



Talängslan – Selektiv mutism

Kunskapsunderlag avsedd för
Region Örebro län och
kommunerna i Örebro län



NORA
KOMMUN



KUMLA KOMMUN



DEGERFORS
KOMMUN



HÄLLEFORS
KOMMUN



HALLSBERGS
KOMMUN



Region Örebro län



LJUSNARSBERGS
KOMMUN

Karlskoga 



LINDESBERGS
KOMMUN



LAXÅ
KOMMUN



LEKEBERGS
KOMMUN



ÖREBRO



Talängslan – Selektiv mutism

Kunskapsunderlag avsedd för Region Örebro län och kommunerna i Örebro län

Författad av: Hanna Brolinson, Eva-Lisa Nordfamne, Madelene Wistrand

Beslutad av: Chefsgrupp för samverkan social välfärd samt vård och omsorg – Februari 2022

Innehåll

1.	Inledning och syfte	4
2.	Definition	4
3.	Upptäckt och förebyggande arbete	5
3.1	Etiologi	5
3.2	Debut och prognos.....	5
4.	Utredning och diagnosticering	6
4.1	Differentialdiagnostik.....	6
5.	Åtgärder	6
6.	Referenser.....	9

1. Inledning och syfte

Detta kunskapsunderlag är framtaget för att belysa teori och forskning om talängslan/selektiv mutism inför att en riktlinje för hur samverkan ska ske kring barn med dessa svårigheter tas fram.

2. Definition

Selektiv mutism

313.23

- A. Oförmåga att tala i specifika sociala situationer där det förväntas att man ska tala (tex i skolan) trots att individen talar i andra situationer
- B. Störningen försämrar prestationsförmågan i studier eller arbete eller försvårar social kommunikation.
- C. Störningen varar i minst 1 månad (dock inte enbart den första månaden i skolan).
- D. Oförmågan att tala beror inte på en brist på kunskap eller förtrogenhet med det talade språket som individen förväntas använda i sammanhanget.
- E. Störningen förklaras inte bättre med någon kommunikationsstörning (t ex stamning med debut i barndomen) och förekommer inte enbart i anslutning till autism, schizofreni eller annan psykosjukdom.

Ur DSM-5

Selektiv mutism innebär att ett barn som inte har svårigheter med talet undviker att prata i miljöer där det förväntas att barnet ska tala. Svårigheterna ska tydligt påverka vardagen (Zakszeski & DuPaul, 2017). Diagnosen är ordnad tillsammans med ångesttillstånd i DSM-5 och ses ha kopplingar till social fobi och andra typer av ångest. Barn med selektiv mutism uppvisar ofta tidigt ett blygt och tillbakadraget temperament och det finns olika studier som visar på hereditet (Engström, 2019). Prevalens för selektiv mutism varierar i olika studier från 0,18 till 2% (Engström, 2019). Problematiken förekommer oftast före 5 års ålder och något oftare hos flickor samt hos barn som är flerspråkiga (Oerbeck & Overgaard, 2018).

Engström (2019) använder begreppet talängslan i sin bok eftersom hon menar att man inte behöver vänta in diagnosen selektiv mutism för att sätta in åtgärder och insatser. Syftet med att prata om talängslan är att man snabbt ska reagera och hjälpa ett barn att bli trygg i att använda språket, istället för att se det som något som ska växa bort eller att vänta in en diagnos innan insatser ges.

3. Upptäckt och förebyggande arbete

Det finns en naturlig upptäckt av talängslan i förskoleåldern, ofta när barn blir ca tre år (Engström, 2019). Barnet är då i en naturlig fas av att bli mer självmedveten, och för de barn som har en sårbarhet att utveckla talängslan kan de bli så medvetna om sitt eget tal att de tystnar i olika sammanhang. Det kan finnas en risk att man avvaktar med insatser och tänker att problematiken växer bort (Engström, 2019). Men istället bör man sätta in insatser snabbt för att förebygga och förhindra att problematiken blir värre. Det finns en oklarhet i var man söker hjälp bäst, men det finns en samsyn i att insatser ska ges snarast möjligt så att man inte väntar på insatser från samverkansparter (Engström, 2019). Därför är det viktigt med kunskap i förskola, skola, barn och elevhälsa, barnhälsovård och barn- och ungdomspsykiatri. Forskning visar på att ångestproblematik kan förebyggas genom att tidigt uppmärksamma personlighetsdrag hos barn och ge föräldrar stöd för att arbeta med exponering, positivt tänkande och stärka sociala färdigheter. Liknande interventioner skulle kunna appliceras för att förebygga selektiv mutism (Muris & Ollendick, 2021).

