



**Social- og
Boligstyrelsen**

Videnspublikation 2:

Selektiv mutisme

– interventioner til, hvordan
stemmen genfindes

VISO

Den nationale Videns- og
Specialrådgivningsorganisation

Videnspublikationen er udarbejdet for VISO, Social- og Boligstyrelsen af:

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

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

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

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

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

Susanne Hvidtfeldt, skolekonsulent – Langagerskolen, Aarhus kommune

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) Behandlingskolerne (Tina Nielsen Gladbjerg; Helle Reichelbach 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)

Søstjerneskolen (Anne Vestergaard; Line Ibsen)

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

Som en del af vidensopsamlingen har der indgået oplæg fra følgende personer:

Cand. Pscyh. Aino Holme, København

Logopæd med Pædagogisk Diplom i selektiv mutisme, Hanne Mølbæk Nielsen, Aarhus

Logopæd Tove Skærbæk, Viborg

Neuropædagogisk konsulent Maya Thorup, Vejle

Publikationen er udgivet af:

Social- og Boligstyrelsen

Edisonsvej 1

5000 Odense C

Telefon: 72 42 37 00

E-mail: info@socialstyrelsen.dk

www.sbst.dk

Udgivet marts 2023

ISBN: 978-87-94371-40-7

Socialstyrelsen har i 2023 skiftet navn til Social- og Boligstyrelsen.

Navn og logo er derfor ændret i forhold til Videnspublikation 1, der blev udgivet i 2022.

I publikationen kan der forekomme henvisninger til både Socialstyrelsen og Social- og Boligstyrelsen.

Indhold

Indhold.....	4
Introduktion	6
Kognitiv adfærdsterapi som det logiske første valg.....	8
Psykosocial intervention i dansk praksis	10
Omgivelsernes reaktion på tavsheden	11
Afdækning.....	12
Barnets generelle forudsætninger.....	12
Mutismens karakter og omfang.....	14
Barnets perspektiv	16
Netværkssamarbejdet	18
Gradvis eksponering – indirekte og direkte.....	21
Forskning i selektiv mutisme – hvad er mest virksomt?.....	24
Eksempler på evidens- og manualbaseret kognitiv adfærdsterapi til børn og unge med selektiv mutisme	25
An Integrative Behavioral Approach – Bergman m.fl.	26
The Selective Mutism Ressource Manual – Johnson & Wintgens.....	27
Social Communication Anxiety Treatment (S-CAT®) – Shipon-Blum	28
Hjem- og skolebaseret intervention – Ørbeck m.fl.....	29
Hvad kan disse programmer tilbyde?	30
Hvilke opmærksomhedspunkter er der ved brugen af disse programmer?	31
Opmærksomhed ved samtidige problemstillinger.....	32
Medicinsk behandling.....	34
Opsamling.....	36
Oversigt - metoder og modeller	38
Referencer	40





Introduktion

Selektiv mutisme anses for at være en sjælden lidelse, som vi fortsat kun ser i begrænset omfang i kliniske sammenhænge. Udbredelsen af selektiv mutisme vurderes at være 0.7-2% af en børneårgang (Gensthaler et al., 2020). Der må dog formodes at være tale om et større mørketal, at der er flere børn derude, som af forskellige årsager ikke bliver tilbudt relevant hjælp. Selektiv mutisme har gennem tiden haft ry for at være en lidelse, der er vanskelig at behandle, og selvom der blandt fagfolk spores en tiltagende interesse for dette område, beskriver flere sig ikke klædt på med tilstrækkelig viden om, kompetence til, eller mulighed for at tilbyde relevant intervention til denne gruppe af børn. Det er ikke ualmindeligt, at målrettet indsats først igangsættes flere år efter mutismens første tegn. Børn med selektiv mutisme er i øget risiko for at gå under radaren, da en større andel af børnene netop har en mere internaliserende, tilbagetrukket adfærd (APA, 2013; Klein, Ruiz, Morales, & Stanley, 2019; Ponzurick, 2012). Ofte vækkes en decideret bekymring af klinisk karakter først ved overgang til skole, hvor de sproglige forventninger tiltager fagligt såvel som socialt. Det sker også, at tavsheden og ængstelsen mistolkes som almindelig generthed, at omgivelserne formoder, at barnet vokser sig ud af udfordringerne over tid, eller at tavsheden alene tilskrives andre udviklingsmæssige udfordringer som autisme, talesprogsvanskeligheder, intellektuel funktionsnedsættelse mv. For mere viden om, hvad selektiv mutisme er, og hvordan tilstanden kan forstås, henvises til videnspublikation 1: "Selektiv mutisme – når stemmen forsvinder og hvordan den genfindes".

VISO leverer specialrådgivning og eventuel forudgående udredning i forhold til målgrupper, 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.

Selektiv mutisme er en angsttilstand der kalder på

- Tidlig indsats
- En helhedsorienteret og tværfaglig tilgang

Manglende intervention kan have store konsekvenser for barnets videre trivsel samt faglige og sociale udvikling, da selv enkelte år i et barns levetid udgør en lang periode i barnets samlede udviklingshistorie. Prognostisk ses det, at børn og unge med selektiv mutisme har øget risiko for at udvikle yderligere psykiatriske problemstillinger senere i livet (Hirshfeld-Becker & Biederman, 2002). Ligeledes har børn med selektiv mutisme forhøjet risiko for at udvikle sociale vanskeligheder (Cunningham, McHolm, & Boyle, 2006), at få et begrænset akademisk udbytte (Bergman, Piacentini, & McCracken, 2002) samt øget risiko for arbejdsløshed senere i livet (Remschmidt, Poller, Herpertz-Dahlmann, Hennighausen, & Gutenbrunner, 2001). Derfor er det vigtigt, at omgivelserne sætter ind tidligt med en indsats, der er tilpasset barnets behov. Der er tale om en heterogen gruppe, hvor den selektive mutisme kan optræde sideløbende med andre udviklingsmæssige udfordringer eller forsinkelser (Klein et al., 2019; Muris & Ollendick, 2021). Interventionen kalder derfor i praksis på en helhedsorienteret og ofte tværfaglig indsats, der kan rumme intervention ift. den selektive mutisme såvel som eventuelle samtidige kognitive, sproglige, motoriske, sociale og/eller psykiske udfordringer.

Denne videnspublikation ser nærmere på, hvad der på nuværende tidspunkt kan tænkes som "best practice" ift. indsatser målrettet børn og unge med selektiv mutisme. Der tages udgangspunkt i relevant forsknings- og faglitteratur, hvilket søges omsat ind i en dansk praksis i syntese med VISO-specialisternes kliniske erfaringer med målgruppen. Fokus vil være på psykosociale interventioner rettet mod selve tavsheden, men der vil også fremlægges overvejelser om øvrige indsatser i barnets primære kontekster samt medicinsk behandling. I publikationen præsenteres konkrete evidensinformede eksempler på interventionsprogrammer målrettet selektiv mutisme, samt overvejelser over disses anvendelighed i en dansk kontekst.

På trods af sit ry for at være en nærmest behandlingsresistent lidelse er håbet med denne publikation at vække en vis optimisme og fremhæve handlemuligheder i arbejdet med børn og unge i tavshed. Videnspublikationen er målrettet fagpersoner (psykologer, audiologopæder, lærere, pædagoger mv.), men kan også læses af forældre, der søger mere dybdegående viden. Teksten kan læses i sammenhæng eller bruges til nedslag, hvor du kan læse de afsnit, der er relevante for dit faglige virke.

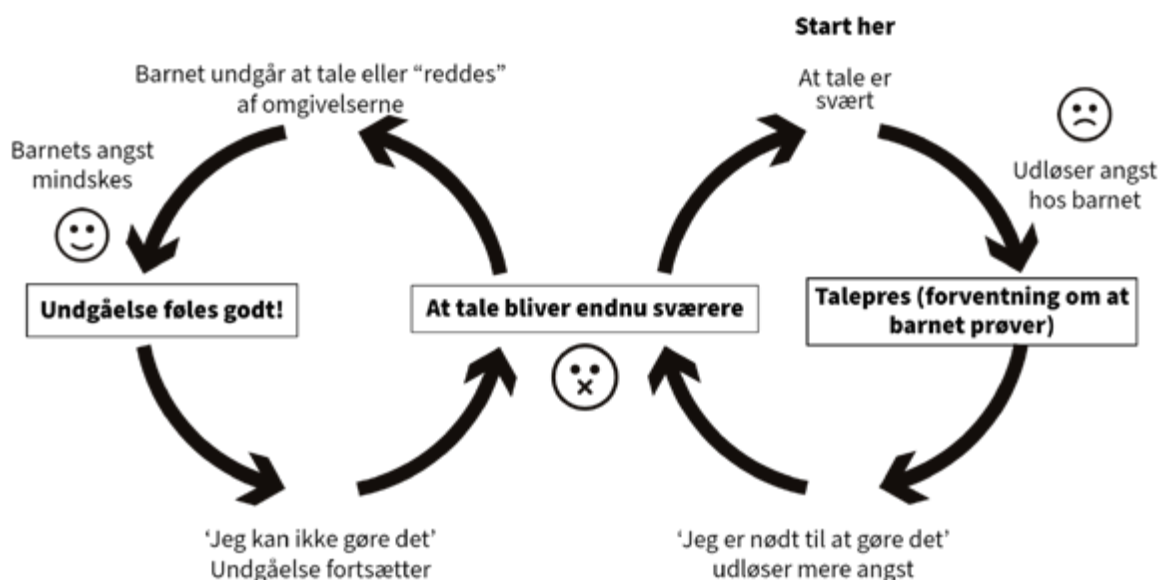
"Udfordringen var, at jeg ikke har mødt et barn med denne type udfordring før – umiddelbart var der heller ikke nogen i mit bagland, der havde haft direkte kontakt med sådanne børn før, så det var svært at søge sparring omkring, hvad vi skulle stille op"

– PPR psykolog

Kognitiv adfærdsterapi som det logiske første valg

Siden 1980'erne har kognitiv adfærdsterapi været den mest undersøgte intervention ift. selektiv mutisme, mens der kun er lavet relativt få studier med et mere psykodynamisk, systemisk og/eller psykofarmakologisk udgangspunkt. Kognitiv adfærdsterapi har generelt en fremtrædende rolle blandt psykoterapiretningerne og er i dag en udbredt og velundersøgt metode inden for såvel voksen- som børneområdet (Jørgensen & Schlander, 2018). Centralt for denne retning er, at grundlaget for vores tænkning om os selv og vores omverden grundlægges allerede i de tidlige børneår – derfor jo tidligere intervention, jo bedre prognose (ibid). Systematiske gennemgange af litteraturen på området fremhæver således også kognitiv adfærdsterapi som "det logiske første valg" (Østergaard, 2018), og særligt den adfærdsterapeutiske del af behandlingen, som den mest virkningsfulde intervention (Cohan, Chavira, & Stein, 2006; Zakszeski & DuPaul, 2017).

