

Institutt for sykepleie og helsefag

Bachelor i sykepleie

KULL 2006 V

BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

SY180H 000

HØST 2009

KANDIDATNR: 8

TEMA: Selektiv mutisme

TITTEL: Når ordene ikke kommer frem

Innleveringsdato: 23.10.09

**PAUL MCCARTNEY AND SELECTIVE MUTISM**

**"She's Given Up Talking" album *Driving Rain* (2001)**

**Don't say a word  
Even in the classroom  
Not a dickie bird  
Unlike other children  
She's seen and never heard  
She's given up talking  
Don't say a word**

**You see her in the playground  
Standing on her own  
Everybody wonders  
Why she's all alone  
Someone made her angry  
Someone's got her scared  
She's given up talking  
Don't say a word**

**Ah but when she comes home  
It's yap-a-yap-yap  
Words are running freely  
Like the water from a tap  
Her brothers and her sisters  
Can't get a word in edgeways  
But when she's back at school again  
She goes into a daze**

**Ah but when she comes home  
It's yap-a-yap-yap  
Words are running freely  
Like the water from a tap  
Her brothers and her sisters  
Can't get a word in edgeways  
But when she's back at school again  
She goes into a daze**

**She's given up talking  
Don't say a word  
Even in the classroom  
Not a dickie bird  
Unlike other children  
She's seen and never heard  
She's given up talking  
Don't say a word**

**She's given up talking  
She don't say a word**

## **Innhold**

1 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunnshistorie.....	6
1.2 Bakgrunn for valg av tema .....	7
1.3 Problemstilling .....	8
1.4 Presisering og avgrensninger i problemstillingen .....	8
1.5 Formålet med oppgaven .....	8
1.5.1 Sykepleiefaglig perspektiv .....	8
1.5.2 Pasient perspektiv.....	9
1.5.3 Samfunnsperspektiv .....	9
2. Metode.....	10
2.1 Datainnsamling.....	11
2.2 Kildekritikk .....	12
3. Teoretisk referanseramme .....	13
3.1 Selektiv mutisme .....	13
3.1.1 Selektiv mutisme, en form for angst .....	14
3.1.2 Sosial Angst.....	14
3.1.3 Behandling av selektiv mutisme basert på tysk forskning .....	15
3.1.4 Norsk studie om selektiv mutisme .....	16
3.2 Hva er kommunikasjon .....	16
3.2.1 Travelbees definisjon av kommunikasjon.....	17
3.2.2 Verbal og non- verbal kommunikasjon.....	17
3.2.3 Kommunikasjon for å viderebringe et budskap .....	18

3.2.4 Det nonverbale språkets funksjon .....	19
3.3 Mestring .....	20
3.3.1 Lazarus og Falkmans definisjon av mestring:.....	20
3.3.2 Mestring påvirkes av ulike faktorer.....	21
3.3.3 Håp .....	22
3.3.4 Livskvalitet.....	23
4. Drøftingsdel.....	24
4.1 Mitt første møte med pasienten.....	24
4.2 Bruk av aktivitet for å avlede og fremme kommunikasjon.....	25
4.3 Stillheten byr på vanskeligheter .....	26
4.4 Eksponering og utfordringer .....	27
4.5 Behandling av selektiv mutisme .....	28
4.6 Forberedelser til utskrivelse .....	30
4.7 Det å bli misforstått .....	30
4.8 Utfordringer i hverdagen .....	31
4.9 Eksponering, med resultat i mestring.....	32
4.10 Samarbeid og samhandling .....	33
5. Avslutning .....	34
6. Referanser.....	37
6.1 Internett adresser .....	39

## Selektiv mutisme

Hun klarer ikke prate  
ordene sitter fast i halsen  
men hun klarer ikke si det  
for ordene vil ikke frem

De synes hun er uhøflig  
de synes hun er rar  
men det bare er slik  
men alt hun ser er at alle drar

Hun prater jo med noen  
hjemme går det jo bra  
men med andre forsvinner hun  
hun klarer ikke si noe da

Angsten tar hennes stemme  
det gjør den vanskelig å se  
den gjemmer seg inni henne  
og tvinger henne til å være stille

Alt hun ønsker er å prate  
men ordene vil ikke frem  
ingen har tid til å vente  
ingen vil være hennes venn

Det har alltid vært slik  
hun må alltid gå alene  
ingen forstår at det tar tid  
og at når de går blir det bare verre

*- skrevet av pasienten -*

## **1 Innledning**

Selektiv mutisme er en diagnose få har kjennskap til eller har hørt om. Det er kanskje ikke så rart med tanke på at tallene viser at det er i underkant av 1 % av befolkningen som lever med denne diagnosen. Men via forskning kommer det også frem at det nok er snakk om en del mørketall i tillegg (Omdal, 2007). Jeg har som sykepleiestudent valgt å skrive min oppgave om diagnosen selektiv mutisme. Og har fått anledning og følge en pasient med denne diagnosen over tid.

Det viktige for pasienten vil være å få en bedre hverdag, og gjennom mitt arbeid vil jeg belyse problemet selektiv mutisme både ved litteratur og ved å gi eksempler på metoder som i dette tilfellet har fungert.

Det er da viktig at pasienten er utredet og en er sikker på at det er satt riktig diagnose. Mennesker med denne diagnosen sliter og jeg synes det er viktig at flest mulig har kjennskap til deres problemer.

### **1.1 Bakgrunnshistorie**

I løpet av min psykiatriske praksis som jeg hadde ved en psykiatrisk åpen post våren 2009, hadde jeg gleden av å bli kjent med en ung kvinne i begynnelsen av 20-årene. Hun fikk stilt diagnosen selektiv mutisme under sitt oppholde ved posten. Møte med denne kvinnen fanget oppmerksomheten min noe ekstra og har satt sine spor i ettertid. Denne pasienten hadde ikke vært i kontakt med psykiatritjenesten tidligere og heller ikke fått noen form for hjelp eller oppfølging i henhold til problemene hun hadde slitt med helt fra barneårene. Etter hvert som tiden gikk i praksisen, fikk jeg god kontakt med pasienten og fikk ta del i hennes historie og hvordan det har vært for henne å leve med å ha problemer med å snakke med andre enn sin nærmeste familie. Det å vite at hun selv hadde problemer, men ikke kunne sette fingeren på hva det var som var som feilte henne. Hun følte seg annerledes og ensom. For henne var det trygt å være stille og være taus. I oppveksten snakket hun ikke med medelever i tiden på grunnskolen og heller ikke da hun gikk på videregående skole. Hun fortsatte med å studere ved en høyskole, før det til slutt ble oppdaget at noe ikke var slik som det skulle være.

På skolen hadde hun alltid fått til det skriftlige arbeidet og oppnådd gode karakterer, men med det muntlige ble det verre. På grunn av sin taushet hadde hun ingen venner og ble mobbet av medelever uten og greie å forsvare seg. Hun hadde i flere år følt seg ensom, deprimert, og hatt mye angst og slitt med tanker på å gjøre slutt på livet, da hun ikke følte livet var verdt å leve.

Hun bor for seg selv, og er mye for seg selv da hun kun har en søster med familie som bor i samme by som henne. Resten av familien bor noen timers reise unna. Denne kvinnen har uttrykt sine følelser i dikt som jeg har fått lese. Diktene gjenspeiler hvordan det er å være ensom, være annerledes, bli mobbet, ha tanker om å gjøre slutt på alt, men der er også dikt hvor hun har skrevet om håp. Dette er noe som jeg synes er viktig, nemlig at denne kvinnen har håp, drømmer og ønske om en forandring.

## **1.2 Bakgrunn for valg av tema**

Jeg har valgt selektiv mutisme som tema i etterkant av min psykiatriske praksis, som jeg hadde ved en åpen psykiatrisk post våren 2009. Posten som jeg hadde praksisen min på, hadde i hovedsak mennesker med depresjon, angst og bipolar lidelse, men også et tilfelle med selektiv mutisme som fanget min oppmerksomhet noe ekstra.

Temaet var noe som jeg syntes var spennende og utfordrende, så dette var noe som jeg ønsket å finne mer ut om. Det å finne ut hvordan jeg kan på en best mulig måte, hjelpe med og tilrettelegge og opprettholde behovene for henne i denne situasjonen, og i tiden etter utskrivelsen.

I denne situasjon har jeg også erfart hvordan jeg selv opplever en kvinne som ikke snakker. I enkelte situasjoner med henne kunne jeg merke på min egen nervøsitet overfor situasjonen, og det å få angst for stillheten.

### **1.3 Problemstilling**

Problemstillingen som jeg har valgt meg for denne bacheloroppgaven er:

**Hva kan jeg som sykepleier gjøre for hjelpe en ung kvinne med selektiv mutisme, slik at hun får økt evne av kommunikasjon for å fremme mestring?**

### **1.4 Presisering og avgrensninger i problemstillingen**

Jeg har valgt i min oppgave i hovedsak å konsentrere meg om pasienter med selektiv mutisme etter grunnskolealder (15-16 år). Betegner de i denne alderen som voksne i min oppgave. Dette fordi det meste som er skrevet om diagnosen omhandler barn i barnehage og grunnskolen. For å kunne hjelpe pasienten jeg møtte i praksis, var jeg nødt til å grave dypere for å finne informasjon som også omhandlet voksne. Jeg har ut i fra de ulike teorier i forhold til kommunikasjon og mestring prøvd ut metoder i praksis.

### **1.5 Formålet med oppgaven**

Formålet med oppgaven er å finne en metode som vil hjelpe denne pasienten i hennes livssituasjon. Det å finne ut hvordan jeg som sykepleier på best mulig måte kan hjelpe med tilrettelegging for henne. Både i hennes opphold på institusjon, og tiden etter utskrivelsen.

