



**Socialstyrelsen**

Videnspublikation:

# Selektiv mutisme

– når stemmen forsvinder og  
hvordan den genfindes

**VISO**

Den nationale Videns- og  
Specialrådgivningsorganisation

**Videnspublikationen er udarbejdet for VISO, Socialstyrelsen af:**

Langagerskolen, Aarhus kommune i tæt samarbejde med Taleinstituttet & Hjerneskadecenter Nordjylland (VISS)

Line Gebauer, psykolog, ph.d. – Langagerskolen, Aarhus kommune

Birgit Drasbæk Søgaard Isene, psykolog, specialist i børneneuropsykologi – Langagerskolen, Aarhus kommune

Susanne Hvidtfeldt, skolekonsulent – Langagerskolen, Aarhus kommune

Louise Torp Sørensen, børneneuropsykolog – Taleinstituttet & Hjerneskadecenter Nordjylland (VISS)

Niels Fuglsang Sørensen, psykolog – Taleinstituttet & Hjerneskadecenter Nordjylland (VISS)

**Produkterne i vidensprojektet er udviklet i samarbejde med VISOs netværk vedrørende selektiv mutisme bestående af VISO-specialister fra:**

Autismecenter Nord-Bo (Annette Møller; Vibeke Brams)

Autismecenter Syddanmark (Berit Birkholm Jørgensen; Ida Drejer Djurhuus; Tammie Bull Bruhn)

Behandlingsskolerne (Tina Nielsen Gladbjerg; Helle Reicelbach Madsen)

Helle Bavnshøj (Helle Bavnshøj; Henrik Læborg)

Kommunikationscentret i Hillerød (Bitten Folke Svejstrup; Susanne Højgaard Joensen)

Holmstrupgaard (Anna Graham Anderson; Pia Walfrid)

Langagerskolen (Birgit Isene; Susanne Hvidtfeldt; Line Gebauer)

Midtbypsykologerne (Stine Hæk; Mette Sommer)

PsykologPraxis (Mette Winsløv)

Søstjernesolen (Anne Vestergaard; Line Ibsen)

Taleinstituttet & Hjerneskadecenter Nordjylland (VISS) (Louise Torp Sørensen; Niels Fuglsang Sørensen)

En frivillig gruppe af unge og voksne der selv har eller har haft selektiv mutisme, samt forældre til børn med selektiv mutisme har bidraget til vidensprojektet i form af mundtlige og skriftlige interviews. Deres stemmer er et uvurderligt bidrag i forståelsen af selektiv mutisme og indlevelsen i hvordan det opleves ikke at kunne tale i visse sammenhænge.

Indholdet af videnspublikationen er præsenteret for medarbejderne ved Center for Psykologisk Behandling til Børn og Unge (CEBU), Aarhus Universitet, som led i fagfællebedømmelse.

**Publikationen er udgivet af:**

Socialstyrelsen

Edisonsvej 1

5000 Odense C

Telefon: 72 42 37 00

E-mail: [info@socialstyrelsen.dk](mailto:info@socialstyrelsen.dk)

[www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk)

Udgivet november 2022

ISBN: 978-87-94371-20-9



# Indhold

Introduktion .....	6
Hvad er selektiv mutisme? .....	8
Fra elektiv til selektiv mutisme .....	14
Selektiv mutisme som angstlidelse .....	16
<i>Selektiv mutisme og social angst: To sider af samme sag?</i> .....	18
Hvorfor udvikler man selektiv mutisme? .....	20
<i>Risikofaktorer</i> .....	22
Selektiv mutisme subtyper .....	25
<i>Specifik og generaliseret selektiv mutisme</i> .....	26
<i>De angste og mildt oppositionelle</i> .....	26
Sensorisk processering og motorisk udvikling hos børn med selektiv mutisme.....	28
Tale-sprog vanskeligheder .....	30
To- og flersprogede børn .....	31
Autisme .....	32
Hvad betyder det at udvikle selektiv mutisme for ens fremtidsudsigter? .....	35
<i>Ingen symptomer på selektiv mutisme</i> .....	36
<i>Fortsat selektiv mutisme</i> .....	37
<i>Anden psykiatrisk problematik</i> .....	37
Hvordan opleves det at have selektiv mutisme .....	39
Opsamling på videnspublikationen .....	42
Referencer .....	44





# Introduktion

Børns udvikling sker i interaktion med deres fysiske omverden og i det sociale samspil med andre mennesker. Det sociale samspil guides af kommunikation, der består af et rigt repertoire af non-verbale og verbale udtryk: fra øjenkontakt, mimik, fysisk imitation, interpersonel synkronisering, gestik og non-verbale lyde, til sproglig interaktion. Kommunikation er således langt mere end det talte sprog, alligevel er barnets sociale, emotionelle og kognitive udvikling i høj grad bundet op på den sproglige interaktion. Det er blandt andet igennem sproget at vi deler vores virkelighed, ønsker og behov, og for mange er sproget det redskab vi bruger til at vise interesse i hinanden og forbinde os med andre mennesker. Sproget gør barnet i stand til at kommunikere om ting, der ligger ud over den fysiske 'her-og-nu-verden', samt at dele og bygge videre på hinandens omfattende narrativer og fantasifulde indslag.

Barnets sproglige kommunikation kan være begrænset eller helt fraværende af en række forskellige årsager. Børn med selektiv mutisme *taler ikke* i specifikke kontekster eller til særlige personer, til trods for at de har funktionelt sprog i andre kontekster.

Tavsheden skyldes ikke at børn med selektiv mutisme nægter at tale eller er trodsige, de oplever ikke at kunne tale. Oftest taler børn med selektiv mutisme spontant og entusiastisk i hjemmet, med deres forældre, søskende og andre nære familiemedlemmer, men i børnehaven eller skolen er barnet konsekvent tavst, eller taler kun til enkelte andre børn, når ingen andre hører det.

Denne videnspublikation vil belyse hvordan selektiv mutisme påvirker barnets udvikling, hvad der ligger bag tavsheden og give praksisnære perspektiver på, hvordan vi bedst hjælper børn med selektiv mutisme og netværket omkring dem. Der foreligger kun

ganske lidt forskning om selektiv mutisme i Danmark, derfor er den samlede evidens, der præsenteres i nærværende tekst, baseret på internationalt publiceret materiale fra forskellige nationaliteter og populationer. Majoriteten af videnskabelig og faglig litteratur vedrørende selektiv mutisme er baseret på tredjepersonsbeskrivelser fra forskere, klinikere, lærere/pædagoger og forældre. Vi ønsker dog i tillæg til dette at fremhæve de, om end sparsomme, beskrivelser fra børn, unge og voksne, der selv har eller har haft selektiv mutisme. Indefra-perspektivet er vigtigt for at forstå, hvordan det opleves at leve med selektiv mutisme, samt give perspektiver på,

hvordan barnets perspektiv bedst inddrages i arbejdet. Afslutningsvist i dokumentet gives anbefalinger til videre læsning, hvis man skulle have lyst til at dykke ned i detaljerne af de omtalte undersøgelser eller beskrivelser.

Materialet er opdelt i to videnspublikationer: **Den første del** omhandler, hvordan vi kan forstå hvad selektiv mutisme er, hvorfor man udvikler selektiv mutisme og hvad det betyder for barnets fremtid. **Anden del** belyser indsatser i arbejdet med børn med selektiv mutisme. Her er fokus på, hvordan

principper fra evidensbaserede behandlingsprogrammer kan oversættes til mere systemiske interventioner i en dansk kommunal kontekst, samt kliniske anbefalinger i forhold til det terapeutiske arbejde og inddragelsen af forældre og det øvrige netværk i behandlingen. I tillæg til de to videnspublikationer er der udarbejdet et inspirationskatalog om afdækning og indsatser vedr. selektiv mutisme. Inspirationskataloget gennemgår anbefalinger til det tværfaglige samarbejde omkring barnet med selektiv mutisme, samt hvordan vi kan møde barnet og indrette omgivelserne, så de bedst imødekommer og støtter barnets udvikling hen imod større deltagelse, kommunikation og tale. I denne del fremgår konkrete

Det er blandt andet igennem sproget at vi deler vores virkelighed, ønsker og behov, og for mange er sproget det redskab vi bruger til at vise interesse i hinanden og forbinde os med andre mennesker.

arbejdsark og modeller, der kan anvendes i arbejdet med at skabe fælles forståelse og individualiserede indsatser.

Videnspublikationen er målrettet fagpersoner (psykologer, audiologopæder, lærere, pædagoger), men kan også læses af forældre der søger mere dybdegående viden. I tillæg til videnspublikationerne er der udarbejdet to podcasts, én overordnet om selektiv mutisme og én om forældreperspektivet på hvordan det opleves at have et barn, der ikke taler i visse sammenhænge. Desuden er der udviklet små hæfter med gode råd til forældre, fagpersoner og kammerater, fra mennesker med selektiv mutisme. Teksten kan læses i sammenhæng eller bruges til nedslag, hvor du kan læse de afsnit, der er relevante for dit faglige virke.

VISO leverer specialrådgivning og eventuel forudgående udredning i forhold til målgrupper mv., der er omfattet af lov om social service og lov om specialundervisning. VISO indsamler, udvikler, bearbejder og formidler ny social- og specialundervisningsfaglig viden om virksomme metoder og indsatser, der kan medvirke til at styrke rådgivnings- og udredningsarbejdet i kommuner, tilbud m.fl., herunder bidrage til at understøtte faglige vidensmiljøer mv.

Det betyder, at VISO ikke tilbyder behandling/intervention, men udelukkende rådgivning og udredning. Behandling/intervention er en kommunal opgave, som VISO kan understøtte med viden om hvilke virksomme metoder og indsatser der kan medvirke til at styrke rådgivnings- og udredningsarbejdet i kommunerne.



# Hvad er selektiv mutisme?

Diagnosen selektiv mutisme har igennem mange år været lidt af et kuriosum – en diagnose, som mange har hørt anekdotisk omtale af, men som de færreste stifter bekendtskab med i deres faglige eller private liv. Selektiv mutisme er da også relativt sjælden, internationalt vurderes tilstanden at være til stede hos 0.7-2% af en børneårgang (Viana, Beidel, & Rabian, 2009). Mange børn kan dog udvise selektiv brug af sproget uden nødvendigvis at få stillet en formel diagnose.

Internationale undersøgelser viser ligeledes, at lærere kan udpege langt flere børn, der ikke taler end de, der gennemgår formel diagnosticering (Kumpulainen, Räsänen, Raaska, & Somppi, 1998). Dette kan skyldes at flere børn måske har subkliniske niveauer af mutisme, med selektiv sprogbrug uden at der er tale om en egentlig diagnose. Denne diskrepans kan også skyldes, at selektiv mutisme forveksles med generthed eller mere gennemgribende psykiatriske problematikker, som f.eks. autisme, der også påvirker den sociale kommunikation.

Mange af de børn, der gennemgår diagnostisk udredning for selektiv mutisme, har også øvrige psykiatriske problematikker (Driessen, Blom, Muris, Blashfield, & Molendijk, 2020; Kristensen, 2000; Black & Uhde, 1995). Selektiv mutisme har generelt store implikationer for den sociale, emotionelle og kognitive udvikling hos børnene, og der er enighed om, at tidlig indsats er essentielt for at sikre barnets udvikling og trivsel (Oerbeck, Manassis, Overgaard, & Kristensen, 2019). Barnets tavshed vil også ofte vække stærke reaktioner i forældre såvel som fagprofessionelle. Dette kan resultere i, at omgivelserne opbygger uhensigtsmæssige handlemønstre, der ikke understøtter barnet i at opbygge autonomi og mestringsoplevelser. Desuden kan forskellige forståelser af barnets problematik resultere i konfliktfulde samarbejder i netværket, hvis der ikke tages ordentligt hånd om de forskelle man oplever i barnets kommunikation i og udenfor hjemmet.

Selektiv mutisme forstås i dag som en angstlidelse, karakteriseret ved fravær af tale i specifikke kontekster eller overfor specifikke personer. For at der er tale om selektiv mutisme, må barnets tavshed ikke skyldes atypisk sprogudvikling eller mangelfulde sprogkompetencer. Tilstanden debuterer oftest hos børn i 3-6-årsalderen og skal have været mindst en måned. Selektiv mutisme er, som andre angsttilstande, mest udbredt hos piger (Hua & Major, 2016). Selektiv mutisme ses også oftere hos to- og flersprogede børn (Toppelberg, Tabors, Coggins, Lum, & Burger, 2005). Rent diagnostisk må barnets tavshed dog ikke udelukkende skyldes manglende kendskab til det talte sprog.

Børn med selektiv mutisme præsterer således kommunikativt meget forskelligt i forskellige situationer. Oftest taler barnet flydende og alderssvarende i hjemmet med forældre og andre nære relationer, og det er typisk udenfor hjemmet, ofte i skolen og overfor lærere eller andre fremmede mennesker, at barnet er tavst. Tale-mønstrene kan dog se ud på mange forskellige måder og det er væsentligt at få kortlagt hvor og med hvem barnet taler for at kunne støtte barnet bedst muligt og iværksætte den rette indsats.