Den selektive brug af sproget defineres flere steder som affødt af en såkaldt tale-fobi (Johnson & Wintgens, 2016) og ses som en (ufrivillig) undgåelsesadfærd, der opstår som resultatet af øget ængstelse/ ubehag ved forventning om tale i bestemte kontekster. Da denne undgåelse mindsker ubehaget, bliver der således hurtigt tale om en selvforstærkende effekt (Bergman, Gonzalez, Piacentini, & Keller, 2013). Ved hjælp af især adfærdsteknikker kan man arbejde indirekte og direkte med de uhensigtsmæssige adfærdsmønstre og give barnet nye handlemuligheder og ikke mindst tro på sig selv.



Figur 1: Hvordan talepres og undgåelsesadfærd bidrager til selektiv mutisme. Figur oversat og inspireret af Johnson & Wintgens (2016)

Kognitiv adfærdsterapi ses
som det logiske førstevalg
– særligt gradvis tilvænning





Psykosocial intervention i dansk praksis

På nuværende tidspunkt eksisterer der ikke en nationalt forankret arbejdsgang eller protokol for arbejdet med børn med selektiv mutisme i Danmark. Der ses stor variation fra region til region, fra kommune til kommune såvel som fra praktiker til praktiker ift. hvordan disse børn forstås og tilgås. I denne videnspublikation gives et eksempel på, hvordan interventionen ift. et barn eller ung med selektiv mutisme kan se ud, samt hvilke vigtige elementer og inspirationskilder, du som fagperson kan læne dig op ad. Med psykosocial intervention henvises til indsatser, der styrker både individets og omgivelsernes problemløsningsevne. Indsatserne bør således altid implementeres så tæt på barnets hverdag som muligt og med støtte og forankring i de primære relationer i barnets liv. Fra det samlede VISO-netværk vedr. selektiv mutisme er det tydeligt, at tavsheden ofte kan opstå sideløbende med eller på grund af øvrige samtidige problematikker. Dette kalder på en hel-

heds-tænkning og fleksibilitet i arbejdet med denne målgruppe. Der er derfor også inkluderet et kort afsnit om arbejdet med selektiv mutisme og samtidige kognitive, tale-sproglige og udviklingsbetingede tilstande. Arbejdsgangen og metoderne, som beskrevet her er et udkast der forhåbentligt kan medvirke til at styrke det lokale arbejde. Samtidig er det skrevet med stor ydmyghed over for, at der er forskel på, hvad den enkelte fagperson kan have af beføjelser og muligheder ind i arbejdet med denne målgruppe.

I tillæg til videnspublikationerne udgives desuden et inspirationskatalog med konkrete værktøjer, analysemodeller og pædagogiske anbefalinger, som man kan lade inspirere af i arbejdet med og omkring børn med selektiv mutisme. Bagerst i publikationen findes links til disse materialer, samt de øvrige produkter fra vidensprojektet vedr. selektiv mutisme..

Omgivelsernes reaktion på tavsheden

Voksne, både fagpersoner og andre, der indgår i relation med et tavst barn, kan blive stærkt følelsesmæssigt påvirket og kan derfor ufrivilligt komme til at handle på måder, der ikke skaber tryghed for barnet. Tavsheden kan vække ubehag og afmagt hos de voksne omkring barnet, da det er langt fra den typiske eller forventelige børneadfærd. De færreste har en forudgående viden og erfaring med, hvordan tavsheden skal forstås og håndteres og kan komme til at reagere med krav/konsekvenspædagogik, afvisning eller handlingslammelse. Det kontekstspecifikke i barnets tale kan også resultere i meget forskellige forståelser af barnets forudsætninger, hvilket kan vanskeliggøre fælles retning i netværket omkring barnet. Forældre frustreres over, at deres barn holder så meget på sig selv, når nu de ved, hvad barnet kan derhjemme, mens lærere, pædagoger og øvrige fagfolk typisk frustreres over ikke at vide, hvad der foregår inde i barnet og ikke har held med de mest almindelige pædagogiske virkemidler. Det kan være givtigt tidligt at italesætte eventuel afmagt og misforståelser, der kan opstå ud af det tavse rum og normalisere følelserne, der følger med. Selektiv mutisme kan dertil være forbundet med så megen mystik og usikkerhed, at der kan opstå en frygt for at gøre yderligere skade på barnet, hvis

man kommer til at sætte noget forkert i gang. Dette kan medføre en form for handlingslammelse, som i værste fald kan betyde, at omgivelserne afventer eller ligefrem nærmest undgår barnet. Dette kan ligeledes være givtigt at italesætte og normalisere for samtidig at forsikre teamet om, at handling er nødvendig, og at der netop med tæt koordinering og opfølgning kan sikres løbende tilpasning af indsats. Ingen handling skaber ingen forandring.



Fokus på samarbejdet:

- Italesæt den afmagt, mystik og frustration, som det tavse rum kan medføre
- Afdæk muligheder i samarbejdet herunder samarbejdsaktører, ressourcer og lignende
- Udarbejd en fælles handleplan, handlingslammelse skaber ingen forandring

”Det er enormt svært, frustrerende, krævende og ensomt. Det er helt sikkert en slags stress, fordi man tænker at barnet må have det meget svært og det, at jeg ikke ved præcis, hvordan jeg kan hjælpe. Min hjerne er på overarbejde for at finde ud af, hvad jeg dog kan gøre for det unge menneske. Jeg famler i blinde”

- Pædagog fra VISO-sag

Afdækning

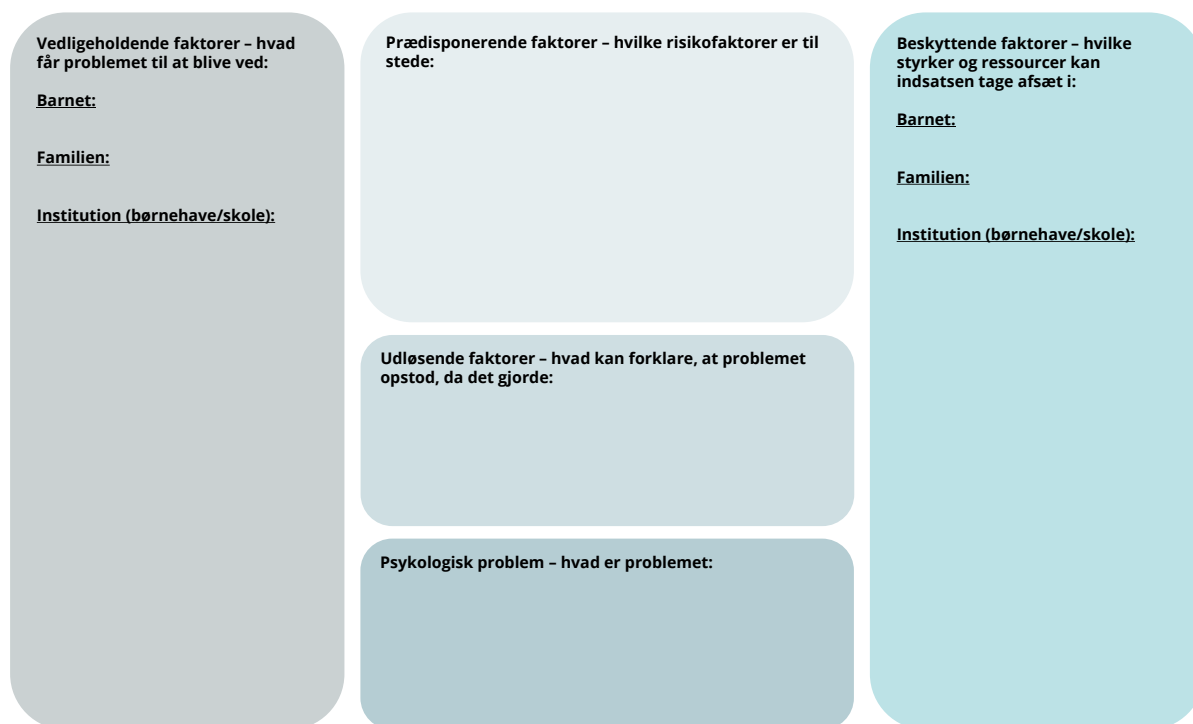
Barnets generelle forudsætninger

Inden selve interventionen kan igangsættes, er det vigtigt at sikre sig en fælles forståelse og viden om barnet at arbejde ud fra. Vi skal kende barnet og dets udviklingsmiljø bedst muligt. Faktorer i og uden for barnet skal afdækkes, så det er klart for alle parter, hvordan barnets styrker og udfordring(er) tager sig ud. Dette gælder viden om barnets kognitive, emotionelle, sociale, psykiske, sansemotoriske forudsætninger samt viden om barnets omgivelser. Mange fagpersoner har et konkret redskab, som kan benyttes i denne proces for at sikre en struktur i informationsindsamlingen. Som eksempel vil vi her fremhæve en revideret version af Alan Carr's caseformulering (se mere i [inspirationskataloget](#)). Denne giver mulighed for at samle de anamnesticke oplys-

ninger og beskrivelser på overskuelig vis, herunder også vedligeholdende faktorer eller andre vigtige faktorer, der på forskellig vis kan styrke eller forhindre indsatsen.