#### **1.5.1 Sykepleiefaglig perspektiv**

Hensikten med oppgaven sett i fra et sykepleiefaglig perspektiv er å utvide mine kunnskaper om hvordan kommunikasjon og mestringsfølelse kan bidra til å bedre livssituasjonen til en pasient med selektiv mutisme. Ved å besvare problemstillingen min, og ta utgangspunkt i pasientens opplevelse av sin situasjon, vil jeg få økt kunnskap innen flere viktige områder innen sykepleie. Og dermed bedre mitt grunnlag for utøvelse av god sykepleie.



### **1.5.2 Pasient perspektiv**

Hensikten med oppgaven sett i fra pasientperspektiv er at pasienten skal se sine ressurser. Det å lære å bruke de ressursene en har for å gjøre hverdagen enklere, og med å styrke mestringsevnen ved positive opplevelser som fører til mestring.

### **1.5.3 Samfunnsperspektiv**

Hensikten sett i fra et samfunnsperspektiv er å bidra til økt kunnskap om selektiv mutisme da dette er en noe mindre kjent diagnose. Ved at flere får kunnskap om diagnosen, kan flere bidra til å styrke disse menneskers ressurser, slik at en får en bedre kontroll på å takle ulike utfordringer i hverdagen, som igjen kan gi en bedret livssituasjon.

## 2. Metode

*”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2008 side 83).*

Når man velger en metode, velger man den metoden en mener vil gi best svar på det en søker etter. Den forteller hvordan man skal gå frem for å finne ny kunnskap eller for å etterprøve dagens kunnskap (Dalland, 2008). Jeg har for å kunne belyse den problemstillingen jeg har, valgt benyttet meg av forskjellig litteratur. Jeg har i tillegg brukt en del erfaringer jeg har fra praksisen min, og i tillegg annen jobberfaring innenfor psykiatrien. I følge Dalland (2008) kan jeg anse dette som en litteraturstudie. En litteraturstudie er en studie hvor man drøfter problemstillingen opp mot eksisterende litteratur. Jeg har vært nøye med valg av kilder og har måttet hente frem mine vage tysk- kunnskaper for å innhente viktig litteratur, da det er lite på norsk om dette temaet. I en studie som dette, er en avhengig at det er gode, relevante og sikre kilder. Jeg har skrevet en bakgrunnshistorie som gir leseren innsyn i mine erfaringer fra praksis, dette for at leseren skal forstå hvordan jeg har kommet frem til problemstilling og valg av tema.

Jeg har videre valgt en kvalitativ metode da dette er den måten som gir best mening og svar i forhold til min framgangsmåte for å belyse mitt tema. Det som kjennetegner en kvalitativ metode er at denne metoden prøver å fange opp meninger og opplevelser som vanskelig lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2008).

Jeg har i min oppgave brukt en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Ved å se pasientens ressurser og hennes spesielle evner til gjennom dikt å uttrykke følelser og behov. Det å tolke hennes ønsker og behov gjennom måten hun bruker kroppsspråk og ansiktsuttrykk. Og videre å bruke dette til å fremme hennes kommunikative utvikling.

Thornqvist (2003) definerer fenomenologi som læren om det som kommer til syne og viser seg. Oppmerksomheten rettes mot verden slik den erfares for subjektet. Ved fenomenologisk tenkning ser en på mennesket som kroppslig eksisterende, som vårt eksistensielle utgangspunkt. Videre kan den sees som en innstilling eller arbeidsmåte der varsomhet for

saken, erkjennelse av bevissthetens intensjonalitet, selvrefleksjon og fortolkning er bærende elementer.

Mens hermeneutikken dreier seg om å tolke og forstå fundamentet for den menneskelige eksistens. (Kristoffersen, 2005) Frihet, verdighet og ansvar er sentrale verdier, der målet er å utvikle hele mennesket. Sykepleieren må legge til grunne at alle pasienter er likeverdige og har individuelle forskjeller og behov som skal verdsettes og aksepteres. Metoden legger vekt på kommunikasjon og samhandling. Metoden er derfor viktig for alle som skal arbeide med mennesker, der oppgaven er å forstå, tolke og finne mening og hensikt (Nordhaug, m. fler, 2008). Med hermeneutikkens tenkning nærmer man seg det fenomenet en vil øke forståelse for, som i dette tilfelle er selektiv mutisme. Dette ved å bruke egne erfaringer, følelser og tanker rundt temaet som verktøy. Videre kan man tolke fenomenet som utforskes. Med tolkning innebærer det å finne skjulte meninger i et fenomen og fortolke disse (Dalland, 2008).

## **2.1 Datainnsamling**

Litteraturen som jeg har funnet frem, vil jeg anse som pålitelige kilder, da de er skrevet av godt utdannede forskere som er ansatt ved ulike universiteter her i Norge. I tillegg til sykepleieteori har jeg forsøkt å oppdatere meg med ny litteratur rundt temaet. Jeg vil dermed anse denne litteraturen som valid.

Jeg har benyttet meg av BIBSYS som er en felles bokkatalog for norske universitet og høyskoler (Dalland, 2008), men resultatet ved søk i BIBSYS gav lite relevant litteratur til min oppgave. Jeg brukte videre Google som søkemotor for å finne informasjon om tema fra inn- og utlandet. Noen av søkeordene jeg har brukt er selektiv mutisme, mutismus, selective mutism, kommunikasjon og mestring. Jeg har også hatt mailkorrespondanse med fagpersoner på dette området, der i blant Heidi Omdahl, Fabina Stein, Beate Ørbeck og Jennifer Brittingham. Fra disse fagpersonene har jeg fått tips til artikler jeg kunne bruke i min oppgave. Jeg har også vært i kontakt med flere eksperter innenfor området som ikke har kunnet være til hjelp da deres ekspertise omhandlet barn, og ikke voksne, som jeg i hovedsak konsentrerer meg om i min oppgave.

Jeg har også bruk en del forskingsbaserte artikler av nyere dato som er basert på nyere litteratur om temaet og tilnærmingen en kan benytte seg til pasienter med selektiv mutisme.

Jeg har også hatt flere uformelle samtaler med psykologer, psykiatriske sykepleiere og forskere som har arbeidet med mennesker med denne problematikken.

## **2.2 Kildekritikk**

De svakhetene jeg vil nevne i forbindelse med en litteraturstudie, er at det kan være forskjell og avvik fra det en leser av teorien, og lærer av, i forhold til det som faktisk skjer i praksis. I oppgaven min har jeg basert mye på hva andre har kommet fram til og hva andre mener. Men det har også vært nødvendig for meg å bruke egne erfaringer fra praksis. Spesielt på grunn av valget av tema, da det å leve med dette problemet vil oppleves individuelt.

Oppgaven tar utgangspunkt i egne erfaringer og hvordan jeg har reflektert over disse erfaringene underveis og i tiden etter. Å samle inn data fra egne erfaringer gir mange muligheter samtidig som problemene er åpenbare. Noe som kan se negative sider med å reflektere over egne erfaringer da notatene ofte blir preget av følelser, og man står i fare for og bare å se situasjonen fra en side (Dalland, 2008). Jeg vil også nevne at ved bruk av denne metoden har jeg lært utrolig mye. Det å søke etter ny litteratur utenom pensum har vært krevende, men meget lærerik prosess.

### 3. Teoretisk referanseramme

Her presenterer jeg ulike teorier jeg har valgt for å belyse og besvare problemstillingen min på best mulig måte.

#### 3.1 Selektiv mutisme

Begrepet *selektiv mutisme* kommer av *selection* som betyr utvelgelse, og *mutisme* betyr taushet eller stumhet. Denne atferden er konsekvent og vil vedvare over tid. (Inger Anne Røhr, 2008 ).

Hanne Kristensen (2005) skriver at selektiv mutisme kan beskrives som en tilstand der barn eller unge konsekvent ikke snakker i visse sammenhenger selv om de kan snakke. I barnehagen eller på skolen, er barn med selektiv mutisme som regel ”de tause barna”, mens de snakker ”normalt” hjemme med nære familiemedlemmer. Selektiv mutisme blir nå forstått som et uttrykk for sosial angst. Kristensen skriver videre at barn og unge med selektiv mutisme ofte vil, og ønsker å snakke, men de vet ikke hvordan. Det er her vi må se på måten omgivelsene møter deres taushet på. I forhold til hvordan barn med selektiv mutisme blir møtt, kan bety en hjelp eller et hinder i forhold til dem. Selektiv mutisme beskriver barn og unge som konsekvent ikke snakker i visse gitte situasjoner selv om de i realiteten kan snakke. Det vanligste ved selektiv mutisme er at de ikke bruker talespråk i barnehagen eller på skolen, mens de prater fritt hjemme med nære familiemedlemmer. Det finnes også noen av de som har diagnosen selektiv mutisme som heller ikke kommuniserer med blick, ansiktsmimikk eller gester. Mens andre gjør seg imidlertid forstått ved kroppsspråk, selv om de ikke snakker. Det finnes forskjellige grader av selektiv mutisme fra det å være fāmælt, og til å ha total mutisme. Fāmælthet vil si å snakke lite generelt, mens total mutisme beskriver en tilstand der mangel på talespråk gjør seg gjeldende i alle situasjoner. (Kristensen, 2005)

Det er viktig å innse at flertallet av barn med selektiv mutisme, er sosiale sammen med andre barn når det er i et behagelig og trygt miljø. Foreldre kan beskrive barna sine som utadvendte, støyende, sosiale, morsomme, nysgjerrig, svært snakkesalig, og sjefete og sta i hjemmet. Men det som skiller barn med selektiv mutisme fra andre barn/ungdom er deres annerledes oppførsel og manglende evne til å snakke i de fleste sosiale sammenhenger. Disse barna føler

at de er i fokus og "på scenen" hvert minutt av dagen. En kan ofte se at disse barna viser tegn til angst under og før de fleste sosiale arrangementer. Symptomene disse barna har beskrevet kan være symptomer som magesmerter, kvalme, oppkast, diaré, hodepine, og en rekke andre fysiske plager, er vanlig før skolen eller under sosiale utflukter. (Kristensen, 2005)

### **3.1.1 Selektiv mutisme, en form for angst**

Selektiv mutisme kan en betrakte som en form for angstlidelse. Og hvis denne angstlidelsen forblir ubehandlet, kan barn, ungdom eller voksen få problemer for resten av livet. Selektiv mutisme vil kunne gjøre det vanskelig å delta i en rekke ulike faglige, sosiale og emosjonelle situasjoner. Konsekvenser som en kan se med følge av dette, kan være:

- Utvikling og forverring av angst.
- Utvikling av depresjon og manifestasjoner av andre angstlidelser.
- Sosial isolasjon og tilbaketrekning
- Dårlig selvbilde og selvtillit
- Skolevegring, kan gi dårlige akademiske resultater, og muligheten for at enkleste løsning vil være å slutte skolen
- Det å bli undervurdert faglig og på arbeidsplassen
- Selvmedisinering med legemidler og / eller alkohol
- Ensomhet
- Kan gi selvmordstanker og mulig selvmord

### **3.1.2 Sosial Angst**

Sosial angst er beskrevet som redsel for situasjoner der en kan utsettes for andres vurdering og eventuelle kritikk. Noen har angst for å opptre i forskjellige sammenhenger som til vanlig kalles "sceneskrek", mens andre er redde for en rekke ulike sosiale situasjoner, som det å treffe nye mennesker, snakke i gruppe og forsamlinger, ta del i eller bytte inn i en samtale, snakke i telefonen, osv.