## CASE

Silje er 3 år gammel, da familien flytter og hun begynder i en ny, større børnehave. Fra første dag i den nye børnehave stopper Silje med at tale til andre voksne end hendes forældre.

Børnehaven beskriver Silje som en køn, stille pige, der ikke gør meget væsen af sig. Hun deltager i alle aktiviteter og er med i de andre pigers leg på legepladsen. I børnehaven smiler hun til to af pædagogerne, som hun også ivrigt nikker og ryster på hovedet til, for at signalere sin mening, men hun taler ikke til nogen fra personalegruppen. En gang imellem overhører de hende sige små lyde, når hun leger med plastikdyr for sig selv, men hvis en af pædagogerne deltager i legen, bliver Silje helt tavs, kigger væk og ser tydelig ubekvem ud ved situationen.

Når der er vikarer på arbejde, ses et 'frossent kropssprog', hvor Siljes krop stivner og hendes blik er rettet mod gulvet. Hun ser ikke ud til at være i stand til at bevæge sig. Uanset hvor meget de voksne søger at trøste eller opmuntre hende, bliver hun ikke beroliget af deres kontakt.

Hjemme beskriver forældrene, at Silje taler som et vandfald, men så snart de er ude af hjemmet ændres hendes talestrøm til en sagte hvisken og de må tale for hende. Forældrene fortæller at Silje reagerer voldsomt på skift og har altid haft svært ved både at blive afleveret og hentet i børnehaven. Som 4-årig vurderes Silje af PPR at møde kriterier for selektiv mutisme, men familien beslutter at de ikke vil gå videre med udredning i psykiatrien, da Silje stadig er så lille og de håber at hun vokser fra det inden hun skal i skole.

Beskrivelsen er en fiktiv case baseret på kliniske erfaringer.



## TALEMØNSTRE

Børn med selektiv brug af sproget kan have meget varierende talemønstre. Det typiske udtryk er at barnet taler frit med forældre og søskende i hjemmet, men er tavst i børnehaven eller skole. For nogle børn begynder tavsheden i det øjeblik de træder ind på matriklen, hvorefter de er tavse indtil de forlader institutionen igen. For andre børn er tavsheden begrænset til specifikke personer, f.eks. kan de måske tale med eller hviske til andre børn, særligt tætte legekammerater, men kan være ude af stand til at tale med de voksne eller hvis mange børn er samlet. Nogle børn taler også gennem deres venner, så de hvisker små beskeder til en ven, der så kan tale for barnet overfor gruppen eller de voksne.

*"Jeg talte kun derhjemme med min mor, far og brødre. I børnehaven talte jeg med få børn, og al kontakt til de voksne gik igennem de andre børn. [...] Jeg havde nogle få veninder i skolen, som jeg kunne tale med når vi var alene. Men ikke sammen med de andre fra klassen, og jeg lukkede i lige så snart der kom en voksen, som ville kunne høre mig" – Laura, 30 år*

For nogle børn er det sårbart at andre hører deres stemme, derfor vil de heller ikke kunne tale til f.eks. forældre når de er i den kontekst hvor de er tavse.


*"Når vi kommer på skolen f.eks. til møde, kan vi gå hen og hilse på vores søn i skolegården uden at han er i stand til at kigge på os eller hilse tilbage." – Forældre til dreng på 16 år, med selektiv mutisme og autisme*

Andre børn kan finde på at tale højt til forældrene, hvor man nærmest kan få en fornemmelse af at de ønsker at de andre børn og voksne skal høre at de faktisk kan tale, selvom de ofte er tavse i hverdagen.

*"Vores datter taler ikke. Men lad os sige, hun var ved lægen og lægen vil spørge: "havde du en god fødselsdag?" Og så kigger vi begge to på min datter. Så vil jeg spørge: "havde du en god fødselsdag?" og så svarer min datter mig. Og hun svarer højt nok til, at hun sikrer sig, at lægen hører hende. Sådan er det også i børnehaven. Lige så snart hendes far eller jeg kommer ned i børnehaven så råber hun: "MOR!", "FAR!" igennem hele legepladsen. Så de andre må gerne høre hende, men det er os, hun taler til. Og hun kan også godt tale hvis der står en pædagog eller andre børn i nærheden, så taler hun ekstra højt. Hun kan også godt finde på at vende sig om for at se, om de har hørt hende. Men hun taler til os." – Mor til datter på 5 år med selektiv mutisme*

For nogle børn kan det også være svært at tale med familiemedlemmer, f.eks. bedsteforældre eller 'bonus-søskende' og i nogle tilfælde også forældre eller søskende. Det kan være svært for både barnet og familiemedlemmet som barnet er tavst overfor, de vil gerne hinanden, men måske netop det store ønske om at 'lykkes' sammen kan spænde ben for barnets tale. På samme måde kan det udfordre sammenbragte familier, hvis barnet er tavst overfor nogle i husstanden.

*"Vores datter stoppede f.eks. med at tale med min mor, og det er ellers en bedsteforælder som hun har et rigtig, rigtig tæt forhold med [...] Hun taler til hendes mormor nu men der har været dage undervejs, hvor hun ikke har talt til hende, selvom de er meget, meget tætte." – Mor til datter på 5 år med selektiv mutisme*



*“Derhjemme, sammen med min nærmeste familie og venner, er jeg: højrøstet, glad, social og snakkende. Udenfor er jeg: stille, angst og selvbevidst”*

- Harriet, 14 år fra Roe (2011), egen oversættelse.

Omfanget af barnets tavshed identificeres oftest først ved skolestart, hvor læringsmiljøer og sociale relationer i større omfang bygger på en forventning til sproglig kommunikation. Desuden kan miljøskift i barnets liv være medvirkende faktorer til at udløse selektiv mutisme. Skolestart er for mange børn en stor omvæltning, og det er ikke atypisk at børn bliver mere generte og stille i forbindelse med skolestart. Selektiv mutisme skal derfor have været mindst en måned og dette må ikke være den første måned efter skolestart. Tavsheden kan vare fra få måneder til årevis.

Der ses et mønster af at børn med selektiv mutisme først henvises til udredning eller behandling flere år efter begyndelsestidspunktet (B. Oerbeck, Stein, Wentzel-Larsen, Langsrud, & Kristensen, 2014) og det generelle kendskab til selektiv mutisme blandt praktikere (lærere, pædagoger, audiologopæder, psykologer) indenfor børneområdet i Danmark er fortsat sparsomt. Som eksemplificeret i casen om Silje, kan nogle forældre opleve diagnostisk udredning som overilet og unødvendigt, da de hjemme oplever et velfungerende barn der taler ivrigt. Samtidig opfattes barnet måske som generet og introvert udenfor hjemmet, men uden at det fulde omfang af barnets funktionshæmning er erkendt. For flertallet af børn forsvinder mutismen med alderen, hvorimod den for andre bliver mere omfattende og kan resultere i social isolation og manglende skolefaglig udvikling. For de der oplever en naturlig bedring af deres selektive mutisme, kan der dog fortsat være underliggende problemer på spil. Mange unge og voksne, der tidligere har haft selektiv mutisme

beskriver fortsat ubehag ved at tale i visse kontekster eller om særlige emner, og en stor andel vil vedblive med at have udtalt social tilbageholdenhed og social angst, der kan medføre yderligere psykopatologi senere i livet (Arigliani, Giordo, Vigliante, & Romani, 2020; Muris & Ollendick, 2021a).

Selektiv mutisme er primært beskrevet hos mindre børn, hvor den typiske symptomdebut ligger, men diagnosen stilles også hos unge og voksne. Hos nogle unge har mutismen været siden den tidlige barndom, hos andre opstår den først i ungdommen eller voksenlivet. Der eksisterer dog langt mindre viden om selektiv mutisme hos voksne. Forventningerne til voksne adskiller sig markant fra børn, det at have selektiv mutisme, kan derfor også opleves ganske anderledes både af personen selv og omgivelserne. Studier finder at voksne med selektiv mutisme udviser stor undgåelsesadfærd i forhold til situationer hvor de er påvirket af mutismen (Krysanski, 2003), hvilket kan føre til at de sjældnere søger behandling.

Omfanget af barnets tavshed identificeres oftest først ved skolestart, hvor læringsmiljøer og sociale relationer i større omfang bygger på en forventning til sproglig kommunikation.



*"Det er ikke så længe siden, jeg fandt ud af, at min  
tavshed var selektiv mutisme. Cirka da jeg var 13-14 år.  
Tidligere sagde jeg bare, at jeg var genert. Jeg havde  
ikke rigtig lyst til at være tavs, jeg ville gerne snakke med  
de andre, men det kunne jeg ligesom bare ikke. Jeg kunne  
ikke lide, når opmærksomheden var mod mig. Nogle  
gange er det lidt nemmere at undgå ting, hvis man bare  
ikke siger noget."*

– Olivia F. Jensen, 16 år

# Fra elektiv til selektiv mutisme

Igennem de seneste 150 år og formentlig længe-  
re tilbage endnu, har der foreligget beskrivelser af  
børn der ikke taler i specifikke kontekster hvor tale  
forventes af dem. Den tyske psykiater Kussmaul  
anvendte i 1877 termen 'aphasia voluntia', hvilket  
beskrev en selvvalgt tavshed. At tilstanden var de-  
fineret af barnets uvilje til at tale lå også i betegnel-  
sen elektiv mutisme, der blev introduceret af Moritz  
Tramer i 1934, og fortsat er anvendt i ICD-10, men  
med ICD-11 overgår til at hedde selektiv mutisme.  
Denne ændring i sprogbrug understreger en væ-  
sentlig ændring i forståelsen af selektiv mutisme,  
nemlig at tavsheden ikke længere ses som en vilje-  
styret, trodsig reaktion, men i stedet som et fæno-  
men der er udenfor viljens kontrol.

Denne forståelse er ikke ny, men dette til trods har  
kliniske beskrivelser af børn med selektiv mutisme  
tidligere været præget af stærkt negative beskri-  
velser af børnene som oppositionelle og manipu-  
lerende/ kontrollerende, ligesom forældrene har  
beskrevet børnene som lettere stædige og irritable  
(Arigliani et al., 2020). Rent empirisk ser denne ad-  
færd dog ikke ud til at være et gennemgående træk,  
men måske snarere en adfærd, der kendetegner en  
subgruppe af børn med selektiv mutisme (Cohan et  
al., 2008; Diliberto & Kearney, 2018). Der kan des-  
uden argumenteres for at de oppositionelle beskri-  
velser kan ses som adfærdsud-  
tryk for den underliggende  
ængstelighed hos børnene.  
Dette kan være i form af at  
børnene har udviklet ma-  
ladaptive strategier til at  
håndtere deres ængstelig-  
hed, eller at omgivelserne  
fejlfortolker børnenes æng-  
stelighed som trodsig eller  
krav-undgående.

Denne ændring i sprog-  
brug understreger en  
væsentlig ændring i  
forståelsen af selektiv  
mutisme, nemlig at tav-  
sheden ikke længere ses  
som en viljestyret, trodsig  
reaktion, men i stedet  
som et fænomen der er  
udenfor viljens kontrol.

Alle børn kan med viljens magt beslutte sig for ikke  
at tale i en specifik situation, men de fleste der har  
leget stilleleg med et førskolebarn ved, at det er en  
krævende øvelse, som hurtigt vil forpurre af plud-  
selige indskydelser eller samspilsinvitationer. Der er  
således intet der tyder på at tavsheden hos børn  
med selektiv mutisme er et udtryk for viljestyret ad-  
færd. I deres egne beskrivelser, fortæller unge voks-  
ne igen og igen om, hvor gerne de ville kunne kom-  
munikere som deres jævnaldrende og deltage som  
den person de i virkeligheden er (Walker & Tobbell,  
2015a). I tråd med skiftet fra at se tavsheden som  
viljestyret og oppositionel, til primært at se det som  
et udtryk for angst, er diagnosen selektiv mutisme  
overgået fra at være grupperet som en social funk-  
tionsforstyrrelse i ICD-10 til at være grupperet som  
en angstlidelse i ICD-11.

De påkrævede træk er således vedvarende selek-  
tivitet i talen, hvor barnet demonstrerer alderssva-  
rende sprogkompetencer i visse sociale situationer  
(oftest i hjemmet) men konsekvent er ude af stand  
til at tale i andre sociale situationer (ofte i skolen).  
Tavsheden skal have været over en måned og dette  
må ikke bestå udelukkende af den første måned efter  
skolestart. Tavsheden skal være i et omfang hvor det  
har negativ indflydelse på  
indlæring/skolegang, social  
kommunikation eller hvor  
den påvirker barnets dagli-  
ge funktionsniveau. I diag-  
nosekriterierne fremhæves  
det desuden at tavsheden  
ikke må skyldes neurale  
udviklingsforstyrrelser som  
autisme eller sprogudvik-  
lingsforstyrrelser.

