



Presentationens innehåll

- Vad är selektiv mutism
- Forskning om selektiv mutism
- Behandling av selektiv mutism
- Vår studie om selektiv mutism
 - Barn och familjer
 - Behandlingsarbete
 - Slutsatser



313.23 Selektiv mutism F94.0

- Selektivt tal - oförmåga att tala i vissa sociala situationer medan man talar fritt i andra.
- Varaktighet minst en månad (men inte bara första månaden i skolan).
- Språkkompetens i att förstå och tala det förväntade språket.
- Inte uttryck för - eller del i en annan störning (t.ex. tal- och språkstörning, autismspektrumstörning, mental retardation, psykos).



Hur ofta förekommer selektiv mutism?

- % barn med selektiv mutism i olika populationsstudier
 - 0,08% Brown & Lloyd (1975)
 - 0,06% Fundudis m.fl. (1979)
 - 0.18% Kopp & Gillberg (1997)
 - 2,00% Kumpulainen m.fl. (1998)
 - 0,71% Bergman m.fl. (2002)
 - 0,76% Elizur & Perednik (2003)
- Selektiv mutism är vanligare (0,7%) än man tidigare antagit?





Selektiv mutism vanligare än väntat hos:

- Flickor:
 - Flickor/ pojkar = 1,2/ 1 ? (Tancer)
- Invandrabarn:
 - 2,2% barn med SM bland invandrabarn vs. 0,47% bland infödda barn (Elizur & Perednik)



Förlopp och prognos

- Selektiv mutism är ett långvarigt symptom
- Långtidsundersökningar är få
- Debut i förskola, topp på låg och mellanstadium, ebbar ut på högstadium
 - Hos c:a 80% har mutism försvunnit eller väsentligt förbättrats vid uppföljning (Steinhausen m.fl.)
- Symptomsubstitution? Social fobi?
 - Hos c:a 50% ångestsymptom vid uppföljning (Steinhausen m.fl.)



Aspergers syndrom

- Differentialdiagnostiska frågor
- 7 - 8 % samproblematik med Aspergers syndrom
 - (Brix Anderson&Tomsen, Kristensen)



Etiologi av selektiv mutism

- Betydelsefulla faktorer
 - Temperament (blyghet, ängslighet)
 - Ärftliga faktorer (t.ex. tystlåtenhet i slakten)
 - Familjedynamiken, anknytning m.m.
- Biologiskt grundad beteendehämning
 - (Kagan)
- Konstitutionell sårbarhet
- Synen på selektiv mutism som syndrom
 - "Reduktionister" och "pluralister"



Familjebeskrivningar vid selektiv mutism

- Dysfunktionella familjemönster i fokus i tidigare forskning
 - Familjehemlighet (misstänksamhet mot familjen, oftast ogrundad)
- Kritik av förekommande beskrivningar
 - Position i syskonskara utan betydelse



SM som ett multifaktoriellt symptom

- Stress - sårbarhetsmodell
 - (Elizur & Perednik)
- Ekologisk modell (Cline & Baldwin)
 - Predisponerande
 - Utlösande
 - Vidmakthållande faktorer
- Immigration
- Trauma



Behandling av selektiv mutism

- Behandlingsforskning
- Behandlingsmetoder
- Barnorienterad familjeterapi (BOF)
 - Vårt sätt att använda BOF vid selektiv mutism





Behandlingsmetoder

- Psykodynamiskt inriktade behandlingar
- Familjeterapi
- Farmakoterapi
- Beteendeterapi
 - Kognitiv beteendeterapi
 - Olika pedagogiska träningsprogram
- Multimodala program
- Interventioner i skolan



Barnorienterad familjeterapi (BOF)

- BOF har utvecklats av Martin Soltvedt
- Lek - barnet en aktiv deltagare
- Terapeuten som medaktör
- Användning av video
- Samtal



Vårt sätt att använda BOF vid selektiv mutism

- Uppläggning av besöket med lek
 - Samtal innan leken - betydelsefullt
 - Samtal efter leken - kort
 - Den gemensamma leken får stort utrymme
 - Terapeuten går inte ut ur leken
- Hemuppgifter
- Föräldrasamtal och lekbesök varvas ofta
- Övriga metoder utom lek

Innan leken





Vår studie om selektiv mutism

- Frågeställningar
- De åtta barnen och familjerna
- Symptomet
 - Omfattning
 - Samproblematik
- Behandlingsarbete
 - Förändringar
- Slutsatser





Frågeställningar:

- Hur stämmer våra erfarenheter med de aktuella forskningsresultaten om selektiv mutism?
- Vilka slutsatser kan dras av våra erfarenheter av behandling av selektiv mutism med barnorienterad familjeterapi?
- Vilka slutsatser kan dras av våra erfarenheter av samarbete med skolan?