Nyere forskning tyder på at Selektiv mutisme er knyttet til sosial angst. (Kristensen, 2005) Mange i fagfeltet forstår derfor tilstanden som et uttrykk for sterk grad av sosial engstelse. De fleste mennesker vil kunne kjenne seg igjen i at hjertet kan banke litt fortere og at hendene kan være litt svette før en skal holde et innlegg eller en tale. Men for mennesker med selektiv mutisme og sosial angstlidelse fører det imidlertid med seg redsel på tanken for å være i slike situasjoner og det å være i de aktuelle situasjonene, langt kraftigere enn vanlig, og det kan videre utvikle seg til et panikkanfall. En person som er rammet av sosial angst, forstår at reaksjonen er irrasjonell, men klarer ikke å kontrollere den. Fordi dette er så plagsomt, vil de fleste av dem med denne diagnosen prøve på å unngå å komme i slike situasjoner. På sikt er denne strategien dessverre til ingen hjelp. Det å holde seg unna og borte i fra slike situasjoner bidrar både til å vedlikeholde problemet, og fører til begrenset utfoldelse på mange av livets områder. (Kristensen, 2005)

### **3.1.3 Behandling av selektiv mutisme basert på tysk forskning**

Via forskning som er gjort av Boris Hartman (2007) i Tyskland, viser han at ved å knytte en god relasjon med pasienter med selektiv mutisme, vil være en positiv innvirkning ved å legge til rette for kommunikasjon, ved å skape trygge omgivelser og tillit, og ved å motivere, gi muligheter for gode verbale ferdigheter hos disse pasientene. Han skriver også videre at det ligger faktorer som er knyttet opp mot oppvekst, oppdragelse, aktiviteter og nærmiljøet, som preger og kan være avgjørende for hvordan denne diagnosen utarter seg. Når en med selektiv mutisme opplever positive relasjoner til andre barn eller voksne, vil det gi opplevelse av positiv mestring. God tid, og det å få gjøre ting i eget tempo, kan hjelpe og være med på å gi en positiv innvirkning. En kan ikke presse de med selektiv mutisme til å snakke. De med denne diagnosen må ofte motiveres. Ikke bare en gang, men flere ganger. Dr. Hartman driver med behandling av selektiv mutisme ved sitt institutt for språkterapi i Köln. I behandlingen legger han vekt på eksponeringsterapi. Det å eksponere de med selektiv mutisme gradvis for eksponeringer ved systematisk og regelmessig veiledning i forhold til fryktutløsende situasjoner. Han starter behandlingen først ved sitt institutt der de samarbeider og han utfordrer dem først med små steg, med å få dem til å stave noe, deretter bruke ett ord for så videre lengre setninger som inkluderer høytlesning. For så å fremme spontan tale. Videre forlater han instituttet med disse pasientene for å eksponere pasientene med å takle ting i det

daglige livet. Alt gjøres med god veiledning og støtte. Han ønsker at de med selektiv mutisme selv skal være klar over hva det innebærer å leve med diagnosen og at de skal ha så mye informasjon som mulig om temaet. Vite hva de kan gjøre selv på egen hånd for å eksponere seg, og også det å ha samtaler med familien for å få i gang et støtteapparat rundt seg i trygge omgivelser til å begynne med. (Hartmann, 2007)

### **3.1.4 Norsk studie om selektiv mutisme**

Her i Norge har Heidi Omdal (2007) skrevet doktoravhandling og forsket på selektiv mutisme med å intervjuer barn og voksne med diagnosen som lever med den. Hun har gjennom sitt studium funnet ut at det er viktig at de som lever med selektiv mutisme må bestemme seg, for å endre på miljøbetingelsene sine for å komme seg ut av det. Men fortsatt at ingen kunne tvinge dem til å prate. Noen valgte å flytte til et sted ingen kjente dem i forbindelse med utdanning eller arbeid. Da forventet ikke andre at de var tause, og snakket til dem på en annen måte, som igjen gjorde det mulig for dem å si noe mer enn ja eller nei, nikke eller riste på hodet. Det å starte et nytt liv der de forsto at de faktisk kunne være utadvendt på egne premisser. Dette når de følte seg vel i situasjoner. Av de 6 voksne hun har intervjuet, kommer det frem at når de er godt forberedt, takler de studier og arbeid godt. Flere har også mann og barn i dag, og de sier tausheten har mer gått over til sosial angst. Det er fortsatt vanskelig å ta ordet i uformelle situasjoner med andre. Få av dem fikk noen form for hjelp i oppveksten med den selektive mutismen, slik at de får mer hjelp av psykologer som voksne til å bearbeide vanskelige opplevelser fra oppveksten og til å mestre den sosiale angsten de har i dag. (Omdal, 2007)

### **3.2 Hva er kommunikasjon**

Eide og Eide (2000) definerer kommunikasjon som utveksling av signaler mellom to eller flere parter. Kommunikasjon kommer av det latinske ordet ”communicare” som betyr ”å gjøre noe felles”.



### **3.2.1 Travelbees definisjon av kommunikasjon**

Travelbee (1999) skriver at kommunikasjon er et middel en bruker for å bli kjent med pasienten. For å få bedre forståelse og imøtekomme pasientens behov. Kommunikasjon er med på å hjelpe pasienten til best mulig måte mestring av sykdom, lidelse og ensomhet. Kommunikasjon er en dynamisk prosess som gjør en sykepleier i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Og sykepleieren kan dermed oppfylle målene og hensiktene om å hjelpe det enkelte individet og familien med å forebygge og mestre de erfaringene en får ved sykdom og lidelse. Og hjelpe med å finne mening med disse erfaringene. Kommunikasjon foregår både verbalt, og non- verbalt, der en kan bruke å lese kroppsspråk uten å bruke ord.

### **3.2.2 Verbal og non- verbal kommunikasjon**

Ved kommunikasjon generelt er det vanlig å skille mellom verbal og nonverbal kommunikasjon, de har sine ulike fortrinn og svakheter. Verbal kommunikasjon kan defineres som det muntlige og det skrevne ordet. I arbeidslivet og i privatlivet er vi avhengig av det språklige som en uttrykksform. Språket er et sentralt element ved menneskelig atferd og natur. I den verbale kommunikasjonen kan vi skilles mellom enveis og toveiskommunikasjon. Kaufmann & Kaufmann (2003) skriver at en enveiskommunikasjon kan være svært effektiv med hensyn til at de når fram til mange på en og samme tid. Skriftlig kommunikasjonsmateriell ansees for å være en god informasjonskanal selv om toveiskommunikasjon kan være en mer nøyaktig og en mer foretrukket form. En enveiskommunikasjon kan passe best ved rutinemessig karakter og til en større gruppe mottakere. Enveiskommunikasjon er det en lærer benytter seg av ved f. eks en forelesning.

Kaufmann & Kaufmann (2003) skriver videre at en toveiskommunikasjon kan være en god måte å overføre et budskap på, spesielt i tvetydige saker av ikke rutinemessig karakter. Situasjonen en benytter toveiskommunikasjon i, gjør den mer personlig, den vil til veiebringe mye informasjon, og den gir mulighet for rask tilbakemelding mellom partene. Ved toveis kommunikasjon kan en være personlig dersom det er ønskelig eller påkrevd.

### 3.2.3 Kommunikasjon for å viderebringe et budskap

I den sammenhengen jeg tenker ved bruk av kommunikasjon er der den kan forstås som en vedvarende, dynamisk og foranderlig prosess. Kommunikasjon blir brukt til et symbolsk samspill, der en selv blir påvirket og en selv kan påvirke andre. Meningen med kommunikasjonen skapes gjennom gjensidig forhandling mellom partene som er involvert. For å oppnå samhandlinger mellom mennesker, er kommunikasjon en nødvendig brikke og forutsetning for å oppnå fellesskap. Budskapet en pasient eller en sykepleier skal formidle har en innholdsmessig og relasjonell komponent. I den innholdsmessige delen, dreier budskapet seg om det som faktisk sies med ord, mens den relasjonelle delen handler om hvordan budskapet eller følelser blir formidlet. I den relasjonelle delen av kommunikasjon står den non- verbale kommunikasjon i fokus. Den non- verbale kommunikasjon avgjør hvordan mottakeren oppfatter budskapet. (Eide og Eide, 2000)

Grenness (1999) mener at talespråket vårt kan være dårlig egnet til å kommunisere de viktige sider ved den menneskelige eksistens, som ved følelser, mens den non- verbale kommunikasjonen kan være mye mer effektiv når en skal formidle følelser. Non- verbal kommunikasjon gir i større grad forståelse av det emosjonelle innhold i budskapets, enn det verbalspråket gjør. Nonverbal atferd kan enten klargjøre eller forstyrre meningen og innholdet i den verbale kommunikasjonen. Samtidig som en får mer informasjon ved bruk av non- verbal kommunikasjon, som er positivt i seg selv, får en også større informasjonsmengde som skal tolkes av mottakeren. Dette kan komplisere prosessen. Grenness, (1999) skriver videre at kontaktetablering mellom pasient og sykepleier forutsetter evne til å oppfatte den andre og den situasjonen de er sammen om å skape. Kommunikasjonsmåten må deretter variere og tilpasses for å få evne til en person- og situasjonsforståelse.