## 6B06 Selective mutism

---

### Description

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

### Exclusions

- Schizophrenia (6A20)
- transient mutism as part of separation anxiety in young children (6B05)
- Autism spectrum disorder (6A02)

### Diagnostic Requirements

#### Essential (Required) Features:

- Consistent selectivity in speaking, such that a child demonstrates adequate language competence in specific social situations, typically at home, but consistently fails to speak in others, typically at school.
- The duration of the disturbance is at least 1 month, not limited to the first month of school.
- The disturbance is not due to a lack of knowledge of, or comfort with, the spoken language demanded in the social situation.
- The symptoms are not better accounted for by another mental disorder (e.g., a Neurodevelopmental Disorder such as Autism Spectrum Disorder or Developmental Language Disorder).
- Selectivity of speech is sufficiently severe so as to interfere with educational achievement or with social communication or is associated with significant impairment in other important areas of functioning.

Kriterierne for selektiv mutisme i den nuværende engelske version af ICD-11 (International Classification of Diseases – 11: ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (who.int) <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/167946871>). Den endelige oversættelse forlægger endnu ikke på dansk.

# Selektiv mutisme som angstlidelse

At selektiv mutisme er diagnostisk kategoriseret som en angstlidelse betyder at diagnosen deler en række karakteristika med andre angsttilstande. Karakteristisk for angstlidelser er, at tilstandene er associeret med kropslige og emotionelle reaktioner, bekymringsfuld tænkning samt et samspil af risikofaktorer og beskyttende faktorer, både iboende barnet og fra omgivelserne. Gennemgående er børn med selektiv mutisme mere generte og tilbageholdende, og påvirkes kraftigt af forandringer (Gensthaler et al., 2016; Milic, Carl, & Rapee, 2020; Muris, Hendriks, & Bot, 2016). Når lærere og forældre skal vurdere børnenes adfærd, beskriver de konsekvent højere grad af internaliserende adfærd (angst, nedtrykthed, social tilbagetrækthed) hos børn med selektiv mutisme end hos kontrolgruppen, og der ses gennemsnitligt ikke mere udadreagerende adfærd hos børn med selektiv mutisme (Vecchio & Kearney, 2005).





*”SIG DET, SIG DET, hvordan kan jeg sige det på en god måde?”. De tanker kører i mit hoved. [...] I situationer hvor jeg er presset til at tale, mærker jeg at jeg begynder at svede og hele hovedet begynder at lave ringelyde. Det forsvinder igen for det meste, når jeg er ude af situationen, men det kan godt tage lidt tid. Efter at jeg er begyndt at tale, er der lidt mindre af det. Det er der stadig, når jeg er i tvivl om det jeg siger er rigtigt og om jeg gør det godt nok.”*

*– Olivia F. Jensen, 16 år*



## Selektiv mutisme og social angst: To sider af samme sag?

En meta-analyse af 22 studier, der inkluderede i alt 837 børn med selektiv mutisme, fandt at 80% af børn med selektiv mutisme i tillæg havde én yderligere angsttilstand, mest hyppigt social angst<sup>1</sup> (69%) (Driessen et al., 2020).

Social angst fremtræder oftest i situationer hvor man bliver fokus for andres opmærksomhed og frygter deres kritik eller evaluering og tilstanden er typisk forbundet med kraftige fysiologiske reaktioner, som rødmen, sved, hjertebanken, kvalme og rysten. Social angst er derfor i stort omfang forbundet med undgåelse af en række sociale sammenhænge, hvor man risikerer at blive fokus for andres opmærksomhed.

Man skelner typisk mellem specifik og generaliseret social angst. Ved specifik social angst er ængsteligheden knyttet til specifikke handlinger, som at tale foran en gruppe af mennesker eller med fremmede. Ved generaliseret social angst har man svært ved en række ting i sociale sammenhænge, det kan f.eks. være at spise sammen med andre, være i en større gruppe af mennesker f.eks. på uddannelsesinstitutioner eller i supermarkeder, hvor man kan opleve at andre kigger særligt på én og opleve en intens angst for at fejle eller blive ydmyget foran andre.

I realiteten er skellet mellem specifik og generaliseret social angst sjældent kategorisk, og de to betegnelser må snarere ses som yderpoler af et kontinuum af lidelsens sværhedsgrad og omfang. På samme måde skelner mange mellem specifik og generaliseret selektiv mutisme. Hvor specifik selektiv mutisme er karakteriseret ved tavshed overfor enkelte personer eller i enkelte kontekster, hvorimod generaliseret selektiv mutisme betegner de børn der er tavse på tværs af mange kontekster udenfor hjemmet og overfor de fleste personer, der ikke er en del af deres nære familie.

Studier der sammenligner selektiv mutisme og social angst, viser at omgivelserne (forældre og skole) beskriver børnene med selektiv mutismes adfærd som mere angst-præget end det er tilfældet for børn med social angst, men når børnene med selektiv mutisme selv spørges, angiver de samme niveau af ængstelighed som børn med social angst (Driessen et al., 2020). Klinisk forekommer børnene også ofte (men langt fra altid) ængstelige og giver udtryk for ængstelige kognitioner og reaktioner i forbindelse med deres tavshed.

Eksempler på typiske tanker, følelser, handlinger og kropslige reaktioner er gengivet i den kognitive diamant i figur 1. I interviews med børn med selektiv mutisme, hvor børnene beskriver deres tænkning omkring de sociale situationer hvori de ikke taler, finder man at tænkningen minder om den ængstelige tænkning man ofte kender fra børn med social fobi, nemlig angst for at blive bedømt eller evalueret af andre (Vogel, Gensthaler, Stahl, & Schwenck, 2019). På samme måde, ses tegn på undgåelsesadfærd, ved at børn med selektiv mutisme generelt har en tendens til at undgå nye og ukendte situationer. Det er dog væsentligt at der hos børn med selektiv mutisme ses langt mindre undgåelsesadfærd end ved social angst.

Børn med selektiv mutisme har ikke stort omfang af skolefravær og er typisk mere socialt rettede imod jævnaldrende end man ville forvente af børn med social angst.

Social angst fremtræder oftest i situationer hvor man bliver fokus for andres opmærksomhed og frygter deres kritik eller evaluering

<sup>1</sup> Teksten igennem anvendes begreberne social fobi og social angst som reference til ICD-10 F40 Agorafobi/F40.1 social fobi, ICD-11 6B04 social angst, samt DSM-5 Social phobia/Social anxiety disorder.

Det markante diagnostiske overlap mellem selektiv mutisme og social angst har dog givet anledning til spekulationer om hvorvidt selektiv mutisme i virkeligheden burde ses som en (ikke-bevidst og ukontrollerbar) strategi til at håndtere social angst (barnet undgår angstprovokerende sociale situationer ved ikke at tale) eller som en tidlig manifestation af social angst, snarere end som en isoleret lidelse (Bögels et al., 2010).

Selektiv mutisme og social angst antages således af nogle forskningsgrupper at udgøre et spektrum (Schneier, Blanco, Antia, & Liebowitz, 2002), imens andre peger på at heterogeniteten af selektiv mutisme kræver yderligere subgruppering for fuldt at beskrive tilstandens forskellige manifestationer og relationer til andre psykiatriske tilstande (Muris

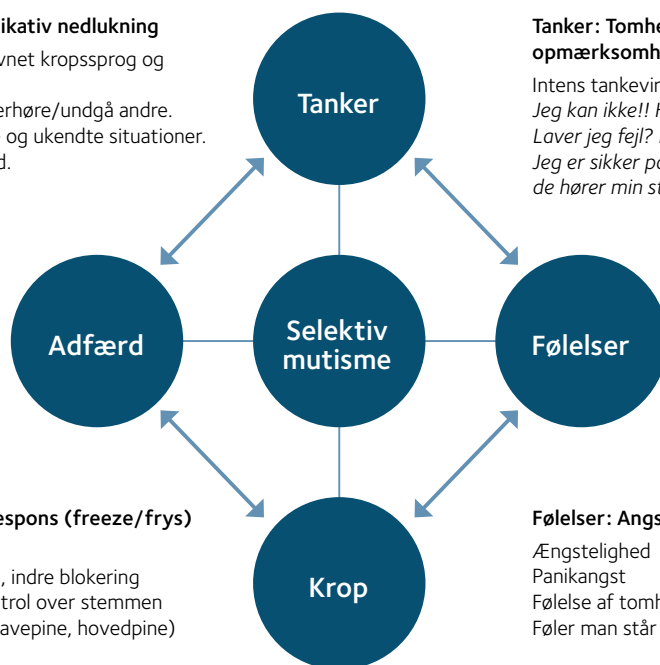
& Ollendick, 2021b). For trods klassifikationen af selektiv mutisme under angstlidelser, er ængstelighed i adfærd eller tænkning ikke et kriterium for at stille diagnosen. Samtidig bør det også bemærkes at 20% af de inkluderede børn i den ovennævnte meta-analyse ingen komorbid angstlidelse havde (Driessen et al., 2020). Det er således et åbent spørgsmål, hvorvidt alle cases af selektiv mutisme er forbundet med ængstelighed hos børnene, samt hvorvidt børnene selv er bevidste om en eventuel underliggende angst. Rent klinisk beskriver mange voksne, der har haft selektiv mutisme i deres barndom, at de var forholdsvist gamle før de selv genkendte deres tavshed som et udtryk for angst.

**Adfærd: Social-kommunikativ nedlukning**

Tavs. Kigger ned/væk. Stivnet kropssprog og ansigtsudtryk.  
Synes at ignorere eller overhøre/undgå andre.  
Undgåelsesadfærd ift. nye og ukendte situationer.  
Overtilpasser –blender ind.

**Tanker: Tomhed eller frygten for andres opmærksomhed/vurdering**

Intens tankevirksomhed/tomhed – evaluering – præstation  
*Jeg kan ikke!! Hvad skal jeg sige? Hvad spørger de mig om?  
Laver jeg fejl? Det skal være perfekt det jeg siger!  
Jeg er sikker på at de andre bedømmer mig negativt hvis de hører min stemme*



**Krop: Biologisk stress-respons (freeze/frys)**

Fysisk uro/ubehag  
Halsen snører sig sammen, indre blokering  
Kan ikke tale, mangler kontrol over stemmen  
Somatiske symptomer (mavepine, hovedpine)

**Følelser: Angst**

Ængstelighed  
Panikangst  
Følelse af tomhed og tavshed  
Føler man står på scenen foran de andre – præstationsangst

Figur 1: Illustration af den kognitive diamant med eksempler på tanker, følelser, kropslige og adfærdsmæssige reaktioner hos ængstelige børn med selektiv mutisme. Andre eksempler på anvendelser af den kognitive diamant kan f.eks. ses i Jørgensen & Schlander (2018) Kognitiv Adfærdsterapi med børn, unge og familier.

