



Tora Bjørgo Osøien
Telemark

Betydningen av selvavgrensning og selvagens i behandlingsprosessen til en jente med selektiv mutisme

I det terapeutiske arbeidet med Sara sin selektive mutisme ble det tydelig at det var relasjonelle faktorer i spillet mellom Sara og omverden som syntes å opprettholde tausheten. Sara og mor så ut til å bli like i følelsesuttrykk og kroppslig fremtoning. Det så ut til å være vanskelig med en tydelig selvavgrensning mellom hvem som opplevde hva, noe som ga utfordringer for mor i hvordan trygge barnet i usikre situasjoner. I en intersubjektiv spillsterapi med mor og barn ble arbeidet med å styrke deres selvagens viktig for å skape et tydelig "jeg og du" i relasjonen. Terapeuten måtte også jobbe med å holde seg forskjellig fra det tause og passive uttrykket til barnet. Gjennom å være en

aktiv spillspartner som initierte lek, kunne det skapes en bevegelse i et fastlåst relasjonsmønster. Jeg vil i denne artikkelen belyse hvordan fraværet av aktørstatus kan komme til uttrykk som taushet hos en jente med selektiv mutisme. Det vil beskrives hvordan gjensidige prosesser mellom foreldre og barnet ser ut til å påvirke tilstandsbildet selektiv mutisme og hvordan en lekende tilnærming i terapi kunne bidra til å utvide mulighetene for intersubjektiv relatering. Teori som beskriver nødvendigheten av et mellomrom i relasjonen for å kunne erfare sin egen subjektivitet og deling av tanker, følelser og erfaring i relasjon med andre brukes til å forstå kasus.

Bakgrunn

Selektiv mutisme er en taus lidelse som er relativt sjelden, under 1% av barnebefolkningen erfarer symptomene som kjennetegner lidelsen. Da det er brukt ulike inklusjonskriterier i de ulike studiene som er gjort, er eksakt prevalens usikker (Oerbeck et al., 2014; Cohan, Price & Stein 2006; Ørbeck, 2008). Disse barna opplever at det i minst en sosial setting blir umulig for dem å snakke, det mest typiske er at de er tause i skolen. Det kan variere hvorvidt barn med selektiv mutisme kommuniserer nonverbalt i settingen der de ikke snakker. Men på hjemmebane kommuniserer de aldersadekvat både verbalt og nonverbalt. Et kriterie for at diagnosen kan stilles er at barnet i utgangspunktet har normale forutsetninger for bruk av språk (World Health Organization (WHO), 1990). I ICD-10 omtales diagnosen som F 94.0 Elektiv mutisme. DSM-V og utkastet til ICD-11 går imidlertid inn for å omtale lidelsen som «selektiv». Dette gjenspeiler en forståelse av at barnet ikke nødvendigvis velger hvor det snakker på grunn av motstand og opposisjon, men har vanskelig for å snakke i visse situasjoner fordi det er engstelig (Cohan, Price & Stein, 2006; Ørbeck et al., 2014). Jeg velger derfor å bruke betegnelsen «selektiv mutisme» i denne artikkelen.

I litteraturen anbefales behandlingstilnæringer med bruk av defokusert kommunikasjon, atferdsmodifisering i en ramme av kognitiv atferdsterapi og i noen tilfeller også psykofarmaka (Oerbeck et al., 2016; Dow et al., 1995). Kognitiv atferdsterapi er den terapiformen det er forsket mest på i behandling av selektiv mutisme hos barn. Oerbeck et al. (2018) har gjort en oppfølgingsstudie fem år etter behandling som viser at de som ikke viser tilstrekkelig bedring er de som har alvorlig grad av selektiv mutisme og har selektiv mutisme i familien. Selektiv mutisme i familien viser seg å være en økende negativ prediktor for utfall over tid, med større effekt på behandlingsutfall fem år etter behandling enn et år etter behandling. Også andre studier peker på at psykopatologi i familien kan være en negativ prediktor for utfall i en kognitiv behandlingstilnærming (Cohan, Chavira & Stein, 2006). Foreldres angst kan virke inn på barnet ved at det får inadekvate erfaringer av emosjonell regulering, ved at de ser forelderens engstelige responser og ved at det kan gi færre muligheter for

interaksjon med andre (Glibota et al., 2018). Kanskje er det slik at en kognitiv atferdsterapeutisk tilnærming vil være effektiv for en del, men at en annen gruppe vil trenge en tilnærming som adresserer samspill mellom barn og foreldre? Hultquist (1995) mener at en atferdstilnærming virker på et overflatenivå. Om man bare retter behandling mot symptomer, kan man overse bakenforliggende årsaker og alvorlighetsgrad. Dersom det er flere faktorer som kan være utløsende og virke opprettholdende i tilstandsbildet selektiv mutisme (Cohan, Price & Stein, 2006), vil det å bruke en kasusformulering i behandlingsplanlegging hjelpe behandler til å identifisere disse og fokusere behandlingen rettet mot de mekanismene i samspillet som virker opprettholdende på symptomene.

I en kognitiv atferdsterapeutisk tilnærming vil det være fokus på å eksponere barnet for angstfylt stimuli. Det kan for eksempel innebære en "sliding-in-technique" der barnet skal gradvis tilvennes å snakke sammen med en trygg voksen mens en annen person som enda ikke er trygg for barnet gradvis kommer nærmere rommet barnet er i. Barn og foreldre er på et rom og leser bok, snakker eller leker, mens det lages avtaler med barnet om hvor nærme den nye voksne skal få være mens barnet snakker. Dette forutsetter at barnet er sammen med en voksen som kan trygge barnet på at det er trygt. Barnet vil bruke sosial referering til å se om situasjonen er trygg. Dersom forelderens utstråler at situasjonen er usikker og u håndterbar, vil ikke barnet få den nødvendige tryggheten det trenger. Barnet trenger at den voksne viser et annet følelsesuttrykk enn seg selv og at den voksne har kapasitet til å romme barnets engstelse og usikkerhet. Den voksne trenger å føle seg trygg på at barnet kan mestre situasjonen.

Studier av felles oppmerksomhet hos engstelige barn viser imidlertid at barn med selektiv mutisme deler mindre felles oppmerksomhet med forelderens sammenlignet med kontrollgruppe og andre angstlidelser. De ser at barnet trekker seg fra sine foreldre i stressende situasjoner og slik mister mulighet for å lære andre mestringsstrategier (Nowakowski et al., 2011). Dette kan bety at barn med selektiv mutisme bruker mindre sosial referering i stressende situasjoner enn andre barn. Dersom forelderens i tillegg har engstelige trekk selv, vil det være en dobbel sårbarhet for at intersubjektiv relatering bryter sammen når dyaden er i en stres-

sende situasjon som er ny og usikker. Mange barn med selektiv mutisme har foreldre som selv har angstlidelser eller et inhibert temperament (Dow et al., 1995; Cohan, Price & Stein, 2006). Dersom man antar at barn trenger trygge voksne for å bli trygg i verden, skulle det derfor være rimelig å tro at foreldres engstelighet og inhiberte væremåte vil kunne bidra til usikkerhet og engstelse hos barnet. Dette kan igjen påvirke både barnets samspill med foreldre og andre mennesker. For å forstå de relasjonelle faktorene i tilstandsbildet selektiv mutisme, valgte jeg å gå til teori som kan belyse samspillet mellom barnet og dets omgivelser.