Hummelvoll (2000) sier den menneskelige kommunikasjonen skjer ved hjelp av symboler, som primært er med ord, men også hvordan en kler seg, kroppsholdning, hvordan en gir et håndtrykk, blikk-kontakt, mimikk i ansiktet osv. Kommunikasjon brukes som et symbolsk samspill for å overføre tanker, opplysninger og egne erfaringer til andre. For å utvikle en relasjon mellom pasient og sykepleier, forutsettes det og er viktig at en har evne til å abstrahere og symbolisere. Det kan oppstå problemer med å forstå symbolene i sammenheng med at ord, som brukes om ting, hendelser og opplevelse ofte er mer eller mindre tilfeldige. Ordene kan ha mange ulike betydninger og ulike betydninger i forskjellige situasjoner og

sammenhenger. For å få til en god kommunikasjon må de som samtaler med hverandre lære seg hva den andre legger i betydningen av symbolene som benyttes. De må forhandle seg frem til en felles forståelse for å finne meningen med budskapet.

### 3.2.4 Det nonverbale språkets funksjon

De viktigste funksjonene til nonverbal kommunikasjon er i følge Grenness (1999) s. 175–176:

- *Å erstatte verbal tale i situasjoner hvor vi for eksempel ikke tør eller kan si hva vi mener direkte.*
- *Å være et positivt komplement og støtte til verbal tale for eksempel smile når vi roser.*
- *Å utrykke konflikt med verbal tale igjennom dobbeltbudskap, for eksempel si noe annet enn man kroppslig uttrykker*
- *Å regulere verbal tale, for eksempel signaler ved turtaking*
- *Å definere viktige sosiale forhold mellom deltakere, for eksempel status, makt og nærhet via selvprestasjon og reaksjon på andre.*

Grenness (1999) sier videre at det verbale språket og nonverbal kommunikasjon utvikler seg parallelt. De er separate kommunikasjonsformer men er også innvevd i hverandre.

Å mestre non- verbal kommunikasjon er like viktig for den kommunikative kompetanse som å mestre det verbale språket. Mange aspekter av den non- verbale kommunikasjon har en universell gyldighet og en kan ofte se at disse nonverbale signalene overstyrer de verbale tegn. (Hummelvoll, 2000)

Med kroppsholdning og bevegelse kan vi signalisere om en ønsker nærhet eller distanse, om en er imøtekommende eller fiendtlig. Vårt personlige rom der vi har tanker og følelser, er usynlig, men har kroppen som sitt synlige senter. Det ligger en del forutsetninger som må oppfylles for at det skal bli en god kommunikasjon mellom pasient og sykepleier. Sykepleieren må legge vekt på å skape en atmosfære som gir den enkelte pasient trygghet nok til å vise og gi av seg selv. Forholdet mellom partene må være preget av gjensidig tillit og respekt. (Hummelvoll, 2000)

### **3.3 Mestring**

Sosial- og helsedirektoratet (2009) definerer mestring som ”en målrettet handling eller samhandling som skaper egenverd og motstandskraft”.

Med denne definisjonen er det ikke viktig hvilke av mestringsstrategiene man velger å bruke for å takle en utfordring, men prosessens resultater av egenverd og motstandskraft.

#### **3.3.1 Lazarus og Folkmans definisjon av mestring:**

*Kontinuerlig skiftende kognitiv og atferdsmessige anstrengelser for å takle spesifikke ytre eller indre krav som oppleves som belastende, eller som overskrider ens ressurser. (Lazarus og Folkman, 1984)*

Mestring blir brukt som et fellesbegrep om de strategier og handlingsmåter vi mennesker benytter oss av for å håndtere ulike situasjoner som på en eller annen måte oppleves som vanskelig/stressende. (Lazarus og Folkman, 1984). Eksempel på slike situasjoner kan være sykdom og funksjonshemminger. I dette tilfellet vil det være det å mestre det å leve med selektiv mutisme.

Mestring består av tanker, følelser og atferd, for å takle kravene, ikke resultatet. Mestring eller mestringsforsøk vil foregå i ulike situasjoner der en opplever krav som er større en ens ressurser. Lazarus og Folkman mener mestring er et forsøk på å oppnå kontroll over situasjonen. Her skiller de mellom problemforkusert mestring og emosjonsfokusert mestring. Problemfokusert mestring som er problemløsning der strategiene retter seg mot å definere et problem, vurdere løsningsalternativer, for så å veie alternativene opp mot hverandre. Deretter kan en foreta et valg, for så å sette i gang et eventuelt tiltak. Emosjonsfokusert mestring er at en endrer eller klarer å håndtere følelsene eller tankefokuset på det som oppleves som vanskelig og belastende, uten å endre selve situasjonen. (Lazarus og Folkman, 1984)

### 3.3.2 Mestring påvirkes av ulike faktorer

Konsmo (1998) skriver at mestring påvirkes av ulike faktorer som kan være:

- Opplevelser og erfaringer, og den forståelsen en har av disse
- Tilhørighet eller mangel på det
- Kjente eller ukjente situasjon
- Opplevelse av mening eller meningsløshet
- Graden av håp
- Distansering eller involvering i ulike situasjoner

Benner og Wrubel (1989) ”mener at sykepleierens overordnede mål er å hjelpe og styrke pasienten til å bli eller være det en ønsker. Jeg som sykepleier må vise omsorg og forståelse. Å bry seg er omsorg, uten omsorg kan en verken lege eller lindre.”

Alle og enhver har ansvar for å ta vare på seg selv og det livet en har. Det å finne pågangsmot og optimisme til å gjenreise seg etter å ha opplevd nederlag og krise er ikke alltid like enkelt. Men å gjøre seg selv eller det at andre gjør en til hjelpeløse individer i sine egne liv vil ikke hjelpe en med å finne styrke til å håndtere påkjenninger på en konstruktiv måte. En sykepleiers oppgave på f. eks en åpen psykiatrisk post vil være å hjelpe de menneskene som opplever det tøft og tungt med å skape tillit, god kommunikasjon og det å motivere en til å ta fatt i problemene og få orden på livet. Å styrke de gode sidene ved et menneske, er mestringens viktigste metode. Antonovsky (1987) beskrev en salutogen tenkning (salutogen= å fokusere på det friske og de mulighetene som finnes i mennesket) som å se individets ressurser mer enn begrensninger. Det å fokusere på det friske og de mulighetene som finnes i mennesket. Det å ta utgangspunkt i individets ressurser og interesser, og styrke disse sidene ved et menneske for å skape vekst og utvikling.

Det jeg vil legge vekt på og legge til grunn for å hjelpe en pasient med mestring er det å vise omsorg, skape relasjon som bygger på tillit og trygghet, og videre arbeide med å motivere for å fremme håp om bedring og håp i fremtiden.

Hver enkelt sin oppfatning danner grunnlag for vår mulighet til å verdsette oss selv. I tråd med forståelse av at vi ikke vurderer oss selv direkte, men gjennom interaksjon med andre mennesker. Vi opplever det som et viktig område å ha fokus på i inkluderingsprosessen. Ved

å skape gode relasjoner for disse menneskene, vil de føle at de både blir sett, hørt og bedre forstått. Antonovsky skriver om ”opplevelse av sammenheng” det å føle seg betydningsfull og verdsatt. Om en har opplevd å bli sviktet, ikke inkludert, eller blitt urettferdig behandlet gang på gang, så kan det føles vanskelig å få tillit og tiltro til et menneske som prøver å skape en relasjon til en. Når en befinner seg i spesielt krevende situasjoner over lengre tid, kan en føle maktesløshet og mangel på kontroll over sin egen livssituasjon, og er mer utsatt for sykdom. Ved å styrke følelsen av tilhørighet, skape et sosialt nettverk og ved å fremme troen og håpet, kan de finne tilbake til kontrollen. Når tilliten øker mellom pasient og sykepleier kan det være enklere å betro seg til sykepleier om hva problemet er og hva en ønsker å arbeide videre med. (Antonovsky, 1987)

### 3.3.3 Håp

Ved å motivere og fremme håp, kan en bedre takle utfordringer i hverdagen. Uten håp kan en føle seg fanget i en felle som en ikke finner veien ut av. En kan da få ulike atferdsreaksjoner som depresjon, likegyldighet og det kan utvikles angst. Travelbee (1999) sier *”håp er en mental tilstand karakterisert ved ønsket om å nå fram til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige”*.

Det finnes mange sykepleieteoretikere og andre profesjoner har vektlagt betydningen av håp. Likevel er det få som har sagt noe konkret om hva dette innebærer og egentlig betyr. Men Travelbee (1999) har derimot satt opp noen karakteristika for hvordan håpet kan komme til syne hos mennesket. Ifølge Travelbee, kan ikke håp bare gis bort til andre. Det er et indre anliggende, som hvert enkelt menneske må lete fram i seg selv. Travelbee (1999) sier videre at håpet er fremtidsrettet og karakterisert ved en forventning om å nå noe i tiden man har foran seg. Den som håper, tror på framtiden og fremtidens muligheter.