3.1 Etiologi

Vad selektiv mutism beror på är oklart, vissa betonar ångestdelen i svårigheterna och menar att grunden är känslan av ångest (Zakszeski & DuPaul, 2017). Andra menar att det finns stöd för auditiva svårigheter (Gren Landell, 2011). Andra att det kan finnas bakomliggande trauma, men detta är något som Engström (2019) menar inte kan förklara förekomsten av selektiv mutism eftersom barn med dessa svårigheter inte utsatts för trauma mer ofta än andra barn. Troligtvis är generell blyghet, ärtflighet och språklig sårbarhet i kombination bidragande orsaker till selektiv mutism (Engström, 2019). Det finns tydlig evidens för att selektiv mutism klassas som en diagnos bredvid andra ångesttillstånd (Muris & Ollendick, 2021).

3.2 Debut och prognos

Talängslan debuterar ofta i förskoleåldern, före fem års ålder, och blir ofta uppmärksammat när barnet börjar skolan (Muris & Ollendick, 2021). Problematiken kan mycket väl ha funnits tidigare än så. För en del barn minskar talängslan med åldern, med enbart kvarstående social osäkerhet och ångest. För andra kvarstår besvären. Enligt Gren Landell (2011) finns det rapporter som visar på att psykiska problem hos föräldrarna, svagbegåvning och mutism i familjen predicerar ett sämre utfall, liksom migration.

I relation till skolmiljön skapar talängslan svårigheter på flera sätt. Dels kan det förvärras på grund av förändringar i skolmiljön, men det kan också påverkas av tydligare krav på prestation i skolan (Engström, 2019). Det är viktigt att man i skolan arbetar med anpassningar, stöd och olika hjälpmedel, för att ett barn med talängslan

ska kunna ta del av undervisningen och visa sina kunskaper. Annars finns en risk för ytterligare svårigheter och bristande måluppfyllelse i skolan på sikt.

4. Utredning och diagnosticering

Forskare menar att diagnosticeringen av selektiv mutism borde innefatta en bedömning av ångestrelaterad problematik, rädslor eller social fobi, eftersom detta är en del i problematiken (Muris & Ollendick, 2021). Eftersom selektiv mutism är en diagnos som relaterar nära till ångestillstånd kan man med fördel använda liknande metoder som när man diagnostiserar ångest, till exempel strukturerade intervjuer med syfte att kartlägga ångestproblematik (Muris & Ollendick, 2021). Det finns även specifika formulär för selektiv mutism; the Selective Mutism Questionnaire (SMQ). SMQ fylls i av föräldrar eftersom det kan vara svårt att göra en bedömning direkt med barnet. Det finns formulär som pedagoger kan fylla i; the School Speech Questionnaire (SSQ). Det är viktigt att få skolans bild av problematiken eftersom det oftast är där som den selektiva mutismen yttrar sig (Muris & Ollendick, 2021).

4.1 Differentialdiagnostik

Differentialdiagnostik är viktig särskilt när det finns andra svårigheter i beteende eller kommunikation hos barnet (Engström, 2019). Selektiv mutism kan finnas tillsammans med autism eller förväxlas med autism. I dessa fall är det viktigt att kartlägga och fastställa rätt diagnoser eftersom insatser som passar barn med enbart selektiv mutism inte passar för barn med autism (Engström, 2019; Muris & Ollendick, 2021).

Andra samtidiga svårigheter kan vara språkstörning, både expressiva och fonologiska (Muris & Ollendick, 2021). Därför kan det vara viktigt att göra en bedömning av barnets språk. Enligt Muris och Ollendick (2021) finns det visst stöd i forskning för att gruppen med barn med selektiv mutism, som inte främst uppvisar ångestrelaterad problematik, har språkliga svårigheter som grund tillsammans med en del ångest. Vid dessa frågeställningar är bedömningar av språklig förmåga viktig då behandlingen även behöver adressera barnets språkliga svårigheter.

5. Åtgärder

Forskningsläget kring åtgärder vid talängslan och selektiv mutism ändras snabbt och utvecklas ständigt. Det som poängteras är att gruppen med barn som har talängslan/selektiv mutism är heterogen och att det är viktigt att göra en bra bedömning innan man gör en insats. Man lyfter även fram vikten av samverkan, och att insatserna bör vara skolbaserade och multidisciplinära.

Det gemensamma för flera studier och den konsensus som börjar växa fram är att ge behandling är bättre än att inte ge behandling, och att behandling som ges tidigt ger bättre effekt än behandling i högre ålder (Engström, 2019). Flera studier visar också att den som utför behandlingen inte behöver vara specialist, men ha tillgång till en specialist för att få instruktioner (se mer om detta nedan). I korthet innebär behandlingen att skapa trygghet, förutsägbarhet och gradvis öka kommunikationen. Viktigt här är att kartlägga vilka situationer som är nästa steg för barnet att kunna prata i och att arbeta med dem. Det kan vara platser, tidpunkter eller i relation till personer. Som behandlare utgår man från en situation där kommunikationen fungerar och stärker och utvecklar kommunikationen i den situationen. Detta kallas för ”shaping”. En annan teknik som används är ”sliding-in”, vilket innebär att man i en upparbetad trygg situation introducerar en ny person. Detta för att vidga möjliga personer som barnet kan kommunicera med.