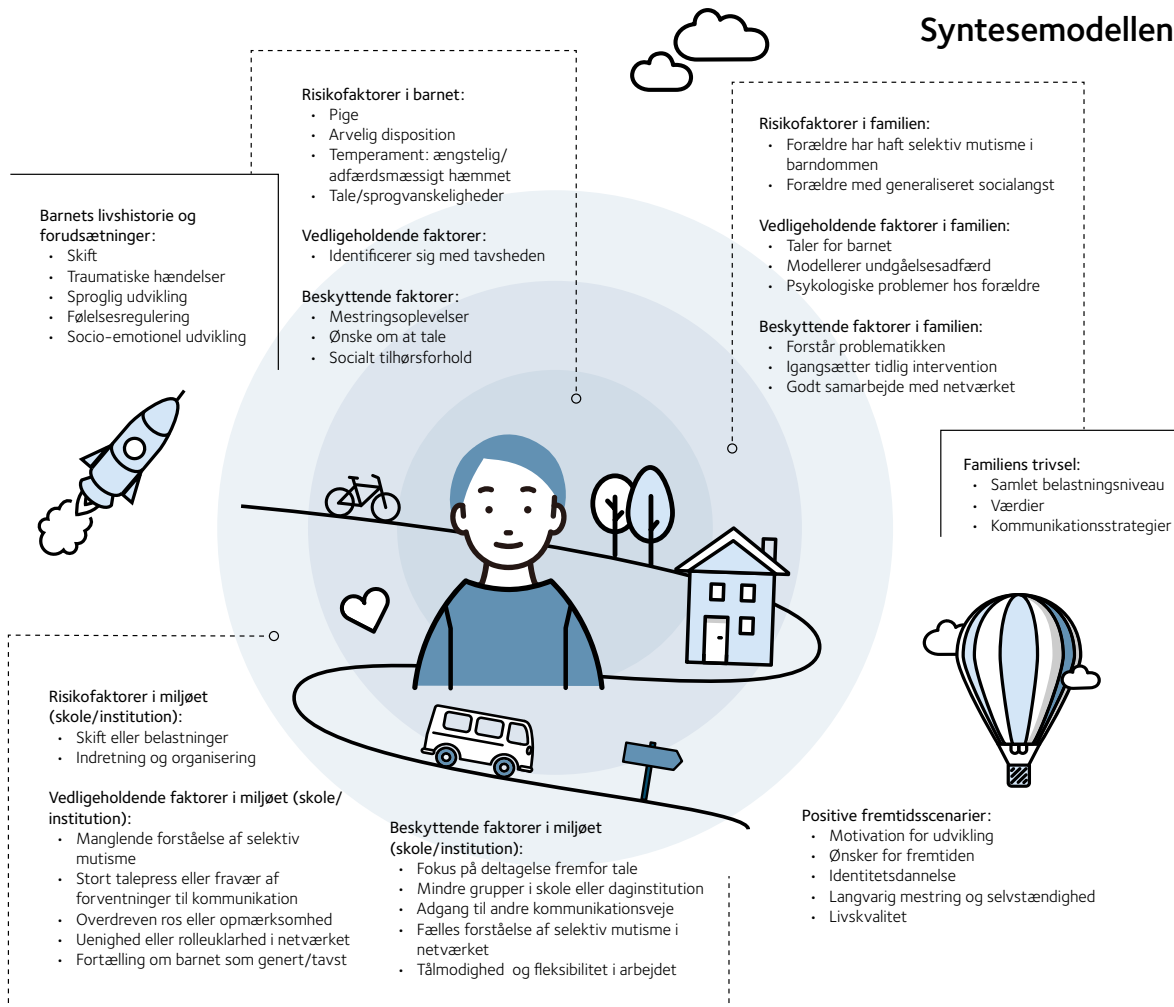
Formel testning af kognitivt funktionsniveau samt udlevering af spørgeskemaer mhp. afdækning af øvrig psykopatologi kan være nødvendige for at afdække eventuelle vedligeholdende faktorer og for at sikre, at vi i tilrettelæggelsen af indsatsen sætter barren korrekt. For valg af tests samt anbefalinger i forbindelse med test administration mv. henvises til [inspirationskataloget](#).

Kognitiv caseformuleringsmodel



Figur 2: Gengivelse af kognitiv caseformuleringsmodel. Se eksempler på vedligeholdende og beskyttende faktorer i Syntesemodellen.

Syntesemodellen



Figur 3: 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.

Ved vurdering af barnet er det vigtigt at være opmærksom på, hvad et forhøjet alarmberedskab gør ved os mennesker. Det sympatiske nervesystem tager over, vores informationsbearbejdning sænkes og vores opmærksomhed samt overblik- og problemløsningsevne reduceres. Vores kontakt og adfærd kan ændre sig, blive mere stiv, initiativfattig og med undvigende øjenkontakt. Resultater skal derfor tages med et vist forbehold og sidestilles med øvrige informationer om barnets funktionsniveau fra øvrig kontekst. Det kan desuden give mening at alliere sig med forældrene eller anden tryksperson som barnet taler med, som kan gennemføre udvalgte delprøver fra fx kognitive eller sproglige tests. Det samme gælder vurdering af fagligt niveau, hvor det kan give mening at få forældrene til f.eks. at optage læsning eller lignende, så man øger chancen for at få et retvisende billede af barnets faktiske niveau.

Afdæk barnets generelle forudsætninger:

- Skab overblik i informationsindsamlingen så viden om kognitive, emotionelle, sociale, psykiske, sansemotoriske samt miljømæssige faktorer står klart. Denne afdækning giver vigtig information om barnets styrker og udfordringer, som kan tænkes ind i den videre indsats

Mutismens karakter og omfang

Grundet problemstillingens natur bør der tages udgangspunkt i en tværkontekstuel afdækning. En klar anbefaling er at indhente beskrivelser fra hjem og skole, gennemføre observation af barnet samt gennemse videoklip fra hjemmet, der illustrerer kontakt, samspil og brug af sproget.

At barnet tager sig forskelligt ud i hhv. hjem og skole er et af hovedkriterierne ved selektiv mutisme, men måden hvorpå det udfolder sig kan fortælle om barnets nærmeste zone for udvikling.

Spørgeskemaerne Selective Mutism Questionnaire (SMQ; Bergman, Keller, Piacentini, & Bergman, 2008) og School Speech Questionnaire (SSQ; Ørbeck, Overgaard, Bergman, Pripp, & Kristensen, 2020), samt Frankfurt Scale of Selective Mutism (FSSM; Angelika Gensthaler et al., 2020) er hyppigt brugt i forskningslitteraturen. FSSM kan i tillæg til at kortlægge talemønstre og symptomsværhedsgrad af selektiv mutisme, anvendes som et progressionsværktøj til at tydeliggøre udvikling over tid (FSSM er gratis tilgængeligt på dansk – skemaet kan frit downloades fra Social- og Boligstyrelsens hjemmeside). Disse spørgeskemaer kan bidrage til at afdække omfanget af mutismen på tværs af kontekster,

samt kortlægge talemønstre. Som praktiker og ansvarlig for at understøtte mål og retning i indsats, kan man dog have behov for yderligere mulighed for beskrivelse af mutismen for at kunne gå dét spade-stik dybere og præcisere de mest oplagte indsatsområder. Spørgeskemaet "afdækning af den selektive mutismes karakter og omfang" er udarbejdet af børneneuropsykologerne Louise Torp Sørensen og Niels Fuglsang Sørensen med dette formål (<https://samarbejde.aalborg.dk/sundhed-og-social/taleinstituttet-og-hjerneskadecenter-nordjylland/selektiv-mutisme-et-afdaekningsskema-til-fagpersoner>). Her er der mulighed for at afdække hvordan barnet agerer, med hvem og hvornår.



Afdæk mutismens omfang og karakter:

- Skab overblik over hvordan barnet interagerer, med hvem og hvordan
- Denne afdækning kan give retning for den videre indsats

Skema til afdækning af den selektive mutismes karakter og omfang

Taleinstituttet & Hjerneskadecenter Nordjylland

I hjemmet

I dette skema kan barnets kommunikative adfærd i eget hjem afdækkes. De fleste børn med formodet selektiv mutisme taler mere frit, når de er derhjemme. Dog kan barnets kommunikation alligevel være påvirket af, hvem der er i hjemmet. Det synes derfor vigtigt at få afdækket, hvordan barnet kommunikerer i selskab med fx den nære familie, øvrige familiemedlemmer, gæster og kammerater. Hvis barnet er flersproget, bør der være en opmærksomhed på om der ses en forskel i anvendelsen af sprogene.

	Kommunikative mønstre (hvor, hvornår og hvordan kommunikerer barnet?)
Nær familie (forældre og søskende)	
Øvrig familie (bedsteforældre, onkler, tanter, fætre, kusiner etc.)	
Gæster - Taler barnet fx med gæster eller med nær familie foran gæster? - Ses der en forskel alt afhængigt af, hvem gæsterne er eller hvor mange der er?	
Kammerater/jævnaldrende - Taler barnet med kammerater hjemme? Hvilke kammerater? - Og hvordan kommunikerer og leger barnet i øvrigt. - Er der nogle situationer, hvor barnet er mere kommunikerende end i andre?	
Øvrigt Beskrivelser af øvrige talemønstre ved fx: - Telefon- og videoopkald - Ved online-spil - I haven - Kæledyr	

Udarbejdet af barneneuro psykolog Louise Torp Sørensen & psykolog Niels Fuglsang Sørensen, Taleinstituttet & Hjerneskadecenter Nordjylland

3

Taleinstituttet & Hjerneskadecenter Nordjylland

I institutionen (børnehave, skole og fritidstilbud)

I dette skema kan barnets kommunikative adfærd i institutionen afdækkes. De fleste børn med formodet selektiv mutisme kommunikerer ikke eller i begrænset omfang i institutionen. Kommunikation kan være påvirket af tilstedeværelsen af voksne, kendte/ukendte elever, sted og aktiviteter (i skolen fx ved forskellige fag og frikvarter). Hvis barnet er flersproget, bør der være en opmærksomhed på om der ses en forskel i anvendelsen af sprogene.

	Kommunikative mønstre (hvor, hvornår og hvordan kommunikerer barnet?)
I plenum - Hvordan kommunikerer barnet med fx lærere og elever? - Rækker barnet hånden op i klassen? - Hvordan deltager barnet i aktiviteter? - Ses der en forskel, hvis voksne er i nærheden?	
I mindre gruppe (jævnaldrende) - Er der forskel på fx klasseværelse, frikvarterer, SFO og andre steder? - Er der en forskel på, hvem barnet indgår i gruppe med, og hvordan? - Ses der en forskel, hvis læreren indgår i eller er i nærheden af gruppen?	
En-til-én med jævnaldrende - Er der forskel på, hvem barnet er sammen med og hvor?	
En-til-én med voksne i institutionen - I eller udenfor undervisningen? - Er der en forskel i, hvad barnet kommunikerer omkring? Fx samtale af faglig karakter, fritid og leg, billeder og/eller mere følelsesbetonede emner.	

Udarbejdet af barneneuro psykolog Louise Torp Sørensen & psykolog Niels Fuglsang Sørensen, Taleinstituttet & Hjerneskadecenter Nordjylland

4

Figur 4: Skema fra Taleinstituttet & Hjerneskadecenter Nordjylland

Barnets perspektiv

Grundet tilstandens natur kan det synes vanskeligt at få adgang til barnets perspektiv, da vi typisk ikke kan indgå i en direkte dialog. Ikke desto mindre er det helt centralt at forsøge at få adgang til barnets perspektiv, da det er hér vi får vigtig viden om, hvad barnet oplever. Inddragelse bør altid ske med barnets alder, forudsætninger og forståelsesniveau for øje. Nogle børn kan godt udpege mellem valgmuligheder eller med få ord besvare spørgsmål i den direkte kontakt, andre kan kommunikere via computer og på denne måde besvare tilsendte spørgsmål og spørgeskemaer, mens andre kan have dialogen med forældrene ud fra et tilsendt samtaleredskab eller video målrettet barnet. At få barnets perspektiv frem kan udføres på forskellig vis og igen må der tages udgangspunkt i det enkelte barn.

