hun synes det var ukomfortabelt. Vi kunne for eksempel brukt fjær som alternativ. Å spille instrument kunne også vært et alternativ å få frem lydproduksjon på. Vi hadde ikke

instrumenter så derfor benyttet vi isteden andre metoder, som blant annet å blåse såpebobler, spise noe, tygge tyggis eller leke med hånddukker.

Bare Nathalie og meg, første gang på egenhånd

Jeg hadde tidligere spurt om mor kunne vente en stund på venteværelse, eller gå ut en tur, men dette hadde ikke Nathalie tillatt. På slutten av terapitime nummer åtte spurte jeg både mor og Nathalie om det gikk bra at Nathalie og jeg kunne leke litt på egenhånd i starten av neste time, mens mor var bak speilet med de andre studentene. Slik kunne Nathalie fortsatt kommunisere med mor selv om hun ikke var i rommet. Jeg foreslo også at vi kunne gå på kiosken alene og kjøpe godteri. Nathalie nikket, smilte og så ut til å like ideen om å gå på kiosken med meg. I neste time begynte vi som vanlig timen med å tegne, hvor vi også imiterte hverandres tegninger. Nathalie lo mye, det var en fin tegnesekvens og det virket som hun var trygg med meg. Hun så ikke etter mor og virket ikke engstelig, selv om dette var første gang hun var alene med meg.

På vei til kiosken holdt jeg hånden til Nathalie hele veien. Hun virket ivrig og jeg lot henne lede meg. Jeg så ingen tegn på at hun var anspent eller nervøs. Hun fikk med seg en sjokolade hun hadde pekt seg ut. Det var som vi fikk en styrket bånd der vi trasket blide og fornøyde tilbake fra kiosken. For meg var det en stor anerkjennelse fra Nathalie at hun var trygg på meg. Det var også andre ting som tydet på trygghet og større grad av selvstendighet, hun ristet på hode da jeg foreslo å leke i dukkehuset, men nikket til å leke i sandkassen. På eget initiativ hentet hun også sjokoladen sin.

Da vi kom tilbake gikk vi bort til speilet som mor stod bak. Nathalie kunne ikke se mor, men visste at hun var der. Jeg vinket og banket først på speilet. Nathalie ble tydelig vitalisert når det kom respons fra den andre siden. Jeg oppfordret henne til å gjøre det samme som meg, noe hun gjorde. Nathalie lo mye og syntes det var moro å banke på speilet når hun fikk respons fra den andre siden, men vinke gjorde hun ikke. Etter hvert som hun ble mer begeistret, hvisket jeg et ”hei” til de andre bak speilet, og oppfordret Nathalie til å gjøre det samme til mor. Da nølte Nathalie og det var tydelig at dette var for stort steg for henne. Jeg vil tro en årsak til det var at mor for første gang ikke var i rommet og for henne å hviske i rommet uten mor var for drastisk. Hun hadde tross alt ikke hvisket til mor i rommet enda, med meg tilstede. Jeg hadde hoppet over et viktig steg. Jeg måtte få Nathalie til å hviske til mor med meg i rommet først. At hun heller ikke vinket kan være

fordi det ble for mye nytt på en gang. Som det står i manualen til Johnson og Wintgens (2001) bør man ikke forandre mer enn én variabel av gangen.

På slutten av timen forslo jeg å hente mor, selv om Nathalie ikke viste noen tegn på at hun ville det. I neste time hadde jeg i utgangspunktet tenkt at Nathalie skulle bli med i terapirommet slik som sist, og at mor kunne være på venteværelset første delen av timen. Nathalie var imidlertid fast bestemt på at mor skulle være med og dro henne etter seg. Det virket ikke som hun ville ha med mor fordi hun var engstelig og ikke trygg på meg, hun virket trygg da vi var alene i forrige time. Det virket heller som hun ville ha viljen sin, eller at hun gjorde det av gammel vane. Hun smilte lurt og dro konstant i mors jakke. Jeg prøvde noen forhandlinger som at mor kunne gå på do først og komme tilbake, eller at Nathalie og jeg kunne tegne en tegning til mor mens hun ventet. Nathalie var imidlertid så bestemt at det endte med at mor fikk bli med. Barn med selektiv mutisme kan som nevnt vise opposisjonell og viljebestemt atferd (Steinhausen & Juzi, 1996; WHO, 1999).

Stimulus fading ("sliding in technique")

Før de fleste terapitimene avtalte jeg ulike strategier med mor vi kunne samarbeide om for å stimulere Nathalie til å snakke. Dette i tillegg til å påminne henne om å være avventende til Nathalies respons, og gi meg og Nathalie rom. I time nummer ti følte jeg at Nathalie var trygg nok til at vi kunne prøve en form for *stimulus fading* av slutten av timen. Tanken var at mor skulle holde i gang en samtale med Nathalie, mens jeg gikk ut for å hente drops. Jeg hadde ikke døren helt igjen slik at jeg kunne høre Nathalie snakke da jeg var utenfor rommet, men da jeg kom tilbake i rommet ble Nathalie stille.

En årsak til at dette ikke fungerte kan være at jeg kom for raskt inn i rommet. Jeg kunne gitt henne lengre tid til å venne seg til å snakke med mor i rommet først. En annen ting er at denne teknikken sannsynligvis ville vært mer vellykket hvis vi hadde gjort øvelsen først i hjemmet hvor Nathalie var mest komfortabel. Da ville angsten hennes sannsynligvis vært mer eller mindre fraværende. Som Johnson & Wintgens (2001) skriver i sin manual er det derfor hensiktsmessig å ta utgangspunkt i situasjoner hvor barnet allerede snakker. Man kan deretter stige i angsthierarkiet og etter hvert gjøre teknikken i en mer eller mindre ukjent situasjon. Da terapiforløpet var så kort, Nathalie og moren bodde langt unna og vi var i en klinisk praksis hvor veileder måtte observere, ble det vanskelig å få dratt hjem til Nathalie. Vi så ikke dette som et nederlag, for noen ganger gir ikke tiltak umiddelbar effekt, men

kommer til uttrykk senere. Gjentakelser er også sentralt. Denne teknikken ble ikke utprøvd senere, årsaken til dette var at vi valgte å prioritere andre tiltak som ga en mer umiddelbar effekt og som Nathalie synes var mer komfortabelt og morsomt (som å blåse og klappe såpebobler). Vi nærmet oss også slutten på terapien og hadde planer om å prøve ut en hviskelek.

Hviskelek og avslutning av terapien

Som en form for desensitivisering ble hviskelek anvendt de siste timene i terapien. Det begynte med å få Nathalie til å hviske til mor i rommet med meg tilstede. Som en ”oppvarming” brukte vi tegning og såpebobler, samt lydproduksjon ved klapping og tramping. Dette gjorde henne mer habituert til lydproduksjon og kunne senke terskelen for å produsere lyd. Nathalie hadde tatt med en bamse hun var glad i som vi brukte som utgangspunkt for samtale. Det begynte med at jeg foreslo at hun kunne hviske bamsens navn til mor, som igjen kunne hviske det til meg. Nathalie gjorde dette uten tilsynelatende signifikant angst og for hver gang ble avstanden til mor lengre og hviskingen høyere. Vi fortsatte sånn en stund til Nathalie virket tryggere og mer komfortabel. Oppmerksomheten var hele tiden på informasjonen og ikke på at Nathalie hvisket, som er et viktig prinsipp i defokusert kommunikasjon.