En intersubjektiv forståelsesmodell

I en intersubjektiv terapiforståelse vil man se på hvilke relasjonelle utviklingsprosesser hvor barnet kan ha kommet inn i en skjevutvikling. Atferds-symptomene til barnet ses som ytre uttrykk for skjevutvikling av intersubjektiv relatering. I stedet for å gå direkte til å jobbe med den konkrete snakkeatferden, vil det brukes intersubjektiv utviklingsteori til å forstå hvilke områder som barnet strever på i sin relatering til andre. Sentralt for det intersubjektive perspektivet er at all utvikling skjer i relasjon (Stern, 2003). Dette brukes også inn i det terapeutiske arbeidet. Den skjevutviklingen som har oppstått i relasjon, vil man jobbe med i relasjon. Relasjonelle utviklingsprinsipper hentet fra spedbarnsforskning om hvordan barn utvikler seg brukes aktivt for å fremme utvikling.

Daniel Stern (2003) vil si at selvutviklingen skjer i fem ulike domener for selv-annen relatering. Jeg vil ikke gjengi hele Stern sin selvutviklingsteori her, men trekke frem noen viktige begreper som har betydning for utvikling av differensiering mellom selv og annen. Spedbarnsforskere har funnet støtte for at barnet allerede ved fødselen av har evne til å gjøre denne differensieringen (Gallagher & Meltzoff, 1996). I det gryende selvområdet (Stern, 2003) får barnet en første fornemmelse av selv og annen. *Amodal persepsjon* muliggjør at barnet kan oppfatte likhet i uttrykk på tvers av ulike sansemodaliteter. Videre, i kjerneselvområdet, oppfatter barnet at det og moren er fysisk fullstendig atskilt og har sine egne selvstendige affektive opplevelser. I denne perioden utvikles opplevelse av *selvagens*. Barnet får sine første fornemmelser av

at det kan påvirke den andre og bli respondert på. Det oppfatter at det selv og den andre har en kjerne av hvordan det fremstår i verden, men med variasjoner. På tvers av situasjoner er det noe som er likt. I det subjektive selvområdet erkjenner barnet at det har en egen indre subjektiv opplevelse og at andre har en subjektiv opplevelse. Barnet fornemmer at det som skjer i en selv kan ligne så mye på det som en annen opplever at det kan kommuniseres uten ord og erfaringen deles. Dermed erfares intersubjektivitet; at mitt sinn kan være i ditt sinn. *Affektinntoning* oppstår som en relasjonsform der mor ved å matche barnets kroppslige og mentale tilstand viser barnet at disse kan følges og deles (Svendsen et al., 2012, s.44). Ved at mor regulerer barnets tilstander gjennom å være inntonet på barnets opplevelse men ha et forskjellig uttrykk, fornemmer barnet at det har sin egen affektive opplevelse. Denne inntoningen skjer kryssmodalt.

Et verbalt selv (Stern, 2003) muliggjøres når barnet utvikler evnen til å symbolisere sine erfaringer gjennom språk. Dette gir mulighet for at erfaring kan settes ord på og deles i et verbalt uttrykk. Den verbale relasjonsformen utvikles videre i det narrative selvområdet der selv og annen kan fortelle sammenhengende historier om sine opplevelser. Barnets opplevelser kan utvides ved at den andre bidrar til å utvikle fortellingen ved å stille spørsmål som driver handlingen videre. For å inngå i en språklig selv-annen-relatering er det en forutsetning å erfare "en intersubjektiv taushet" før bruk av språk i sosial kommunikasjon (Merleau-Ponty i Hansen, 2012, s.40). Å bruke språket, å snakke, er et uttrykk for vårt emosjonelle møte med verden mer enn deling av informasjon (Hansen, 2012, s. 40). Selektiv mutisme kan i en slik forståelseskontekst forstås som at barnet ikke erfarer intersubjektiv deling og derfor heller ikke snakker.

For at den tause intersubjektive delingen skal kunne skje, er det avgjørende at samspillspartnerne erfarer seg selv som selvstendige subjekter, et jeg og et du. Jeget gjenkjennes i kontrast til den andre, forståelsen av selvet gis mening utifra opplevd forskjellighet. Opplevelsen av å være et selv, et jeg, er avhengig av at det er en annen, et du (Ogden, 1985; Buber, 1992). Den første bevegelsen som gjøres i denne prosessen av å bli til som subjekt, er bevegelsen av å lage en distanse mellom jeget og den andre som "det" (Buber, 1999). I følge Buber muliggjør denne distansen en anerkjennelse av den

andres eksistens som forskjellig fra og utenfor en selv. Etter å ha laget en distanse mellom seg selv og den andre, kan selvet gå inn i relasjon med den andre. Først da kan jeg-et fullt ut akseptere den andre som et selvstendig individ med egne tanker, følelser og egenskaper. I dette mellomrommet mellom selv og annen, jeg og du, oppstår et potensielt opplevelseshomrom som ligger mellom indre og ytre virkelighet, mellom fantasi og realitet. Dette potensielle erfaringsområdet rommer at det kan tenkes om både det ytre som er utenfor meg og det som er tanker om meg selv. Dette er mellomrommet mellom symbolet (tanken om) og det symboliserte (det som blir tenkt om) (Ogden, 1985). Det skjer en triangulering mellom selvet, den andre og symbolene for opplevelse av selv og annen. Det er her intersubjektiv deling kan skje i overlapp mellom to personers erfaringsområder. Winnicott (1971) vil si at dette potensielle mellomliggende området er sammenfallende med lek. I lek samskaper vi et potensielt opplevelseshomrom der felles oppmerksomhet og engasjement kan bidra til intersubjektiv deling (Svendsen et al., 2012). Språket blir et uttrykk for deling av symbolene og erfaringene til forskjell fra det kroppslige og følelsesmessige.