### 3.3.4 Livskvalitet

Joyce Travelbee sier videre i sin teori at sykepleie er en mellommenneskelig prosess der sykepleieren gir hjelp til å forebygge, mestre eller finne mening ved sykdom og lidelse. I følge min egen oppfattelse legger hun mest vekt på det menneske- til- menneske forholdet, hvor sykepleierens rolle er å hjelpe pasienten til å mestre hverdagen og finne mening ved sykdom og lidelse. Dette kan da gå ut på styrke livskvaliteten til en pasient som føler motgang i hverdagen, og for tiden er på en psykiatrisk post. For å øke livskvaliteten til pasienter med angst og depresjon er det viktig for sykepleiere og vite hvilke tiltak som en kan starte med og hva som har hatt positivt virkning for livssituasjonen til pasienten tidligere. Sykepleierens funksjon i behandlingsfasen på institusjon blir å yte best mulig tiltak som for eksempel å motivere, fremme håp å øke sin livskvalitet til pasienten. Dette blir da vurdert ut ifra pasientens behov og ønsker for videre målrettet fokus. (Travelbee, 1999)

Helse- og sosialdepartementet (1999) sier det meste av sosialvitenskapen, der livskvalitetsforskningen startet definerer livskvalitet som et overordnet begrep. Det er definert som en persons egenopplevelse av positive og negative sider ved livet i sin alminnelighet. Det kan ses på som en syntese av positive og negative opplevelser, ubehag, glede og nedstemthet, og av vonde og gode følelser. Den helserelevante livskvalitetsforskningen tar utgangspunkt i sykdom og til det sykdommen fører med seg for pasienten. Helserelevanter livskvalitet bringer inn både fysiske, psykiske, sosiale, eksistensielle og åndelige dimensjoner. Dette er de samme dimensjoner som Verdens Helseorganisasjons (1999) trekker fram i sin definisjon. For den enkelte pasient vil sykdommens innvirkning på livskvaliteten variere, samtidig som evnen til å mestre livet og den sosiale støtte kan variere. Disse og mange andre faktorer illustrerer behovet for individualisert behandling, pleie og omsorg for å oppnå best mulig livskvalitet for pasienten og familien rundt pasienten.

## **4. Drøftingsdel**

Her har jeg tatt ulike situasjoner og områder som pasienten og jeg har arbeidet med, og drøftet hvordan det har gått og hva som ikke egner seg for en pasient med selektiv mutisme.

### **4.1 Mitt første møte med pasienten**

Jeg møtte på denne unge kvinnen ved å presentere meg med navn og at jeg var i avdelingen som sykepleiestudent. Tilbake fikk jeg et noe slapt håndtrykk, og med hviskende og nesten uhørbar stemme navnet hennes. Jeg satte meg sammen med pasientene i miljøet den første stunden for å observere og for å forsøke å komme i kontakt med dem alle. Pasientene spilte kort sammen, der noen var meget aktive og til tider høylydte av engasjement, mens den unge kvinnen som jeg hadde lagt merke til var stille, men smilte og så ut til å kose seg.

Etter en stund gikk de ulike pasientene hver til sitt, mens den unge kvinnen med selektiv mutisme ble sittende igjen i miljøet sammen med meg. Da vi ble alene kjente jeg på meg selv, at jeg ble noe usikker for hva jeg skulle si til henne, det naturlige da ble å spørre henne om vi skulle fortsette å spille kort, noe som vi også gjorde. Hun sa ikke noe mens vi spilte, men nikket og smilte. Det jeg merket på meg selv var at stillheten var tung, og for å forsøke på å bryte den begynte jeg med ganske så nervøs småpratning. Av angst for stillheten ble det mye småpratning, for det meste med meg selv. For det kom ikke mange svar eller kommentarer fra den unge kvinnen om det jeg snakket om, eller spurte henne om. Fikk smil og noen nikk, men dette var ikke mye til hjelp for å bryte det jeg følte som en svært ubehagelig stillhet.

Travelbee (1999) skriver at ved første møte mellom sykepleier og pasient dannes det et førsteinntrykk av hverandre. Dette var noe jeg hadde i bakhodet ved mitt møte med denne pasienten. Det var for meg viktig å få henne til å få et positivt inntrykk av meg som sykepleier, slik at hun kunne føle tillit og trygghet, for så senere å håpe på og kanskje kunne kommunisere bedre med ord til meg. Hvis jeg som sykepleier skaper et negativt inntrykk overfor henne kan det føre til at hun velger meg bort som en å prate med, og ikke åpner seg for meg. Da vil jeg ikke få mulighet til å tilnærme meg hennes følelser og tanker noe som vil være svært uheldig, da det vil være en mulighet til å hjelpe henne på. Travelbee legger stor vekt på viktigheten av kommunikasjon og det å skape en allianse med pasienten, med å skape



et menneske-til-menneske-forhold. Det å skape et menneske-til-menneske-forhold har jeg lært viktigheten av ved å ha lest, gjennom studiene og fra tidligere arbeidspraksis. Det vil være av stor betydning for videre behandling, så på lik linje som Travelbee ser jeg viktigheten med å skape en slik reaksjon.

Det var nok akkurat dette jeg skulle prøve på i mitt første møte med henne. Dette var noe jeg oppdaget det første møte med henne og som i ettertid viste seg å ikke var så lett. Spesielt vanskelig er det når det blir mye enveiskommunikasjon, når en forsøker å nå frem med en slags samtale, fordi man er vant til å få svar eller kommentar på det man spør om. Og når du da sitter og snakker til noen, uten å få noe svar tilbake, blir det ofte ubehagelig. For min del syntes jeg det var vanskelig, og begynte nesten å svare på mine egne spørsmål i frykt for den totale stillheten. På den andre siden er det kanskje ikke helt slik at du danner hele grunnlaget for et menneske-til-menneske forhold ved første møte. Det tar tid å opparbeide trygghet og tillit, og etter min mening må det tid til for å skape en slik relasjon.

## **4.2 Bruk av aktivitet for å avlede og fremme kommunikasjon**

Etter hvert som tiden gikk i praksisen, fikk jeg observert mye, men fikk også bedre kontakt med pasienten. Det å benytte seg av kortspill var etter min erfaring en meget god måte på å få henne til å bruke mer verbal kommunikasjon. Om det ikke var hele setninger så kom det i alle fall svar på det som angikk spillet. Så det lønte seg å sette seg inn i en del andre, forskjellige kortspill, slik at det ble stilt krav til en verbal kommunikasjon. Eksempelvis det å fortelle hvor mange stikk man tror man kan klare, eller ved å fortelle reglene, om det er noen som ikke kan dem. Etter min erfaring hjalp dette for denne pasienten, jeg kunne se på hennes kroppsspråk, og på hennes ansiktsuttrykk og humør, at dette var noe hun likte og at konkurranseinstinktet hennes var tent. I slike situasjoner kunne det til tider virke som hun glemte seg noe bort med det å være redd for å prate. Hun levde seg så inn i spillet eller situasjonen, at det kom spontane ord. Egentlig ville man da bare fortelle henne der og da at dette var noe som var flott og at hun måtte fortsett slik, så vi kunne høre henne prate mer. Men ved å gjøre henne oppmerksom på dette mens situasjonen fortsatt pågikk, hadde hun nok fått angst for å være i fokus og bli lagt merke til. Noe som igjen kunne føre til at hun ville la være å snakke videre i situasjonen og spillet. Da var det etter mitt skjønn og med tanke på det jeg hadde lest om

diagnosen, bedre å snakke med henne etterpå. Ved å trekke oss tilbake for oss selv, kunne jeg fortelle henne om hvordan jeg hadde oppfattet henne, og fortelle henne hvor flott det var at hun kommuniserte med både pasienter og personalet tilstede. Det å motivere henne til å fortsette slik, for så å kunne vise tilbake til situasjoner som hadde gått veldig bra. Gjøre henne bevisst på at de andre rundt henne ikke synes det er rart når hun snakker, men at vi heller synes det er flott og at vi ønsker å høre mer prating i fra henne.

### **4.3 Stillheten byr på vanskeligheter**

Jeg vil ikke si at det er enkelt å arbeide som sykepleier når en ikke får en ordentlig bekreftelse med ord, om pasienten har forstått eller er enig i det en sier. En ting er det når du vet at pasienten ikke kan kommunisere pga problemer med språket og lignende. Men i dette tilfelle med selektiv mutisme er det ikke like enkelt å følge læreboka eller de generelle erfaringene som man har med seg fra tidligere i livet. Det at en prøver å sette ord på følelser, opplevelser og behov er noe de fleste mennesker gjør. Men når en har med en pasient som ikke bruker tale som kommunikasjon selv om muligheten er der for å bruke den, bli det noe vanskeligere å sette seg inn i situasjonen for å forstå henne bedre. Jeg kan ikke presse ordene ut av henne på noen måte, så det som må gjøres er å legge til rette med å skape trygghet og tillit, og ikke minst tålmodighet og tid, slik at det senere kan gi rom for å stimulere til verbal kommunikasjon. Det er mye enklere å bearbeide det som er vanskelig og problematisk om en kan identifisere problemet. Vonde følelser og tanker er enklere å arbeide videre med om en har ord som kan beskrive disse, de blir da mer konkrete og håndfaste. Første problemet i denne situasjonen er at hun ikke snakker, så saken er ganske vanskelig i utgangspunktet. Men for å lette presset med å snakke, er det rom for å gi denne unge kvinnen i oppgave å skrive ned og svare på spørsmål som hun får. Det vil ta bort presset med at hun er midtpunktet og at vi venter en muntlig dialog som ikke kommer, fordi det er vanskelig for henne. Dette var noe jeg forsøkte å gjøre med henne, jeg ga henne en del spørsmål der jeg spurte om hun ønsket at vi skulle tilbringe tid sammen, om det var noe hun ikke ville jeg skulle spørre henne om, og om det var ting vi kunne finne på sammen. Disse spørsmålene stilte jeg så åpent som mulig i håp om å få utfyllende svar. Jeg gav henne en viss tid til å skrive ned dette og avtalte at jeg skulle få besvarelsen neste gang vi skulle treffes. Dette var noe hun besvarte detaljert, jeg fikk en bekreftelse på at hun ønsket at vi skulle bruke mer tid sammen, og jeg fikk også andre svar

jeg hadde håpet hun skulle gi. Hun skrev at jeg kunne spørre henne om hva jeg ville, men hun kunne ikke garantere at hun kunne gi svar på alt. Den besvarelsen jeg fikk fra denne pasienten var noe som var flott å arbeide videre ut i fra. Hun ønsket selv at jeg skulle motivere henne videre, og motivasjon er en meget viktig brikke i hverdagen. Det å motivere henne til å utfordre seg selv, det å eksponere henne sakte men sikkert for situasjoner som vil utfordre henne. Det vil også være viktig å gjøre henne bevisst på at hun vil møte utfordringer som hun vil føle hun ikke mestrer, men det er ved slike tilfeller det er viktig å finne motivasjon til å fortsette å forsøke, selv om det er vanskelig. Det, å ikke gi opp ved motgang.