Særligt ved større børn kan det give mening at inddrage barnet mere direkte. Vidensformidling til barnet samt afdækning af barnets perspektiv kan med fordel kombineres. Vidensformidling, også kaldet psykoedukation, betyder, at barnet får viden om sin tilstand samt præsenteres for, hvad der skal til for at ændre den. Som rådgivende fagperson kan man selv vidensformidle til barnet, men det er også givtigt at lade barnet arbejde med en tryghedsperson i en setting, hvor barnet bruger sit verbalsprog. At føle sig forstået, at vide at man ikke er unormal eller alene om at have det sådan, at få ord til at beskrive det man oplever, kan være brobygning til barnets perspektiv: Hvad oplever barnet, hvad ønsker barnet at kunne/savner at kunne, hvordan fejrer vi succeser?

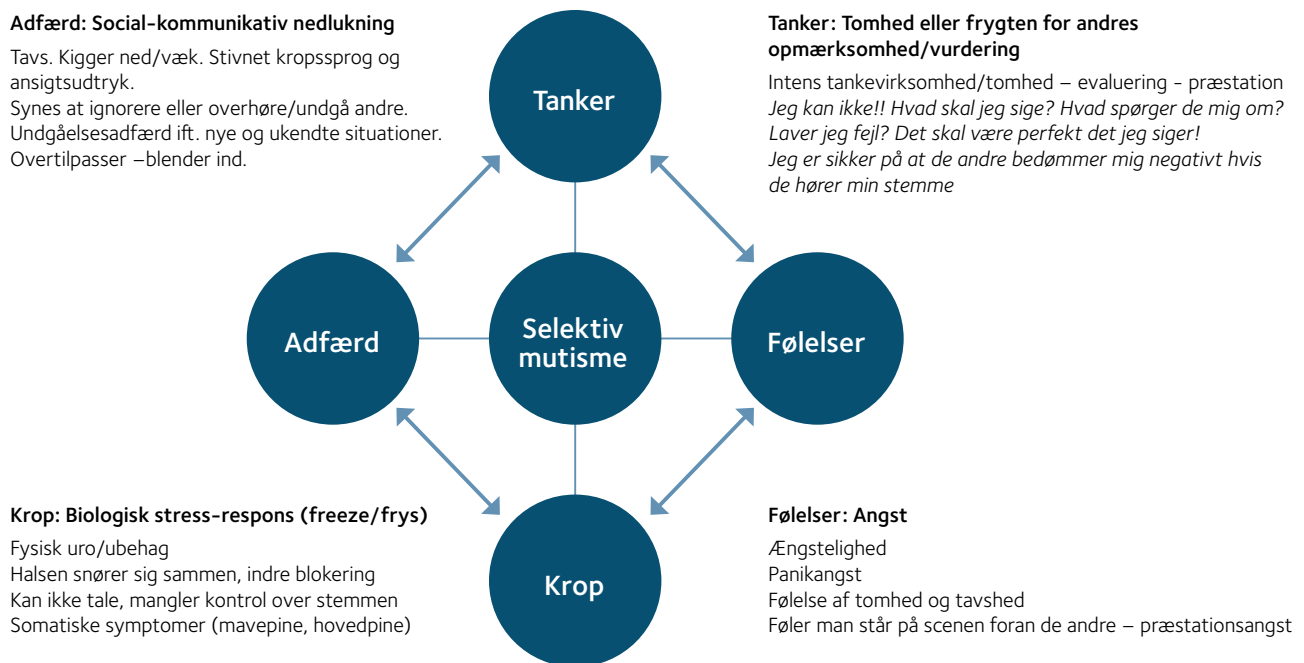


Inddragelse af barnet:

- Skab adgang til barnets perspektiv. Dette kræver ofte kreativitet ud fra hvad barnet evner modenhedsmæssigt, kognitivt og kommunikativt.
- Giv i særdeleshed skolebørn viden om deres situation, hvad er det de oplever, hvorfor sker det og hvordan kan man arbejde med det.
- Se folderen "Tavshed udenpå og tale indeni" fra Social- og Boligstyrelsen <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/2022/tavshed-udenpa-og-tale-indeni>.

Selvom selektiv mutisme i dag defineres som en angstlidelse, er der en mindre gruppe børn, der ikke genkender det at føle decideret angst. Med angst følger både psykiske og kropslige symptomer, men børn kan opleve og beskrive deres ængstelse meget forskelligt, og det er vigtigt at finde frem til barnets oplevelse heraf. Nogle børn kan beskrive en uro eller bekymring, mens andre ikke kan. Mange børn vil kunne genkende fysiske symptomer så som ondt i maven, hjertebanken, tørhed i munden eller en klump i halsen. Se Figur 5 nedenfor. Børn med selektiv mutisme kan have forskellige bange-tanker knyttet til det at tale såsom ”jeg må væk”, ”jeg kan ikke”, hvis jeg taler, så...”. Dertil følger en adfærd karakteriseret ved undgåelse, hvor barnet ”fryser” i situationen eller trækker sig og ”flygter”, som et forsøg på at minimere ubehaget. Denne undgåelsesadfærd er samtidigt en vedligeholdende faktor, idet hjernen så at sige bliver bekræftet i, at undgåelse er den bedste måde at minimere ængstelsen. Det kan for mange børn være nyttigt at vide, at det ikke er dem, der er forkerte eller mærkelige, men at det i stedet skyldes vores hjerne der driller os ved at sætte alarmberedskabet i gang.

riseret ved undgåelse, hvor barnet ”fryser” i situationen eller trækker sig og ”flygter”, som et forsøg på at minimere ubehaget. Denne undgåelsesadfærd er samtidigt en vedligeholdende faktor, idet hjernen så at sige bliver bekræftet i, at undgåelse er den bedste måde at minimere ængstelsen. Det kan for mange børn være nyttigt at vide, at det ikke er dem, der er forkerte eller mærkelige, men at det i stedet skyldes vores hjerne der driller os ved at sætte alarmberedskabet i gang.



Figur 5: 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.

Netværkssamarbejdet

I den psykosociale indsats er netværksarbejdet helt centralt. Dette kan understøttes gennem en afdækning af netværkets parathed til samarbejde samt hvilke muligheder, der er tilgængelige i det enkelte netværk. Indledningsvist kan der altså med fordel afdækkes, hvem er mulige aktører i samarbejdet, hvem kan agere tovholder for at sikre koordinationen i netværket, hvilken adgang er der til ressourcer, eksempelvis pædagogtimer til relationsarbejde, eksponeringsarbejde mv. Dette giver tydelighed ift. samarbejdsfladerne og gør det videre arbejde nemmere at planlægge, vel vidende at ændringer kan forekomme løbende. [Se netværkshortet i inspirationsmaterialet.](#)



Skab ro i og omkring barnet inden tavsheden kan udfordres:

- Fokus på tilpasning af krav, stressreduktion, relationsarbejde.
- Undgå talepres, men undgå ikke barnet – kommuniker i stedet defokuseret.
- Frem den gode fortælling om barnet, som en værdifuld, kompetent deltager, der kan mestre på egen hånd.

Indirekte indsatser – tryghed og deltagelsesmuligheder

Inden der arbejdes direkte med barnet, kan det første fokus med fordel rettes mod omgivelserne. Er der faktorer, der stresser barnet eller faktorer, der skal håndteres for at skabe ro og overskud til, at barnet overhovedet er parat til at arbejde med tavsheden? Dette kan i nogle tilfælde være nok til at tavsheden brydes og barnet begynder at kommunikere mere.

Efter at have udfyldt et analyseredskab som Carr's caseformulering, vil det ofte skinne igennem, hvorvidt der er tale om et match mellem barnets aktuelle forudsætninger, faktorer i miljøet og de stillede krav. Disse mere miljømæssige eller systemiske faktorer gælder såvel hjemme som i skole/institution og kan eksempelvis omfatte reduktion af faglige krav, indførelse af faste rutiner i hjemmet, øget struktur og forudsigelighed i skolen ift., hvad barnet skal, med hvem og hvornår. Dertil er der helt centralt, at barnet har trygge relationer til voksne, særligt de(n) voksne som tænkes at kunne have en rolle i den videre intervention. Tryghedsskabende aktiviteter kan derfor med fordel iværksættes og gerne opprioriteres indledningsvist.

Omgivelserne skal have viden om selektiv mutisme og de grundlæggende præmisser, der gør sig gældende ved angstproblematikker, hvor centralnervesystemet er i alarmberedskab. Denne psykoedukation har til formål at øge forståelsen af problemet samt socialisere til de anvendte metoder, der skal afprøves – noget der i kognitiv adfærdsterapi såvel som øvrige retninger ses ganske afgørende for deltagernes medvirken og motivation (Jørgensen & Schlander, 2018). Forældre og involverede fagfolk kan herigennem få fælles retning for udvikling af barnet, samt hvordan de uintenderet kan være med til at vedligeholde uhensigtsmæssige mønstre fx ved at presse barnet for meget eller alternativt skåne det unødvendigt.

Nogle kommer til at skabe talepres i forsøget på at give barnet et kærligt skub. I samvær med tavse børn er det vigtigt at bevare tålmodigheden – skab tid og plads til barnet i kommunikationen, men lad ikke kommunikationen dø ud, fordi barnet ikke svarer verbalt. Er barnet fx nonverbal så kommuniker på en måde, så barnet kan være deltagende vha. mimik, gestik eller udpegning. Defokuseret kommunikation er en metode, hvor omgivelserne mindsker oplevelsen af talepres hos barnet ved eksempelvis at sætte sig ved siden af barnet i stedet for overfor. Ligeledes indebærer det inddragelse af et fælles tredje (et spil, en opgave og lignende) samt at "tænke højt" i stedet for at tale direkte til barnet. Man bør dog have barnets alder for øje, da større børn ofte gennemskuer det og finder det kunstigt.

Som lærer/pædagog eller forældre til et barn, der har det svært, vil man typisk forsøge at mindske ubehaget. Dette kan medføre, at man kommer til at understøtte uhensigtsmæssigt adfærds-/samspilmønstre, hvor man får signaleret til barnet "dette kan du ikke klare" og dermed understøttes negativt ladede opfattelser af barnet selv, andre og verden. Det kan fx være, at man svarer på barnets vegne eller gentagne gange undlader at inddrage barnet i bestemte aktiviteter. Det er vigtigt at arbejde med omgivelsernes tilgang til barnet, at de i stedet får

signaleret en tro på, at barnet har evnen til at lykkes og klare sig på egen hånd. At barnet er en lige så værdifuld deltager, selvom barnet ikke aktuelt bruger sit talesprog i den givne kontekst.