Forskarna fastställer att det fortfarande är begränsad evidens kring behandling av selektiv mutism eftersom populationen är så liten och det är svårt att hitta tillräckligt med underlag för studier med tillräcklig effekt (Zakszeski & DuPaul, 2017). De tycker sig se en tendens till goda resultat på behandling som sker i den miljö där mutismen kommer till uttryck, oftast i skolmiljö. Behandlingen sker oftast med framgång av en signifikant vuxen, förälder eller lärare. Det räcker inte med den kompetens som finns hos skolpersonal när det gäller selektiv mutism. Det behöver finnas specialistkompetens som träder in kring dessa barn. Deras förslag är att träna till exempel psykologer inom skolan, eller kuratorer eller andra som arbetar med stöd i skolan, för att skapa kompetens att konsultera för pedagoger som möter dessa elever i sin miljö. De skickar även med att behandling alltid bör utgå från den unika svårigheten som barnet har, så bedömningen och kartläggningen är viktig för att sätta in rätt typ av insats.

Enligt Zakszeski och DuPaul (2017) finns det i huvudsak fyra olika grundsynsätt i behandling. Synsättet som grundar sig i beteendeterapi med kognitiv beteendeterapi och social inlärningsteori, där man söker tekniker för att hantera bristerna i talets funktion, hitta strategier för att hantera det och träna på olika sätt. Psykodynamiskt synsätt där man mer vill hitta bakomliggande orsaker och använder lek eller kreativt skapande för att komma förbi det talade ordet. Farmakologisk behandling där man använder medicin. Det finns begränsat stöd för farmakologisk behandling, främst då studier med bra kvalitet fortfarande saknas (Muris & Ollendick, 2021). Systemiskt synsätt är det sista synsättet, där behandling går ut på att arbeta med familj och skola och att arbeta aktivt med hur samarbetet fungerar mellan dem.

Mest förekommande är behandling som har inslag av beteendeterapi (Zakszeski & DuPaul, 2017). Men flertalet studier visar på att behandling ofta innefattar fler än en

teoretisk grund och att det är en kombination av beteendeterapi med systemisk teori eller psykodynamisk teori.

Det finns några longitudinella studier som undersökt effekter av kognitiv behandling och KBT (Oerbeck & Overgaard, 2018). I en studie genomförd i Norge med 30 barn som fått en skolbaserad KBT-behandling under sex månader ser man goda resultat efter fem år då 70% av barnen inte alls uppfyller kriterier för selektiv mutism, och 17% är i partiell remission (Oerbeck & Overgaard, 2018). Faktorer som påverkar effekten av behandlingen över tid är om det finns selektiv mutism i familjen. Deltagare i studien där selektiv mutism funnits i familjen hade i större grad svårigheter kvar eller uppfyllde diagnosen efter fem år. Det fanns även barn, inom denna grupp, som varit symtomfria efter ett år men som efter fem år rapporterade symtom. Här var faktorn selektiv mutism i familjen en signifikant faktor. Däremot påverkades inte resultatet av om barnet var tvåspråkigt eller om det var en pojke eller flicka. Även om 87% av barnen inte uppfyllde diagnosen efter fem år så rapporterade 50% av barnen att de upplevde det svårt att prata med andra. Forskningen öppnar upp för att problematiken kan finnas kvar efter en tid och att booster-sessioner kan vara effektiva i att bevara effekten av behandlingen. Den öppnar även upp för att en 6-månaders behandling som är manualbaserad kan ge god effekt för barn med selektiv mutism även på längre sikt (Oerbeck & Overgaard, 2018). Behandlingen startade med tre sessioner i hemmet, för att sedan övergå till skolan/förskolan som plats.

6. Referenser

Engström, C. (2019). *Pratlust och talängslan*. Lund: Studentlitteratur.

Gren Landell, M. (den 03 Mars 2011). *Vårdprogram vid ångestsyndrom, paniksyndrom och selektiv mutism hos barn och ungdomar*. Hämtat från Region Östergötland Vårdgivarwebb:
<https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/pages/146390/Vardprogram%20vid%20angestsyndrom,%20vangssyndrom%20och%20selektiv%20mutism%20hos%20barn%20och%20ungdomar%20-%20fr%C3%A5n%20KB%202011-03-21%20dnr%20NSV682011.pdf>

Muris, P., & Ollendick, T. H. (2021). Current Challenges in the Diagnosis and Management of Selective Mutism in Children. *Psychology Research and Behavior Management*, 157-167.

Oerbeck, B., & Overgaard, K. R. (2018). Treatment of selective mutism: a 5-year follow-up study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 997-1009.

Zakszeski, B. N., & DuPaul, G. J. (2017). Reinforce, shape, expose, and fade: a review of treatments for selective mutism. *School Mental Health*, 1-15.