Neste steg var å få til hvisking både i starten, midten og slutten av terapitimen. Jeg oppmuntret Nathalie til å hviske mer denne gangen enn sist, samtidig som jeg prøvde å sørge for at det ikke ble for lenge eller intenst om gangen. Hun fikk også pauser hvor hun kunne tegne eller gjøre annen aktivitet uten å snakke. Når jeg foreslo noen andre aktiviteter pekte Nathalie på det hun foretrakk. Hun hadde blitt trygg på peking nå. Vi lekte også med leire og spilte spill hvor mor fikk være med. Dette ga mor en anledning til å stille spørsmål til sin datter under leken. Nathalie hvisket korte svar til mor, men med mindre entusiasme enn tidligere. Det virket som hun begynte å bli lei av å snakke, og spørsmålene var kanskje ikke like interessante som når det handlet om bamsen hennes.

Det var hovedsakelig enkle ting hun hvisket og fikk spørsmål om, som tall, farger eller navn. Dette er som tidligere forklart et prinsipp i defokusert kommunikasjon hvor terskelen er lavere for korte ord og ord som ikke er personlige. Nathalie hvisket også noen få korte setninger. Hvis jeg spurte henne om noe så hvisket hun det til mor eller ristet/nikket på hodet. Avstanden til mor ble også kortere når hun hvisket det denne gangen, enn da vi først

prøvde å stimulere til hvisking. Da hun hvisket til mor hørte jeg det også tydeligere enn hva jeg gjorde de første gangene. Årsaken til at Nathalie hvisket vil jeg tro handlet om at hun var blitt såpass trygg og at vi hadde senket terskelen for lydproduksjon jevnt gjennom hele terapiforløpet. Mor var også en god coterapeut, som hadde blitt flink til å oppmuntre Nathalie og avvente hennes respons.

Siste time skulle vi ha en hviskelek med bruk av smartissjokolade som belønning for den som kunne si det riktige ordet høyt. Den av oss kunne også velge farge. Dette skulle fungere som en positiv forsterkning (belønning). Nathalie fikk også være den som hadde ansvar for å dele ut smartis, som gjorde henne enda mer engasjert. Det var her det største gjennombruddet skjedde, og Nathalie snakket for første gang til meg. Igjen begynte vi gradvis og brukte prinsipper fra operant betinging (gjennom belønning) og desensitivisering. Vi begynte med at Nathalie hvisket til mor, som igjen hvisket til meg og jeg sa ordet høyt. Hviskeleken startet igjen med enkle ord som et tall, farge eller navn.

Nathalie viste stor entusiasme under hviskeleken og da vi så at hun virket trygg nok foreslo jeg og mor å snu runden slik at Nathalie kunne hviske til meg. Jeg hadde forventet noe nøling da det var første gang Nathalie skulle hviske til meg, men dette skjedde naturlig. Det var igjen viktig at både jeg og mor fokuserte på informasjonen som kom og ikke på at Nathalie snakket. Etter vi hadde gått gjennom hviskeleken noen runder ble det Nathalie som skulle si ordet høyt. Dette gjorde hun også uten tilsynelatende nøling. Belønning av sjokoladesmartis og sammenligning av farger så ut til å gjøre Nathalie mer engasjert i leken. Vi begynte med en form for angsthiarki. Først med enkle ord, til etter hvert to-tre ords setninger som en del av desensitiviseringen. Dette fungerte bra.

Mot slutten telte også Nathalie høyt hvor mange smartis hun hadde fått. Jeg opplevde henne som mer selvsikker. I begynnelsen av hviskeleken hadde hun mer blikkontakt med mor enn med meg selv om hun snakket til meg, men dette endret seg og utover timen fikk hun mer blikkontakt med meg. Da hviskeleken var over fortsatte Nathalie å snakke, både uoppfordret og på spørsmål fra meg og mor. Oppsummert kan man si at det hadde skjedd en overgang fra hvisking til vanlig tale og fra enkle ord til setninger. Det hadde også skjedd en overgang fra nærhet til mor, til avstand og fra å bli oppmuntret til tale til at hun tilslutt snakket på eget initiativ.

I slutten av terapien snakket Nathalie til meg som hun gjorde til mor. Et par måneder etter behandlingen fortalte mor at Nathalie hadde begynte å snakke til sin far, men fortsatt var stille i barnehagen. Hun var derimot mer aktiv og viste mer initiativ. Dette viser viktigheten av generalisering, vi kom aldri så langt. Vi mente likevel at Nathalie hadde profittert på behandlingen og vist en klar bedring. Hennes symptombylde og fungering var annerledes enn da hun kom i første terapitime. Hun viste større selvstendighet og avgrensing fra mor, var generelt tryggere og viste større grad av nonverbal tale. I tillegg hadde hun for første gang brukt verbal tale mot en ukjent person i en annen situasjon enn i hjemmet. Hun gikk fra å bare snakke til mor og sine søsken i hjemmet til å snakke med mor når jeg var i nærheten utenfor hjemmet, samt snakke fritt til meg som terapeut med mor tilstede. Denne endringen ble imidlertid ikke stabilisert, og vi måtte avslutte behandlingen før vi fikk mulighet til å generalisere denne endringen til andre arenaer og til andre personer. Dette gjaldt også uten mors tilstedeværelse. Hun ble derfor videre henvist til BUP. I en telefonsamtale med mor et år senere kom det frem at Nathalie nå snakket noe i barnehagen, men fortsatt var sjenert i sosiale situasjoner.

Hva kunne vi gjort annerledes?

Tausheten var et tydelig og særegent symptom i Nathalies tilfelle og jeg var redd dette skulle gjøre at jeg fikk et mer eller mindre overskyggende symptomfokus. Dette merket jeg i størst grad i starten, da jeg kunne ha vansker med å avvente Nathalies responser og at jeg så gjerne ville at hun skulle snakke til meg. Etter hvert som jeg fikk bedre forståelse av Nathalies situasjon og vi ble bedre kjent forstod jeg at det var ikke tausheten som var viktigst å "behandle", men de underliggende problemene som så ut til å opprettholde dette. Dette var hovedsakelig fokuset i fase én vedrørende samspillet mellom mor og datter.

Hovedmålet var å redusere angst, og som et resultat av det kunne dette gjøre Nathalie trygg på å snakke. Noen alternativer kunne vært å fokusere enda mer på underliggende faktorer som selvfølelse, emosjonsregulering og interaksjonen med mor, og gjort dette mer tydelig ovenfor mor og Nathalie. Jeg synes likevel dette var viktige faktorer vi jobbet med gjennom hele forløpet, selv om det ikke nødvendigvis ble satt ord på, eller brukt direkte tydelige intervensjoner, som for eksempel sosial trening. Med tanke på sosial trening kunne vi hjulpet henne mer direkte med å forbedre sine sosiale kommunikasjonsevner for å øke hennes trygghet i sosiale interaksjoner. Avslapningsøvelser er et annet alternativ. Hadde vi hatt bedre tid kunne dette vært noe vi kunne gått dypere inn i. Nathalie var også såpass ung

at kognitive rasjonale bak ting vi gjorde ikke ville hatt stor mening. Det var Nathalies følelser som at hun skulle føle seg trygg, mindre engstelig, mer selvsikker og mestrende som vi så som viktig for henne. Vi kunne likevel hatt mer lek og historiefortellinger som kunne fått Nathalie til å gjenkjenne seg i karakteren (for eksempel "Løven som mistet stemmen").