Succeskriteriet vil for de fleste i netværket ofte være at barnet opnår fuld tale til alle personer i alle kontekster. Dette kan for flere børn være en meget stor opgave, som vil kræve at barnet kan "hoppe over mange trin på trappen". I stedet er det meningsfuldt at starte med at øge barnets deltagelsesmuligheder: Er der aktiviteter som barnet aktuelt ikke deltager i, fx idræt, gruppearbejde, legegrupper mv.? Har barnet brug for voksenhjælp til ting, som det faktisk har forudsætninger for at klare på egen hånd, bære taske selv, gå til/fra skole, betale hos købmanden mv. Har barnet mulighed for at kommunikere på anden vis med omgivelserne fx ved brug af computer/mobil eller billedværktøjer som barnet eksempelvis kan vælge aktiviteter ud fra? At arbejde med deltagelsesmuligheder kan nogle gange give barnet motivation til at arbejde yderligere med tavsheden. Har barnet opnået større deltagelsesmulighed, kan næste eksponeringsmål omhandle nonverbal kommunikation. Kan barnet pege og udvælge? Nikke eller ryste på hovedet? Kan barnet vinke til forældre eller en ven? At bruge kroppen er en forudsætning for deltagelse i mange aktiviteter i såvel skole og fritid.

"Jeg var slet ikke klar over, at jeg ved at sige højt foran Jasmin "jamen hun taler ikke", var med til at vedligeholde tavsheden – jeg især har generelt nok pakket hende lidt ind i vat ved at svare for hende, gøre mange ting for hende og fulgt hende steder, hvor hun nok havde haft bedre af at klare det selv. Men jeg var bange for at skubbe hende yderligere ud i mutisme"

- citat fra en mor



”Selvom vi var så overoptagede af, at hun skulle bruge sit talesprog, gav det hurtigt mening at sætte ind på deltagelsesplanet – hun rykkede sig og blev synligt mere selvstændig og modig. Det forplantede sig også til andre sammenhænge, som ikke var en del af den oprindelige plan. Det efterfølgende fokus på nonverbal kommunikation bar også hurtigt frugt, og hun begyndte at kunne vinke, markere i timerne og være til stede uden at fryse”

- Citat fra forældre efter indledende eksponering på deltagelsesplan (legeaftaler, særskilt rolle i fælleslege, gik selv hjem fra skole) samt nonverbal kommunikation.

Gradvis eksponering – indirekte og direkte

Næste trin i arbejdet med disse børn vil typisk være at give barnet mulighed for at udvide sine kommunikationsmuligheder. Eksponering er et kerneelement i den kognitive adfærdsterapeutiske retning og betyder, at barnet gradvist udsætter sig for det ubehagelige og aflærer frygtresponsen. Der kan skelnes mellem en mere indirekte og direkte form for gradvis eksponering alt efter, hvor involveret barnet er i indsatsens form og indhold. Begge former kalder på en vis intensitet, hvor barnet ofte, gerne dagligt, eksponeres.

Ved indirekte eksponering er barnet ikke nødvendigvis bevidst om, hvad der arbejdes med. I stedet skabes der muligheder for at talen kommer i spil – uden oplevelsen af talepres. For yngre børn er det nogle gange muligt at facilitere en proces hen mod brug af verbalsprog ved alene at ændre på omgivelsernes tilgang og forventninger til barnet. Dertil kan iværksættes forskellige former for legesituationer, hvor stemmen kan "smutte ud". Dette kan fx være tumlelege, hvor motorik og tempo kan fjerne barnets fokus væk fra ubehaget. Udfyldelse af "Afdækning af den selektive mutismes karakter og omfang" kan give en retning for dette arbejde – får vi fx at vide, at barnet kan hviske under leg med en veninde på stuen, kan der i en periode skabes flere af disse muligheder, og langsomt kan man udvide dette til fx en ven mere, en voksen på stuen, en voksen i legen mv.

For ældre børn og for børn, hvor ændringerne i omgivelserne alene ikke er nok, er det ofte nødvendigt at tilføje en lidt mere formelt sammensat intervention mhp. at udvide barnets verbale kommunikationsmuligheder. I den mere direkte form for eksponering er der over for barnet en tydelighed omkring arbejdet, som udføres på en gradvis, forudsigelig og systematisk vis. Der skal sættes små mål, der samlet udgør trin på en mål-trappe. Mål som barnet gerne selv er med til at formulere, hvis muligt, og som hele netværket er bekendte med.



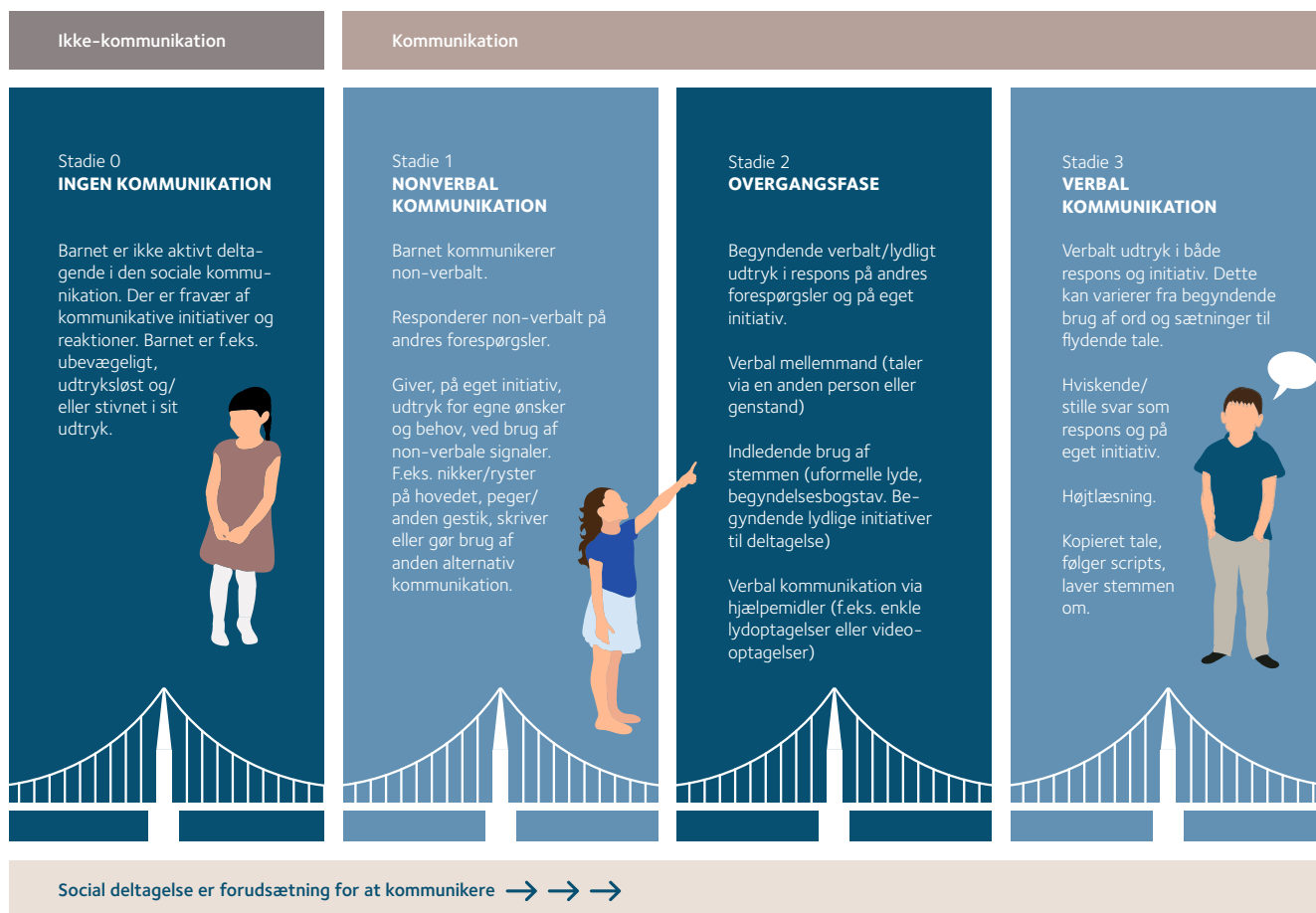
Gradvis eksponering er effektiv mod tavsheden og skal gerne tage udgangspunkt i barnets nærmeste udviklingszone:

- Indirekte eksponering sker når omgivelserne skaber situationer, hvor tavsheden mere spontant kan brydes
- Direkte eksponering er når omgivelserne sammen med barnet udvælger situationer, hvor tavsheden gradvist skal udfordres
- Uanset form kræver eksponering en vis intensitet og hyppighed for at have effekt

Kommunikationsbroen

”Kommunikationsbroen” er oprindeligt introduceret af Dr. Shipon-Blum. Kort beskrevet anvendes den til at kortlægge barnets eller den unges verbale og non-verbale kommunikation, og den skelner mellem kommunikative responser og initiativer. En af hovedpointerne med kommunikationsbroen er at udvide kommunikationsbegrebet, så der også er blik for den non-verbale kommunikation i form af blikkontakt, gestik, skriftsprog med videre. Kommunikationsbroen illustrerer, hvordan barnet kan flytte sig længere til højre henimod flydende verbal tale, eller have mindre tilbagefald, hvor det går tilbage til udelukkende at anvende non-verbal kommunikation eller generelt have færre kommunikative initiativer eller reaktioner. Alt afhængig af, hvor barnet be-

finder sig på ”kommunikationsbroen” ([se mere i inspirationskataloget](#)), sættes eksponeringsmål, som tager udgangspunkt i deltagelse, nonverbal og/eller verbal kommunikation. Målene skal defineres med udgangspunkt i nærmeste udviklingszone, så barnet har størst mulig chance for succes. Har barnet en nogenlunde konsistent nonverbal kommunikation på tværs af kontekster, kan fokus sættes på mere direkte verbalisering. Alt efter hvor hæmmet barnet er, kan det være nødvendigt at starte med at arbejde med åndedrættet fx gennem oppustning af balloner eller sæbebobler med tiltagende styrke. I tråd med Shipon-Blums tilgang kan der herefter sættes fokus på nemt-producerbare lyde eller bogstavlyde, hvorefter der trinvist arbejdes hen imod mere kom-



plekse lydproduktioner såsom sætninger. Nogle børn er også klar til at arbejde direkte på ordniveau så som ja, nej, hej, farvel mv., efterfulgt af korte, planlagte sætninger. [Se inspirationskataloget for værktøjer til at afdække barnets kommunikation og zone for nærmeste udvikling.](#)

Sideløbende med ovenstående fokus på, hvor barnet befinder sig på kommunikationsbroen, skal der også være en opmærksomhed på udvidelse af kontekst for tale – sted, personer og aktiviteter. Metoden *sliding-in* kan benyttes til gradvist at udvide barnets komfort zone, både hvad angår, hvem der tales til og hvor. Typisk er barnet i en tryk situation, hvor det har fri tale, f.eks. et rum med forældrene, hvorefter der "indlemmes" en ven eller primær voksen fra fx skolen.