#### **4.4 Eksponering og utfordringer**

Vi fikk muligheten til å dra ut ved flere anledninger for å finne på ting utenfor posten. En av fordelene med å være sykepleiestudent, er at en får mulighet til bruke mye tid på en pasient og at en ikke er like bundet til avdelingen som det faste personalet. Andre hadde prøvd å dra på kino med henne, men uten at det hadde gitt rom som åpnet for samtale etterpå. Å dra på kino er vel kanskje ikke den mest naturlige settingen for å fremme en samtale. Men det å kombinere noe hun liker med noe hun synes er en stor utfordring, kan gi rom for samtale.

Det å dra på kino som kan være en utfordring i seg selv for et menneske med sosial angst. Det å sitte i en kino sal som er fullt av folk på alle kanter, kan føles ubehagelig, og om det blir for ubehagelig, kan det gå over til panikkangst. Det å lære å puste riktig for å bevare roen eller finne roen igjen til å fullføre kinobesøket. Jeg og pasienten avtalte at vi skulle dra på kino sammen. Vi dro på kino dagen etter, og etter kinobesøket spurte jeg henne om hun kunne tenke seg å dra en tur på kafé for at vi kunne være litt alene. Dette var noe hun nikket ja til så etter kinobesøket tok vi en tur på kafé. Det var noe som hun ikke hadde gjort tidligere. Jeg skulle forsøke å se hvordan situasjonen utartet seg i en setting utenfor avdelingen der det var flere ukjente mennesker rundt oss. Jeg satte meg så jeg så ut i kafeen og hun med ryggen til, så hun skulle slippe å se alle folkene som kom inn og ut av døren. Dette i frykt for og å bli opptatt av alle folkene, istedenfor å forsøke å føre en samtale med meg. Jeg startet med å spørre henne hva hun syntes om kinoen, hva hun likte best og andre spørsmål relatert til at vi kom rett fra kino.

Til å begynne med sa hun ikke stort. Jeg snakket en del om hva jeg likte, og hva jeg syntes om filmen. Men etter hvert så begynte hun å komme med noen innspill med en noe hviskende stemme, men hun lo og så ut til å kose seg. Etter hvert ble det til en samtale om alt og ingenting, denne gangen med ”normalt” volum av stemme. Tiden gikk og da vi så på klokka var det plutselig gått en og en halv time uten at der hadde vært ubehagelig stillhet mellom oss. Klokken var da blitt så mye at vi ble nødt til å dra tilbake til avdelingen.

I bilen tilbake snakket hun også til meg, jeg spurte henne hvordan hun syntes det var å være på kafé, hvordan hun opplevde dette, og om det kunne være en mulighet for at vi kunne gjenta et kafébesøk ved en senere anledning. Dette var noe vi ble enige om å gjenta. Hun snakket ikke så mye om hva hun syntes om det å være på kafé og hvordan hun opplevde det. Jeg skjønnte da at det ble vanskeligere å snakke om personlige meninger og følelser. Så for i stedet for å forsøke å fortelle med ord til meg, så ba jeg henne om å skrive det ned, og komme med synspunkter på det vi hadde gjort, sammen. Så kunne hun gi notatet til meg dagen etter når vi skulle møtes. Dette var noe hun gjorde, hun fortalte at det først var vanskelig på kino, hun følte høy puls og noe kvalme da hun så at det var mye folk i salen. Hun var også redd for å bli innesperret av folk på begge sidene i kinosalen. Men redselen hadde avtatt da alle hadde satt seg og kommet til ro, og filmen startet. Hun fortalte også at det først hadde vært vanskelig å gå inn på kafeen, da hun følte at alle så på henne. Det var også vanskelig å sitte i ro til å begynne med, for det var så mye å følge med på, hun ble ukonsentrert av alle folkene og en del støy. Men etter at vi fikk til en dialog, ble hun mindre opptatt av folkene rundt seg og hun likte seg faktisk der. Det hjalp også på at hun satt med ryggen til så hun slapp å se alle folkene som var i samme rom som oss.

#### **4.5 Behandling av selektiv mutisme**

I forhold til behandling av selektiv mutisme, sier Heidi Omdal (2007) at det som ligger i bunnen av selektiv mutisme, er en spesifikk fobi mot å snakke i bestemte situasjoner. Noe som videre kan utvikle seg til en sosial angst. For å behandle sosial angst er det normalt å forsøke med kognitiv atferdsterapi. Der en behandler hjelper pasienten med å forstå de angstfylte tankene og omstendighetene på en annen måte. Det å vurdere å endre tankegangen og tankemønsteret som forsterker angsten. I samarbeid med pasient og behandler kan det

settes opp mål, der pasienten utsettes for ulike sosiale situasjoner der den sosiale angsten blir forsterket. For så å øve på og endre reaksjonsmønsteret når symptomene kommer. Dette er noe som kan gjøres poliklinisk, eller dersom en er innlagt på en institusjon foregår dette i samtale der behandleren benytter sitt kontor. Men ved Selektiv mutisme er problemet ofte, det å snakke når en føler seg som objekt, og i samtale med en behandler som ser rett på en og stiller spørsmål, vil følelsen av å være i fokus bli stor. Vil da dette være riktig behandling for en pasient med selektiv mutisme? Hva kan vi gjøre for ikke å utsette henne for et for stort press på prating? Av de erfaringene jeg fikk fra praksisen var det og ta henne ut av disse situasjonene, det å dra ut av posten og gå turer, gå på kafé, bowle eller lignende, noe som hjalp. Det var i de situasjonene der hun ble opptatt av ting utenfor seg selv at hun kunne snakke, og føre en samtale. Dett mener jeg ble slik fordi hun ble avledet av alt som skjedde rundt henne. På kafébesøk var det andre folk til stede, men ikke rundt vårt bord. Da var det naturlig støy fra enten musikk eller ved at det var andre som snakket ved nabobordene. Men folkene rundt var ikke opptatt av oss, men på seg selv og dem de var sammen med. Hele atmosfæren gjorde det enklere å få til en samtale mellom pasienten og meg.

Så ut i fra de erfaringene og observasjonene jeg fikk gjort i min praksis, så jeg at det som kunne fungere for mange med å sitte en-til-en kontakt på et kontor og snakke, ikke fungerer for alle. Det viser at en er nødt til å tenke ut andre løsninger for å skape trygghet rundt et menneske som har så store vansker med å snakke. For det første må kontakten mellom pasient og sykepleier være til stede, det er viktig at en har gjort seg fortjent til tillit ved å skape trygghet. Dett kan igjen gi mulighet til å skape relasjoner, som må ligge i bunnen for god kommunikasjon. Videre vil det kreves at sykepleieren tenker nytt og kreativt i forhold til behandling. Sykepleieren vil støte på mange utfordringer og fristelse til å gi opp, men med en god porsjon tålmodighet og evnen til å motivere, er det mulig å finne løsninger som gir gode resultater. Målet over tid vil være å få pasienten til å snakke i vanlige situasjoner, som på skolen, i arbeid og med mennesker rundt seg i det daglige. Men for å få til noe slikte er veien lang, og det finnes dessverre ikke snarveier eller enkle løsninger. Det som kan føles som små musesteg for meg som sykepleier, kan føles som flere mil for pasienten. Så det blir å la de små stegene i riktig retning bli til en seier for pasienten, en seier i riktig retning mot en bedring.

## **4.6 Forberedelser til utskrivelse**

I ettertid av et behandlingsopphold er det viktig at sykepleieren før utskrivelse har fått satt i gang et opplegg der pasienten blir ivaretatt og fulgt opp fra hjemmet. Det blir svært viktig å få etablert et nettverk av for eksempel støttekontakt eventuelt personer fra frivillig besøkstjeneste dersom dette finnes i hjemmekommunen. Videre er det viktig at pasienten får møte de personene som skal være med på oppfølgingen, før pasienten er utskrevet. I forhold til selektiv mutisme er det viktig med trygghet og stabilitet som gjør hverdagen enklere å møte. I dette tilfelle skulle pasienten følges opp av psykiatrisk sykepleiere, det vil da være viktig at pasienten får møte de som skal være med i teamet for de ukentlige møtene som skal tre i kraft. Det at et tverrfaglig samarbeid er satt i gang i god tid før utskrivelsen, der det lages en plan om hva som skal skje og hvor ofte pasienten skal møte støtteapparatet rundt. Det er også viktig at den økonomiske biten er på plass i forkant av utskrivelse. Med en god forutsigbar plan på oppfølgingen, der tiltakene gjør pasienten forberedt på hva som er i vente etter utskrivelsen. Ved ryddighet og system kan pasienten være forberedt på å møte de utfordringene som er i vente i det daglige livet. Om disse tiltak ikke er i orden på forhånd, kan resultatet bli at pasienten raskt er tilbake i samme situasjon som før innleggelse. For om støtteapparatet utenfor institusjonen fungerer som det skal, kan det hende pasienten slipper innleggelse senere. Om tjenestene som pasienten møter på utsiden ikke fungerer godt nok er det ofte ikke fordi helsepersonell ikke gjør jobben sin, men fordi arbeidet ikke er planlagt, forberedt eller kontrollert godt nok i forkant.