Videre kunne vi benyttet ulike skjema med rateringer for å stedfeste hvor engstelig Nathalie var, og slik tilpasset strategiene bedre. For eksempel taleskalaer og snakkekart. Vi kunne også laget tegninger som viste progresjon, og som kunne fungert som en motivasjonsfaktor for Nathalie og mor. Et emosjonstermometer som anslo angstnivået kunne fungert på lignende måte, slik at vi kunne tilpasset oppgavene ut ifra et mer konkret nivå, og ikke bare ut ifra vår observasjon. Å tegne et angsthierarki kunne vært nyttig på samme måte. Vi kunne i tillegg brukt flere atferdsteknikker, som for eksempel bruk av stemmebånd eller video. Her kunne vi tatt opp Nathalies stemme på bånd eller video for deretter og spilt det av til meg. Dette kunne vært nyttig i starten og gjort overgangen fra nonverbal til verbal tale enklere. Dette blir også en form for desensitivisering.

I henhold til Johnson og Wintgens manual bør bare en variabel forandres for hver gang, og dette var ikke noe vi alltid gjorde. Vi fulgte heller ikke manualen til punkt og prikke. Dette var hovedsakelig fordi det var min første klient som del av en studiepraksis og min veileder oppmuntret til å ikke sette oss fast i en manual. Tanken bak klinisk praksis er gjerne å ikke gi en enkel oppskrift, men at terapeuten selv skal finne sin terapeutiske stil og erfare sine egenskaper. Terapeuten skal tilpasse seg det enkelte barnet, men også gjøre generelle erfaringer med barneterapi, for eksempel leketerapi. Mest sentralt hadde vært og fått atferden generalisert til andre situasjoner, personer og arenaer. Her kunne vi brukt mor og søsken. Vi kunne fått Nathalie til å snakke med meg alene uten mor for deretter til andre, men vi kom aldri så langt. Årsaken til at vi ikke fikk jobbet med generalisering var i hovedsak på grunn av tidsbegrensningen på 14 timer.

Avsluttende diskusjon

Dette kausstudiet har illustrert hvordan foreldrearbeid, alliansebygging, leketerapi, defokusert kommunikasjon og atferdsteknikker som gradvis eksponering kan brukes for å behandle et førskolebarn barn med selektiv mutisme. Dette ble gjort for å redusere barnets angst, fremme mestringsfølelse, selvstendighet, forbedre sosiale evner, samt øke både nonverbal og verbal kommunikasjon. Prinsipper fra defokusert kommunikasjon (Lundahl et al., 2009) og atferdsteknikker basert på Johnson og Wintgens (2001) sin manual har vært til inspirasjon i behandlingen. Kausstudiet viser særlig hvor viktig det er med foreldrearbeid i psykoterapi med yngre barn. De er barnas viktigste hjelpere, også i psykoterapi (Svendsen, 2007), og spiller en sentral rolle for behandlingsprosessen og utfallet (Shirk & Saiz, 1992). De er også viktige personer som kan sørge for å overføre behandlingseffekten til andre situasjoner (Aarseth, 2006). Forskning viser at foreldrenes involvering i terapi med barn er relatert til et positivt behandlingsresultat (Mendlowitz et al., 1999; Shirk & Saiz, 1992), og at utvikling av allianse med barnet avhenger av omsorgspersonenes forståelse, støtte og involvering i terapiprosessen (Jensen et al., 2010). Desto yngre barnet er, jo mer er barnet avhengig av sine foreldre. Dette gjør at foreldrene spiller en vesentlig rolle i terapien, både i form av informasjon og i selve behandlingsarbeidet (Aarseth, 2006). Mange vansker som foreligger hos yngre barn omhandler relasjonen til foreldrene (Aarseth, 2006; Nilsson & Trana, 2007).

Veiledning og psykoedukasjon til mor som omhandlet hennes samspill med sitt barn var det som var mest unikt for denne behandlingen av selektiv mutisme, og som også var den største utfordringen. Samarbeidet med mor var helt nødvendig for at klienten kunne oppleve bedring. Mæhle (2007) sier at klinisk arbeid med barn gjerne innebærer å forbedre en optimal relasjon mellom omsorgsgiver og barnet. Dette ble et viktig grunnlag i fase en, for videre å kunne redusere klientens engstelighet i fase to og tre. Årsaken til at veiledning til mor fikk et så stort fokus i denne behandlingen var at samspillet mellom barn og omsorgsperson så ut til å være en opprettholdende faktor for klientens lidelse (taushet og hemmethet). Omsorgsgiver snakket ofte for sin datter som kunne legge til rette for at datteren ikke trengte et språk. Det var også uttrykt i form av overbeskyttende atferd som hindret meg i å bli kjent med klienten og som gjorde det vanskelig å gjøre henne trygg og redusere angsten. Mor (samt andre i hennes familie) hadde også selv en vesentlig grad av sjenanse og hadde tidligere hatt angstproblematikk. Det var tydelig at hennes egen

engstelighet ble overført til hennes datter, som gjorde det vanskelig for klienten å utforske omgivelsene og utvikle selvstendighet. Dette er i overensstemmelse med familiebaserte teorier som forklarer angstlidelser (Barett, 1998; Manassis & Bradley, 1994; Rapee, 1997; Rosenbaum et al., 1991; Sandseter & Kennair, 2011).

Det er også et viktig prinsipp i defokusert kommunikasjon å avvente barnets respons for å øke barnets behov og lyst til å uttrykke seg (Lundahl et al., 2009). I psykoedukasjonen var det i tillegg fokus på at mor måtte gi hennes datter rom til utforskning, mestring og selvstendighet. Veiledningen ble forsterket ved å bruke ”flashcards” som påminnere, siden psykoedukasjon ikke var tilstrekkelig i seg selv. Ved at jeg kunne være en ny, trygg relasjonserfaring for klienten, fikk hun motbevis for at verden var et “farlig sted” og at hun ikke var avhengig av sin mors tilstedeværelse for å være trygg. Hun fikk muligheter til mestringserfaringer og utforskning, som igjen kunne fremme hennes selvstendighet og autonomi. Dette skjedde gjerne i kombinasjon med desensitivisering ovenfor lydproduksjon i form av herjelek (som blåsing av såpebobler og klapping i sandkasse). Mitt terapeutiske samspill med barnet ble også en form for modelløring ovenfor mor, slik at hun kunne lære å bli en tryggere base for sin datter. En trygg base er en omsorgsperson barnet kan vende tilbake til og bruke i utforskning av omgivelsene (Bowlby, 2005). Dette henger sammen med tilknytning, en trygg tilknytningsatferd er en balanse mellom det å være nær en omsorgsperson og det å kunne utforske omgivelsene (Askland & Sataøen, 2009).