Metode

Det er gjort en undersøkelse av en intersubjektiv behandlingstilnærming i terapien til et barn med selektiv mutisme. Kasusstudien er fenomenologisk ved at det søkes å gi en beskrivelse av et erfart fenomen og gi mening til det erfarte. Intersubjektiv teori er den primære forforståelsen og fortolkningsrammen som brukes til å se de relasjonelle fenomenene (Healy, 2011; Shinebourne, 2011). Terapeuten er her både en aktiv samspillspartner og fortolker av det som skjedde i terapien. Dette er i tråd med en hermeneutisk fenomenologisk forskningsmetode hvor data samskapes i "et sanse- lig dialogisk møte" (embodied dialogical encounter) mellom forsker og det fenomen som utforskes (Merleau-Ponty i Finlay, 2009). Det vi kan vite om en annen oppstår i det intersubjektive feltet mellom fortolker og fenomen (Finlay, 2009, s.13). Det at fortolkeren har subjektive erfaringer fra terapirommet og fenomenet som utforskes, vil påvirke utvalget av hva som presenteres for leseren. Jeg vil forsøke å beskrive sekvenser fra terapien slik at

leseren kan gjøre sine egne fortolkninger. Terapeutens veileder har vært med å fortolke de prosessene som utspilte seg i det terapeutiske rom og bidratt med sine betraktninger.

Det ble gjort videoopptak av alle terapitimer etter samtykke fra foreldre. Klipp fra terapitimene ble så brukt i foreldreveiledning som var en del av behandlingen. Underveis i behandlingsprosessen ble opptak fra terapitimer sett på av terapeut og hennes veileder. Vi analyserte materialet sammen og så på hvilke relasjonelle fenomener som tredde frem fra materialet. Deretter drøftet vi innfallsvinkler til hvordan terapeuten kunne veilede foreldre i foreldreveiledningen og aktuelle terapeutiske intervensjoner i samspillterapien. Viktige spørsmål i analyseprosessen til terapeut og veileder ble: Hvilke relasjonelle prosesser mellom barn og forelder kan bidra til å utløse og opprettholde en tilstand som selektiv mutisme? Hva kan bidra til å skape bevegelse i et symbioselignende samspill og utvide det intersubjektive rommet mellom mor og barn? Hvordan kan terapeutisk lek bidra til å fremme selvagens og vitalitet i samspillet mellom forelder, barn og terapeut?

Det aktuelle kasuset ble valgt da det var et terapiløp som vekket et særlig engasjement og som krevde kreativitet og lekenhet fra terapeuten for å skape bevegelse i et fastlåst samspillsmønster. For å kunne gjøre erfaringer fra behandlingsprosessen på BUP tilgjengelig for andre, er materialet fra terapien overført til et forskningsprosjekt i etterkant av gjennomført terapi. I den narrative fremstillingen av denne kasusstudien, velger jeg å dele inn behandlingsforløpet i faser for at leseren skal få et overblikk over terapiprosessen. Jeg vil først reddegjøre kort for kasusformulering og det overordnede behandlingsforløpet, og deretter ta leseren med inn i en mer inngående beskrivelse av den fasen som ble avgjørende for å skape endring.

Etikk

Denne studien er godkjent av Regional etisk komite (REK) og Norsk senter for forskningsdata (NSD). Lokalt personvernombud ved sykehuset der behandlingen ble gjennomført har også gitt sin tilråding til prosjektet. Foreldre til barnet har gitt sitt juridiske samtykke til at materialet fra terapien kan brukes i en forskningsartikkel. Barnet

har også fått informasjon og samtykket til publisering så lenge navnet ikke brukes. Det er tilstrebet å aidentifisere og omskrive bakgrunnsopplysninger slik at disse ligner på hva som er typisk for andre barn med samme tilstandsbilde. Mor har lest artikkelen og kommet med verdifulle innspill til teksten.

Kasusformulering

Sara var i småskolealder da hun ble henvist til poliklinikken. Hun hadde hatt et vedvarende mønster av taushet i skolehverdagen siden hun begynte på skolen. Ved henvisningstidspunktet var det bekymring for om engstelighet og taushet i skolehverdagen hemmet læring. Utredningen ved BUP inneholdt samtale om utviklingshistorie med foreldre, diagnostisk intervju, samspillsobservasjoner, skoleobservasjon og samtale med lærer.

I barnehagen var Sara også engstelig og tilbakeholden. Der holdt hun seg mest til en voksenperson. Hun pratet med barn og voksne, men brukte tid på å komme i gang både med lek og prating. Foreldre fortalte at de kunne kjenne seg sjenerte og tilbakeholdne i sosiale situasjoner og at det ble snakket lite om følelser i deres barndomshjem. Mors bestemor slet med angst. Mor gruete seg for å gå på skolen som barn. Familien hadde lite nettverk utenom nær slekt. Barnet pratet med venner på fritiden når de møttes hjemme hos henne, men kunne trenge hjelp med å komme i gang med å leke og prate. I samspillsobservasjoner på lekerom med barnet og hver av foreldrene fremstod jenta som lukket og alvorlig. Terapeuten var i rommet deler av tiden. Da var jenta taus og satt på fanget til forelderen. Terapeuten initierte en side-om-side samværsform med tegning (en form for defokusert kommunikasjon), men dette var for vanskelig for barnet. Barnet forble passiv og lot forelderen tegne. Da terapeuten var ute av rommet, var barnet mer vitalt og pratet med forelderen. Væremåten med redusert uttrykksfullhet og taushet var også tydelig i skoleobservasjonen. Jenta var tydelig hemmet i sin livsutfoldelse i skolen både i klasserommet og ute i friminuttet.

Det ble konkludert med at barnet hadde en selektiv mutisme. For å forstå mekanismene i Saras utfordringer, ble det brukt en kasusformulering der man ser på predisponerende sårbarhetsfaktorer,

utløsende og opprettholdende faktorer jamfør en biopsykososial utviklingsmodell (Winters et al., 2007). På grunn av personvern hensyn velger jeg her å ikke gjengi hele kasusformuleringen. Lite nettverk, engstelighet i familien og lite kommunikasjon om følelsesmessige opplevelser kan ha vært både sårbarhetsfaktorer i utviklingen av språklig relatering og opprettholdende faktorer i tilstandsbildet selektiv mutisme. I samspillet mellom forelder og barn var utfordringer med selvavgrensning også en opprettholdende faktor. Det var ingen kjent utløsende hendelse som så ut til å gå forut for vanskene.

Behandlingsforløp

Den første fasen av behandlingen kan kalles en ”finne ut hvordan vi kan jobbe sammen”-fase. Den inneholdt samtaler med foreldre om hvordan vi kunne forstå Saras vansker. Terapeuten forsøkte å finne frem til områder der foreldre og barn kunne trene på at jenta skulle være mer selvstendig. På dette tidspunktet var terapeuten påvirket av en kognitiv forståelsesmodell. Terapeuten foreslo blant annet å trene på at forelderen ikke skulle være tilstede hele tiden på fritidsaktivitet eller å planlegge flere venneavtaler. Dette opplevdes uoverkommelig for foreldrene. De var imidlertid positive til en relasjonell lekende tilnærming på lekerom.