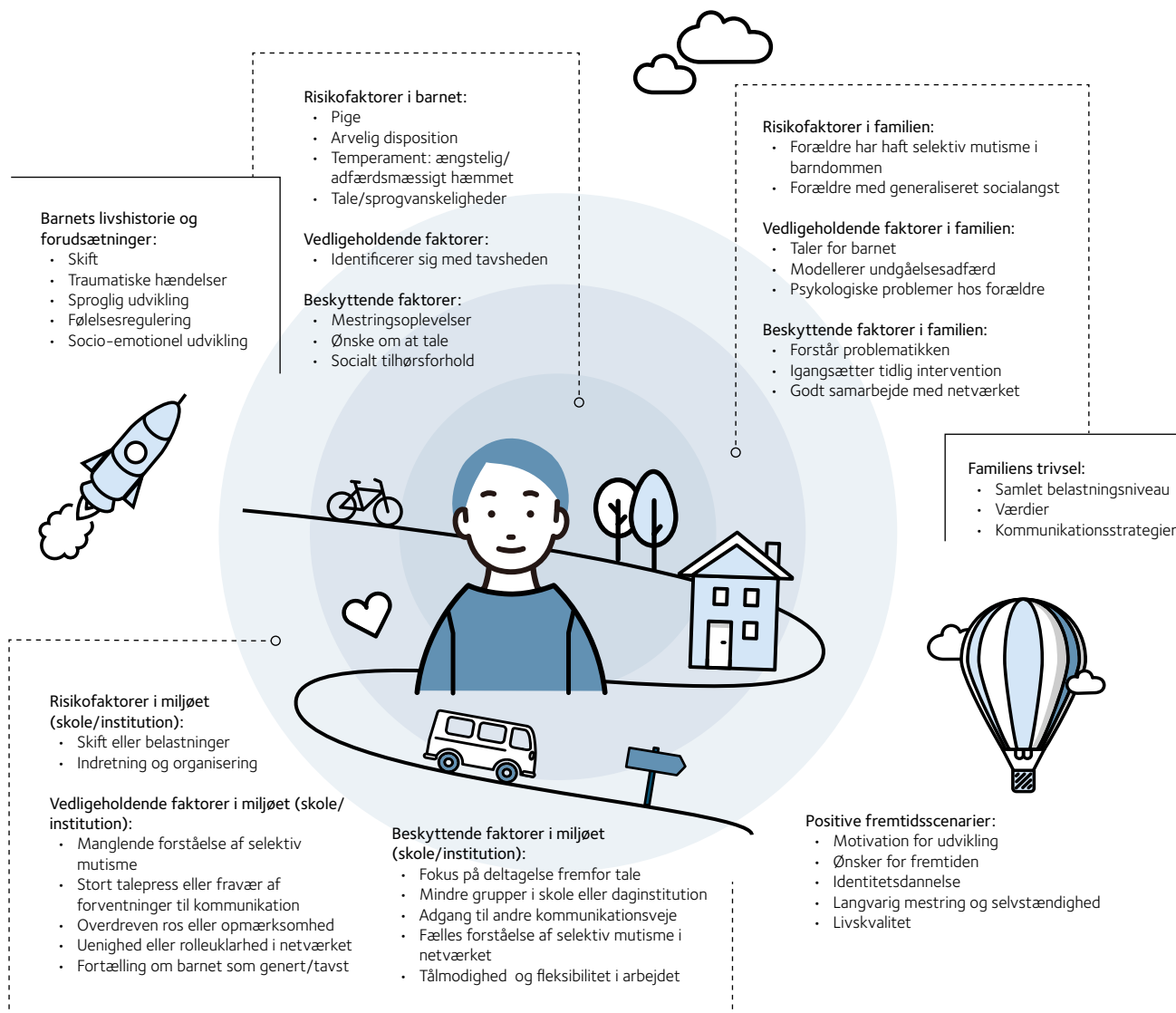


*Jeg havde en meget tæt relation til min mor – nærmest symbiotisk. Det var min mor, der talte for mig. Og jeg skulle hele tiden være tæt på hende når vi var ude, så jeg kunne gemme mig bag hende. Min mor ville gerne beskytte mig, og gøre alt det bedste for mig. Men på længere sigt gjorde hun mig en bjørnetjeneste, da jeg sjældent blev udfordret i at sige noget selv.*

– Laura, 30 år

## Hvorfor udvikler man selektiv mutisme?

Der er ikke identificeret en entydig ætiologi bag selektiv mutisme og al forskning peger på, at en multi-faktoriel forståelsesmodel er nødvendig for at forstå hvorfor et barn pludselig stopper med at tale i visse sammenhænge. I udrednings- og behandlingsarbejdet vil man ofte fokusere på de vedligeholdende faktorer i arbejdet med og omkring barnet, fremfor på at lede efter isolerede udløsende faktorer. I forhold til udviklingen af præventive indsatser og tidlig identifikation af børn med selektiv mutisme, er det dog vigtigt at have en forståelse for hvordan biologiske, udviklingspsykologiske, familiære og samfundsmæssige faktorer kan bidrage til udviklingen af selektiv mutisme.



Figur 2: Modellen er en syntese mellem den klassiske kognitive caseformulering og en udviklingsøkologisk forståelsesmodel (Bronfenbrenner), med fokus på de systemer som barnet er en del af. Modellen bidrager til analyse af samspillet i de relationer barnet indgår i og systemernes gensidige påvirkning. I ovenstående eksempel er indsat særlige opmærksomhedspunkter, der er relevante for børn med selektiv mutisme. Systemer, relationer og de faktorer der påvirker barnet vil altid være individuelle. Barnet vil dog som hovedregel være under påvirkning af alle systemerne, men kan kun påvirke ind i de nære relationer. I modellen kan kulturelle forskelle mellem familien og det omgivende samfund, samt på tværs af forskellige samfundstyper med fordel belyses i forhold til det enkelte barn, da dette kan have indflydelse på samfundets forventninger til barnets kommunikation og indstilling til forskellige interventionstilgange.

I figur 2 gives et overblik over hyppigt forekommende risikofaktorer, vedligeholdende faktorer og beskyttende faktorer i barnet samt i de relationer og omgivelser, barnet indgår i. Modellen supplerer med barnets livshistorie, barnets udvikling i forskellige livsfaser samt familiens aktuelle trivsel. Yderligere fremhæves barnets motivation, ønsker og drømme for at sikre, at indsatser og effekter er i overensstemmelse med barnets og familiens værdier.

**Barnets livshistorie:** Modellen giver mulighed for at fremsætte hypoteser med baggrund i viden om centrale faktorer i barnets historik og forudsætninger, samt tilbyde indsatser der er i overensstemmelse med barnets og familiens værdier, motivation, ønsker og drømme for fremtiden (se inspiration til inddragelse af barnet i pædagogiske anbefalinger). **Familiens trivsel:** Modellen giver mulighed for at afdække familiens samlede belastningstilstand i arbejdet med at sammensætte en tilpasset indsats og understøtte forandringsparathed, og fælles retning i netværket omkring barnet.

## Risikofaktorer

Forældre til børn med selektiv mutisme har oftere selv haft selektiv mutisme eller andre angstlidelser (Rozenek, Orlof, Nowicka, Wilczyńska, & Waszkiewicz, 2020). Der antages således at være et arveligt komponent og genet CNTNAP2 (contactin-associated protein-like 2), der påvirker interaktionen imellem neuroner og gliaceller under hjernes udvikling, er identificeret som en genetisk sårbarhedsfaktor for at udvikle både selektiv mutisme og social fobi (Stein et al., 2011). Der er også fundet en sammenhæng imellem graviditets- og fødsels-komplikationer og selektiv mutisme (Kristensen, 2002; Steinhausen & Juzi, 1996). Der er dog ikke basis for at antage at tilstanden alene eller primært skyldes genetikkens påvirkning af hjernes udvikling eller biologiske påvirkninger under graviditet/fødsel, men sammen med andre neurologiske forskelle, som f.eks. atypisk auditorisk processing (Henkin & Bar-Haim, 2015) kan medfødte biologiske forskelle være bidragende faktorer i udviklingen af selektiv mutisme.

Flere forældre til børn med selektiv mutisme, beskriver at de har oplevet en høj grad af social tilbagetrækning fra meget tidligt i barnets liv. Udviklingspsykologisk debutterer selektiv mutisme typisk i 3-6-årsalderen, parallelt med barnets gryende forståelse af andres perspektiv og intentionalitet som værende forskelligt fra barnets eget. En overopmærksomhed på andres opfattelse og bedømmelse af én kan vække stærke negative følelser. Mutismen kan således være en ikke-bevidst selvbeskyttelsesstrategi for børn der endnu ikke har udviklet mere adaptive strategier til at regulere intense følelser. Ved at være tavs nedreguleres det sociale pres på barnet og derigennem de negative følelser. Denne ikke-bevidste undgåelse medfører dog at barnet ikke udvikler alternative strategier til at nedregulere ængstelighed i det sociale samspil, hvilket derved bliver en vedligeholdende faktor i barnets sociale vanskeligheder. Den skæve kønsfordeling, hvor op til 2 gange så mange piger som drenge diagnosticeres med selektiv mutisme, afspejler den generelle overpræsentation af angstlidelser hos piger. Udviklingspsykologisk set er piger ofte tidligere opmærksomme på omgivelsernes forventninger og feedback til dem, og er derfor mere

følsomme overfor andres evalueringer eller bedømmelser. Samtidig kan der være en større forventning til de kommunikative færdigheder hos piger, der også kan være en medvirkende faktor til overhyppigheden af selektiv mutisme hos piger.

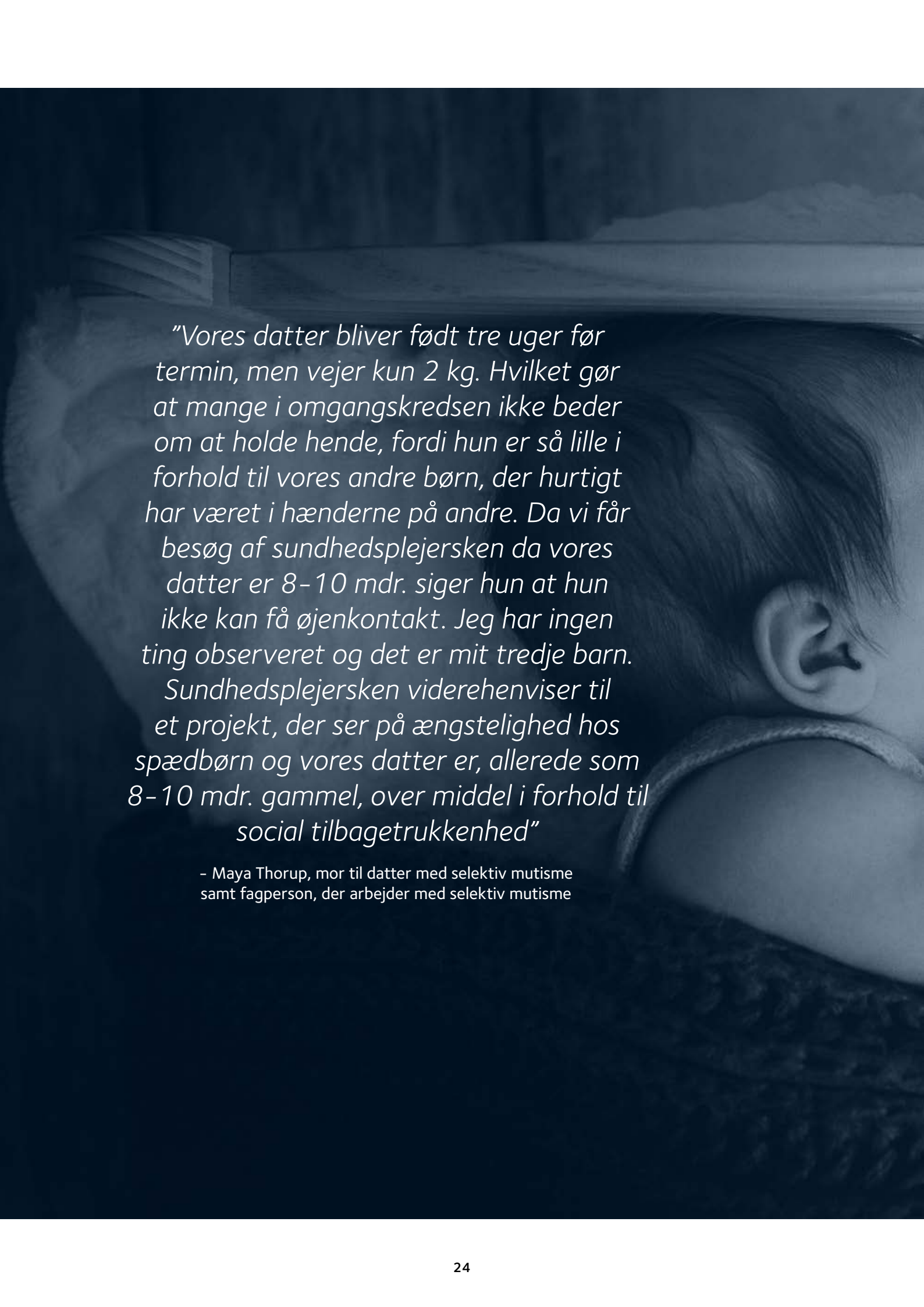
Ligesom forældrenes personlighed ofte beskrives som mere hæmmet, beskrives børn med selektiv mutisme gennemgående som mere generte og socialt tilbageholdende, også forud for at de stoppede med at tale. Dette er er vigtige opmærksomhedspunkter, da en præventiv indsat overfor børn med denne personlighedskonstellation, måske kan afværge at barnet udvikler selektiv mutisme. Sammenhængen imellem ængstelighed hos forældrene og selektiv mutisme hos barnet, udgør også en miljømæssig risikofaktor, da barnet kan imitere forældrenes undgåelsesadfærd (Rozenek et al., 2020). Barnet er ofte i påfaldende stærk grad tilknyttet og afhængigt af forældrene, og mange børn med selektiv mutisme oplever separationsangst (40%; (Chavira, Shipon-Blum, Hitchcock, Cohan, & Stein, 2007)). Samtidig finder studier at forældre til børn med selektiv mutisme ofte er mere beskyttende i deres opdragelsesstil og måske kommer til at forstærke undgåelsesadfærd hos barnet, fremfor at støtte barnet i at mestre det der er svært (Rozenek et al., 2020). Dette adfærdsmønster bør dog altid ses i et transaktionelt perspektiv, hvor symptomtilpasning forekommer naturligt hos langt de fleste der står overfor et ængsteligt barn.