En annen opprettholdende (eller sårbarhet) faktor kan tenkes å være en dysfunksjon i Nathalies emosjonsregulering. Hennes hemmethet kunne forstås som at hun prøvde å unngå engstelige følelser både i barnehagen og i terapisetting. Hjemme derimot var det som hun ble overveldet av følelser fordi hun endelig kunne uttrykke dem. Dette er i tråd med en nyere forståelse av sårbarhet eller opprettholdende faktor bak lidelsen (Moldan, 2005; Scott & Beidel, 2011).

I fase to var det mest sentrale en trygg relasjon til terapeuten som gjorde at klientens angstnivå kom ned på et minimum. En god allianse blir ansett som den faktoren som har størst effekt på behandlingsutfallet (Bordin, 1979; Hubble et al., 1999; Lambert & Bergin, 1994). Alliansebygging ble hovedsakelig oppnådd gjennom leketerapi. I leken kunne jeg og barnet skape et felles, ytre fokus istedenfor å fokusere på barnet (som er mindre angstfylt). Dette er i overensstemmelse med defokusert kommunikasjon. Lek er også en måte for barnet å kommunisere på ut ifra sine premisser (Russ, 2004). Særlig kan dette være viktig

for barn med selektiv mutisme som hovedsakelig ikke bruker språket til å kommunisere med ukjente personer og/eller i fremmede situasjoner. Humor og det å senke terskelen for å si noe dumt var også noe som så ut til å dempe engstelse og gjøre klienten tryggere. Humor var i tillegg en måte å produsere lyd (latter). Leketerapi var med å skape en avslappende setting for barnet som kunne fjerne presset til tale, samt reduserte hennes engstelighet. Forutsigbarhet og struktur er andre faktorer som ansees som viktig for barn med selektiv mutisme (Lundahl et al., 2009). I denne behandlingen ble rutiner i oppstart og avslutning av hver terapitime betraktet som noe som bidro til en trygg ramme for klienten.

I forbindelse med atferdsteknikker i fase tre ble desensitivisering (gradvis eksponering) hyppig brukt gjennom hele terapiprosessen. Dette var relevant for å senke terskelen for lydproduksjon. For eksempel ble klienten vendt til klapping og tramping, samt gradvis økt nonverbal kommunikasjon som peking. Dette var teknikker som ga god effekt selv om det kunne være tidskrevende. Positiv forsterkning som ros og belønninger (for eksempel sjokolade i hviskelek) ble også ansett som hensiktsmessige strategier. Den gjennomgående teknikken var hovedsakelig en såkalt *shaping*-prosess hvor barnet gradvis ble oppmuntret til å øke nonverbal kommunikasjon (for eksempel peking), til etter hvert å lage lyder (som klapping og tramping), for så å hviske og tilslutt snakke i ord og setninger. Johnson & Wintgens (2005) sier at denne metoden fungerer godt på spesielt unge barn, eller mindre angstfulle barn. Dette kasusstudiet ser ut til å støtte dette. Nonverbal kommunikasjon som vinking og grimaser ble ikke vellykkede tiltak for å utvide klientens nonverbale kommunikasjon. At Nathalie ikke ville vinke kan skyldes at det var i en situasjon da det skjedde flere nye ting på engang og at mor ikke var i rommet. Som det står i manualen til Johnson & Wintgens (2001) bør man ikke forandre mer enn en variabel av gangen. At grimaseøvelsen heller ikke fungerte kan skyldes at overgangen ble for brå, eller at å lage grimaser ble en for høy terskel, siden det gir økt selvfokus. Klienten kan også ha hatt en frykt for å bli latterliggjort.

En annen form for desensitivisering; *stimulus fading* ("sliding in technique") fungerte heller ikke tilfredsstillende, muligens fordi jeg kom for raskt inn i rommet, eller at det ble en for høy terskel å begynne med øvelsen utenfor hjemmet. Teknikken ble ikke utprøvd senere. Årsaken til dette var at vi valgte å prioritere andre tiltak som ga en mer umiddelbar effekt, og som klienten synes var mer komfortabelt og morsomt (som å trampe og klappe såpebobler). Det var også andre øvelser vi ville prøve ut, deriblant en hviskelek. Andre tiltak som heller ikke var like vellykket var å spille ut fryktfølelser, provokasjon med å gi

feilaktig informasjon og lese en humoristisk bok. Når det kommer til førstnevnte kan det være at det ble for intenst, samt for mye snakk fra min side som gjorde at meningen forsvant. Provokasjon for å øke barnets behov for å snakke kan ha vært med på å bygge opp en lyst til å snakke som kom til syne i slutten av terapien, men det ga ingen umiddelbar effekt. Årsaken kan være at dette var tidlige strategier som ble brukt i terapien og at klienten derfor ikke var trygg nok. Å lese en humoristisk bok ga også lite effekt. Vi fikk inntrykk av at klienten var lettere å engasjere i fysisk aktivitet. Det skapte en fysiologisk aktivering som virket å gjøre det enklere for henne å produsere lyder.

Det så ut til at klienten profiterte på behandlingen da hun viste en klar bedring, både i angstreduksjon, samt økt nonverbal og verbal tale. Hun gikk fra å snakke med kun mor og sine søsken i hjemmet, til å snakke med mor foran terapeuten utenfor hjemmet, samt å snakke med terapeuten i terapirrommet (med mor i nærheten). I følge mor begynte hun også å snakke med far i hjemmet i etterkant av behandlingen. Klientens økte autonomi og reduserte engstelighet var noe som skjedde gradvis, som en kombinasjon av de nevnte tiltakene og gjennom en gradvis eksponering til lydproduksjon. Bedringen viste seg videre gjennom mindre klamring til mor, mer selvstendig og utforskende lek, større grad av initiativ fra barnet, samt økt nonverbal og verbal kommunikasjon. At klienten tilslutt begynte å snakke med terapeuten i mors nærvær kan sees som et sluttprodukt av alle faktorene, hvor de tre fasene var avhengig av hverandre. På grunn av tidsbegrensning ble ikke bedringen stabilisert eller generalisert ovenfor andre personer eller i andre situasjoner.

Begrensinger og implikasjoner

Kasusstudie har begrensning når det gjelder representativitet og generaliserbarhet av behandlingseffekt til resten av den generelle populasjonen med selektiv mutisme. En annen begrensning er at selv om vi vet noe om hvordan klienten fungerte i etterkant av behandlingen, har vi få detaljer rundt dette da vi ikke utførte noen form for systematisk oppfølging. Andre variabler, som for eksempel modenhet, kan ha ført til bedring hos klienten. Det blir også vanskelig å si noe om langtidseffekten av behandlingen.