Den neste fasen utforsket vi hvordan et samspill mellom mor, barn og terapeut kunne bidra til å gjøre barnet tryggere på et verbalt samspill. På dette tidspunktet i forløpet, tenkte jeg at det handlet om at Sara skulle bli vant til at jeg var i rommet med henne og mor. For å regulere angst, valgte terapeuten å gjøre det slik at mor og barn var alene 10-15 min midtveis i timen. Da satt terapeuten på observasjonsrommet ved siden av. Overgangene mellom at terapeuten var i rommet til terapeuten fravær og tilbake igjen, var tenkt å gi mulighet for å utforske med barnet hvilke endringer som skjedde i følelser og vitalitet ved disse overgangene. I begynnelsen av denne fasen i terapien, fikk barnet velge lekeaktivitet ved å peke på en figur/bok/tegnesaker som representerte aktiviteten. Etter hvert ble det mest fokus på å leke med figurer fra ”hele-verden-materialet” og bruke disse i sandkassen. Barnet likte særlig godt dyrefigurene og brukte disse til å lage en dyrehage. Annenhver

gang møttes mor og terapeut til foreldreveiledning der vi drøftet opplevelsene fra lekerommet og så på sekvenser fra terapitimene i opptak. Parallelt hadde terapeuten veiledning på klinikken og startet på en videreutdanning i utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi for barn. Både mer kjennskap til mor-barn-relasjonen, terapiveiledning og mer kunnskap om intersubjektiv teori bidro til utvidet forståelse av tilstandsbildet til Sara.

Det var i denne andre fasen av behandlingen at terapeut og veileder ble opptatt av at Sara og mor ble svært like i uttrykk på lekerommet. Jenta holdt seg tett på mor ved å holde hånda eller stå/gå helt inn til mors kropp. Det var som om de beveget seg som ett og både mor og jenta ga lite blikkontakt og var nølende i kontakten. Sara var helt taus, men også mor virket mer stille og usikker. Dette var annerledes enn hvordan mor var å forholde seg til i foreldreveiledningen. Det var som om mor og barn kom inn i et symbioselignende samspill der de ble usikre sammen i stedet for at mor kunne være den trygge voksne som regulerte barnets engstelighet. Et slikt samspill så ut til å opprettholde et mønster av at jenta var taus og uselvtstendig. Terapeuten ble opptatt av at fokus i terapi måtte bli å jobbe med en tydeligere selvavgrensning mellom mor og Sara.

Det ble vurdert som viktig å hjelpe foreldrene til å romme jentas følelser og stå i usikkerhet. Ved oppstarten av foreldreveiledningen var far med i veiledningstimene. Men ettersom det var mor som fulgte til barnets terapitimer og veiledningen tok utgangspunkt i disse timene, kom vi frem til at mor skulle møte til foreldreveiledningen for å holde fokus på utviklingsprosessen til mor og datter. Far ble invitert til timer der vi oppsummerte behandlingsprosessen. I veiledning med mor var det fokus på å fremme mors reflekterte fungering og styrke hennes foreldreferdigheter (Brandtzæg et al., 2011). Mor ble veiledet på hvordan hun kunne bli en tydeligere voksen i samspillet med barnet, hvordan hun kunne ta ledelsen og fremme barnets utforskning. Det ble viktig å hjelpe mor til å lage et skille mellom henne og barnet ved å jobbe med deres selvagens. Vi snakket om hvordan hun kunne bruke språk til å benevne opplevelse og initiativ fra barnet og henne selv. Det kunne være å sette ord på hva hun så at barnet ville og så ut til å like og være bevisst på "jeg" og "du" i språket for å differensiere deres selvopplevelser. Temaer omkring hvordan mor kunne være en emosjonelt tilgjengelig vok-

sen for barnet med blikk, smil og fysisk nærhet var også del av veiledningen med mor.

Tilnærmingen beskrevet ovenfor, skapte en utvikling i retning av noe større trygghet og mer vitalitet. Vi jobbet slik i om lag fire måneder før det ble ett opphold i terapien grunnet sykdom og ferie både hos behandler og barnet. Da vi møttes igjen etter pausen, var det vanskeligere å være sammen igjen. Jenta virket mer utrygg og holdt seg igjen fysisk tett på mor. Det er på dette tidspunktet i behandlingsprosessen at jeg nå vil beskrive noen sekvenser som ble et vendepunkt for videre utvikling i terapien. Denne tredje fasen i behandlingsprosessen kan i lys av helheten se ut til å ha blitt avgjørende for å skape endring i den tause symbioselignende væremåten. Det var som om vi jobbet med å skape selvagens for tre da det ble tydelig at også terapeuten måtte være bevisst sin aktørstatus. Først kommer et utdrag fra foreldreveiledningen.

Selvagens for tre

Terapeuten viser mor et klipp fra lekerommet der mor og jenta sitter tett sammen på sandkassekanten. Jenta sitter på fanget, det er derfor ingen blikkontakt mellom dem. Terapeuten spør mor hva hun tenker om jentas uttrykk og kroppsspråk. Mor sier at hun hadde merket at datteren var mer taus også i sekvensen når mor og barn var alene i rommet. Etter å ha sett bilder fra timen, sier mor at det ser ut som jenta uttrykker ubehag. Terapeuten forsøker å utvide språket for jentas indre tilstand og undrer seg høyt sammen med mor om det kan være sann at jenta er redd, om hun har gruet for at terapeuten skulle komme inn i rommet eller noe annet. Da sier mor at Sara ikke gruer seg. «Hun bare slutter å snakke.» Terapeuten ber mor forklare nærmere hva hun mener. Da forteller mor om et eksempel der hun selv har vært på kafé med en hun kjenner godt. Når det kommer en ny person til, slutter hun å snakke eller snakker mindre. Men det betyr ikke at mor har gruet seg for dette underveis i samtalen, eller at hun kjenner seg engstelig når den nye personen er tilstede. Hun bare snakker mindre. Slik tror mor det er for Sara også.