Traumatiske hændelser har været undersøgt som udløsende faktor for selektiv mutisme. Der er dog udbredt enighed om at traumer ikke er den direkte årsag til selektiv mutisme

Anekdotisk har der været stærke koblinger mellem barnets tavshed og voldsomme hændelser i barnets liv eller traumer, og dermed til en enkeltstående udløsende faktor. Mange der har været udsat for et traume eller akut stress har oplevet ikke at kunne få adgang til stemmen, f.eks. at man ikke kan råbe op hvis man er offer for et overgreb eller røveri, eller i den noget lettere ende, at man har svært ved at kontrollere sin stemme når man holder en tale foran et større publikum. Det ses da også hyppigt, at mange, der udvikler selektiv mutisme kan have været igennem, for dem, belastende situationer eller perioder, men uden at dette nødvendigvis repræsenterer traumatiske oplevelser. Traumatiske hændelser har været undersøgt som udløsende faktor for selektiv mutisme og der ser ud til at være en vis korrelation imellem traumatiske oplevelser og selektiv mutisme (Andersson & Thomsen, 1998). Der er dog udbredt enighed om at traumer ikke er den direkte årsag til selektiv mutisme (Black & Uhde, 1995).

Sammenhængen skal derfor forstås som at voldsomme eller traumatiske hændelser udgør risikofaktorer for udviklingen af mental mistrivsel, hvor selektiv mutisme kan være ét af mange forskelligartede udtryk for mental mistrivsel. Akutte psykologiske og fysiologiske traumer kan dog resultere i mutisme. Her skelnes mellem traumatisk mutisme og selektiv mutisme, hvor traumatisk mutisme opstår umiddelbart efter en dramatisk/chokerende hændelse og påvirker al tale (Kolvin & Fundudis, 1981). Modsat selektiv mutisme, har børn med traumatisk mutisme således ikke forskellige kommunikations præstationer på tværs af kontekster. Mennesker med traumatisk mutisme profiterer af en anden type af hjælp end de der har selektiv mutisme.





*”Vores datter bliver født tre uger før termin, men vejer kun 2 kg. Hvilket gør at mange i omgangskredsen ikke beder om at holde hende, fordi hun er så lille i forhold til vores andre børn, der hurtigt har været i hænderne på andre. Da vi får besøg af sundhedsplejersken da vores datter er 8-10 mdr. siger hun at hun ikke kan få øjenkontakt. Jeg har ingen ting observeret og det er mit tredje barn. Sundhedsplejersken viderehenviser til et projekt, der ser på ængstelighed hos spædbørn og vores datter er, allerede som 8-10 mdr. gammel, over middel i forhold til social tilbagetrukkenhed”*

*- Maya Thorup, mor til datter med selektiv mutisme samt fagperson, der arbejder med selektiv mutisme*





## Selektiv mutisme subtyper

Kernesymptomet i selektiv mutisme, er ganske entydigt – vedvarende fravær af tale. Når man kigger nærmere på tilstanden, dækker denne entydige beskrivelse dog over en ganske heterogen gruppe af symptomatiske udtryk. Udover at være relateret til social angst, er selektiv mutisme fundet at være forbundet med andre psykopatologiske og udviklingsbetingede fænomener, som tale-sprogvanskeligheder, mild oppositionel adfærd, social kognitive vanskeligheder, samt sensoriske og motoriske udfordringer. En nuanceret forståelse af de forskellige symptomprofiler indenfor selektiv mutisme-gruppen er nødvendig for at skærpe forståelsen af forskellige udviklingsveje ind i tavsheden, men også for at kortlægge forskellige behandlingsmæssige behov og tilgange.

## Specifik og generaliseret selektiv mutisme

Den amerikanske diagnosemanual, DSM-5 skelner mellem specifik og generaliseret selektiv mutisme. Specifik selektiv mutisme er, når et barn f.eks. ikke taler til lærerne, men taler med kammerater og familien, hvorimod generaliseret selektiv mutisme er, når barnet stort set udelukkende taler i hjemmet, men er tavst alle andre steder og overfor andre mennesker end den nærmeste familie.

Generaliseret selektiv mutisme er forbundet med flere internaliserings symptomer, eksempelvis i form af OCD, somatiske klager, samt depressivitet (Cunningham, McHolm, & Boyle, 2006). For mange børn med selektiv mutisme er det af stor vigtighed for dem, at andre ikke hører deres stemme, f.eks. at læreren ikke overhører, at de taler med kammeraterne eller forældrene, og de kan have sindrige systemer for hvem der må og ikke må høre dem. Denne adfærd kan hos nogen børn med selektiv mutisme synes tvangsprægede, og på denne måde udvise ligheder med OCD.

I modsætning til børn med social angst, er børn med selektiv mutisme generelt mere socialt rettede mod jævnaldrende - de leger, har venner og deler deres tanker og ideer, dog ofte igennem mere nonverbal kommunikation. Forældre angiver dog at deres børn med selektiv mutisme er mindre socialt selvsikre, har svært ved at få venner og er mindre tilbøjelige til at indgå i grupper sammenlignet med jævnaldrende. Denne beskrivelse er i tråd med undersøgelser, der finder, at børn med selektiv mutisme ofte vurderes mindre socialt kompetente end deres jævnaldrende af forældre og lærere (Carbone et al., 2010; Cunningham et al., 2006).

Sammenhængen mellem sociale kompetencer og selektiv mutisme er dog underbelyst og hvorvidt forskellen i sociale kompetencer, skyldes at børn med selektiv mutisme har grundlæggende sociale udfordringer eller om det skyldes at de ikke i samme omfang er den el af den sociale interaktion omkring dem, er endnu uafklaret.



## De angste og mildt oppositionelle

En clusteranalyse af 130 børn med selektiv mutisme, der undersøger hvordan forskellige vanskeligheder grupperer sig hos børn med selektiv mutisme, viste at børnenes profiler overordnet kunne kategoriseres indenfor tre grupper: de udelukkende angste (12.3%), de angste og mildt oppositionelle (44.6%), og dem der udviste en kombination af angst og tale-sprog vanskeligheder (43.1%) (Cohan et al., 2008; Diliberto & Kearney, 2018). Lige knap halvdelen af børnene med selektiv mutisme blev altså beskrevet med milde grader af oppositionelle træk, f.eks. i form af stædighed, negativitet og kontrolrende adfærd, i tillæg til den udtalte ængstelighed. Det skal fremhæves at de mildt oppositionelle træk identificeret i gruppen af børn med selektiv mutisme



ligger markant under den kliniske grænse i forhold til kriterierne for oppositionel adfærdsforstyrrelse. Selvom adfærdsudtrykket kan fremstå oppositionelt, er det væsentligt at have øje for de underliggende forudsætninger, der kan ligge til grund for adfærden. Barnets ængstelighed og generelle overkrav i miljøet, kan være centrale årsagsfaktorer bag adfærden der på overfladen kan synes kravundgående, kontrollerende eller oppositionel. Ligesom det er tilfældet for mange andre børn med særlige behov, reagerer børn med selektiv mutisme ofte i hjemmet. Der kan f.eks. være tale om voldsomme raserianfald eller deciderede nedsmeltninger. Når barnets kommunikation er sparsom eller fraværende, som det er for børn med selektiv mutisme, vil der være en

række færdigheder som barnet mangler, f.eks. det at kunne spørge om hjælp, bede om noget man gerne vil have, sige fra, forhandle sin egen rolle i legen osv. Dette kan forklare at raserianfald er mere hyppige hos børn med selektiv mutisme. På samme måde kan sensorisk hyper-reaktivitet, socialkognitive vanskeligheder, mange beslutninger, og intense følelser, som barnet med selektiv mutisme ikke magter, bidrage til nedsmeltninger. Disse adfærdsformer kan vække stærke reaktioner i omgivelserne og medføre uhensigtsmæssig irritabilitet og modstand imod barnet. Det er derfor vigtigt at forstå hvad der ligger til grund for barnets adfærd for at vide hvordan man bedst hjælper.

# Sensorisk processering og motorisk udvikling hos børn med selektiv mutisme

Problemer med sensorisk modulation og motorisk udvikling er udbredte i en række børnepsykiatriske tilstande, herunder også forskellige angstlidelser. Det vurderes at 64-75% af børn med selektiv mutisme har problemer med sensorisk hyperreaktivitet, i særdeleshed i forhold til lyd, og smags/lugtesansen (Brimo, 2016). Ofte beskrives børn med selektiv mutisme som selektivt spisende, de undgår måske skarpt lys og høje lyde, eller er taktilt sensitive overfor berøring fra andre eller når tøjet berører huden. Mange beskriver også kraftige reaktioner i forhold til brusebade og tandbørstning. Tilstedeværelsen af sensorisk hyper-reaktivitet er væsentlig at have for øje i forhold til det pædagogiske miljø som barnet indgår i, da et overstimulerende miljø kan overbelaste barnet og være en vedligeholdende faktor for tavsheden.

I tillæg til den sensoriske hyperreaktivitet er der fundet en overhyppighed af motoriske forsinkelser hos børn med selektiv mutisme (Kolvin & Fundudis, 1981; Steinhausen & Juzi, 1996), der ligger i tråd med de kendte motoriske udviklingsforstyrrelser der er beskrevet hos børn med tale-sprogsvækkigheder (Webster, Majnemer, Platt, & Shevell, 2005). Børnene kan være længere om at udvikle blære- og tarm-kontrol, der er således en overhyppighed af ufrivillig vandladning og uheld, både i løbet af natten og om dagen hos børn med selektiv mutisme. I tillæg til dette bør der dog være opmærksomhed på at

Tilstedeværelsen af sensorisk hyper-reaktivitet er væsentlig at have for øje i forhold til det pædagogiske miljø som barnet indgår i, da et overstimulerende miljø kan overbelaste barnet og være en vedligeholdende faktor for tavsheden

barnet f.eks. kan undlade at gå på toilettet i daginstitutionen og at barnet måske derfor undgår at drikke i løbet af dagen, dette kan medvirke til ændret rytme og opmærksomhed på signaler om at man har brug for f.eks. at komme på toilettet.

Der er også en overhyppighed af somatiske symptomer hos børn med selektiv mutisme. Ikke alle børn genkender tilstanden som forbundet med angst, men mange kan måske nikke genkendende til ondt i maven hvis der skal ske nye ting eller op til man skal afsted i skole.



# Tale-sprog vanskeligheder

Der er dokumenteret en større forekomst af tale-sprog-vanskeligheder hos børn der udvikler selektiv mutisme (Kristensen, 2000) og flere har haft forsinket sprogudvikling (Manassis et al., 2003). Dette til trods for at tale-sprogvanskeligheder rent diagnostisk skal udelukkes for at stille en selektiv mutisme diagnose. Det giver dog god mening at tale-sprogvanskeligheder som stammen, læspen, udtalefejl med videre giver en særlig sårbarhed i forhold til at føle sig forkert, misforstået eller kritiseret. Tale-sprogforstyrrelser er generelt oftere diagnosticeret hos drenge end piger. En hypotese er således, at overvægten af piger med selektiv mutisme diagnose, kan skyldes, at flere piger med tale-sprogvanskeligheder overses og ikke får den nødvendige hjælp, hvorfor deres vanskelighe-

Tale-sprogvanskeligheder som stammen, læspen, udtalefejl med videre giver en særlig sårbarhed i forhold til at føle sig forkert, misforstået eller kritiseret.

der kommer til udtryk som selektiv mutisme. Disse vanskeligheder ses dog fortsat kun hos et mindretal af selektiv mutisme gruppen, og grundet den manglende tale kan det samtidig være svært at lave valide udredninger af talesprogsfærdigheder hos gruppen af børn med selektiv mutisme. I tillæg til tale-sprog-vanskeligheder har flere børn med selektiv mutisme intellektuel funktionsnedsættelse og specifikke indlæringsvanskeligheder, sammenlignet med en kontrolgruppe (Kristensen, 2000). Når barnet ikke taler i f.eks. skolen, kan omgivelserne nemt overse eventuelle specialpædagogiske behov, hvilket kan resultere i at barnet ikke får den hjælp der er brug for og derfor er i konstant overkrav i skoleregi. Tavsheden kan således maskere eventuelle underliggende vanskeligheder som barnet har med sig.



# To- og flersprogede børn

Når børn har dansk som andetsprog er det helt forventeligt at de gennemgår en periode, hvor de taler mindre i forbindelse med tilegnelse af det danske sprog. Diagnosekriterierne er meget tydelige i forhold til at barnets tavshed ikke må skyldes manglende kendskab til eller erfaring med det talte sprog. Dette til trods, er der fortsat en større hyppighed af selektiv mutisme hos to- og flersprogede børn, der har et andet sprog som modersmål end det dominerende (Toppelberg et al., 2005).

Det kan dog være svært at afgøre hvornår barnets manglende sproglige kommunikation overgår fra at være et udtryk for manglende kendskab til sproget til at være et udtryk for selektiv mutisme. Ligesom der kan være tvivl om, hvorvidt barnets tidlige sprogudvikling har fulgt gængse milepæle, eller om der har været forsinket sprogudvikling eller tale-sprog-forstyrrelser i forhold til barnets modersmål. Forskningen peger på at den non-verbale periode i forbindelse med tilegnelse af andetsprog for børn fra 3 til 8 år typisk er kortere end 6 måneder (Toppelberg et al., 2005).