Barnen och symptomet

- De första åtta barn med SM som vi har arbetat med
- Sju flickor och en pojke
 - (1:1 till 2:1 i de flesta undersökningar)
- Genomsnittsålder vid anmälan c:a sju år
 - Yngst sex-, äldst nio år
- Symptomet pågick i genomsnitt tre år
 - Kortast ett-, längst sju år
- Debut i samband med traumatisk händelse - två barn

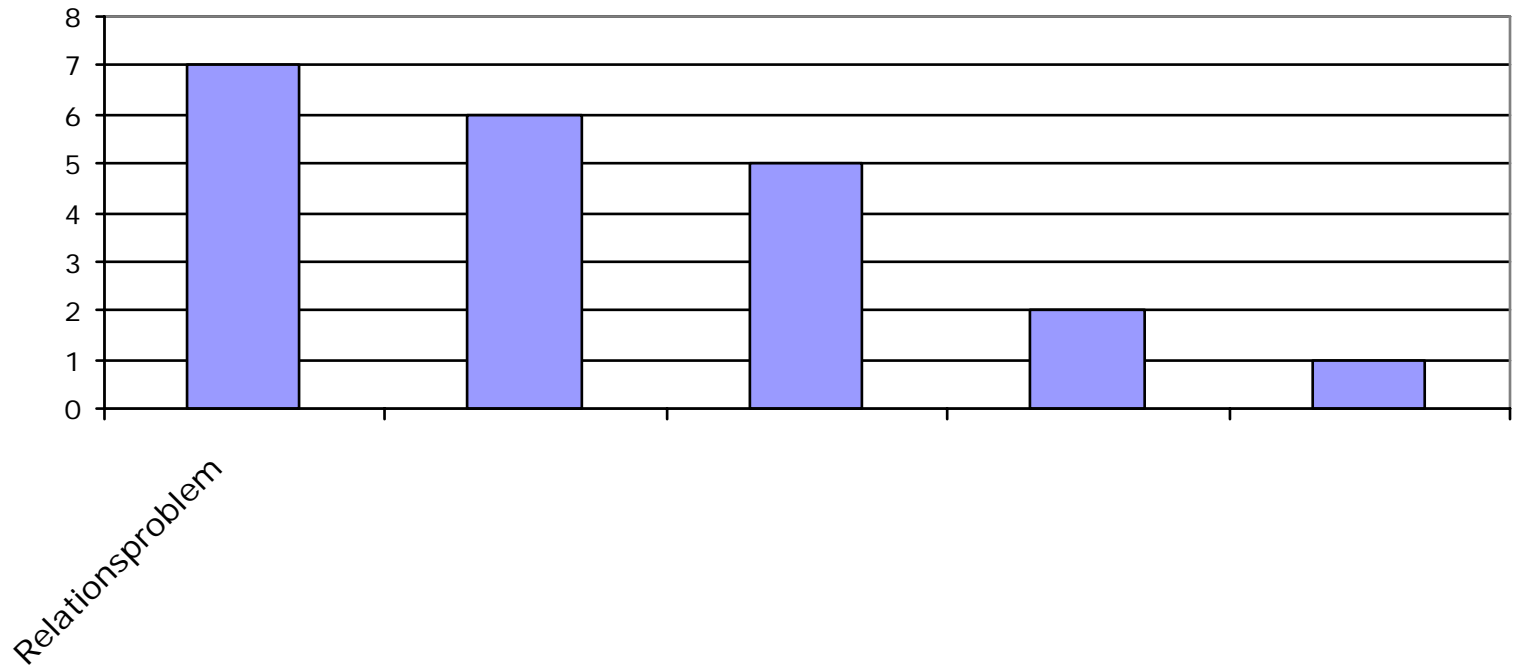


Familjerna

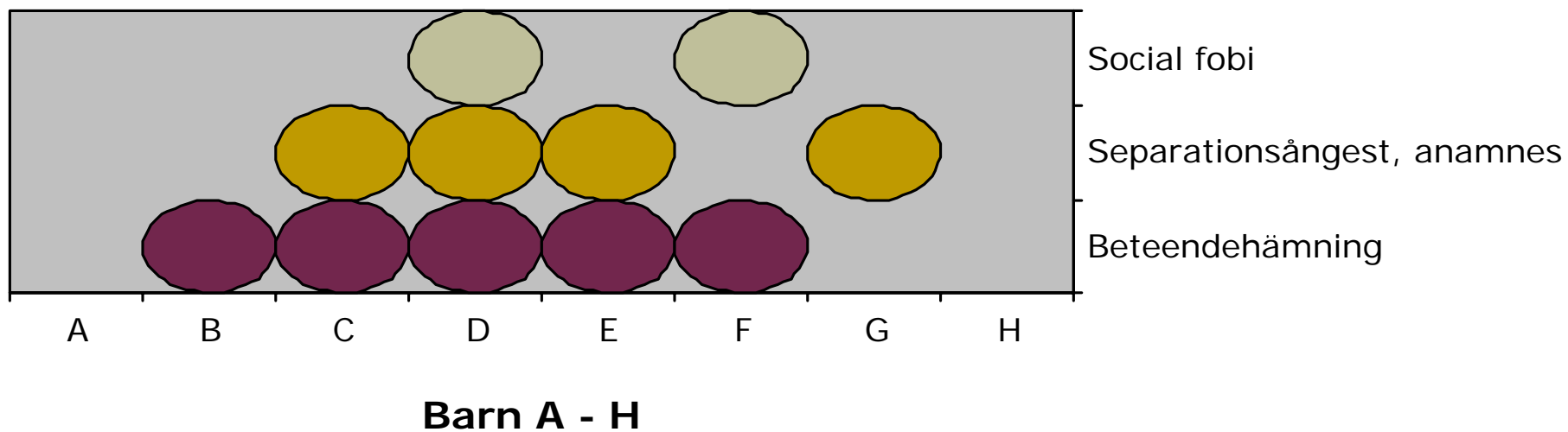
- Fem av åtta familjer - utländsk bakgrund
 - BUP i Stockholm - 75% helsvenska familjer
- Sju av åtta familjer - barnet bodde tillsammans med biologiska föräldrar
 - BUP i Stockholm - c:a 45% helfamilj
- Sex av åtta - begränsat socialt nätverk
- Sju av åtta - relationsproblem i familjen
- Balansgång mellan krav och beskydd

Figur 1: Samproblematik

Pre- och komorbida problem/symptom



Ångestsymptom





Behandlingarna

- Påbörjades mellan ht 1996 och vt 2000
- Medelantal besök: 48
 - Minst 13, högst 104
- Remittenter
 - Annan BUP mottagning - 3 barn
 - Skolan (lärare, skolpsykolog) - 2 barn
 - Kolleger internt - 3 barn
- Inklusionskriterium: selektiv mutism enligt DSM IV



Fördelning mellan terapeuter

	Ensam terapeut	"Lek-terapeut"	Co-terapeut
Helena Lenning	1 terapi	4 terapier	2 terapier
Jan Ringler	1 terapi	2 terapier	4 terapier



Ökning av talet

- Största ökning av verbal kommunikation med vuxna i skolan
- Trots stora förbättringar fanns det rester av symptomet kvar hos flera
 - Begränsningar i volym, spontanitet
- För ett av barnen kvarstod selektivt tal, barnet hade dock gått framåt i övrigt
- Samma tendenser för alla åtta barnen



Övriga förändringar

- Kamratkontakter
- Skolan
- Familjesamspelet
- Lekförmågan
- Intersubjektivitet



”Amandas flyglektion”