## **4.7 Det å bli misforstått**

Mange med selektiv mutisme opplever å bli misforstått, det at de er stå og trassige siden de ikke varer på spørsmål eller tiltale. Ut i fra teorien om selektiv mutisme skjønner jeg at diagnosen er komplisert, det er meget individuelt fra person til person med diagnosen og graden av diagnosen. Det går mye på den subjektive følelsen og de ulike situasjonene som pasienten er i. Med tanke på skolegang, er det nok mange lærere som har vært oppgitt og kanskje irritert på elever som ikke svarer eller er med muntlig i timene selv om de er dyktige i det skriftlige arbeidet. Men om ikke lærere eller andre som er i kontakt med en som har selektiv mutisme, ikke vet om diagnosen, er det lett for at det oppstår misforståelser. For om

en lærer prøver å tvinge vedkommende til å prate har erfaring vist at situasjonen for pasienten har blitt verre. En slik ukyndig handling, kan av pasienten føles som et overgrep. Og vil kunne låse situasjonen i enda sterkere grad, og gjøre ting vanskeligere.

Allikevel bør lærere og undervisnings personer gripe inn og skaffe hjelp så tidlig som mulig. Vi vet at elever har gått gjennom hele grunnskolen uten å ha blitt fanget opp og gitt adekvat behandling. Vi vet videre at mange foreldre ikke er oppmerksom på hvordan barnet fungerer i skole og i andre sammenhenger. Mange foreldre tror alt er i orden, siden barnet snakker normalt i hjemmet. Etter min mening er det uforståelig at noe slikt faktisk skjer. Det burde være umulig å overse et slikt problem. Det er vel her det viser seg at selektiv mutisme er en tilstand som det er gitt alt for lite informasjon om. Det er en relativt ukjent diagnose, som finnes lite litteratur om. Det er kommet noe mer informasjon i de senere år, men fortsatt meget lite på norsk.

#### **4.8 utfordringer i hverdagen**

En pasient som har fått diagnosen selektiv mutisme, kan ofte synes det er problematisk å være åpen om sin situasjon. Noen velger å flytte fra stedet der de vet de har problemer med å uttrykke seg verbalt. De ønsker heller å starte på nytt et annet sted. Det at man flytter til en plass der en kan starte med blanke ark fordi ingen kjenner til deres problem. Dette kan være til hjelpe for noen, da det ikke stilles krav eller forventninger til dem.

Heidi Omdal (2007) har i sin doktoravhandling, ved å intervjuer voksne som lever med selektiv mutisme, funnet at de fleste er i jobb, men trenger trygge rammer rundt seg. De kan fortsatt ha problemer med å snakke i enkelte situasjoner, men det å skifte miljø har for enkelte hatt positiv effekt. Dette har lettet presset for noen og gjort det enklere å komme i samtale med ukjente, til tross for at omgivelsene har vært ukjente. Flere sier også at de fortsatt sliter en del med sosial angst i forbindelse med sin selektive mutisme. Muligens vil det være enklere for dem å være åpen om sin diagnose. Jeg tror det ville være til hjelp for mange med større åpenhet, selv om en ikke forteller alle det på for eksempel arbeidsplassen sin eller på skolen en skal begynner på. Man velger selv hvor mange man ønsker å åpne seg for. I første omgang noen få som en føler tillit til.

Dette er observasjoner og erfaringene jeg har gjort meg fra praksis ved å ha kontakt med en pasient med selektiv mutisme.

Gjennom litteratur har jeg skaffet meg kunnskap og informasjon som har gitt meg økt forståelse av tilstanden. En viktig erfaring jeg har gjort er at det å gjøre situasjonen bedre for pasienten tar lang tid og en omfattende netterverksbygging. Et alternativ for de med denne diagnosen, som ikke ønsker å fortelle hva de sliter med i det daglige, kan være det å bli medlem av nettverksgruppen. Det finnes slike grupper for de med selektiv mutisme. Den man benytter her i Norge er [www.mutisme.no](http://www.mutisme.no). Her kan man lage en profil om seg selv og følge med på hva andre skriver om det å leve med diagnosen, og hvordan andre har det i ulike sammenhenger. Også foreldre med barn med denne diagnosen skriver, og spør andre på internett gjennom denne nettverksgruppen. Det er flere land som har andre støttegrupper og sider på internett for de som er interessert i å lese og oppdatere seg. England, Tyskland og USA har sider om dette tema. I Tyskland finnes det en som forsker og behandler voksne med selektiv mutisme. For å komme i kontakt med han må man ringe og bestille time. Det er ikke mulig å skrive til han via mail, da han tidligere hadde blitt nedlesset av mail fra pårørende og pasienter. (Hartmann, 2007)

Dette er et tema som så absolutt skulle vært bedre belyst og gitt mer informasjon om. Kanskje det ville vært enklere å leve med diagnosen, og få den riktige behandlingen om flere visste hva selektiv mutisme er. Selektiv mutisme er en sammensatt og en vanskelig diagnose da behandlingen må være tilpasset hver enkelts persons behov. Erfaringer viser at jo tidligere diagnosen blir stilt, dess enklere vil det være å ta i tak problemet. De beste resultater har en fått når behandlingen har startet på barnehagestadiet eller tidlig skolealder. Det blir vanskeligere å oppnå gode resultater jo eldre pasienten er, før behandlingen settes inn.

#### **4.9 Eksponering, med resultat i mestring**

Ved flere kafébesøk sammen med pasienten, hadde vi mange koselige samtaler i tiden jeg hadde praksis ved posten. I starten var det jeg som måtte bestille både for henne og meg det vi skulle kjøpe. Etter hvert ble en av de første utfordringene hun fikk å gjøre sin egen bestilling. Med dette ble hun stilt overfor det å kommunisere med en helt fremmed person. Det samme skjedde da hun skulle på bowling. Hun måtte betale selv og fortelle hvilket skonummer hun



behøvde i sko. Dette ble store utfordringer for henne. For henne ble dette en positiv erfaring det at hun mestret slike utfordringer bedre og bedre for hver gang.

#### **4.10 Samarbeid og samhandling**

Det å få jobbe så tett med en og samme pasient og over et lengre tidsrom har vært svært positivt. Og de tilbakemeldingene jeg har fått fra pasienten har vist at hun har hatt en positiv opplevelse av samhandlingen. Hun har fått prøve seg i ulike situasjoner og lyktes.

Når du arbeider så tett på et menneske med så store kommunikasjonsvansker vil det lett kunne oppstå et avhengighetsproblem. Det er vanskelig å forutse hvordan pasienten vil takle situasjon når min praksis periode er over. Hun vil fortsatt ha behov for noen som motiverer henne og gir henne utfordringer. Derfor vil jeg understreke det jeg tidligere har nevnt viktigheten av nettverksbygging og tverrfaglig samarbeid før utskrivelse. Slik at det ikke skapes et avhengighetsproblem fra pasient til sykepleieren. Det er viktig for pasienten at sykepleieren setter egne grenser i samarbeidet. Det vil være viktig å finne balansen mellom tillit, trygghet og å skape avhengighet.

Det har vært et privilegium å få følge en og samme pasient over såpass lang tid. Dagens helsevesen har ikke tid og økonomi til å følge opp en og samme pasient i den grad jeg som student hadde. Nedskjæring og nedbemanning er velkjente problemer i dag.

Det å få tiden til å strekke til og se hvert enkelt menneske burde være et opplagt mål. Som sykepleier vil en møte mange ulike tilfeller som krever mye av en som person, og som krever mye tid og tålmodighet, og enkelte vil nok også fange oppmerksomheten noe ekstra og sette spor. Det er slik vi får erfaringer ved å møte nye utfordringer i hverdagen.

## 5. Avslutning

Jeg har denne oppgaven søkt før å finne svar på min problemstilling som lyder: *Hva kan jeg som sykepleier gjøre for å hjelpe en ung kvinne med selektiv mutisme, slik at hun får økt evne av kommunikasjon for å fremme mestring?*

Jeg har lagt vekt på å hjelpe henne å øke hennes evne til å mestre dagliglivet med dets utfordringer. Å leve med selektiv mutisme og sosial angst er en stor utfordring i seg selv. For å nå målene og før å få en bedring av situasjonen, må pasienten være innstilt på og ønske bedring selv. Selv om det kan være både vanskelig og tungt, må hun være klar for å utfordre seg selv.

Som sykepleier kreves det at jeg oppdaterer meg på området og finner litteratur om tema, slik at jeg oppnår tilfredsstillende fagkunnskaper. Diagnosen selektiv mutisme krever en god porsjon tålmodighet og at en har god kommunikasjonsevne. Å kunne vise empati er en viktig egenskap hos enhver sykepleier, og spesielt ved denne diagnosen vil denne evnen stå sentralt.

Jeg har kommet frem til at gjennom samhandling er det mulig å øke evnen til kommunikasjon slik at pasienten blir å mestre flere ulike situasjoner. Selektiv mutisme er noe som sjeldent går over av seg selv, og det er en lang vei fra å være taus til å begynne å snakke. Ved at jeg som sykepleier ikke bare ser det at pasienten ikke snakker, men gir pasienten trygghet gjennom handling og samarbeid. Det å finne på aktiviteter som ikke krever mye tale til å begynne med vil være viktig. Ved tillit og trygghet åpnes veien for kommunikasjon. Selektiv mutisme er en utfordrende tilstand å arbeide med fordi den er veldig individuelt betinget fra pasient til pasient.

En er nødt til å bruke ekstra tid for å hjelpe en pasient med denne tilstanden. Ved å bruke god tid er det mulig og litt etter litt få pasienten til å snakke. Når en pasient har begynt å snakke med en person utenfor sin nære familie, har pasienten allerede overvunnet en barriere. Og vil oppleve at hun har evnen til utvide sitt nettverk. Dette vil ta tid og være en gradvis prosess i utviklingen. Ved å bruke god tid er det mulig å øke kommunikasjon, og fremme mestring.

