

## Verslag workshop 1: dubbeldiagnose autisme spectrum stoornis (ASS) en selectief mutisme

---

**Dr. Luc Roelen** is kinderarts en master gehandicaptenzorg. In het verleden werkte hij bij het centrum medische genetica aan de UA. In 2001 startte hij Indigo vzw, InterDisciplinaire Groep voor Ontwikkelingsproblemen, op. Hij doceert psychopathologie en genetica aan de Thomas More Hogeschool te Antwerpen. [www.indigovzw.be](http://www.indigovzw.be)

**Goedele Vandewalle** is licentiaat psychologie en psychotherapeute, gepensioneerd, werkte 40 jaar in de geestelijke gezondheidszorg, is actief lid van 'Selectief mutisme Vlaanderen' en heeft veel therapeutische ervaring met selectief mutisme. [www.selectiefmutisme.be](http://www.selectiefmutisme.be)

---

De deelnemers worden uitgenodigd om er een interactieve workshop van te maken. *'De workshop zal interactief zijn of ze zal het niet zijn.'* Dit is een verslag van de beide workshops samen.

### Kunnen kinderen de diagnose ASS en selectief mutisme krijgen?

Er is geen reden om te veronderstellen dat beide diagnoses niet samen kunnen voorkomen. Dubbeldiagnose bestaat. Na literatuuronderzoek komt dr. Luc Roelen uit op 7% van de kinderen met ASS die ook selectief mutisme hebben. ASS treft 1% van de bevolking (1 kind op 100). Van die 1% heeft 7% kans op selectief mutisme. 7 op 10.000 kinderen met ASS hebben dus kans op een dubbeldiagnose.

### Hebben ASS en selectief mutisme gezamenlijke kenmerken?

Het gemeenschappelijk kenmerk van selectief mutisme en ASS is **angst**.

ASS is aangeboren. Rond 4 jaar komen de kenmerken tot uiting. Het kind ontwikkelt zich anders dan leeftijdsgenoten. De kloof neemt toe met de leeftijd. Voor de buitenwereld is het selectief mutisme dikwijls een eerste zichtbaar teken van ASS. De eerste kenmerken van selectief mutisme doen zich voor in de leeftijdsperiode van 2 tot 4 jaar.

Mensen met ASS worden overweldigd door angst. Iemand met ASS gaat met de onduidelijkheid om via angst en het zwijgen is een uiting en oplossingsstrategie. Dikwijls stellen kinderen dwanghandelingen uit angst, of ze vertonen agressief of stereotiep gedrag. Selectief mutisme is ook een manier om zich een weg te banen doorheen de angst en de onzekerheid. Er is geen evenwicht tussen wat de omgeving verwacht en wat het kind kan. Voorspelbaarheid is belangrijk voor kinderen met ASS.

## **Wat zegt het wetenschappelijk onderzoek over de dubbeldiagnose?**

Het is positief dat selectief mutisme nu als een aparte angststoornis vermeld staat in de DSM-V, een internationaal standaardwerk voor diagnoses in de psychiatrie. Wetenschappelijk onderzoek kan vanaf nu van start gaan. Onderzoekscijfers zijn nog nauwelijks voorhanden, er is geen opvolgonderzoek. In de Angelsaksische landen werd er in 2001-2002 een cohorte-onderzoek uitgevoerd, maar selectief mutisme werd zelfs niet opgenomen. We weten wel dat de meerderheid van de kinderen uit het selectief mutisme groeit als uitingsvorm. 83% van de jongeren die gedragstherapie kregen, hadden na de behandeling geen selectief mutisme meer. Selectief mutisme *lijkt* vooral een probleem van de kinderjaren. Later kan de spreekangst wel verschuiven naar andere gedragsstoornissen, zoals sociale fobieën, depressies en dwanggedachten. Het kan leiden tot een meer complexe problematiek.