I etterkant av denne foreldreveiledningen undret terapeuten seg over om jentas tilstand var blitt så vanlig at «det bare var sånn». Terapeuten lurte på om det var vanskelig for mor å fornemme barnet sin indre opplevelsesverden og om dette forhindret mor fra å håndtere barnets følelser når de oppstod. Måten de satt på gjorde det også vanskelig for mor å lese jentas ansikt. Det ble terapeuten som ble mottaker av synet av en jente med krummet nakke og et fortvilt uttrykk i ansiktet. Da mor så videoopptaket, ble det mulig for mor å lese jentas ansiktsuttrykk. Terapeuten veiledet mor på hvordan hun kunne innta en kroppslig posisjon som brøt med det vante mønsteret som de ofte gikk inn i. Å sitte på kne ved sandkassekanten var et mer åpent kroppspråk som signaliserte at man var klar for å gå inn i lek og gjorde ansiktet tilgjengelig for blikkontakt. Mens det å sitte bak hverandre i fangposisjonen var et kroppspråk som hemmet ansikt-til-ansikt kontakt og hindret deling av følelsesmessig opplevelse. Jentas måte å søke en ”trygg havn” (Powell et al., 2015) ble ved å holde seg tett på mor, til forskjell fra at et blikk eller benevning av situasjonen kunne virke regulerende. Dette gjorde det vanskeligere for mor å være tilgjengelig for ansikt-til-ansikt kontakt. Når Sara ble usikker, mistet mor blikket og barnets blikk gikk ned og innover.

Som terapeut merket jeg at det var utfordrende å møte tausheten og den dempede vitalitetsaffekten som mor og barn var i. Jeg merket at jeg ble påvirket av tausheten, at jeg snakket lavere og ble usikker på hvilket handlingsrom jeg hadde. Det ble viktig å lage et tydelig skille mellom ”jeg” og ”du” for terapeuten også. Jeg måtte holde meg forskjellig fra tausheten, samtidig som jeg skulle være inntonet og ikke skravle med mor over hodet på barnet. Da kunne vi forsterke barnets ensomhet utenfor det verbale fellesskapet. Det ble viktig å være tilstede i det felles fokuset som vi delte i leken. Dette var temaer som også ble tatt opp med mor i veiledningstimene. Vi kunne reflektere rundt hva Saras angst og væremåte gjorde med oss.

En annen utfordring var å komme i gang med å leke sammen. Sara likte veldig godt å lage en dyrehage i sandkassen. Hun var nøyaktig med hvor hun ville ha de ulike gruppene av dyr og brukte tid på å få det slik som hun ville ha det. Stadig ble terapeuten forbauset over hvor fint og detaljert Sara og mor lagde dyrehagen. De var også nøye på å børste bort sand fra sandkassekanten og rydde bort de

figurene som ble til overs. I foreldreveiledningen kom det frem at Sara koste seg veldig med å lage dyrehagen og gledet seg til å komme tilbake. Jeg tematiserte med mor at det å bruke så mye tid på å lage dyrehagen gjorde det vanskelig å komme i gang med å leke med figurene. Det ble vanskelig for terapeuten å få noe annet enn en observatørrolle som kommenterte hvor fint de hadde laget dyrehagen i sandkassen. Det opplevdes vanskelig å samskape et potensielt rom for lek. Mor og terapeut drøftet hvordan vi kunne gjøre det annerledes og hvordan mor kan forberede Sara på at vi skal leke mer med figurene sammen. Vi valgte også å bruke en kalender som hjelpemiddel til å lage et fokus og en narrativ for leken. Det ble avtalt en tidsramme (kalender) med 12 planlagte møter. Vi gikk også over til å møtes ukentlig med barnet for å skape mer kontinuitet og intensivere prosessen. Jeg vil nå beskrive hvordan det så ut i rommet da terapeuten jobbet med å initiere at vi skulle være i lekemodus sammen.

Mens vi setter opp hvordan vi vil ha det i sandkassen har vi fordelt figurer, skogvoktere og en familie som er på tur i skogen. Terapeuten går inn i rollen som skogvokter. ”Kanskje de står her og har kikkert de kan se utover i skogen med? Så kan de se hvordan dyra har det, og passe på at de har det bra”. Da mor skal sette sin figur på fjellet vi har laget i sanden, ramler den ned. Hun sier med lekestemme: ”Hva skjer nå? Han falt”. Terapeuten er skogvokter og responderer på dette med å kjøre bilen med skogvokterne bort til gutten. ”Hvordan går det?” sies med lekestemme. Skogvokterne og gutten som skadet seg snakker sammen. Gutten blir undersøkt og får bandasje på foten. Da dette skjer har Sara satt sine figurer oppå fjellet. Da mors lekefigur kommer opp dit, fortsetter handlingen i leken med at de har piknik oppå fjellet. Sara sier ikke noe med ord, men hun handler i leken ved å flytte figurene. Mor responderer på dette og gjør det til en del av leken med de andre lekefigurene. ”Så de har satt seg oppi skogen de!” utbryter mor da figuren hennes kommer opp til barna.

I sekvensen ovenfor anerkjente mor Saras initiativ med en spontan respons der hun satte ord på barnet sin handling. Slik ble Saras agens validert

og inkludert i leken. Det kunne se ut til at mor og terapeutens jeg-du-lek la til rette for at også Sara kunne gå inn i en handlende lek. Man kan tenke seg at mor og terapeutens lek fungerte som en scolding for Sara. Det skjedde en utvidelse av hvordan det gikk an å være sammen. Barnets tilstand og lekeevne var mulig å utvide ved at det ble gitt ytre regulerende input fra omsorgspersonen som organiserte situasjonen (Tronick, 1998). Barnet ble i dette samspillet en handlende aktør som ble respondert på. Hennes lekeinitiativ kunne påvirke de andre lekeaktørene. Vi ble tre handlende subjekter som kunne påvirke hverandres lek. Betydningen av at det å leke er en aktiv handling vektlegges av Winnicott (1971). Han gjør et tydelig skille mellom lek og det å leke (play and playing). Han er opptatt av at det å leke er en aktiv handling, noe man gjør, ikke bare noe som skal tolkes som noe ved barnet. Ved å gå inn og være en aktiv samspillspartner i lek med barnet og speile leken, gis leken en kvalitet av kommunikasjon mellom de som inngår i å leke sammen. Dette sammenfaller med en intersubjektiv forståelse av psykoterapi der subjektene som møtes samskaper hvordan det er å være sammen (Svendsen et al., 2012). Slik anerkjennes partenes selvagens. Leken så ut til å bli en samværsform som utvidet mulighetene for hvordan vi kunne være sammen. Sara viste etter hvert tydelig vilje i leken. Mor så ut til å kunne være mer spontan og fant løsninger på problemer. Som da Sara sin lekefigur ville være igjen i skogen og var vanskelig å få med hjem.