- Sliding-in er hvor en kontekst, der er tryk for barnet, langsomt udvides ved at der f.eks. åbnes en dør så andre kan høre stemmen, eller hvor nye børn eller voksne langsomt introduceres i den tryk kontekst.
- Desensibilisering er en metode, hvor barnet tilvænner sig lyden af egen stemme og/eller at andre hører stemmen fx gennem en optagelse.

Afhængigt af barnets modenhed og udviklingsniveau kan de mere kognitive aspekter i kognitiv adfærdsterapi være relevante at inddrage i arbejdet. Det kan være hjælpsomt at arbejde med registrering i forbindelse med eksponering (f.eks. "hvor ubehageligt forventer jeg, at det bliver" vs. "hvor ubehageligt var det så"), både for at sikre realitetstestning, samt som et pejlemærke for, om eksponeringen er indenfor barnets udviklingszone, og om indsatsen virker. Ved yngre børn kan det være en god ide at arbejde med eksternalisering af problemet, og man kan bl.a. tale om en klump i halsen eller at "stemme-tyven" har været på spil. Ved de lidt ældre børn kan man yderligere inddrage strategier såsom realistisk tænkning og hensigtsmæssige tanker. Afslapningsøvelser og vejtrækningsøvelser kan ligeledes inddrages for at hjælpe nervesystemet til ro.

Det er sjældent barnet selv, der har besluttet at igangsætte en indsats, og derfor kan motivationen være begrænset. Motivationsskabende tiltag kan derfor være vigtige, dette vil bl.a. være at sikre at barnet oplever en vis grad af kontrol og medindflydelse i behandlingen, sikre en god relation, gøre indsatsen sjov og legende samt anvende belønninger for at deltage i interventionen. På trods af belønning og klar tilrettelæggelse af, hvad der skal ske, er det alligevel forventeligt, at barnet kan reagere på ændringerne. Disse reaktioner falder tit i hjemmet, så det er vigtigt, at forældre er forberedte på disse naturlige responser hos barnet. Reaktionerne må dog helst ikke kamme over og blive for indgribende, da det ofte vil være tegn på, at barren er sat for højt og overstiger, hvad barnet kan honorere. Ofte vil der dog opstå en indre funderet motivation i takt med, at barnet flytter grænser og kan mærke, at indsatsen nytter.

Forskning i selektiv mutisme – hvad er mest virksomt?

Interventionsforskningen har i en årrække undersøgt, hvilke metoder og tilgange, der er særligt virksomme ift. at få børn med selektiv mutisme til at tale. Det er dog først inden for de senere år, at man er begyndt at bevæge sig væk fra case-studier af enkelte børn med selektiv mutisme til randomiserede, kontrollerede studier af en større børnegruppe, hvoraf flere også er begyndt at inkludere opfølgning af børnene over tid. Der er således sket et skifte henimod studier med en højere evidensmæssig kvalitet og her er konsensus, som tidligere nævnt, at en kognitiv adfærdsterapeutisk tilgang viser bedst effekt ift. behandling af selektiv mutisme. Forskningslitteraturen er dog til stadighed præget af forholdsvis få og små interventionsstudier, der er således fortsat tale om et mere usikkert vidensgrundlag end, hvad der ses ift. behandling af andre mentale tilstande.





Eksempler på evidens- og manualbaseret kognitiv adfærdsterapi til børn og unge med selektiv mutisme

Som inspiration ind i selve interventionsdelen, præsenteres her fire eksempler på interventionsprogrammer, der tager afsæt i forskning på området og er udarbejdet af klinikere med stor erfaring med målgruppen. Eksemplerne præsenteres i et kort format med det formål at inspirere læseren til videre læsning. Refleksioner om fordele og særlige opmærksomhedspunkter ifm. brug af sådanne programmer oplystes i efterfølgende afsnit.



An Integrative Behavioral Approach – Bergman m.fl.

I 2013 udgav den amerikanske psykolog R. Lindsey Bergman behandlingsmanualen *Treatment for Children with Selective Mutism – An Integrative Behavioral Approach*, der beskriver forslag til intervention til børn i alderen 4-8 år. Interventionsprotokollen består af 20 kliniksessioner af 60 min. varighed over en tidsperiode på 24 uger samt sideløbende hjemmeopgaver. Barnet arbejder i denne periode med graduerede eksponeringsøvelser mhp. at kommunikere verbalt i situationer, hvor dette er svært. Eksponeringsøvelserne baserer sig på adfærdsterapeutiske teknikker såsom stimulus fading, shaping og systematisk desensibilisering, og inddragelse af

et belønningssystem er ligeledes en central del af behandlingen. Når terapien beskrives som integrativ, refereres der til et ønske om at sammenholde og inkorporere inputs fra såvel klinikerens selv, barnets forældre og lærere. I det manualbaserede forløb er der fokus på forældreinddragelse, ligesom der sideløbende arbejdes tæt med lærere for at sikre relevante eksponeringsøvelser på skolen. Af manualen fremgår der per session forslag til indhold, ligesom der er generelle skemaer og konkrete idéer til eksponeringsøvelser, hjemmeopgaver, belønning samt redskaber til måling af følelser, interventionseffekt mv. (Bergman et al., 2013).

Bergman og kollegaer har foretaget et randomiseret pilotstudie med 21 børn i alderen 4-8 år med diagnoseret selektiv mutisme. Børnene blev inddelt i hhv. en interventionsgruppe, som indgik i ovenstående integrerede adfærdsterapi over 20 sessioner (24 uger) og en venteliste-kontrolgruppe (12 uger). Interventionen gennemføres i en klinik af erfarne klinikere. Studiet viste, at der ikke skete en ændring for børnene på ventelisten, mens der ses en signifikant øgning i tale hos gruppen af børn, der modtog interventionen. 67 % af de børn, der indgik i det adfærdsterapeutiske forløb, opfyldte efter forløbet ikke længere kriterierne for selektiv mutisme. Denne kliniske bedring var fortsat til stede ved opfølgning 3 måneder efter forløbets afslutning (Bergman et al., 2013).

The Selective Mutism Ressource Manual – Johnson & Wintgens

The selective mutism ressource manual er en praksis manual, der beskriver en psykosocial indsats indeholdende en samling af materialer og anbefalinger i arbejdet med og omkring børn med selektiv mutisme. Manualen har sit udgangspunkt i adfærdspsykologi og angstbehandling og trækker på relevant forskning inden for området samt forfatterne egne kliniske erfaringer. Modsat de øvrige indsatser dækker Selective Mutism Ressource Manual ikke som sådan over et interventionsprogram, men beskriver snarere en tilgang til arbejdet med denne målgruppe. Manualen kortlægger forståelsesgrundlaget for selektiv mutisme og udstikker en forløbsbeskrivelse lige fra præventive indsatser overfor børn i risikogruppe for at udvikle selektiv mutisme, over udredning, handleplaner for netværket, psykoedukation til fagprofessionelle, familier og barnet, gradvis eksponering hjemme og i skolen, samt tilbagefaldsforebyggelse. Selve interventionsdelen foregår i skolen/

institutionen og i hjemmet og er baseret på kognitive adfærdsterapeutiske teknikker. Der er fokus på desensibilisering, sliding in/stimulus fading (med introduktion af nye personer i barnets trygge zone) og uformel shaping, hvor den ønskede adfærd (tale) er tilnærmet f.eks. ved at barnet former ordet med læberne, men uden at der er en eksplicit forventning om, at barnet senere vil sige ordet. Materialet giver gode eksempler på alternative kommunikationsformer i form af rating skalaer, piktogrammer og samtalekort med korte beskrivelser, som barnet kan give. Der er også konkrete metoder til non-verbalt at inkludere barnet i at sætte mål og beskrive sig selv. Gennemgående beskrives justeringer i forhold til, hvordan materialet kan anvendes overfor unge, og der gives konkrete case-beskrivelser af intervention til børn fra 3 til 16 år.

Der er ikke lavet effektundersøgelser af materialet og indsatsen beskrevet i Selective Mutism Ressource Manual. Dette skyldes formentligt, at materialet ikke i samme omfang som andre manualer præsenterer et færdigt indsatsprogram, hvilket gør det svært at afprøve i kontrollerede, empiriske forsøg. Metoden må derfor beskrives som evidens- og praksis-informeret snarere end evidens-baseret. Beskrivelserne fra Maggie Johnson og Alison Wintgens er bredt citeret og anvendt internationalt. Den engelske interesseorganisation, SMIRA (Selective Mutism Information and Research Association) fremhæver ligeledes materialet i deres anbefalinger og deler en række gode arbejdsark fra materialet gratis på deres hjemmeside www.smira.org.

Social Communication Anxiety Treatment (S-CAT®) – Shipon-Blum

Et tredje eksempel på evidensbaseret kognitiv adfærdsterapi til børn og unge med selektiv mutisme er Dr. E. Shipon-Blums S-CAT® Program. Shipon-Blum er uddannet læge med speciale i selektiv mutisme. S-CAT® betegnes som en kortvarig, intensiv interventionsform, som gennemføres på klinikken af erfarne klinikere, 3 gange over i alt ni uger med supplerende telefon- og mailkorrespondance. Forældrene tillægges desuden et større eksponeringsansvar mellem sessionerne for at fremme behandlingseffekt. S-CAT® er implementeret ved The Selective Mutism Anxiety Research and Treatment Center (SMart Center), som har en masse viden tilgængelig på hjemmesiden <https://selectivemutismcenter.org>.

Centralt i interventionen er at fjerne talepres samt vedligeholdende faktorer i omgivelserne (fx at forældre svarer for barnet). Udgangspunktet er også her graduerede eksponeringsøvelser, både i og i særdeleshed uden for klinikken. Konkret arbejdes der i klinikken ud fra Ritual Sound Approach, som starter med fokus på nemt producerbare sproglyde, hvorefter der trinvist arbejdes hen imod mere komplekse lydproduktioner såsom sætninger. De konkrete øvelser planlægges med udgangspunkt i, hvor barnets kommunikation befinder sig på Social Communication Comfort Scale ("kommunikationsbroen"). Behandlingen baserer sig altså på en forståelse af, at selektiv mutisme er en angstproblematik relateret til social kommunikation og omfatter andet end blot tale.