- Kraften att lyfta och flyga kommer inifrån, också från ”drömmarna”
- Förmåga att ”bära sig själv” och förmåga att ”bära fram sin unika röst”
 - Rösten som bär orden
 - Vara i sin röst
 - Göra sin röst hörd



Slutsatser

- Våra erfarenheter och aktuell forskning om SM?
 - Likheter och skillnader
- Våra erfarenheter av samarbete med skolan?
- Kan SM behandlas med BOF?



Våra erfarenheter och aktuell forskning om SM?

■ Likheter -

- Hög samproblematik överlag
- Hög samproblematik med ångestsymptom
 - Hämmat beteende
 - Separations-svårigheter
- Multifaktoriell sårbarhetsmodell för SM

■ Skillnader -

- Lägre andel av:
 - Neuropsykiatriska avvikelser och förseningar
 - Social ångest
- Andra sårbarhetsfaktorer i förgrunden
 - Invandring
 - Familjeförhållanden
 - Variationer i lek-förmågan



Samarbete med skolan

- Samarbete med skolan är väsentlig del i behandlingen av selektiv mutism
 - Skolpersonalens inställning och möjligheter att arbeta med eleven påverkar väsentligt resultatet
 - Lärarna behöver kunskaper om selektiv mutism och handledning i arbetet
- Skolan är arenan för selektiv mutism och symptomet behöver övervinnas där
- Barnen ska kunna få hjälp i sin normalklass



Kan selektiv mutism behandlas med BOF?

- Den valda metoden med terapeutisk lek med familjen verkade betydelsefull för förändringar i barnets förmåga till samspel
- Hela familjens responsivitet i fokus
 - Terapeuter som omvärldsrepresentanter
 - Föräldrarnas signaler till barnet att svara terapeuterna - betydelsefulla
- Den ökade förmågan till samspel hos barnet bidrog i sin tur till symptomförändringen
- BOF verkar mycket användbar för behandling av SM hos barn upp till 10 - 11 års ålder



Selektiv mutism

och dess behandling med
barnorienterad familjeterapi