”Nå må vi hjem, skjønner at det er veldig dumt, at du ikke vil det”, sier mor. Du må hjelpe meg med hva som skal skje nå, sier mor videre. Mor og Sara har blikkontakt. ”Hva vil hun nå?” ”Jeg tror ikke hun vil hjem jeg”, sier mor. Parallelt med mors verbale prat om hva pappafiguren sier og tenker, flytter barnet figuren sin rundt slik at det er synlig at den ikke vil bli med hjem. Sara har hodet mot armen hun lener seg mot på sandkassekanten. Hun får et spøkefullt lurt smil og begynner å titte opp mot terapeuten som er på motsatt side av sandkassen. Terapeuten svarer med å smile og møter blikket til jenta. Mor fortsetter med å ordsette det som skjer: ”Jeg tror ikke hun vil hjem jeg. Hva skal pappaen gjøre nå. Oi oi oi.. Du vil ikke hjem.” Terapeuten sier: ”Ja, der var det

ei jente som ikke ville hjem”. Terapeuten smiler og stemmen har en lett litt spøkefull tone. Mor fortsetter: ”Da tror jeg at jeg må høre med fangevokterne.. nei .. fangevokterne.. må høre med skogvokterne om du kan bli lengre..”. ”Er det du vil tro? Jeg går og spør”. I det fangevokterne blir sagt, begynner mor og terapeuten å le. Barnet ser opp på terapeuten og ler så med. Det er en hørbar latter. Deretter ser hun mot mor og møter mors blikk.

Det dukket opp et problem da barnet uttrykte at det ikke ville være med familien hjem. Dette skjedde i lekemodus og mor fant en løsning i leken. I forlengelsen av denne sekvensen ble det laget en ordning der jenta i leken kunne få være i skogen med skogvokterne og bli hentet senere. Mor tok ledelsen som voksen, samtidig anerkjente hun Sara sin aktørstatus og viljen hun uttrykte i leken. Den handlende leken så ut til å utvide mors evne til å anerkjenne Saras indre opplevelse. Mor kunne benevne hennes initiativ, ønsker og opplevelse. Det hun gjorde og uttrykte nonverbalt ble satt ord på. Deling av glede og humor oppstod her som en mulig relasjonsform i rommet mellom oss da alle tre brøt ut i latter. Terapeuten lurte på om jentas lure smil mot terapeuten i det hun testet ut lekefigurens agens, hadde en spøkefull kvalitet. Da terapeuten satte ord på at det var ei jente som ikke ville hjem, syntes det som at vitalitetsaffekten i terapeutens stemme fanget opp jentas vitalitet i en kryssmodal inntoning. Det ble delt en indre tilstand av glede og humor. Barnet var fortsatt i en nonverbal modus, men deltok i en affektiv dialog med terapeuten.

Avslutning og endringsforståelse

Etter den lekende utprøvingen av selvagens, kom en fjerde fase der selvagens kunne utforskes med stadig større vitalitet. Vi kom så inn i en avslutningsfase. Da vi nærmet oss de siste avtalte timene, ble det tematisert i foreldreveiledningen hva vi kunne si oss fornøyd med som oppnådd endring ved terapislutt. Både mor og terapeuten var enige om at det hadde skjedd viktige endringer selv om ikke barnet snakket i timene på lekerommet. I terapitimene så vi en jente som var engasjert og tok initiativ i leken. Hun utfoldet seg med store bevegelser

i sandkassen for eksempel ved å la lekefigurene ake i stort tempo i sanden. Mor kjente seg tryggere på hvordan hun kunne møte barnet sitt. Det ble viktig for mor å bli bevisst at hun trengte å føle seg trygg for å kunne trygge jenta. Hun trengte å være trygg på at det var passe utfordring for datteren. Dette viste seg blant annet i forberedelse og gjennomføring av en tannlegetime, som tidligere hadde vært en utfordrende situasjon både mor og datter gruet seg til. De hadde også samtaler om at det gikk an å være forskjellige. At noen prater høyløst, mens Sara var mer sjenert og stille. Terapeuten oppfordret mor til å fortsette og ha slike samtaler som anerkjente jenta og styrket hennes selvfølelse. Det dukket også opp flere unntak fra tausheten i skolen. Eksempler kunne være at Sara glemte seg, eller at noen barn som ikke visste at Sara vanligvis ikke snakket spurte henne om noe. Og dette ble en situasjon der Sara pratet fordi den andre regnet jo med å få svar. Mor og datter hadde også begynt å snakke om at det gikk an å øve på å snakke mer på skolen. Ved terapislutt kunne vi oppsummere at Sara ikke var symptomfri, men samspillet med omgivelsene var kommet inn på et godt utviklingsspor.

Et intersubjektivt perspektiv på selektiv mutisme

Saras vansker ble her forstått som at den verbale selv-annen-relateringen brøt sammen i usikre situasjoner og at hun da kunne søke mot å være tett på mor. Barnet manglet språk for sine opplevelser, ble usikker i sosiale situasjoner og redd for å gjøre feil. For mor som selv hadde vært engstelig som barn, kunne det være vanskelig å holde seg forskjellig fra barnets vitalitetsmodus og hun kunne bli usikker på hvordan håndtere barnets angst. Det kunne se ut til at det var vanskelig for mor å tone seg inn på barnets opplevelse og skille denne fra sin egen emosjonelle erfaring. Dette berører kjerneselvrelatering der barnet erfarer sine egne affektive opplevelser og subjektivt selvområde der affektinnføring er sentralt for å tenke om selv og annen sine indre opplevelser. Det er nettopp ved å være bevisst sin egen opplevelse som forskjellig fra den andre at man kan anerkjenne barnets opplevelse og tone seg inn på den. Mors usikkerhet på hvordan møte barnet sine følelser kunne bidra til å opprett-

holde barnets engstelse og taushet. Mor og barn kom inn i et symbioselignende samspill der deres opplevelser fremsto som udifferensierte. Beskrivelsene fra terapirommet viser hvordan dette bidro til at sosial referering ble vanskelig. Når barnet ble usikker, ble kroppspråket innadvendt heller enn å søke mors blick. Ved at mor ble bevisst hva dette kroppspråket gjorde med samspillet, kunne hun jobbe med å holde seg tilgjengelig for ansikt til ansikt kontakt slik at barnet kan øve på å bruke mer sosial referering i utrygge situasjoner. Gjennom konkret jobbing med hvordan mor kunne bruke språket til å benevne følelser og initiativ, ble både mors og barnets selvagens styrket og vi så en tydeligere selvavgrensning mellom dem. Dette viste seg både kroppslig, emosjonelt og i handlende lek. Kanskje var det å se opptak fra terapirommet en måte å plassere tausheten og engstelsen utenfor seg selv, som et "det" (Buber, 1999). Deretter kunne mor og jenta gå inn i en "jeg og du"-relatering med et tydelig mellomrom i relasjonen.