I forskningslitteraturen er det stor mangel på randomiserte kontrollerte studier. Dette gjør det vanskelig å vurdere effekt av behandling på selektiv mutisme. Særlig gjelder dette identifikasjon av spesifikke effektive mekanismer. Ikke før nylig har det kommet to kontrollerte studier (Bergman et al., 2013; Oerbeck et al., 2013), og et av disse studiene

brukte lignende behandlingstiltak som det som ble brukt i dette kasusstudiet (Oerbeck et al., 2013). Det vil si defokusert kommunikasjon og atferdsteknikker som *stimulus fading* og *shaping*. Dette norske studiet konkluderte med god effekt av defokusert kommunikasjon og atferdsteknikker (Oerbeck et al., 2013). Mitt kasusstudie ser ut til å støtte en slik behandling, og kan indikere en lovende effekt av defokusert kommunikasjon og atferdsteknikker (som *shaping*). Dette gjelder særlig for yngre barn med selektiv mutisme.

Behandlingen i dette kasusstudiet var tidsbegrenset, med 14 terapitimer, noe som kan indikere at en kortere psykoterapi av selektiv mutisme er mulig, hvis det oppfølges med tiltak som kan generalisere effekten til andre omstendigheter. For eksempel gjennom foreldre og lærere/barnehagepersonell. Angående fremtidig forskning er det tydelig at det er behov for flere kontrollerte behandlingsstudier da det så langt bare eksisterer to slike studier. Det kan også være hensiktsmessig med flere kasusstudier som gir grundigere beskrivelser av tiltak og selve terapiprosessen. Et tema som har blitt lite berørt innenfor selektiv mutisme er betydningen av tilknytning. I dette kasusstudiet så usikker tilknytning og samspillet med omsorgsgiver ut til å spille en stor rolle for klientens engstelse og taushet. Tilknytning kan dermed være et interessant og relevant område for videre forskning.

Konklusjon

Behandlingen som ble gitt klienten hadde som hovedmål å redusere engstelse og gjøre henne tryggere i sosiale interaksjoner. En ønsket effekt var at klienten til slutt skulle bryte ut av tausheten, noe som skjedde i de siste terapitimene.

Behandlingen tok utgangspunkt i prinsipper fra defokusert kommunikasjon og ulike atferdsteknikker. Sentrale elementer i den defokuserte kommunikasjonen var å fjerne fokus fra barnet for å redusere angsten og avvente barnets respons. Dette så ut til å være viktige faktorer som var med å trygge klienten og fremme hennes lyst til å kommunisere. Atferdsteknikker som gradvis eksponering ble brukt for å øke lydproduksjon. En variant av dette var *shaping* som så ut til å ha en god effekt, selv om det kunne være tidskrevende. Å lage lyder ved hjelp av klapping, tramping og blåsing av såpebobler var særlig vellykket. En kombinasjon av humor og aktiviteter som skapte fysiologisk aktivisering så ut til å lettere trigge lydproduksjon. Hviskelek i siste terapitime var det endelige og mest virkningsfulle

tiltaket som gjorde at klienten snakket. Jeg mener dette fungerte fordi klienten hadde gått gjennom en lang nok desensitiverende fase og var blitt trygg nok på settingen og terapeuten.

Stimulus fading, også kalt “sliding in technique” som er en form for desensitivering, ble ikke så vellykket. Det kan skyldes at teknikken ble gjennomført for raskt, eller trengte mer tilvenning. Den ble ikke forsøkt senere i terapien. Ulike provokasjonsformer for å øke klientens behov for å snakke ga heller ingen umiddelbar effekt, men kan ha vært med å bygge opp en lyst til verbal tale som kom til syne senere. I tillegg til defokusert kommunikasjon og atferdsteknikker var foreldrearbeid, alliansebygging og leketerapi viktige momenter under hele terapiprosessen.

Særlig fikk samspillet mellom barnet og omsorgsgiver en stor betydning. Det var indikasjoner på en utrygg tilknytningsstil hvor omsorgsgiver ikke fungerte som tilstrekkelig trygg base. Samspillet bar generelt preg av overbeskyttende atferd som så ut til å begrense barnets utforskningsatferd og mestringserfaringer. Dette ble ansett som opprettholdende faktorer for klientens lidelse og ble dermed et sentralt utgangspunkt for behandlingen. Psykoedukasjon til omsorgsgiver som omhandlet prinsipper basert på COS ble betraktet som nødvendig i innledende fase av terapien. Omsorgsgiver fikk i tillegg til dette påminnerkort som hadde til hensikt å minne omsorgsgiver på å la barnet få tid til å respondere og at stillhet ikke er ”farlig”. Dette så ut til å gjøre det lettere for omsorgsperson å tilpasse seg prinsipper basert på COS og defokusert kommunikasjon. Resultatet var at omsorgsperson ble en ressurs i terapien.

Dette kasusstudiet viser særlig hvor viktig det er med foreldrearbeid i psykoterapi med yngre barn, og hvordan samspillet mellom barn og omsorgsgiver kan bidra til å begrense eller fremme barnets utvikling i terapi, så vel som ellers i livet. Dette kan være nyttig å ha fokus på særlig i innledende faser av terapien. Det kan også være hensiktsmessig å bevisstgjøre foreldrenes samspill med barnet for å fremme en gunstig behandlingseffekt. Kasusstudiet viser også at det er flere ting som kan fremme lydproduksjon hos barn med selektiv mutisme, og at det sannsynligvis er en kombinasjon av flere faktorer over tid som bryter barnets taushet.

Litteraturliste

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. American Psychiatric Pub.
- Anstendig, K. (1998). Selective mutism: A review of the treatment literature by modality from 1980–1996. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35(3), 381-391. doi: 10.1037/h0087851
- Anstendig, K. D. (1999). Is Selective Mutism an Anxiety Disorder? Rethinking Its DSM-IV Classification. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(4), 417-434. doi: 10.1016/S0887-6185(99)00012-2
- American Psychiatric Association (2013). Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. Hentet fra <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>
- Arie, M., Henkin, Y., Lamy, D., Tetin-Schneider, S., Apter, A., Sadeh, A., & Bar-Haim, Y. (2007). Reduced auditory processing capacity during vocalization in children with selective mutism. *Biological psychiatry*, 61(3), 419-421. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.02.020
- Askland, L. & Sataøen, S. O. (2009). *Utviklingspsykologiske perspektiv på barns oppvekst* (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barrett, P. M. (1998). Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(4), 459–468. doi: 10.1207/s15374424jccp2704_10
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(2), 333-342. doi:10.1037/0022-006X.64.2.333

- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *The Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 483-524. doi:10.1016/j.psc.2009.06.002
- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2007). *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social anxiety disorder*. Washington: American Psychological Association.
- Bergman, R. L., Piacentini, J., & McCracken, J. T. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(8), 938-946. doi:10.1097/00004583-200208000-00012
- Bergman, R. L., Gonzalez, A., Piacentini, J., & Keller, M. L. (2013). Integrated Behavior Therapy for Selective Mutism: A randomized controlled pilot study. *Behaviour research and therapy*, 51(10), 680-689. doi:10.1016/j.brat.2013.07.003
- Bergman, R. L., Keller, M. L., Piacentini, J., & Bergman, A. J. (2008). The development and psychometric properties of the Selective Mutism Questionnaire. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(2), 456-464. doi: 10.1080/15374410801955805
- Bernstein, G. A., Borchardt, C. M., & Perwien, A. R. (1996). Anxiety disorders in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(9), 1110-1119. doi:10.1097/00004583-199609000-00008
- Black, B., & Uhde, T. W. (1992). Case Study: Elective Mutism as a Variant of Social Phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(6), 1090-1094. doi:10.1097/00004583-199211000-00015
- Black, B., & Uhde, T. W. (1994). Treatment of elective mutism with fluoxetine: a double-blind, placebo-controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(7), 1000-1006. doi: 10.1097/00004583-199409000-00010
- Black, B., & Uhde, T. W. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(7), 847-856. doi:10.1097/00004583-199507000-00007

- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American psychologist*, 32(7), 513-531. doi:10.1037/0003-066X.32.7.513
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252. doi: 10.1037/h0085885
- Bowlby, J. (2005). *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*. New York: Routledge Classics
- Brandtzæg, I., Smith, L., & Torsteinson, S. (2011). *Mikroseparasjoner: Tilknytning og behandling*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke
- Bögels, S. M., Alden, L., Beidel, D. C., Clark, L. A., Pine, D. S., Stein, M. B., & Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27(2), 168-189. doi: 10.1002/da.20670
- Camposano, L. (2011). Silent Suffering: Children with Selective Mutism. *The Professional Counselor*, 1(1), 46-56. Hentet fra <http://tpcjournal.nbcc.org/wp-content/uploads/camposano-article.pdf>
- Carbone, D., Schmidt, L. A., Cunningham, C. C., McHolm, A. E., Edison, S., Pierre, J. S., & Boyle, M. H. (2010). Behavioral and socio-emotional functioning in children with selective mutism: a comparison with anxious and typically developing children across multiple informants. *Journal of abnormal child psychology*, 38(8), 1057-1067. doi: 10.1007/s10802-010-9425-y
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 228-249. doi: 10.1111/j.1540-5834.1994.tb01287.x
- Cassidy, J., & Berlin, L. J. (1994). The insecure/ambivalent pattern of attachment: Theory and research. *Child development*, 65(4), 971-991. doi: 10.1111/j.1467-8624.1994.tb00796.x
- Christon, L. M., Robinson, E. M., Arnold, C. C., Lund, H. G., Vrana, S. R., & Southam-Gerow, M. A. (2012). Modular Cognitive-Behavioral Treatment of an Adolescent

- Female With Selective Mutism and Social Phobia A Case Study. *Clinical Case Studies*, 11(6), 474-491. doi: 10.1177/1534650112463956
- Clark, D. M. A. (2005). A cognitive perspective on social phobia. I W. R. Crozier & L. F. Alden (Red.), *The essential handbook of social anxiety for clinicians* (s. 193–218). New York: Willy.
- Clark, D. M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. I R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope & F. R. Schneier (Red.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (s. 69–93). New York: Guildford Press.
- Cline, T., & Baldwin, S. (2004). *Selective Mutism in Children*. (2 utg.). London: Whurr Publishers Ltd.
- Cohan, S. L., Chavira, D. A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Roesch, S. C., & Stein, M. B. (2008). Refining the classification of children with selective mutism: A latent profile analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(4), 770-784. doi:10.1080%2F15374410802359759
- Cohan, S. L., Chavira, D. A., & Stein, M. B. (2006a). Practitioner review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: A critical evaluation of the literature from 1990–2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(11), 1085-1097. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01662.x
- Cohan, S. L., Price, J. M., & Stein, M. B. (2006b). Suffering in silence: Why a developmental psychopathology perspective on selective mutism is needed. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 27(4), 341-355. doi:10.1097/00004703-200608000-00011
- Cunningham, C. E., McHolm, A. E., & Boyle, M. H. (2006). Social phobia, anxiety, oppositional behavior, social skills, and self-concept in children with specific selective mutism, generalized selective mutism, and community controls. *European child & adolescent psychiatry*, 15(5), 245-255. doi: 10.1007/s00787-006-0529-4
- Cunningham, C. E., McHolm, A., Boyle, M. H., & Patel, S. (2004). Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academic performance, and social

- relationships in children with selective mutism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(8), 1363-1372. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00327.x
- Davey, G. (2008). *Psychopathology: Research, Assessment and Treatment in Clinical Psychology*. UK: British Psychological Society and Blackwell Publishing Ltd
- DeVet, K. A., Kim, Y. J., Charlot-Swilley, D., & Ireys, H. T. (2003). The therapeutic relationship in child therapy: Perspectives of children and mothers. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(2), 277-283.
doi:10.1207/S15374424JCCP3202_13
- Dow, S. P., Sonies, B. C., Scheib, D., Moss, S. E., & Leonard, H. L. (1995). Practical guidelines for the assessment and treatment of selective mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(7), 836-846.
doi:10.1097/00004583-199507000-00006
- Dummit, E. S., Klein, R. G., Tancer, N. K., Asche, B., Martin, J., & Fairbanks, J. A. (1997). Systematic assessment of 50 children with selective mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(5), 653-660.
doi:10.1097/00004583-199705000-00016
- Elizur, Y., & Perednik, R. (2003). Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: A controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1451-1459. doi:10.1097/00004583-200312000-00012
- Ford, M. A., Sladeczek, I. E., Carlson, J., & Kratochwill, T. R. (1998). Selective mutism: Phenomenological characteristics. *School Psychology Quarterly*, 13(3), 192-227.
doi:10.1037/h0088982
- Fonagy, P. (2006). Forandringsøjeblikke i psykoanalytisk teori: Diskussion af en ny teori om psykisk forandring. I J. H. Sørensen (Red.), *Affektregulering i udvikling og psykoterapi*. (s. 211-219). København: Hans Reitzels Forlag
- Ginsburg, G. S., & Schlossberg, M. C. (2002). Family-based treatment of childhood anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*, 14(2), 143-154. doi: 10.1080/09540260220132662

- Gosch, E. A., Flannery-Schroeder, E., Mauro, C. F., & Compton, S. N. (2006). Principles of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders in children. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(3), 247-262. doi:10.1891/jcop.20.3.247
- Grøholt, B., Sommerschild, H. & Garløv, I. (2001): *Lærebok i barnpsykiatri* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Haavind, H. (1996). Leken som virkemiddel i psykoterapi med barn. I S. Reichelt, & H. Haavind (Red.), *Aktiv Psykoterapi. Perspektiver på psykologisk forståelse og behandling*. (s. 245 -280). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Hafstad, R. & Øvreeide, H. (2011). *Utviklingsstøtte. Foreldrefokusert arbeid med barn*. Oslo: Høyskoleforlaget.
- Hageberg, O. A (2011). Diagnose: Kanskje sjuk om nokre år. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48,(4), 354-363. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=139559&a=3
- Hansen, B. R. (1991). *Den første dialogen: En studie av spedbarnets oppmerksomhet i samspill*. Oslo: Solum.
- Hansen, B. R. (2012). *I dialog med barnet. Intersubjektivitet i utvikling og i psykoterapi*. Oslo; Gyldendal Akademisk
- Hoffman, K. T., Marvin, R. S., Cooper, G., & Powell, B. (2006). Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: the Circle of Security intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1017-1026. doi: 10.1037/0022-006X.74.6.1017
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999). Direction attention to what works. I M. A. Hubble (Red.), B. L. Duncan (Red.), S. D. Miller (Red.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (s. 407-447). Washington : *American Psychological Association*. doi: 10.1037/11132-013
- Jensen, T. K., Haavind, H., Gulbrandsen, W., Mossige, S., Reichelt, S., & Tjersland, O. A. (2010). What Constitutes a Good Working Alliance in Therapy with Children That