Samtidig vil disse børn fortsat tale flydende på deres modersmål i forskellige situationer, hvorimod et barn med selektiv mutisme oftest vil undlade at tale på begge sprog i de påvirkede kontekster. Årsagerne til at tosprogede børn oftere udvikler selektiv mutisme kan være mange. Skift i forbindelse med flytning til et andet land kan være voldsomme for nogle familier, der pludselig står uden netværk i en ny kultur. Samtidig er de kognitive og sproglige krav høje i forbindelse med at tilegne sig et nyt sprog og børn med en mere hæmmet personlighed kan være længere om at begynde at anvende sproget kommunikativt.

Den samlede belastning for barnet og sproglige barrierer i forhold til omgivelserne kan også påvirke barnets skolefaglige udvikling. I tillæg til dette kan børn

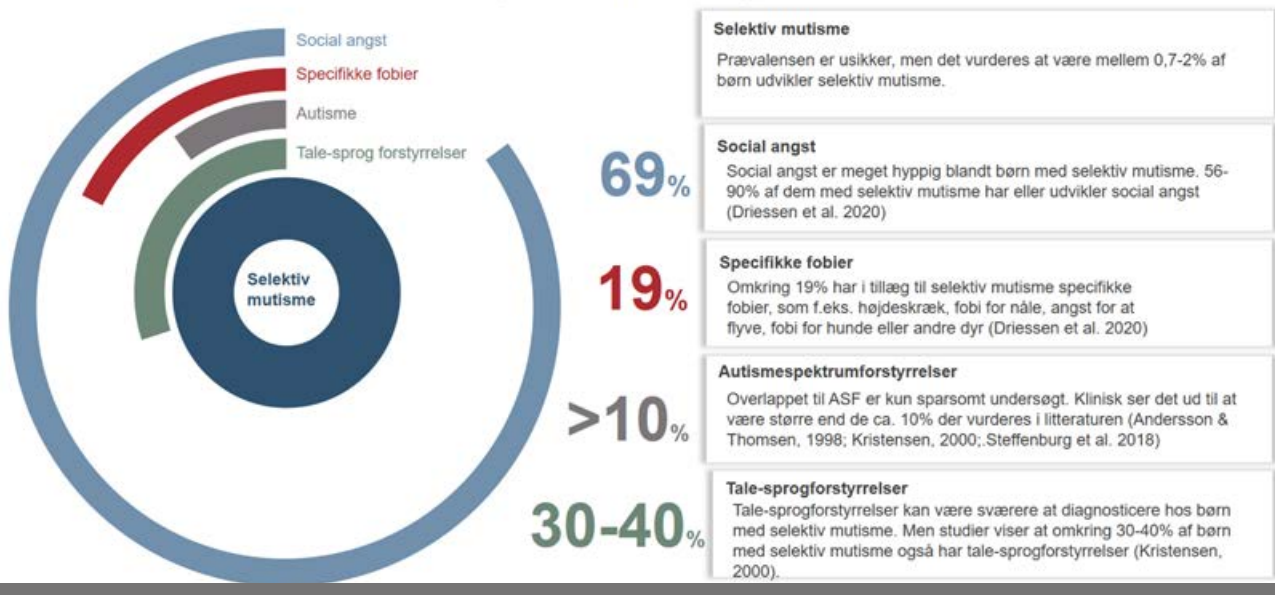
Årsagerne til at tosprogede børn oftere udvikler selektiv mutisme kan være mange. Skift i forbindelse med flytning til et andet land kan være voldsomme for nogle familier, der pludselig står uden netværk i en ny kultur. Samtidig er de kognitive og sproglige krav høje i forbindelse med at tilegne sig et nyt sprog og børn med en mere hæmmet personlighed kan være længere om at begynde at anvende sproget kommunikativt

med andet modersmål have svært ved at navigere i de kulturelle forskelle, der er mellem hjemmet og skolen/samfundet.

Samlet set, bør man altså være ekstra opmærksom på selektiv mutisme hos to- eller flersprogede børn, hvor der er en uproportional forskel imellem deres sprogforståelse og deres verbale sprog, der kommer til udtryk på tværs af sprog, i særdeleshed hvis der er tale om meget generte eller tilbageholdende børn.

# Selektiv mutisme

## Overlap med andre diagnoser



## Autisme

Generelt set er der et stort symptomoverlap mellem selektiv mutisme og autismespektrumforstyrrelser, hvilket kan gøre det udfordrende at adskille de to tilstande. Mange fagpersoner vil intuitivt mistænke autisme hos et barn der i institutionen fremstår med meget sparsom social-kommunikation. Differentialdiagnostikken kan dog være udfordrende da begge grupper er kendetegnet ved tilbageholdenhed i det sociale samspil, umoduleret/afvigende øjenkontakt, ængstelighed, atypisk gestik, høj sensorisk reaktivitet, infleksibel kognition/rigiditet, overbelastninger og nedsmeltninger.

I det amerikanske diagnosemanual DSM-5 er eksklusionskriterierne defineret sådan, at de to diagnoser ikke må stilles samtidigt. Dette kan forklare den relativt sparsomme forskning indenfor sammenhængen imellem autisme og selektiv mutisme, til trods for at dette klinisk opleves som relativt hyppig. De få undersøgelser, der har kigget på overlappet, indikerer at mellem 7-10% af personer med selektiv mutisme også har Aspergers syndrom<sup>2</sup> (Andersson & Thomsen, 1998; Kopp & Gillberg, 1997; Kri-

stensen, 2000). Rent diagnostisk er der forskellige tolkninger af hvorvidt en selektiv mutisme diagnose kan stilles samtidigt med en autismespektrumforstyrrelse ifølge ICD-11. I litteraturen og fra Selective Mutism Information and Research Association (SMiRA), fremhæves det at selektiv mutisme ikke *skyldes* autisme, men kan godt være samtidig med autismen. I ICD-11 listes autisme dog som eksklusionskriterium og nævnes ikke som en mulighed i forhold til komorbiditet. Hvordan den diagnostiske praksis bliver ved indfasningen af ICD-11 i Danmark, der forventes påbegyndt i 2026, er derfor uvist og afhænger af hvordan den diagnostiske beskrivelse tolkes i klinisk sammenhæng. Internationalt vil dette desuden få stor indflydelse på forskning og behandling af kontekstspecifik, angstdrevet tavshed (selektiv mutisme) hos børn, unge og voksne med autisme, hvilket klinisk set fremstår som hyppigt sammenfaldende. Interesseorganisationen Selective Mutism Information and Research Association (SMiRA, Information for Professionals - SMIRA (selectivemutism.org.uk)) foretog en rundspørge blandt deres Facebook-medlemmer, her rapporterede 34% af

<sup>2</sup> Bemærk at der udelukkende er undersøgt Aspergers syndrom og ikke overlappet med andre ICD-10 kategorier indenfor autismespektret.



de 346 respondenter at have både selektiv mutisme og autisme, hvilket indikerer et vist mørketal i forhold til komorbiditeten imellem de to tilstande. Det er væsentligt at eventuel autisme afdækkes, da erfaringer med anden angstbehandling tydeligt viser, at behandlingen skal tilpasses autismegruppen for at have den intenderede effekt. Ofte i form af mere konkrete øvelser og visuelt understøttet materiale. Samtidig er det også vigtigt at fremhæve at børn og unge med autisme kan have kontekstspecifik tavs-  
hed, og at de har gavn af at blive hjulpet til at tale på tværs af kontekster for at understøtte deres social-kommunikative udvikling.

Atypisk sprogudvikling hos børn med autisme kan være karakteriseret ved manglende tale. Dette vil dog typisk gøre sig gældende på tværs af kontekster. Samtidigt kan børn med autisme og fuldt funktionelt sprog også undlade at tale i specifikke kontekster,

dette kan skyldes at de i situationen har svært ved at generere et svar, eller at de mangler viden om, hvilken kommunikation der forventes af dem. Samtidig er det dog væsentligt at være opmærksom på, at der med autismen kommer en særlig sårbarhed i forhold til at udvikle en række tilstødende problematikker, i særdeleshed angst (Hossain et al., 2020). De socialkognitive vanskeligheder gør, at mange børn med autisme er placeret i periferien af de sociale fællesskaber, og ofte har været udsat for mobning og social eksklusion. Derfor er autismegruppen også som udgangspunkt særligt sårbar overfor at udvikle social angst, hvorfor der altid bør være en opmærksomhed på hvorvidt eventuel manglende tale hos et menneske med autisme, skyldes en tilstødende selektiv mutisme, eller om det kan forklares som en del af de social kommunikative vanskeligheder kendetegnende for autisme.

## Selektiv mutisme og autisme - forskelle


### Selektiv mutisme

1. Påvirker den sproglige kommunikation i specifikke kontekster eller med specifikke mennesker
2. Selektiv mutisme opstår/udvikles i løbet af barndommen
3. Kan forsvinde ved behandling. Vil oftest blive mere omfattende hvis det ikke behandles
4. Det er hjælpsomt at eksternalisere selektiv mutisme fra personen, og *ikke* inkludere selektiv mutisme som en del af sin identitet
5. Mennesker med selektiv mutisme taler ikke, fordi de er ude af stand til det

### Autisme

1. Påvirker en persons sociale kommunikation livet igennem, og på tværs af kontekster
2. Autisme er medfødt anderledes hjerneudvikling
3. Autisme er en måde at være i verden på, der påvirker én livet igennem og ikke noget der kan eller skal fjernes. Det rette miljø er afgørende for positiv udvikling.
4. Det er hjælpsomt at gøre autismen til en del af ens identitet og personlighed
5. Mennesker med autisme kan undlade at tale i specifikke sammenhænge hvis det ikke giver mening for dem

Figur 3: Forskelle mellem selektiv mutisme og autisme. Gengivet med inspiration fra Claire Caroll <http://www.selectivemutism.org.uk/wp-content/uploads/2019/04/Autism-vs-SM-similarities-differences-and-overlap.pdf>



*"Min datter har et fremragende sprog. Hun er intelligent også. Der er ikke noget, der ikke er alderssvarende, og i nogle ting er hun bedre fungerende end alderssvarende. Det er der ikke nogen tvivl om. Vi er slet ikke nervøse for hendes udvikling, som det er nu. Der er selvfølgelig fremtiden og det tror jeg, er det største problem."*

- Mor til datter på 5 år med selektiv mutisme.

# Hvad betyder det at udvikle selektiv mutisme for ens fremtidsudsigter?

Størstedelen af børn der har haft selektiv mutisme vil ikke længere møde fulde kriterier for diagnosen senere i livet. I ICD-11 beskrives det at tavsheden i gennemsnit vedbliver i 8 år før symptomerne aftager eller komplet forsvinder (ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (who.int)). Steinhausen og kollegaer (2006) gennemgik 100 cases og fandt at 57% var helt uden symptomer 13 år efter de oprindeligt fik stillet diagnosen, de resterende oplevede også alle bedring, men uden at være fuldstændigt symptomfri. Steinhausen beskriver to typiske udviklingsforløb; et hvor mutismen er uændret over relativt lang tid for pludselig at fortage sig i ungdomsårene, og et hvor mutismen gradvist aftager for til sidst at forsvinde fuldstændigt.

Hvilken betydning tavsheden får for barnets fremtidsudsigter afhænger meget af karakteren af selektiv mutisme, samt hvorvidt barnet modtager passende behandling. Det, at overvinde tavsheden, er for mange børn og unge en empowering proces, der giver nye værktøjer i rygsækken til at klare svære situationer eller ængstelighed livet igennem.

Der er dog ingen tvivl om at det at udvikle selektiv mutisme har stor betydning for det enkelte barns liv og hvordan barnet håndterer centrale udviklingsopgaver i forhold til verbal kommunikation, relationsdannelse og akademisk udvikling/læring. Hvilken betydning tavsheden får for barnets fremtidsudsigter afhænger meget af karakteren af selektiv mutisme, samt hvorvidt barnet modtager passende behandling.


Det, at overvinde tavsheden, er for mange børn og unge en empowering proces, der giver nye værktøjer i rygsækken til at klare svære situationer eller ængstelighed livet igennem. Hvis ikke barnet modtager behandling, tyder forskningen på at der er en forhøjet risiko for at børn med selektiv mutisme udvikler sociale vanskeligheder (Cunningham et al., 2006, 2004), begrænset akademisk udbytte (Bergman et al., 2002), psykiatriske tilstande i voksenlivet (Hirshfeld-Becker & Biederman, 2002) samt har svære ved at varetage et arbejde senere i livet (Kolvin, 1994; Patel et al., 2002; Remschmidt et al., 2001).

Overordnet set kan man inddele gruppen med selektiv mutisme i tre: 1) De der slipper af med deres selektiv mutisme symptomer og lever et 'normalt' liv derefter, 2) de der fortsat har selektiv mutisme i en eller flere kontekster, og 3) de der udvikler anden psykiatrisk problematik/psykopatologi.