Terapeuten kan i ettertid tenke at behandlingsforløpet kunne ha sett annerledes ut med den erfaringen og kunnskapen hun nå har. Terapiprosessen med Sara og mor var en lekende utprøving av å skape et potensielt rom for lek og intersubjektiv deling. Det var en pågående læringsprosess av å finne balansen mellom terapeutens doble rolle som observatør og som aktiv samspillspartner i en helende relasjon (Scott et al., 2009; Svendsen & Toverud, 2009). Det tok tid å finne frem til det som skapte endring. Samtidig kan man tenke at det nettopp var ved å bruke tid at barnet fikk nødvendig trygghet til å la seg utfordre. Sara fikk tid til å venne seg til å være med terapeuten, ble vant til stedet, lekene og kunne finne frem til en måte å være på lekerommet som hun likte. Hun ble ikke presset til noe. Terapeuten og mor fant ut av hva som kunne være passe utfordring for jenta sammen, slik at mor kunne forberede og trygge datteren. En av fordelene med en relasjonell tilnærming i lek er at terapeuten får kjenne fenomenene på kroppen. Terapeuten får selv kjenne hva tausheten gjør med en. Dette gir også muligheter for å finne individuelt tilpassede intervensjoner som kan skape bevegelse i samspillet. En viktig læring var å se at terapeuten selv måtte gå foran å vise hvordan vi kunne leke sammen. Terapeuten måtte opprette en gjensidighet i samspillsformen og være et deltakende terapeutsjektiv (Hansen, 2012, s.20) for å

skape et trygt rom for utvikling. Gjennom at terapeuten bringer inn nye handlingsmåter og fungerer som en regulerende annen for mor, kunne feltet mellom oss utvides.

Terapeutisk lek er en samspillsform der tale ikke er påkrevd. Vi er på barnets område og snakker barnets språk. Dette gir mulighet for avstand og kontroll på det som skjer for barnet, og kan tilrettelegge for verbal kommunikasjon (Schwenck et al., 2021). Å leke er en aktiv samspillsform og gjør samspillspartnerne til aktører. Ved at både mor og terapeut ble bevisst betydningen av sin aktørstatus i leken og anerkjente barnets selvagens, ble barnet også mer handlende og vital. Det ble vekket et felles engasjement som vitaliserte samspillet. I det samspillet som vokste frem mellom mor og jenta og mellom dem og terapeuten, oppstod et potensielt rom der det ble delt en "intersubjektiv taushet" (Merleau-Ponty i Hansen, 2012, s.40). Vi kunne dele glede og erfare at en indre opplevelse kan deles i en intersubjektiv selv-annen-relatering (subjektivt selv). Kanskje er det dette som er tryggheten som er nødvendig før språklig relatering, at du kan forstå meg, at mitt sinn kan være i ditt sinn.

Å dele en opplevelse ved å sette ord på erfaringen, er både en mulighet og noe som kan vanskeliggjøre delingen av hvordan det var følelsesmessig. Språket skaper også en distanse til erfaringen (Stern, 2003). Dette kan bidra til å komplisere den verbale relateringen ved selektiv mutisme. Det kan både være vanskelig å få tak i den følelsesmessige erfaringen som ligger til grunn (før-språklig selv), ordsettingen av erfaringen og usikkerheten for om denne kan deles (verbalt og narrativt selv). Språket kan virke regulerende på erfaringen dersom man klarer å ordsette den. Men dersom aktiveringen blir høy og det blir vanskelig å finne et passende uttrykk for det man opplever, mister man denne regulerende effekten av språk og språklig relatering kan bli stressende i seg selv. Barnet trenger hjelp til selvregulering i et "dyadisk regulerende system" (Mulligan et al., 2015; Glibota et al., 2018). Ved at foreldre får styrket sine ferdigheter til å være en regulerende annen for barnet, utvides barnets evne til selvregulering. Da kan barnet finne andre måter å regulere angsten på enn å bli taus.

I denne undersøkelsen av en behandlingsprosess har jeg vist at relasjonelle fenomener i samspillet med barnet og dets omgivelser kan virke opprettholdende på tilstanden selektiv mutisme. Foreldre

trenger å kjenne seg trygg på hvordan de kan trygge barnet sitt for å hjelpe barnet med å håndtere sin engstelse. Dersom foreldre selv er engstelige, strever med selvavgrensning og romme barnets følelser, vil det være vanskelig å gjennomføre en atferdsterapeutisk tilnærming. I dette kasuset så det ut til at en intersubjektiv samspillsterapi bidro til å gjøre mor og barn klar for mer spesifikk trening på snakkeatferd i skolen. Men vi måtte jobbe med noe annet først. Dette viser betydningen av trygghet i foreldrerollen og hvordan mor blir endringsaktør sammen med datteren sin. Mor går fra å ha en rolle der hun bidrar til å opprettholde taushet til å vise at det er trygt å utforske nye handlingsmåter. En intersubjektiv samspillsterapi vil kunne adressere både barnets og forelderens bidrag til et samspill hvor den intersubjektive relateringen har brutt sammen. I Saras behandlingsprosess fant vi frem til hvordan kroppslig posisjonering, emosjonell inntoning, språklig benevnning og lekende initiativ kunne skape bevegelse i et symbioselignende samspill og styrke både mors og barnets selvagens. Det trengs mer forskning på de gjensidige prosessene som oppstår i foreldre-barn relasjonen ved selektiv mutisme slik at behandlingen kan tilpasses individuelle behov.

Referanser

- Brandtzæg, I., Smith, L., & Torsteinson, S. (2011). *Mikroseparatorer: Tilknytning og behandling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Buber, M. (1992). *Jeg og du*. Oslo: Cappelen.
- Buber, M. (1999). Distance and Relation. I J. Buber (Red.), *Martin Buber on Psychology and Psychotherapy - essays, letters and dialogue* (s. 3-16). USA: Syracuse University Press.
- 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*, 47(11), 1085-1097. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01662.x>
- Cohan, S.L., Price, J.M. & Stein, M.B. (2006). Suffering in Silence: Why a Developmental Psychopathology Perspective on Selective Mutism Is Needed. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27, 341-355.