May Have Been Sexually Abused?. *Qualitative Social Work*, 9(4), 461-478. doi: 10.1177/1473325010374146

Johnson, M. & Wintgens, A. (2001). *The selective mutism resource Manual*. Oxon: Speechmark Publishing Ltd

Johnson, M & Wintgens, A. (2005, Februar). Hentet fra <http://www.selectivemutism.org/resources/library/Treating%20Professionals%20Information/SM%20Intervention.pdf>

Kagan, J., Reznick, J. S., & Snidman, N. (1987). The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child development*, 58(6), 1459-1473. Hentet fra: <http://www.jstor.org/stable/1130685>

Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 50-65. doi:10.1016/j.cpr.2005.09.001

Kortlander, E., Kendall, P. C., & Panichelli-Mindel, S. M. (1997). Maternal Expectations and Attributions about Coping in Anxious Children. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(3), 297-315. doi:10.1016/S0887-6185(97)00012-1

Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(2), 249-256. doi:10.1097/00004583-200002000-00026

Kristensen, H. (2002). *Selective mutism in children. Comorbidity and clinical characteristics. A clinical case-control study* (Doktoravhandling). Institutt for medisin, Universitetet i Oslo.

Kristensen, H. (2005). *Taushet er også tale. Selektiv mutisme hos barn og unge*. I Barn i Norge: "Se meg". (Årsrapport, s. 17-25). Oslo: Voksne for Barn.

- Kristensen, H., & Torgersen, S. (2001). MCMI-II personality traits and symptom traits in parents of children with selective mutism: A case-control study. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 648-652. doi:10.1037/0021-843X.110.4.648
- Krysanski, V. L. (2003). A brief review of selective mutism literature. *The Journal of Psychology*, 137(1), 29-40. doi: 10.1080/00223980309600597
- Lambert, M. J. & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. I A. E. Bergin & S. L. Garfield (Red.), *The Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4. utg.) (s. 143-189). New York: John Wiley.
- Louca-Papaleontiou, E., Melhuish, E., & Philaretou, A. (2012). Introspective abilities in preschool children. *Asian Transactions on Basic and Applied Sciences*, 2(2), 14-30. Hentet fra http://www.bbk.ac.uk/psychology/our-staff/academic/edward-melhuish/documents/Introspection_Publication.pdf
- Lundahl, K., Ørbeck, B., & Kristensen, H. (2009). *Selektiv mutisme hos barn og unge. En veileder for pedagogisk psykologisk tjeneste*. Jaren: PP-tjenestens Materiellservice.
- Manassis, K., & Bradley, S. J. (1994). The development of childhood anxiety disorders: Toward an integrated model. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 15(3), 345-366. doi:10.1016/0193-3973(94)90037-X
- Manassis, K., Fung, D., Tannock, R., Sloman, L., Fiksenbaum, L., & McInnes, A. (2003). Characterizing selective mutism: Is it more than social anxiety?. *Depression and anxiety*, 18(3), 153-161. doi: 10.1002/da.10125
- Manassis, K., Tannock, R., Garland, E., Minde, K., McInnes, A., & Clark, S. (2007). The sounds of silence: Language, cognition, and anxiety in selective mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(9), 1187-1195. doi:10.1097/CHI.0b013e318076b7ab
- Moldan, M. B. (2005). Selective mutism and self-regulation. *Clinical Social Work Journal*, 33(3), 291-307. doi: 10.1007/s10615-005-4945-6
- Manassis, K., Bradley, S., Goldberg, S., & Hood, J. (1995). Behavioural inhibition, attachment and anxiety in children of mothers with anxiety disorders. *The Canadian*

Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie. Hentet fra
<http://psycnet.apa.org/psycinfo/1995-37127-001>

- Manassis, K., Bradley, S., Goldberg, S., Hood, J., & Swinson, R. P. (1994). Attachment in mothers with anxiety disorders and their children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(8), 1106-1113. doi:10.1097/00004583-199410000-00006
- Mash, E. J., & Wolfe, D. A. (2002). *Abnormal Child Psychology* (2 utg.). Wadsworth: Belmont, CA.
- Mendlowitz, S. L., Manassis, K., Bradley, S., Scapillato, D., Miezig, S., & Shaw, B. E. (1999). Cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: the role of parental involvement. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1223-1229. doi:10.1097/00004583-199910000-00010
- Mæhle M. (2007). Nyere utviklingspsykologi som ramme og forutsetning for klinisk arbeid med barn. I H. Haavind & H. Øvreeide (Red.), *Barn og unge i psykoterapi. Samspill og utviklingsforståelse*. (s. 27-68). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Nilsson M. & Trana H. (2007). Fra fastlåste til utviklingsstøttende dialoger. Terapeutens opplevelse av kaos og mestring i samtaler med barn og foreldre. I H. Haavind & H. Øvreeide (Red.), *Barn og unge i psykoterapi. Terapeutiske fremgangsmåter og forandring*. (s. 55-78). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Oerbeck, B., Stein, M. B., Wentzel-Larsen, T., Langsrud, Ø., & Kristensen, H. (2013). A randomized controlled trial of a home and school-based intervention for selective mutism—defocused communication and behavioural techniques. *Child and Adolescent Mental Health*. doi: 10.1111/camh.12045
- Olaff, S.H. (2008). Felles oppmerksomhet: Hva er det, og hvilke følger har det for opplæring av barn med autisme? *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 35(1), 33-50. Hentet fra <http://www.nta.atferd.no>
- Omdal, H. (1999). «*I would not mind talking to you, but something stronger than I, for which I cannot be blamed, prevents me*». *En studie av kommunikasjonen og det*

sosiale samspillet mellom førskolebarn med selektiv mutisme og barnehagepersonalet (Hovedfagsoppgave). Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo.

- Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical psychology review*, 17(1), 47-67. doi.org/10.1016/S0272-7358(96)00040-2
- Rapee, R. M., Craske, M., & Barlow, D. H. (1996). Psychoeducation. I C. G. Lindemann (Red.), *Handbook of the treatment of the anxiety disorders* (2 utg.). (s. 311-322). Northvale, NJ: Jason Aronson
- Remschmidt, H., Poller, M., Herpertz-Dahlmann, B., Hennighausen, K., & Gutenbrunner, C. (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 251(6), 284-296. doi: 10.1007/PL00007547
- Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Hirshfeld, D. R., Boldue, E. A., Faraone, S. V., Kagan, J., Snidman, N., & Reznick, J. S. (1991). Further evidence of an association between behavioral inhibition and anxiety disorders: Results from a family study of children from a non-clinical sample. *Journal of Psychiatric Research*, 25(1), 49-65. doi: 10.1016/0022-3956(91)90015-3
- Russ, S. W. (2004). *Play In Child Development And Psychotherapy: Toward Empirically Supported Practice*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers
- Sandseter, E. B. H., & Kennair, L. E. O. (2011). Children's Risky Play from an Evolutionary Perspective: The Anti-Phobic Effects of Thrilling Experiences. *Evolutionary psychology: an international journal of evolutionary approaches to psychology and behavior*, 9(2), 257-284. Hentet fra: <http://www.epjournal.net/wp-content/uploads/EP092572842.pdf>
- Schwartz, R. H., Freedy, A. S., & Sheridan, M. J. (2006). Selective mutism: are primary care physicians missing the silence?. *Clinical pediatrics*, 45(1), 43-48. doi: 10.1177/000992280604500107
- Scott, S., & Beidel, D. C. (2011). Selective mutism: an update and suggestions for future research. *Current psychiatry reports*, 13(4), 251-257. doi: 10.1007/s11920-011-0201-