## Ingen symptomer på selektiv mutisme

Børn med specifik selektiv mutisme, altså børn, der kun er tavse i en enkelt kontekst eller overfor en enkelt person, har størst sandsynlighed for at blive fri for alle symptomer på selektiv mutisme (Cunningham et al., 2006). Tidlig indsats ser således ud til at være essentiel for at skabe de bedste udviklingsmuligheder for børnene. Oerbeck et al. (2014;2015) viste at effekten af deres kognitivt-adfærdsbaserede behandlings-program var større jo yngre børnene var, her var 78% af de 3-5-årige fri af diagnosen efter et år, hvorimod kun 33% af de 6-9 årige var fri af deres selektiv mutisme diagnose et år efter interventionen stoppede. Dette stemmer overens med resultaterne fra Remschmidt et al. (2001), der gennemgik 41 cases af børn med selektiv mutisme og fandt at 39% var helt fri af deres selektiv mutisme 12 år efter de først fik det konstateret.

I en interviewundersøgelse med 31 forældre til børn der havde haft selektiv mutisme, beskriver flere forældre at skoleskift havde hjulpet deres barn med at få en ny start og med at begynde at tale med deres nye klassekammerater og lærere (Kamani & Monga, 2020). Beslutninger om skoleskift er komplekse og de børn, der formår at få brudt med deres tavshed, kan fortsat fremstå generte og tilbageholdende socialt. En typisk beskrivelse fra unge eller voksne, der som børn har lidt af selektiv mutisme, er at de stadig oplever at det kommunikative udfordrer dem i visse situationer. Dette kan f.eks. være hvis samtalen på arbejdspladsen drejes over på noget personligt, eller i forhold til autoritetspersoner eller fremmede. Selvom de har overvundet mutismen, kan der altså fortsat opstå benspænd i forhold til deres sociale kommunikation, der kræver at de arbejder med ubehaget ved at tale med andre.



*”Min egen læge har forstået/forsøgt at forstå min tavshed. Det betyder ALT i forhold til kommunikation. Det der hjælper, er at de taler om det som noget vi skal tage højde for og give plads til. Min egen læge sætter for eksempel meget lang tid af til mig. Og har løbende konsultationer med mig, for at undgå at jeg havner i en situation, hvor jeg egentlig har brug for hjælp, men ikke kan få ringet og bestilt tid osv.”*

– Karen, 40 år

## Fortsat selektiv mutisme

Det antages at omkring 30% af dem der har selektiv mutisme forbliver tavse i visse situationer. For de børn der modtager behandling for deres mutisme varierer behandlingseffekten meget. Samlet set peger forskningen på at omkring en tredjedel af de børn der modtager behandling ikke oplever mærkbar bedring (Oerbeck, Overgaard, Stein, Pripp, & Kristensen, 2018a; Steinhausen et al., 2006). Nogle børn ser ud til at være 'non-responders' der ikke får gevinst af behandlingen, imens andre børn har kortere eller længere perioder med bedring, hvorefter problemet genopstår (Oerbeck et al., 2018a).

Jo senere man diagnosticeres og modtager behandling, jo dårligere et udfald af behandlingen får man typisk (Kamani & Monga, 2020; Manassis, Oerbeck, & Overgaard, 2016; Oerbeck, Stein, Pripp, & Kristensen, 2015; Oerbeck et al., 2014), ligesom symptom-sværhedsgraden også ser ud til at være større hos ældre børn inden de kommer i behandling (Oerbeck, Overgaard, Stein, Pripp, & Kristensen, 2018b). Dette fund kan både skyldes at disse børn har gået længere med lidelsen inden de har søgt hjælp, eller at selektiv mutisme er mere alvorlig/omfattende når det opstår hos ældre børn. Remschmidt et al. (2001) undersøgte 41 personer 12 år efter de var henvist til udredning for selektiv mutisme, heraf rapporterede 61% fortsat ængstelighed og kommunikative udfordringer, bl.a. ubehag ved ukendte situationer og ved at tale med fremmede, ubehag ved at tale i telefon eller tale med ekspedienter i forretninger og offentlige kontorer.

For 12% var de kommunikative udfordringer og deres selektive mutisme lige så gennemgribende som da de oprindeligt blev udredt. Det, at have forældre der selv har haft selektiv mutisme i barndommen, ser ud til at være en risikofaktor i forhold til at udvikle vedvarende selektiv mutisme (Remschmidt, Poller, Herpertz-Dahlmann, Henninghausen, & Gutenbrunner, 2001).

## Anden psykiatrisk problematik

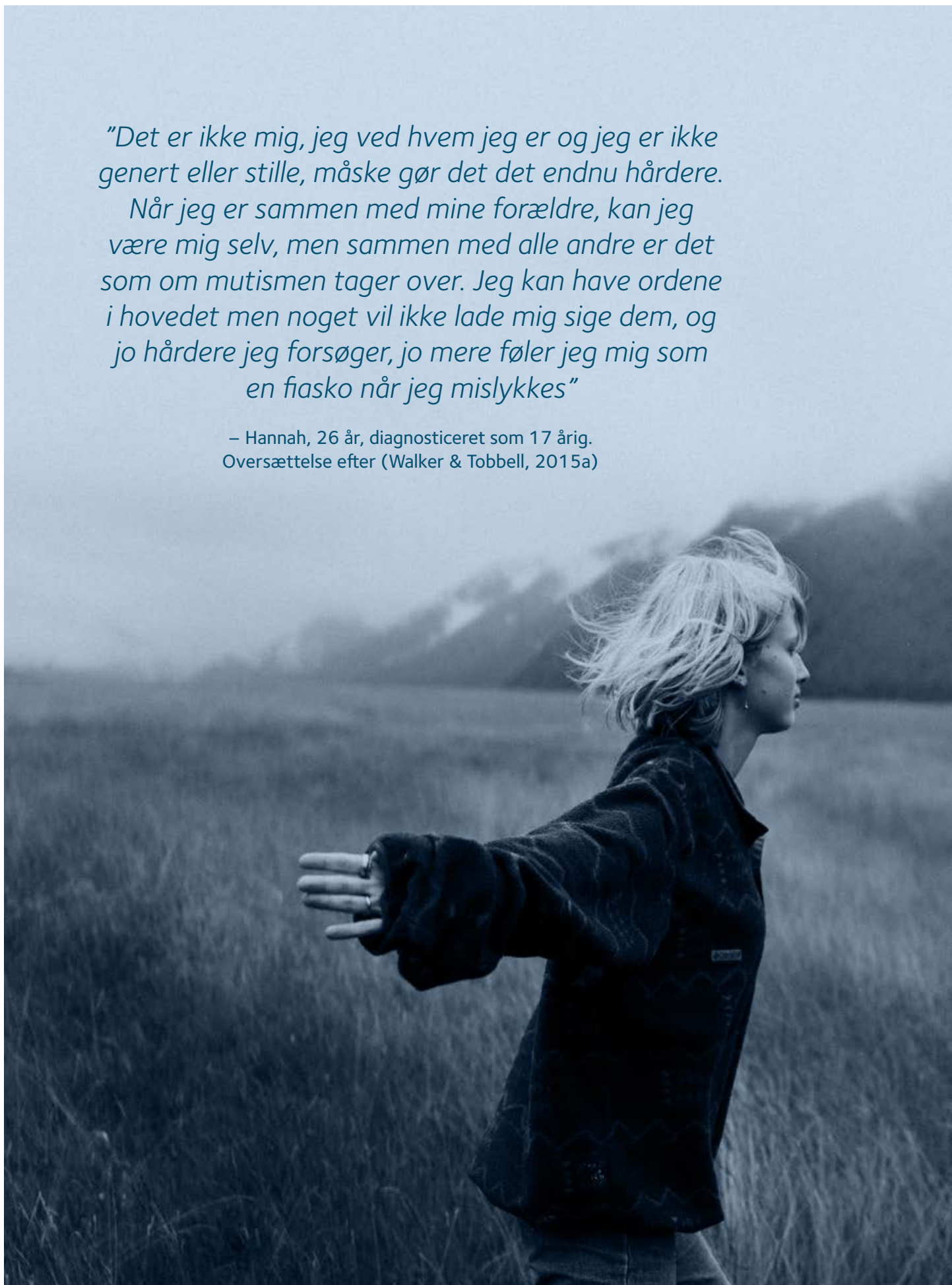
Der er i litteraturen enighed om at der er en forøget risiko for at udvikle social angst, hvis man har lidt af selektiv mutisme. Fem år efter endt CBT-behandling, fandt Oerbeck et al. (2018) at 23% af børnene der tidligere havde selektiv mutisme opfyldte fulde kriterier for social angst. Hos børn med selektiv mutisme fandt Steinhausen en signifikant forhøjet risiko for at udvikle fobier (42%), herunder i særdeleshed social fobi. Især de børn med generaliseret selektiv mutisme, havde størst risiko for at udvikle andre psykiske vanskeligheder og fastholde mutismen, sammenlignet med de, der kun var tavse i nogle situationer eller overfor enkelte personer som f.eks. lærere.

I et retrospektivt follow-up studium interviewede Kamani & Monga (2020) forældre til børn der tidligere var diagnosticeret med selektiv mutisme (n = 14) og social fobi (n = 8). Af de børn der både havde selektiv mutisme og social angst, mødte alle fortsat fulde kriterier for begge tilstande ved opfølgningen. Tilstedeværelsen af begge tilstande er altså en dårlig prognostisk faktor i forhold til at overvinde både mutisme og social angst. Endelig var psykiatriske tilstande hos forældrene en risikofaktor for at børnene udviklede andre psykiatriske tilstande end selektiv mutisme.

*"Det er ikke mig, jeg ved hvem jeg er og jeg er ikke genert eller stille, måske gør det det endnu hårdere.*

*Når jeg er sammen med mine forældre, kan jeg være mig selv, men sammen med alle andre er det som om mutismen tager over. Jeg kan have ordene i hovedet men noget vil ikke lade mig sige dem, og jo hårdere jeg forsøger, jo mere føler jeg mig som en fiasko når jeg mislykkes"*

– Hannah, 26 år, diagnosticeret som 17 årig.  
Oversættelse efter (Walker & Tobbell, 2015a)





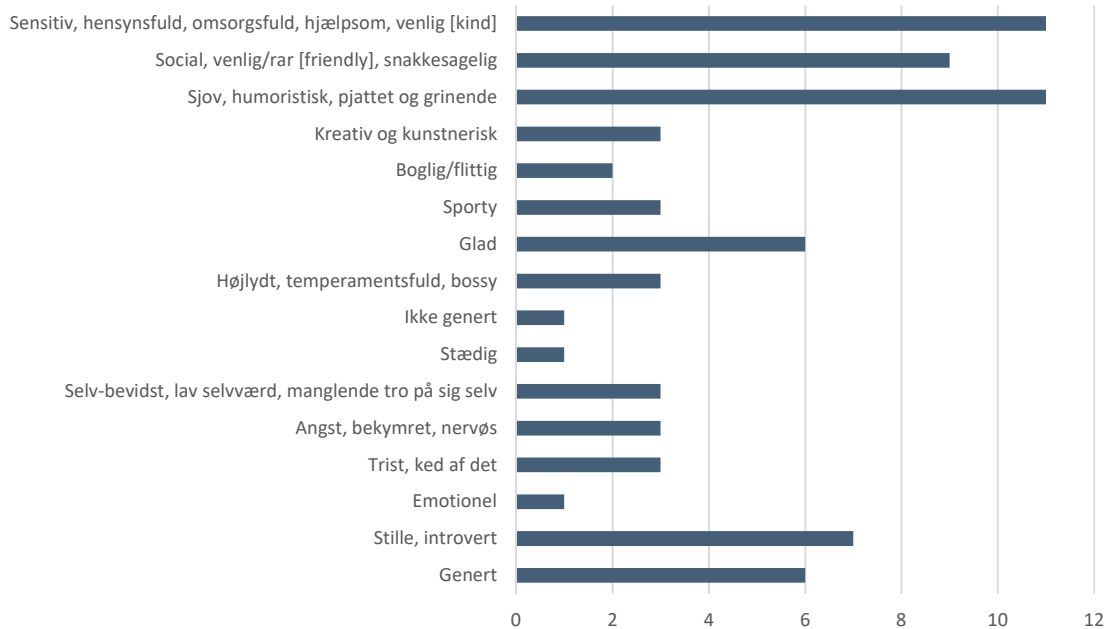
## Hvordan opleves det at have selektiv mutisme

Majoriteten af vores viden om selektiv mutisme kommer fra diagnostiske undersøgelser, forældre- og lærer-beskrivelser, men børnenes eget perspektiv på hvordan de oplever deres manglende tale har kun i ganske sparsomt omfang været undersøgt. Roe (2011) spurgte i en online semi-struktureret spørgeskema unge mellem 10 og 18 år med selektiv mutisme til deres tanker og følelser relateret til at leve med selektiv mutisme. Undersøgelsen fandt, at når børn med selektiv mutisme, blev bedt beskrive sig selv, nævnte de karakteristika som at være sociale, snakkesalige og humoristiske oftere end de nævnte mere introverte karakteristika/personlighedstræk.