Et pilotstudie med 40 børn med selektiv mutisme har forsøgt at afdække effekten af S-CAT®. Alle involverede børn var i alderen 5-12 år og blev inddelt i samme interventionsgruppe. Efter 9 ugers intervention var der ifølge forældre tale om en signifikant øget brug af tale samt nedsat niveau af ængstelse og tilbagetrækning. 95% viste øget tale i skole, offentlige steder eller over for personer, som de ikke tidligere havde talt til i hjemmet. Studiet peger på, at graden af symptomer ved interventionens start, såvel som familiens vedholdenhed i interventionen (compliance), har betydning for interventionens effekt, snarere end varigheden af symptomer på selektiv mutisme (Klein, Armstrong, Skira, & Gordon, 2017)

Hjem- og skolebaseret intervention – Ørbeck m.fl.

En norsk forskningsgruppe med B. Ørbeck og H. Kristensen i spidsen, har gennem årene afdækket effekten af en intervention, der i høj grad kobler hjem og skole. Interventionen består af omtrent 21 sessioner og tager udgangspunkt i at møde barnet i hjemmet, hvor barnet føler sig mest tryk, hvorefter interventionen fortsætter i børnehaven eller skolen, hvor symptomerne typisk udspiller sig. Forløbet inddeles i 3 trin, hhv. afdækning/udredning af barnets udfordringer, psykoedukation til netværket samt konkret intervention med barnet, hvor der først er tre sessioner med barnet hjemme. Herefter flyttes

sessionerne over i skolen eller børnehaven, hvor der udvælges en lokal lærer eller pædagog, der står for sessionerne under vejledning fra den behandlingsansvarlige fagperson. Interventionen i børnehaven eller skolen har bl.a. fokus på at øge antallet af personer barnet taler med samt sprede talen til forskellige kontekster. De bærende principper i det norske interventionsprogram er defokuseret kommunikation samt adfærdsbaserede eksponeringsteknikker herunder bl.a. stimulus fading og belønning (Ørbeck et al., 2018; Lunddahl, Ørbeck & Kristensen, 2021).

Et randomiseret kontrolstudie over denne psykosociale interventionsmodel inkluderede 24 børn i alderen 3-9 år. Børnene blev tilfældigt placeret i hhv. en 3 måneders interventions-gruppe eller en venteliste-gruppe. Undersøgelsen viste, at der efter endt forløb kun var en signifikant øget brug af tale hos gruppen af børn, der indgik i intervention. Ligeledes ses en klar tendens til, at yngre børn havde størst effekt heraf (Ørbeck, Stein, Wentzel-Larsen, Langsrud, & Kristensen, 2014). Ved senere langtidsopfølgning 5 år efter afsluttet forløb, ses fortsat god effekt af interventionen på baggrund af forældres og læreres rapporteringer. 21 ud af nu 30 børn mødte ikke længere kriterierne for selektiv mutisme, mens 5 viste delvis remission. De sidste 4 børn opfyldte fortsat de diagnostiske kriterier for selektiv mutisme. Børnenes egne perspektiver blev også inddraget, og den globale livskvalitet blev overordnet set vurderet forbedret (Ørbeck, Overgaard, Stein, Pripp, & Kristensen, 2018).



Hvad kan disse programmer tilbyde?

Programmerne kan samlet ses som idékataloger med meget inspiration til opbygning af og indhold i interventionsforløb. Ved brug af sådanne guidelines for en terapeutisk tilgang optræder en række åbenbare fordele. Når der ses på de præsenterede evidensbaserede eksempler på behandlingsforløb kan der, på trods af forskelle i indsatserne imellem, udtrækkes en række virksomme elementer:

- ➔ At det adfærdsterapeutiske element er en grundsten i arbejdet. Grundlæggende arbejdes der med udgangspunkt i at opbygge tryghed og derefter en gradvis tilvænning til det frygtede, nemlig brug af verbalsproget i bestemte kontekster. Det handler om at gå med barnet dér, hvor det er svært ved gradvist at præsentere, støtte og tilvænne, for herigennem at give barnet positive erfaringer med at kunne mestre angsten.
- ➔ Interventionen synes ikke nødvendigvis at skulle udgøre et decideret terapeutisk forløb udført i klinikken af en kliniker – den kan med god effekt føres ud i barnets naturlige kontekst, dér hvor problemet udspiller sig, af de personer som barnet omgås til dagligt. Dette kan understøtte hyppige eksponeringsforsøg og høj intensitet i indsatsen, hvilket er forbundet med bedre resultater.
- ➔ Arbejdet kalder på samarbejde på tværs af kontekster (hjem, skole/daginstitution og andre aktører i barnets liv), så selvom tavs-heden måske primært forekommer i skolen, er det afgørende, at der etableres et tæt samarbejde med forældre og andre aktører i barnets netværk.

Hvilke opmærksomhedspunkter er der ved brugen af disse programmer?

Ingen af de beskrevne tilgange har været afprøvet i Danmark. Sammensætning af virksomme elementer og implementering kræver derfor ekstra omhyggelighed for os som klinikere og kalder på nysgerrighed og fleksibilitet ift. det enkelte barn og den organisatoriske kontekst, vi arbejder indenfor.

→ Interventionstilgangene er udviklet til og afprøvet på børn, der udelukkende har selektiv mutisme. I praksis opstår der dog ofte det benspænd, at vi møder børn og unge med meget forskelligartede udfordringer, herunder også børn med øvrige udviklingsmæssige udfordringer (Muris & Ollendick, 2021), samt vægning mod andre ting som toiletbesøg, spisning og "performance" generelt. Indsatser bør formes med udgangspunkt i det enkelte barn, dets ressourcer, udfordringer, interesser, sociale forhold og den kontekst, barnet indgår i. Det vil sige, at ethvert forløb kræver en vis særlig tilrettelæggelse.

→ Selv når tilgangen er etableret, kan der ofte opstå tvivl om, hvem der skal intervenere. Er det børne/ungdomspsykiatrien, PPR, familiebehandlere, lokalt på skoler og i daginstitutioner, eller andre instanser? Samtidig opstår der ofte usikkerhed om, hvorvidt en formel diagnose bør stilles, før der iværksættes relevante tiltag i barnets miljø.

Ligesom inden for andre områder, er der også inden for selektiv mutisme-området interesse for gruppeforløb, hvor børn med lignende problemstillinger arbejder med psykoedukation og eksponeringsøvelser sammen. Både i USA og Danmark eksperimenteres der med intensive gruppeforløb (Sharkey, Mc Nicholas, Barry, Begley, & Ahern, 2008). Bl.a. beskriver Lorenzo et al. (2020) gruppe-interventionsprogrammet "Intensive Group Behavioral Treatment" (IGBT), som er et kortvarigt intensivt forløb for børn mellem 3–10 år. En undersøgelse af effekten af IGBT, der inkluderede 29 børn med selektiv mutisme, viste at 46% af børnene ikke længere levede op til selektiv mutisme-diagnosen efter endt forløb, og at effekten stadig var aktuel 8 uger efter ved opfølgning (Cornacchio et al., 2019). Udfordringen er dog, at det kan synes svært at tænke gruppebaserede interventioner i Danmark generelt, da der i mange danske regioner er svært at samle tilstrækkeligt mange børn til at lave et gruppeforløb. Der er flere steder prøvet at inkludere børn med selektiv mutisme i de mest gængse manualbaserede angstprogrammer, men effekten heraf synes umiddelbart at være lille. Givetvis fordi børnene netop profiterer af at være i gruppe med andre børn med samme problemstillinger.

Samlet set synes der således at være belæg for, at man som praktiker kan være nødt til at anvende behandlingsmanualer fleksibelt, men interventionsprogrammerne kan netop være en god kilde til inspiration, en form for rettesnor for et behandlingsforløb, man som praktiker kan læne sig op ad og tage afsæt i.

Opmærksomhed ved samtidige problemstillinger

Mange børn med selektiv mutisme oplever negative skolefaglige og sociale konsekvenser af tavsheden. I tillæg til dette, vil en gruppe af børnene have øvrige vanskeligheder og eventuelt samtidige diagnoser. Dette anses som vigtige opmærksomheds- og interventionspunkter i en helhedsorienteret indsats.

Det kan være svært at få en fornemmelse af de tavse børns skolefaglige niveau, da de sjældent deltager verbalt på lige fod med jævnaldrende. Det er vigtigt at få belyst, hvorvidt der kan være tale om generel eller specifik nedsat kognitiv funktion, da dette kan have betydning for den videre indsats. Et tavst barn med dysleksi eller intellektuel funktionsnedsættelse, kan gennem længere tid sidde uopdaget i en klasse uden at få tilstrækkelig støtte ift. deres indlæring, da fagfolk udelukkende ser tavsheden. For at kunne afdække disse børns faglige og kognitive niveau, anbefales det at samarbejde med hjemmet om at indhente yderligere informationer om barnet, eksempelvis hjemmevideo af barnet i talende situationer. Optagelsen kan være af barnet i ustrukturerede situationer såvel som i mere strukturerede situationer, hvor barnet udfører specifikke opgaver. For eksempel kan barnet mundtligt gengive handlingsforløbet i en historie eller beskrive, hvad barnet ser på et billede for at kunne vurdere deres danskfaglige kompetencer. I tillæg til dette kan der benyttes nonverbale tests for at afdække kognitivt og impressivt sprogligt niveau, hvor barnet kommunikerer nonverbalt eller via evaluerings- eller afkrydsningsskemaer, hvor barnet kan tilkendegive sit svar skriftlig.

[Find skemaer, samt mere information, her.](#)

I tilrettelæggelsen af testsituationer og i fortolkningen af testresultaterne, er det vigtigt at fagpersoner er bevidste om, at børn med selektiv mutisme kan opleve præstationsangst ved testsituationer, hvilket potentielt set kan være hæmmende for deres præstationer og umiddelbare kontakt.

Klinisk ses en betydelig andel af børn med autismespektrum tilstande og samtidig selektiv mutisme. Nogle gange er begge dele udredt diagnostisk, andre gange er kun autismen udredt, men udtrykket er fuldt overensstemmende med selektiv mutisme. Når der er tale om samtidig autisme og selektiv mutisme er det en anbefaling at tage samme forholdsregler, som man vil i forbindelse med øvrig angstbehandling af børn med autismespektrum tilstande. Først og fremmest handler det om at sikre, at barnet er optimalt støttet ift. autismepædagogiske tiltag og reduktion af ydre stressorer. Dernæst er det relevant at afdække, hvorvidt tavsheden er forbundet med ængstelighed og er ufrivillig, eller om den er et udtryk for, at det ikke er meningsfuldt for barnet med autisme at kommunikere i den specifikke kontekst. Yderligere er det relevant at afdække, hvorvidt barnet med autisme ikke ved, hvad man kan sige, som det kan være tilfældet for nogle autistiske børn. Hvis der er en hypotese om at barnet ikke ved, hvad det skal sige, kan der gives faste sætninger ("opskrifter") eller laves faste aftaler om, at man udveksler faste vendinger. Når man igangsætter eksponering med autistiske børn, er det ekstra afgørende at eksponeringen er forberedt for barnet og er særdeles konkret og successikret, således at eksponerings-trinnet, altså det oplevede ubehag, er håndterbart, og at barnet oplever at kunne udholde angsten samt

oplever, at angsten daler igen. Samtidig kan man af-søge, om der er særlige relationer eller kontekster, hvor det er særligt meningsfuldt for barnet at kommunikere, da autismsgruppen ofte vil være stærkt motiveret i disse situationer.