- Sharp, W. G., Sherman, C., & Gross, A. M. (2007). Selective mutism and anxiety: A review of the current conceptualization of the disorder. *Journal of anxiety disorders*, 21(4), 568-579. doi: 10.1016/j.janxdis.2006.07.002
- Shamir-Essakow, G., Ungerer, J. A., & Rapee, R. M. (2005). Attachment, behavioral inhibition, and anxiety in preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(2), 131-143. doi: 10.1007/s10802-005-1822-2
- Shear, M. K. (1996). Factors in the etiology and pathogenesis of panic disorder: revisiting the attachment-separation paradigm. *The American journal of psychiatry*, 153(7 Suppl), 125-36. Hentet fra <http://search.proquest.com/docview/220456088/fulltextPDF/1430BD15AF0663677B6/1?accountid=12870>
- Shipon-Blum, E. (2007). "When the Words Just Won't Come Out" Understanding Selective Mutism. Hentet fra <http://www.selectivemutism.org/resources/library/SM%20General%20Information/WHen%20the%20Words%20Just%20Wont%20Come%20Out.pdf>
- Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(3), 452-464. doi: 10.1037/0022-006X.71.3.452
- Shirk, S. R., & Russell, R. L. (1996). *Change processes in child psychotherapy: Revitalizing treatment and research*. New York: The Guilford Press.
- Shirk, S. R., & Saiz, C. C. (1992). Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy. *Development and Psychopathology*, 4(04), 713-728. doi:10.1017/S0954579400004946
- Siqueland, L., Kendall, P. C., & Steinberg, L. (1996). Anxiety in children: Perceived family environments and observed family interaction. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(2), 225-237. doi:10.1207/s15374424jccp2502_12
- Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development*. Cambridge: University of Cambridge Press.

- Standart, S., & Couteur, A. L. (2003). The quiet child: A literature review of selective mutism. *Child and Adolescent Mental Health*, 8(4), 154-160. doi: 10.1111/1475-3588.00065
- Steinhausen, H. C., & Juzi, C. (1996). Elective mutism: an analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(5), 606-614. doi:10.1097/00004583-199605000-00015
- Steinhausen, H. C., & Adamek, R. (1997). The family history of children with elective mutism: a research report. *European child & adolescent psychiatry*, 6(2), 107-111. doi: 10.1007/BF00566673
- Steinhausen, H. C., Wachter, M., Laimböck, K., & Metzke, C. W. (2006). A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(7), 751-756. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01560.x
- Stern, D. N. (2003). *Spedbarnets interpersonlige verden*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Stone, B. P., Kratochwill, T. R., Sladeczek, I., & Serlin, R. C. (2002). Treatment of selective mutism: A best-evidence synthesis. *School Psychology Quarterly*, 17(2), 168-190. doi:10.1521/scpq.17.2.168.20857
- Sloan, T. L. (2007). Family therapy with selectively mute children: A case study. *Journal of marital and family therapy*, 33(1), 94-105. doi: 10.1111/j.1752-0606.2007.00008.x
- Sluckin, A., Foreman, N., & Herbert, M. (1991). Behavioural treatment programs and selectivity of speaking at follow-up in a sample of 25 selective mutes. *Australian Psychologist*, 26(2), 132-137. doi:10.1080/00050069108258851
- Suveg, C., & Zeman, J. (2004). Emotion regulation in children with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(4), 750-759. doi:10.1207/s15374424jccp3304_10
- Svendsen, B. (2007). Utvikling av allianse i psykoterapi med barn. I H. Haavind & H. Øvreeide (Red.), *Barn og unge i psykoterapi. Samspill og utviklingsforståelse*. (s. 69-96). Oslo: Gyldendal Akademisk

- Turner, S. M., Beidel, D. C., Borden, J. W., Stanley, M. A., & Jacob, R. G. (1991). Social phobia: Axis I and II correlates. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(1), 102-106 doi:10.1037/0021-843X.100.1.102
- Velting, O. N., & Albano, A. M. (2001). Current trends in the understanding and treatment of social phobia in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(1), 127-140. doi: 10.1111/1469-7610.00705
- Viana, A. G., Beidel, D. C., & Rabian, B. (2009). Selective mutism: A review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review*, 29(1), 57-67. doi:10.1016/j.cpr.2008.09.009
- Whaley, S. E., Pinto, A., & Sigman, M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(6), 826-36. doi:10.1037/0022-006X.67.6.826
- Wilkins, R. (1985). A comparison of elective mutism and emotional disorders in children. *The British Journal of Psychiatry*, 146(2), 198-203. doi: 10.1192/bjp.146.2.198
- Wong, P. (2010). Selective mutism: a review of etiology, comorbidities, and treatment. *Psychiatry (Edgmont)*, 7(3), 23-31 Hentet fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2861522/>
- Wood, D., Bruner, J. S., & Ross, G. (1976). The role of tutoring in problem solving. *Journal of child psychology and psychiatry*, 17(2), 89-100. doi: 10.1111/j.1469-7610.1976.tb00381.x
- World Health Organization (1999). ICD-10. *Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer* (10 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Wright, H. H., Cuccaro, M. L., Leonhardt, T. V., Kendall, D. F., & Anderson, J. H. (1995). Case study: fluoxetine in the multimodal treatment of a preschool child with selective mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(7), 857-862. doi:10.1097/00004583-199507000-00008

- Wright, H. H., Holmes, G. R., Cuccaro, M. L., & Leonhardt, T. V. (1994). A guided bibliography of the selective mutism (elective mutism) literature. *Psychological reports*, 74(3), 995-1007. Hentet fra <http://www.amsciepub.com/doi/pdf/10.2466/pr0.1994.74.3.995>
- Yeganeh, R., Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2006). Selective mutism: more than social anxiety?. *Depression and anxiety*, 23(3), 117-123. doi: 10.1002/da.20139
- Ørbeck, B. (2008). Selektiv mutisme hos barn. Forståelse og diagnostiske utfordringer, nevropsykologiske funn, utredninger og behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45 (9), 1149-1154. Hentet fra <http://www.psykologtidsskriftet.no/>
- Øvreeide, H. (2009). *Samtaler med barn. Metodiske samtaler med barn i vanskelige livssituasjoner* (3 utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Aarseth, J. (2006). Psykiske problemer hos barn og unge: forekomst, forståelse og noen utfordringer. *Psykologisk tidsskrift*, 9 (1), 4-7. Hentet fra <http://www.svt.ntnu.no/psy/pt/>