Dette giver en god forståelse af hvilken indre konflikt det kan give anledning til, når børnene oplever ikke at kunne udleve den person som de i virkeligheden oplever sig selv som. På baggrund af børnenes udsagn beskriver Roe, hvordan mutismen får dem til at føle sig frustrerede, unormale og mindreværdige, samt hvordan omgivelsernes manglende forståelse er en vedligeholdende faktor for tavsheden.

De voksne omkring barnet beskriver ligeledes barnets længsel efter at tale og blive behandlet som alle andre børn, og magtesløsheden over ikke at have kontrollen over hvornår de taler. Dette er en væsentlig nuancering af forståelsen af personligheden hos børn og unge med selektiv mutisme, samt hvordan omgivelserne potentielt kan have en medvirkende effekt i forhold til at fastholde barnet i en identitet som 'det generte barn'.

## Selvrapporterede karaktertræk hos unge med selektiv mutisme




Figur gengivet fra Roe (2011), egen oversættelse. 23 unge med selektiv mutisme mellem 10 og 18 år, ud af 30 inkluderede i undersøgelsen, beskrev deres personlighed med ovenstående karakteristika.

I en kvalitativ analyse af indefra-perspektivet, interviewede Omdal (2007) seks voksne, der beskrev at have lidt af selektiv mutisme som børn. De fremhævede andres manglende forventninger til kommunikation som en vedligeholdende faktor, der havde forstærket tavsheden og styrket børnenes selvpfattelse af at være tavse/stille.

De voksne beskrev en frygt for ikke at kunne håndtere andres reaktioner, hvis de pludselig begyndte at tale. I skrevne interviews med fire voksne, der har lidt af selektiv mutisme siden deres ungdom, beskriver Walker & Tobbel (2015b) at ingen af de fire kunne fastsætte en specifik hændelse der udløste tavsheden, men at de alle nævnte en gradvis forværring relateret til mobning og skolemistrivsel. Igennem interviewene fremhæves to overordnede tematikker: Første tematik er dissociationen imellem mutismen, eller den 'tavse identitet' og interviewpersonernes oplevede sande identitet. De omtaler mutismen som den eller det der ikke vil lade den sande person tale, og som noget der er udenfor personens kontrol. Ingen beskrev tavsheden/mutismen som en accepteret del af dem, men som stressende og ubehagelig.

Det andet centrale tema identificeres som eksistentiel isolation. Omverdenens reaktion på tavsheden opleves stærkt dilemmafyldt, som udgangspunkt kan personen med selektiv mutisme intet sige hvis andre taler til dem. Over tid fører det til at man bliver ignoreret i sociale kontekster, så mange får en oplevelse af at være usynlig, hvilket medfører social isolation selvom man er omgivet af mennesker. Så selvom personen med selektiv mutisme ville kunne tale, er der ingen at tale med. Dette forstærker ensomheden og skammen over tilstanden, og gør det sværere at tale. At blive mødt med forståelse af hvor svært det er at tale og accept af tavsheden, er derimod noget af det mange med selektiv mutisme beskriver kan gøre det lettere for dem at tale.





*"At være den stille pige har  
hele mit liv nærmest været min  
identitet, og en identitet der på  
en eller anden måde også kan  
være svær at slippe, for hvem  
er jeg så hvis jeg taler?"*

*– Laura, 30 år*


# Opsamling på videnspublikationen

Selektiv mutisme er en angstlidelse og den præcise udbredelse er ukendt, men vurderes at ligge omkring 0,7-2%. I arbejdet med børn og unge med selektiv mutisme, er det afgørende at forstå at de har et stærkt ønske om at tale, men at angsten gør det umuligt for dem. Reduktion af talepresset, samt fokus på at øge tryghed og kommunikationsmuligheder er derfor essentielt for at støtte barnet med selektiv mutisme ud af tavsheden. I del to af videnspublikationen gennemgås konkrete interventionsmuligheder med udgangspunkt i evidensbaserede tilgange. De konkrete tilgange kan implementeres i barnets dagligdag af dem der er tættest på barnet. Del tre præsenterer konkrete værktøjer, analysemodeller og pædagogiske tilgange som man kan lade sig inspirere af i arbejdet med og omkring børn med selektiv mutisme. I denne del af videnspublikationen har vi lagt særlig vægt på at fremhæve stemmerne fra dem vi oftest ikke hører – mennesker med selektiv mutisme. Deres beskrivelser af hvordan det opleves at leve med tavsheden, er afgørende for at vi formår at skabe forståelse af tavsheden, samt sikre at børn der er tavse ikke ekskluderes fra børnefællesskaber, men får muligheder for at deltage og kommunikere også selvom de er tavse.

## Læs mere på:

[www.socialstyrelsen.dk/udgivelser/selektiv-mutisme](http://www.socialstyrelsen.dk/udgivelser/selektiv-mutisme)





*"Når jeg bliver mødt med forståelse og accept, betyder det ofte, at jeg faktisk bedre kan tale (fordi jeg ikke føler pres), men også bare have ro når der er tavshed uden at skulle panikke over at skulle sige noget. Tavshed og pauser i samtaler kan også give tid til bearbejdning og refleksion, og det er ikke nogen dårlig ting."*

*- Laura, 30 år*

# Referencer

- Andersson, C. B., & Thomsen, P. H. (1998). Electively mute children : An analysis of 37 Danish cases. *Nordic Journal of Psychiatry*, 52(3), 231–238. <https://doi.org/10.1080/08039489850139157>
- Arigliani, E., Giordo, L., Vigliante, M., & Romani, M. (2020). Two Cases of Selective Mutism: To Speak Does Not Mean to Recover. *Clinical Pediatrics*, 59(13), 1137–1140. <https://doi.org/10.1177/0009922820941628>
- Black, B., & Uhde, T. W. (1995). Psychiatric Characteristics of Children with Selective Mutism: A Pilot Study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 34(7), 847–856.
- 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. <https://doi.org/10.1002/da.20670>
- Brimo, K. (2016). *More than Shyness: Selective Mutism and its Link to Sensory Processing Disorder*. 1–12. Retrieved from [https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/51545/1/gupea\\_2077\\_51545\\_1.pdf](https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/51545/1/gupea_2077_51545_1.pdf)
- Carbone, D., Schmidt, L. A., Cunningham, C. C., McHolm, A. E., Edison, S., St. Pierre, J., & 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. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9425-y>
- Chavira, D. A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Cohan, S., & Stein, M. B. (2007). Selective mutism and social anxiety disorder: All in the family? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1464–1472. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318149366a>
- 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 and Adolescent Psychology*, 37(4), 770–784. <https://doi.org/10.1080/15374410802359759>
- 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 and Adolescent Psychiatry*, 15(5), 245–255. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-0529-4>
- Diliberto, R., & Kearney, C. A. (2018). Latent Class Symptom Profiles of Selective Mutism: Identification and Linkage to Temperamental and Social Constructs. *Child Psychiatry and Human Development*, 49(4), 551–562. <https://doi.org/10.1007/s10578-017-0774-4>
- Driessen, J., Blom, J. D., Muris, P., Blashfield, R. K., & Molendijk, M. L. (2020). Anxiety in Children with Selective Mutism: A Meta-analysis. *Child Psychiatry and Human Development*, 51(2), 330–341. <https://doi.org/10.1007/s10578-019-00933-1>
- Henkin, Y., & Bar-Haim, Y. (2015). An auditory-neuroscience perspective on the development of selective mutism. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 12, 86–93. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2015.01.002>

- Hossain, M. M., Khan, N., Sultana, A., Ma, P., McKyer, E. L. J., Ahmed, H. U., & Purohit, N. (2020). Prevalence of comorbid psychiatric disorders among people with autism spectrum disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatry Research*, 287(January), 112922. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112922>
- Hua, A., & Major, N. (2016). Selective mutism. *Current Opinion in Pediatrics*, 28(1), 114–120. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000300>
- Kamani, Z., & Monga, S. (2020). Understanding the outcome of children who selectively do not speak: A retrospective approach. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(2), 58–65.
- Kopp, S., & Gillberg, C. (1997). Selective Mutism: A Population-based Study: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(2), 257–262. <https://doi.org/10.1111/jcpp.1997.38.issue-2>
- Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(2), 249–256. <https://doi.org/10.1097/00004583-200002000-00026>
- Kristensen, H. (2002). Non-specific markers of neurodevelopmental disorder/delay in selective mutism: A case-control study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 11(2), 71–78. <https://doi.org/10.1007/s007870200013>
- Krysanski, V. L. (2003). A brief review of selective mutism literature. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 137(1), 29–40. <https://doi.org/10.1080/00223980309600597>
- Kumpulainen, K., Räsänen, E., Raaska, H., & Somppi, V. (1998). Selective mutism among second-graders in elementary school. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7(1), 24–29. <https://doi.org/10.1007/s007870050041>
- 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. <https://doi.org/10.1002/da.10125>
- Manassis, K., Oerbeck, B., & Overgaard, K. R. (2016). The use of medication in selective mutism: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 25(6), 571–578. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0794-1>
- Muris, P., & Ollendick, T. H. (2021a). *Current Challenges in the Diagnosis and Management of Selective Mutism in Children*. 159–167.
- Muris, P., & Ollendick, T. H. (2021b). Selective Mutism and Its Relations to Social Anxiety Disorder and Autism Spectrum Disorder. *In Clinical Child and Family Psychology Review*. <https://doi.org/10.1007/s10567-020-00342-0>
- Oerbeck, B., Overgaard, K. R., Stein, M. B., Pripp, A. H., & Kristensen, H. (2018a). Treatment of selective mutism: a 5-year follow-up study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 27(8), 997–1009. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1110-7>
- Oerbeck, B., Overgaard, K. R., Stein, M. B., Pripp, A. H., & Kristensen, H. (2018b). Treatment of selective mutism: a 5-year follow-up study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 27(8), 997–1009. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1110-7>

- Oerbeck, B., Stein, M. B., Pripp, A. H., & Kristensen, H. (2015). Selective mutism: follow-up study 1 year after end of treatment. *European Child and Adolescent Psychiatry, 24*(7), 757–766. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0620-1>
- Oerbeck, B., Stein, M. B., Wentzel-Larsen, T., Langsrud, O., & Kristensen, H. (2014). A randomized controlled trial of a home and school-based intervention for selective mutism - defocused communication and behavioural techniques. *Child and Adolescent Mental Health, 19*(3), 192–198. <https://doi.org/10.1111/camh.12045>
- Oerbeck, Beate, Manassis, K., Overgaard, K. R., & Kristensen, H. (2019). Selective Mutism - 2019 edition. In *Anxiety disorders* (pp. 1–26).
- 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. <https://doi.org/10.1007/PL00007547>
- Rozenek, E. B., Orlof, W., Nowicka, Z. M., Wilczyńska, K., & Waszkiewicz, N. (2020). Selective mutism - an overview of the condition and etiology: Is the absence of speech just the tip of the iceberg? *Psychiatria Polska, 54*(2), 333–349. <https://doi.org/10.12740/PP/ONLINEFIRST/108503>
- Schneier, F. R., Blanco, C., Antia, S. X., & Liebowitz, M. R. (2002). The social anxiety spectrum. *Psychiatric Clinics of North America, 25*(4), 757–774. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(02\)00018-7](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(02)00018-7)
- Stein, M. B., Yang, B.-Z., Chavira, D. A., Hitchcock, C. A., Sung, S. C., Shipon-Blum, E., & Gelernter, J. (2011). A common genetic variant in the neurexin superfamily member *cntnap2* is associated with increased risk for selective mutism and social anxiety-related traits. *Biological Psychiatry, 69*(9), 825–831. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.11.008>
- Steinhausen, H.-C., & Juzi, C. (1996). Elective Mutism: An analysis of 100 Cases. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*(5), 606–614.
- 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 and Allied Disciplines, 47*(7), 751–756. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01560.x>
- Toppelberg, C. O., Tabors, P., Coggins, A., Lum, K., & Burger, C. (2005). Differential diagnosis of selective mutism in bilingual children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*(6), 592–595. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000157549.87078.f8>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.09.009>
- Vogel, F., Gensthaler, A., Stahl, J., & Schwenck, C. (2019). Fears and fear-related cognitions in children with selective mutism. *European Child and Adolescent Psychiatry, 28*(9), 1169–1181. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01281-0>

Walker, A. S., & Tobbell, J. (2015a). Lost voices and unlived lives: Exploring adults' experiences of selective mutism using interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Research in Psychology, 12*(4), 453–471. <https://doi.org/10.1080/14780887.2015.1054533>

Walker, A. S., & Tobbell, J. (2015b). Lost voices and unlived lives: Exploring adults' experiences of selective mutism using interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Research in Psychology, 12*(4), 453–471. <https://doi.org/10.1080/14780887.2015.1054533>

Webster, R. I., Majnemer, A., Platt, R. W., & Shevell, M. I. (2005). Motor function at school age in children with a preschool diagnosis of developmental language impairment. *The Journal of Pediatrics, 146*(1), 80–85. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2004.09.005>



# Socialstyrelsen

Socialstyrelsen  
Edisonsvej 1  
5000 Odense C  
Tlf.: 72 42 37 00

[www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk)

November 2022