Det gjøres gradvis ved å få flere personer med i nettverket rundt pasienten. I dette tilfelle var det å benytte seg av de menneskene som pasienten skulle møte etter utskrivelse. Det å trygge og forberede pasienten på møte med psykiatriske sykepleiere i oppfølgingstjenesten, er med

på å utvide pasientens nettverk. Pasienten må i samarbeid med psykiatrisk psykepleiers sette mål for utvide sitt eget nettverk. Eksempelvis å oppsøke aktiviteter og situasjoner der det er mulig å komme i kontakt med andre mennesker. Ved å sette seg slike mål er det god mulighet for at pasienten skal komme seg ut av isolasjon. Og få større evne til å kommunisere med andre. Dette må være målsettingen en arbeider ut i fra.

Med å ta med dikt som pasienten har skrevet synes jeg det kommer frem hvor vanskelig det kan være å leve med selektiv mutisme, men også med det siste diktet viser det at pasienten har håp om bedring. Og så lenge pasienten har håp, finnes det muligheter for forandringer til det bedre. Diktene har jeg fått godkjennelse av pasienten til å bruke i oppgaven.

## Ikke gi opp

Du vinner ikke  
før du har forsøkt  
Du finner ikke svar  
før du har søkt  
La ikke andre  
finne svarene for deg  
Det er bedre å lete selv  
og bygge din egen vei

Gjør du aldri noe selv  
vil du aldri bli lykkelig  
Du får aldri de rette svar  
det er ikke bra å leve slik  
Kjemp for det du vil ha  
ikke gi deg for lett  
Vis at du er sterk  
og at ryggen din er rett

Ingen kan leve for deg  
bare du vet dine svar  
Men ikke let for hardt  
du finner dem når du er klar  
Både mørket og lyset  
kommer innom vår vei  
Men kjemp deg gjennom mørket  
så venter lyset på deg

Verden er rett her  
slutt å dytte den bort  
Du kan ikke vandre alene  
da blir også lyset sort  
Åpne dine armer  
og la angsten gå  
Ikke vent på fremtiden  
for fremtiden den er nå

- skrevet av pasienten -

## 6. Referanser

Litteratur som er merket med \* er selvvalgt litteratur.

Almås, Hallbjørg (2005). *Klinisk sykepleie bind 1*. Gyldendal Norske Forlag AS. Oslo\*Antonovsky, A (1987) *Unravelin the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco, CA: Jossey-Bass (540 sider)

\*Arntzen Elisabeth, (2007) *"En forutsigbar helsetjeneste - kvalitet og orden i eget hus"* (225 sider)

\*Benner P., Wrubel, J. (1989) *The ptimacy of caring*, Addison. Wesley Publishing Company. (158 sider)

Eide, Hilde og Eide, Tom (2000) *Kommunikasjon i relasjon – Samhandling, konfliktløsning, etikk*, Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo

\*Grenness, Carl Erik, (1999) *kommunikasjon i organisasjoner*. Abstrakt Forlag AS (250 sider)

\*Hartmann Boris, Michael Lange. (2007) *Ratgeber: Mutismus im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter*. Schulz-Kirchner Verlag (62 sider)

\*Hartmann Boris, (2008) *Gesichter des Schweigens. Die Systemische Mutismus Therapie/SYMUT als Therapiealternative*. Schulz-Kirchner Verlag (311 sider)

\*Hayden, Torey (2007). *Skumringsbarn*. Versal Forlag AS. Oslo (284 sider)

Hummelvoll Jan Kåre, (2000) *Helt- ikke stykkevis og delt*. Gyldendal Norske forlag AS

\*Kaufmann & Kaufmann (2003) *Psykologi i organisasjon og ledelse*. (407 sider)

\*Konsmo. T, (1998) *"en hatt med slør"*. TANO AS (221 sider)

\*Kristensen Hanne. (2005)- *Taushet er også tale* (9 sider)

Kristoffersen, Nina Jahren. Nortvedt, Finn. Skaug, Eli-Anne (2005). *Grunnleggende sykepleie. Bind 4*. Gyldendal Norske Forlag AS. Oslo

\*Omdal Heidi. (2007) *Can adults who have recovered from selective mutism in childhood and adolescence tell us anything about the nature of the condition and/or recovery from it?* University of Stavanger, Norway (119 sider)

\*Rustøen, Tone (2006). *Håp og livskvalitet*. Gyldendal Norske Forlag AS. Oslo (126 sider)

\*Sosial- og helsedirektoratet, (2007) hefte *"muligheter og mot"* (97 sider)

\*Travelbee J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget (287 sider)

\*Thornqvist, E (2003) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen, Fagbokforlaget (244 sider)

\*Waaktar, Trine. Johnsen Christie, Helen (2000). *Styrk Sterke Sider*. Kommuneforlaget AS. Oslo (198 sider)

## 6.1 Internett adresser

(Alle internett kilder er selvvalgt litteratur)

Anne Røhr (red) (2008) Selektiv mutisme- en veileder. [Online], Tilgjengelig fra [http://www.mutisme.no/index.php?option=com\\_content&task=view&id=26&Itemid=20](http://www.mutisme.no/index.php?option=com_content&task=view&id=26&Itemid=20) [26.juli 2009]

Berhard (red) (2009) *In meiner Kindheit machte sich, den meisten meiner Mitmenschen gegenüber, zunehmendes Schweigen meinerseits bemerkbar.* [Online], Tilgjengelig fra [http://www.mutismus-selbsthilfe.de/index.php?option=com\\_content&task=view&id=82&Itemid=41](http://www.mutismus-selbsthilfe.de/index.php?option=com_content&task=view&id=82&Itemid=41) [8.september 2009]

Christie, Helene J. (red) (2007) Pilotprosjekt 2008: Hvordan best hjelpe de tause barna? [Online], Tilgjengelig fra [http://www.rbup.no/CMS/cmspublish.nsf/\(\\$all\)/00EA7C8D937A8AF5C12574F9003DD35D?open&qm=hovedmeny,1,0,0](http://www.rbup.no/CMS/cmspublish.nsf/($all)/00EA7C8D937A8AF5C12574F9003DD35D?open&qm=hovedmeny,1,0,0) [22.august 2009]

Gabriela Herpell (red.) (2007) *Jenseits der Worte.* [Online], Tilgjengelig fra [www.boris-hartmann.de/sprachtherapie-boris-hartmann/files/emotion\\_05\\_50\\_mutismus.pdf](http://www.boris-hartmann.de/sprachtherapie-boris-hartmann/files/emotion_05_50_mutismus.pdf) [8.september 2009]

Hartmann, B.; Lange, M.(red) (2007): Mein Kind hat Mutismus. Die zehn wichtigsten Fragen. Das Mutismus-Jahrbuch (red) (2007). Neuss: Mutismus Selbsthilfe Deutschland e.V. (s. Publikationen) *10 FAQs zum Mutismus* [Online], Tilgjengelig fra [www.boris-hartmann.de/sprachtherapie-boris-hartmann/10-faqs-zum-mutismus.php](http://www.boris-hartmann.de/sprachtherapie-boris-hartmann/10-faqs-zum-mutismus.php) [19.september 2009]

Institut für Sprachtherapie Dr.Boris Hartmann (red) (2009) Was ist Mutismus? Definitionen, diagnostische Leitlinien nach der ICD-10. Mutismus nach dem Diathese-Stress-Modell [Online], Tilgjengelig fra <http://www.boris-hartmann.de/sprachtherapie-boris-hartmann/was-ist-mutismus-.php> [19.september 2009]

Kristensen Hanne (red) (2005) Taushet er også tale. Barn og unge med selektiv mutisme. [Online], Tilgjengelig fra [http://www.xpublish.no/vfb/xp/pub/mx/filer/WEB\\_BarniNorge2005.pdf](http://www.xpublish.no/vfb/xp/pub/mx/filer/WEB_BarniNorge2005.pdf) [26.juli 2009]

Nina Kristiansen (red) (2004) [Online], Tilgjengelig fra <http://www.forskning.no/Artikler/2004/juni/1086183868.34> [8.september 2009]

Selektiv Mutism Anxiety Researce & Treatment Center (red) *Frequently Asked Questions* [Online], Tilgjengelig fra <http://www.selectivemutismcenter.org/cms/faq.aspx> [8.september 2009]

SMIRA (red) (2008) [Online], Smira - Selective Mutism Information & Research Association Tilgjengelig fra <http://www.selectivemutism.co.uk/> [8.september 2009]

Vidar Myklebost og Sabine Stein (red) (2006) *Hva er selektiv mutisme?* [Online], Tilgjengelig fra [www.mutisme.no](http://www.mutisme.no) [26.juli 2009]

Vigerust Ingrid (red) (1999) 4.3 *Livskvalitet* [Online], Tilgjengelig fra [www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-2/5.html?id=141465](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-2/5.html?id=141465) [22.august 2009]

Von Verena Ahne (red) (2008) *Jades Wort en Wagnis*. [Online], Tilgjengelig fra [www.boris-hartmann.de/sprachtherapie-boris-hartmann/files/gehirn\\_geist.pdf](http://www.boris-hartmann.de/sprachtherapie-boris-hartmann/files/gehirn_geist.pdf) [28.august 2009]

Änderung Letzte (red) (2009) ... *fuer Elteren*. [Online], Tilgjengelig fra [www.selektiver-mutismus.de/?Informationen:...\\_fuer\\_Eltern](http://www.selektiver-mutismus.de/?Informationen:..._fuer_Eltern) [19.september 2009]

Ørbeck Beate (red) (2008) *Selektiv mutisme hos barn* [Online], Tilgjengelig fra [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=59731&a=2&sok=1](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=59731&a=2&sok=1) [26.juli 2009]