- Dow, S.P., Sonies, B.C., Scheib, D., Moss, S.M. & Leonard, H.L. (1995). Practical Guidelines for the Assessment and Treatment of Selective Mutism. *Journal of Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34(7), 836-845. <https://doi.org/10.1097/00004583-199507000-00006>
- Finlay, L. (2009). Debating phenomenological research. *Phenomenology & Practice*, 3(1), 6-25.
- Glibota, L.C., Lindaman, S. & Rand Coleman, A. (2018). Theraplay as a Treatment for Children with Selective Mutism: Integrating the Polyvagal Theory, Attachment Theory, and Social Communication. I A.A. Drewes & C.E. Schaefer (Red.), *Play-Based Interventions for Childhood Anxieties, Fears, and Phobias* (124-143). The Guilford Press.
- Haely, M. (2011). Heidegger's contribution to hermeneutic phenomenological research. I G. Thomson, F. Dykes & S. Downe (Red.), *Qualitative Research in Midwifery and Childbirth: Phenomenological Approaches* (s. 215-232). New York: Routledge.
- Hansen, Bjørg Røed. (2012). *I dialog med barnet - Intersubjektivitet i utvikling og psykoterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hultquist, A.M. (1995). Selective Mutism: Causes and Interventions. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 3(2), 100-107. <https://doi.org/10.1177/106342669500300205>
- Nowakowski, M.E., Tasker, S.L., Cunningham, C.E., McHolm, A.E., Edison, S., St. Pierre, J., Boyle, M.H., & Schmidt, L.A. (2011). Joint Attention in Parent-Child Dyads Involving Children with Selective Mutism: A Comparison Between Anxious and Typically Developing Children. *Child Psychiatry Hum Dev*, 42, 78-92. <https://doi.org/10.1007/s10578-010-0208-z>
- Oerbeck B, Stein M.B., Wentzel-Larsen T et al (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, 192-198.
- Oerbeck, B., Manassis, K., Overgaard, K.R., Kristensen, H. (2016). Selective mutism. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* (Norsk utgave). Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2016.
- Oerbeck, B., Overgaard, K.R., Stein, M.B. et al. (2018). Treatment of selective mutism: a 5-year follow-up study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 27, 997-1009. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1110-7>
- Ogden, T.H. (1985). On Potential Space. *Int. J. Psycho-Anal.* 66(129), 129-141.
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K. & Marvin, B. (2015): *Trygghets sirkelen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Schwenck, C., Gensthaler, A., Vogel, F. et al. (2021). Characteristics of person, place, and activity that trigger failure to speak in children with selective mutism. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01777-8>
- Scott, J.G., Scott, R.G, Miller, W.L., Stange, K.C., & Crabtree, B.F. (2009). Healing relationships and the existential philosophy of Martin Buber. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 4(11). <https://doi.org/10.1186/1747-5341-4-11>
- Shinebourne, Pnina. (2011). The theoretical underpinnings of Interpretative Phenomenological Analysis(IPA). *Existential Analysis*, 22(1), 16-31.
- Stern, D.N. (2003). *Spedbarnets interpersonlige verden* (norsk oversettelse av 2.utgave, 2000). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Svendsen, Birgit, Johns, Unni T., Brautaset, Heidi, & Egebjerg, Ingeborg. (2012). *Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Svendsen, Birgit & Toverud, Ruth (2009). Gjen-sidighet og observasjon: Om innledningsfaser i barneterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 46 (9), 843-849.
- Tronick. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant mental health journal*, 19(3), 290-299. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199823\)19:3<290::AID-IMHJ4>3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<290::AID-IMHJ4>3.0.CO;2-Q)
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and Reality*. New York: Routledge.
- Winters, Nancy C., Hanson, Graeme, & Stoyanova, Veneta. (2007). The Case Formulation in Child and Adolescent Psychiatry. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 16(1), 111-132. doi: 10.1016/j.jhc.2006.07.010
- World Health Organization 1990. *International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)*. Geneva: WHO.

Ørbeck, B. (2008). Selektiv mutisme hos barn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 45(9), 1149-1154.

Abstract: In this case study we used a phenomenological hermeneutical perspective to explore the treatment process of a girl in elementary school with selective mutism. We used insights from intersubjective theory to understand the mutual relational processes between mother and child and how these may have contributed to maintaining the silence. We found that when the child felt insecure, she was holding herself close to her mother while looking down. The inhibited body language made social referencing difficult. The silence also seemed to make the mother more silent and insecure of how to handle the child's anxiety. It seemed like their experiences were undifferentiated as their appearance in the therapy room became very similar. By guiding the mother in how to establish a clearer distinction between herself and her daughter, and using playful therapeutic interventions it was possible to help mother and child to strengthen their self-agency and find new ways of being in the world. In the discussion, I suggest that the parent's ability to make the child feel secure is a precondition to choose a cognitive behavioral therapy which is the recommended treatment of selective mutism. This case study presents an intersubjective understanding of selective mutism and how undifferentiated self-other experiences in the mother-child relation maintains the condition. An intersubjective parent-child therapy can be used to enhance self-agency, self-other differentiation and the child's use of social referencing. This treatment approach can supplement a cognitive behavioral therapy when relational phenomena is maintaining the condition of selective mutism. This article proposes a need for more research on the relational phenomena that occurs between children with selective mutism and their parents.

Key words: selective mutism, intersubjectivity, mother-child relations, self-agency, social referencing

Abstract: I denne kassstudien brukte vi et fenomenologisk hermeneutisk perspektiv til å utforske behandlingsprosessen til en jente i småskolealder med selektiv mutisme. Intersubjektiv teori ble

brukt til å forstå gjensidige relasjonelle prosesser mellom mor og jenta og hvordan disse kunne virke opprettholdende på tausheten. Vi fant at da barnet følte seg utrygg, holdt hun seg fysisk tett på mor og med blikket ned. Dette kroppsspråket gjorde sosial referering vanskelig. Tausheten så ut til å påvirke mor slik at hun også ble mer stille og usikker på hvordan hun skulle håndtere barnets angst. Det så ut til at deres opplevelser ble udifferensierte ved at deres fremtreden i terapirommet ble svært lik. Ved å veilede mor på hvordan hun kunne etablere en tydeligere avgrensning mellom henne og datteren og bruke lekende terapeutiske intervensjoner, var det mulig å styrke mor og jentas selvagens og finne nye måter å være i verden på. I diskusjonen hevder jeg at foreldres trygghet på hvordan de kan trygge barnet sitt er en viktig forutsetning for kognitiv atferdsterapi som er den anbefalte behandlingen for selektiv mutisme. Denne kassundersøkelsen presenterer en intersubjektiv forståelse av selektiv mutisme og beskriver hvordan utfordringer med selvavgrensning i foreldre-barn relasjonen kan virke opprettholdende på tilstanden. En intersubjektiv foreldre-barn terapi kan brukes til å fremme selvagens, selv-andre differensiering og barnets bruk av sosial referering. Denne behandlingstilnærmingen kan være et supplement til en kognitiv atferdsterapi når relasjonelle fenomen mellom foreldre og barn er opprettholdende faktorer i tilstanden selektiv mutisme. Artikkelen viser et behov for mer forskning på relasjonelle fenomen som oppstår mellom barn med selektiv mutisme og deres foreldre.

Nøkkelord: selektiv mutisme, intersubjektivitet, mor-barn relasjoner, selvagens, sosial referering.

Tora Bjørge Osøien er psykolog ved Avdeling for barn og unges psykiske helse, Sykehuset Telemark. Hun har en fordypning fra RBUP i intersubjektiv psykoterapi for barn og unge og er i avslutningen av sin spesialisering innen barne- og ungdomspsykologi.

torablie@hotmail.com