I gruppen af børn med selektiv mutisme kan der være nogle børn, der kan have svært ved at deltage alderssvarende i sociale sammenhænge. Barnet kan trække sig fra det sociale, have svært ved selv at tage initiativer ift. de andre børn eller opleve at blive valgt fra af de andre børn grundet tavsheden. For at understøtte barnet socialt, kan det være hensigtsmæssigt med en vis grad af voksenstyring, hvor gruppearbejde, frikvarter og lignende struktureres ud fra et princip om genkendelighed og forudsigelighed, eksempelvis i form af små grupper. Ved voksenstyringen kan den voksne også hjælpe barnet i det sociale samspil ved fx at hjælpe barnet til en mere hensigtsmæssig rolle, håndtere konflikter og give udtryk for behov.

Mange børn med selektiv mutisme vil ligeledes opleve samtidige udfordringer knyttet til eksempelvis toiletbesøg, spisning, deltagelse i konkurrencer og lignende. Dette kan hænge sammen med en øget tendens til præstationsangst, hvor barnet har svært ved at være "på" på kommando og med frygt for andres vurdering. Arbejdet med disse problematikker er selvsagt nødvendigt af hensyn til barnets sundhed og trivsel, og anbefales at være et fokus i interventionen. Særlige aftaler kan i perioder være nødvendige men gradvis tilvænnning kan også her være brugbart.

Medicinsk behandling

Som ved andre former for psykiske lidelser vil der også ved selektiv mutisme være tilfælde, hvor barnet er så hæmmet i sin hverdag, at medicinsk behandling kan komme på tale for at barnet kan profitere af den øvrige intervention.

Der er i 2016 lavet et systematisk review over effekten af medicinsk behandling ved selektiv mutisme (Manassis, Ørbeck, & Overgaard, 2016), som peger på at særligt SSRI (selektiv serotonin genoptagelseshæmmere) kan have en positiv effekt. Samtidig peges der på metodemæssige udfordringer i forskningsstudierne, herunder lille patientgruppe, mangel på opfølgning ift. dosisjustering, bivirkninger mv., som med andre ord gør, at der er en masse ubekendte faktorer. I 2018 er der lavet et yderligere systematisk review, der kigger på 15 behandlingsstudier af selektiv mutisme baseret på hhv. kognitiv adfærdsterapi, psykofarmakologi eller kombinationsterapi (medicin + adfærdsterapi) (Østergaard, 2018). Den største symptomatiske forbedring ses ved kognitiv adfærdsterapi (88,3%), ses forfulgt af kombinationsterapi (85,7%) og medicinsk behandling (82,1%). Kognitiv adfærdsterapi betegnes som det logiske førstevalg, men medicin (særligt SSRI) fremstår altså også med positiv effekt.

Medicinsk behandling (SSRI-præparater) kan således udgøre et supplement til den psykosociale behandling. Særligt synes der at være fokus på omfanget af funktionsnedsættelse, samt hvorvidt den psykosociale intervention fremstår uden betydelig effekt. Hvor længe interventionen skal være afprøvet synes uklart, men en umiddelbar anbefaling er flere måneder (Ørbeck 2015). Samtidig ser det ud til, at psykosocial behandling har mindre positiv effekt ved de ældre børn, hvorfor medicin måske tidligere kan tænkes ind i denne sammenhæng (Ørbeck 2015). Medicinsk behandling anbefales ikke at stå alene men bruges som supplement til samtidig psykosocial behandling, så man sikrer, at både barn og voksne har konkrete redskaber at læne sig op ad fremadrettet (Østergaard, 2018).

De anvendte medicinske præparater ift. selektiv mutisme er som udgangspunkt off-label, dvs. hvor anvendelse af medicin sker uden empirisk at være afprøvet til den specifikke målgruppe. Igangsættelse af medicinsk behandling, herunder valg af præparat, dosering og opmærksomhed på evt. bivirkninger, bør varetages af læge/psykiater.



Medicin bør aldrig være førstevalg men kan tænkes ind ved:

- Høj grad af belastning hos barnet
- Manglende effekt af længerevarende psykosocial indsats
- Barnets alder (særligt ved de ældre børn)



Opsamling

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. [Videnspublikation 1](#) gennemgår viden om selektiv mutisme inklusiv børnenes perspektiv. Nærværende videnspublikation gennemgår konkrete interventionsmuligheder med udgangspunkt i evidensbaserede tilgange samt praksiserfaring med ønsket om at inspirere og opkvalificere det lokalt udførte arbejde. I tillæg til disse publikationer, findes et Inspirationskatalog med konkrete værktøjer, analysemodeller og pædagogiske tilgange som man kan lade sig inspirere af i arbejdet med og omkring børn med selektiv mutisme. De konkrete tilgange kan implementeres i barnets dagligdag af de personer, der er tættest på barnet. Selektiv mutisme er en lidelse, der er forbundet med mange myter og forestillinger, og det er ønsket, at man som fagperson eller forældre kan læne sig op ad Social- og Boligstyrelsens materiale.





Oversigt

- metoder og modeller

I denne udgivelse er der henvist til flere publikationer, arbejdsredskaber og metoder. Herunder:

- Det samlede inspirationskatalog: Selektiv mutisme - hvordan møder vi det? Inspirationskatalog: pædagogiske tilgange og anbefalinger i arbejdet med børn og unge med selektiv mutisme - udredning og analyse-modeller.
- FSSM-spørgeskemaer samt template til opgørelse.
- Videnspublikation 1: Selektiv mutisme - når stemmen forsvinder og hvordan man genfinder den?
- Pjece: Tavshed udenpå og tale indeni - beskrivelser af, hvordan det opleves at leve med selektiv mutisme
- Podcast om selektiv mutisme
- Podcast om hvordan det opleves at være forældre til et barn med selektiv mutisme

[Find disse, samt mange andre værktøjer, på Social- og Boligstyrelsens hjemmeside for selektiv mutisme.](#)





Referencer

- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. In 2013 (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- 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. <https://doi.org/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 and Adolescent Psychology*, 37(2), 456–464. <https://doi.org/10.1080/15374410801955805>
- 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 and Adolescent Psychiatry*, 41(8), 938–946. <https://doi.org/10.1097/00004583-200208000-00012>
- Cohan, S. L., Chavira, D. A., & Stein, M. B. (2006). Practitioner Review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: A critical evaluation of the literature from 1990–2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 47(11), 1085–1097. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01662.x>
- 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>
- Gensthaler, A., Dieter, J., Raisig, S., Hartmann, B., Ligges, M., Kaess, M., ... Schwenck, C. (2020). Evaluation of a Novel Parent-Rated Scale for Selective Mutism. *Assessment*, 27(5), 1007–1015. <https://doi.org/10.1177/1073191118787328>
- Gensthaler, Angelika, Dieter, J., Raisig, S., Hartmann, B., Ligges, M., Kaess, M., ... Schwenck, C. (2020). Evaluation of a Novel Parent-Rated Scale for Selective Mutism. *Assessment*, 27(5), 1007–1015. <https://doi.org/10.1177/1073191118787328>
- Hirshfeld-Becker, D. R., & Biederman, J. (2002). Rationale and Principles for Early Intervention with Young Children at Risk for Anxiety Disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(3), 161–172. <https://doi.org/10.1023/A:1019687531040>
- Johnson, M., & Wintgens, A. (2016). *The Selective Mutism Resource Manual*. Routledge.
- Jørgensen, L., & Schlander, C. (2018). *Kognitiv adfærdsterapi med børn unge og familier*. Hans Reitsels Forlag.
- Klein, E. R., Armstrong, S. L., Skira, K., & Gordon, J. (2017). Social Communication Anxiety Treatment (S-CAT) for children and families with selective mutism: A pilot study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(1), 90–108. <https://doi.org/10.1177/1359104516633497>
- Klein, E. R., Ruiz, C. E., Morales, K., & Stanley, P. (2019). Variations in parent and teacher ratings of internalizing, externalizing, adaptive skills, and behavioral symptoms in children with selective mutism. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph16214070>

- Lorenzo, N. E., Cornacchio, D., Chou, T., Kurtz, S. M. S., Furr, J. M., & Comer, J. S. (2020). Expanding Treatment Options for Children With Selective Mutism: Rationale, Principles, and Procedures for an Intensive Group Behavioral Treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.06.002>
- Lundahl, K., Ørbeck, B., & Kristensen, H. (2021). Når taushet ikke er gull, en veileder ved selektiv mutisme. PP-tjenestens materiel service.
- Manassis, K., Ørbeck, 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. (2021). Current Challenges in the Diagnosis and Management of Selective Mutism in Children. 159–167.
- Ørbeck, B., Overgaard, K. R., Bergman, R. L., Pripp, A. H., & Kristensen, H. (2020). The Selective Mutism Questionnaire: Data from typically developing children and children with selective mutism. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(4), 754–765. <https://doi.org/10.1177/1359104520914695>
- Ørbeck, B., Overgaard, K. R., Stein, M. B., Pripp, A. H., & Kristensen, H. (2018). 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>
- Ørbeck, 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>
- Østergaard, K. R. (2018). Treatment of selective mutism based on cognitive behavioural therapy, psychopharmacology and combination therapy—a systematic review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72(4), 240–250. <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1439530>
- Ponzurick, J. M. (2012). Selective mutism: A team approach to assessment and treatment in the school setting. *Journal of School Nursing*, 28(1), 31–37. <https://doi.org/10.1177/1059840511422534>
- 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>
- Sharkey, L., Mc Nicholas, F., Barry, E., Begley, M., & Ahern, S. (2008). Group therapy for selective mutism - A parents' and children's treatment group. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(4), 538–545. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.12.002>
- Zakszeski, B. N., & DuPaul, G. J. (2017). Reinforce, shape, expose, and fade: a review of treatments for selective mutism (2005–2015). *School Mental Health*, 9(1). <https://doi.org/10.1007/s12310-016-9198-8>



Social- og Boligstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf.: 72 42 37 00

www.sbst.dk

Marts 2023