Er is een groeiend inzicht in de problematiek van selectief mutisme. Maar we hebben slechts inzicht tot op de dag van vandaag. Over de kennis van vandaag wordt misschien morgen meewarig gedaan. Verwacht mag worden dat onze huidige kennis nog verder zal evolueren in de toekomst en dat dit zal leiden tot nieuwe inzichten. Maar in Vlaanderen gebeurt er nog geen onderzoek over selectief mutisme. Het inzicht is enkel gebaseerd op literatuuronderzoek en het onderzoek uit het buitenland.

## **Is het stellen van dubbeldiagnoses via onderzoek zinvol?**

ASS en selectief mutisme delen een problematiek die een weerslag heeft op diverse terreinen en niet altijd los te koppelen is. De ene problematiek hangt nauw samen met de andere. Zeker bij jonge kinderen overlappen de kenmerken elkaar. Om selectief mutisme vast te stellen, is er vooral een gestructureerd gesprek met oog voor de thuis- en schoolsituatie nodig. Vragen stellen aan de ouders en de school helpt een behandelaar om tot de conclusie te komen of het om ASS of selectief mutisme gaat. Ook als het kind niet praat kom je veel te weten via spel en observatie. Je tijd nemen voor een diagnose is belangrijk.

Selectief mutisme herken je, daar is geen test voor nodig. Er kunnen angstschalen afgenomen worden. Een IQ-onderzoek afnemen bij kinderen met selectief mutisme is niet evident. Selectief mutisme kan ook te wijten zijn aan een neurologische disfunctie maar op zich is selectief mutisme geen indicatie om een neurologische scan te nemen. Als selectief mutisme in combinatie met een motorisch probleem voorkomt, dan kan dit wel aanleiding zijn tot een neurologisch onderzoek. Onderzoek is zeker aangewezen als er indicaties zijn dat er nog andere problemen zijn. Achter ASS schuilt een hele eigen beleving van de buiten- en binnenwereld. Bij de diagnose van ASS moet er verder gegaan worden dan een klinische observatie en moet de beleving van het kind van het kind onderzocht worden.

## **Welke behandeling start je op bij dubbeldiagnose?**

Selectief mutisme bij kinderen met ASS is een problematiek die tot nu toe weinig aandacht kreeg. Behandelaars sluiten graag ASS uit vooraleer ze starten met de behandeling van selectief mutisme. Toch is pragmatisch handelen soms aangewezen en is het beter niet eindeloos te wachten tot het onderzoek met dikwijls lange wachttijden is afgelopen. Op professioneel vlak is de diagnose op zich eigenlijk niet zo belangrijk. Een diagnose geeft wel toegang tot bepaalde hulpverlening en daardoor gaan diagnoses soms eigen levens leiden. Je kan ook zonder exacte diagnose een therapie beginnen maar als behandelaar heb je dan wel minder aangrijpingspunten.

Dr. Luc Roelen vertrekt altijd van de hoofddiagnose, maar ook de andere problematiek kan een eigen behandeling krijgen. In geval van twijfel over de diagnose behandel je eerst het selectief mutisme. In de loop van de behandeling zullen de ASS-kenmerken duidelijker naar voor komen.

Bij dubbeldiagnose kan je focussen op spreekangst, maar ook op andere angsten. Angst is een groot probleem, zowel bij ASS als bij selectief mutisme. Daarom moet dit eerst aangepakt worden. Angst

wordt op dezelfde wijze behandeld in beide groepen, maar kinderen met ASS krijgen een specifieke anti-aanpak. Communicatie 'auti-vriendelijk' maken is bovendien nuttig voor alle kinderen. De behandeling van angsten gebeurt bij voorkeur door psychologen, maar logopedie kan zeker aanvullend werken.

### **De behandeling van selectief mutisme**

Uit therapeutische ervaring weten we dat cognitieve gedragstherapie werkt bij selectief mutisme. Cognitieve gedragstherapie kan door verschillende therapeuten gegeven worden. Ook logopedisten kunnen zich de werkwijze eigen maken. Alle betrokkenen (ouders, school, therapeuten) moeten op dezelfde lijn samenwerken.

Voor veel psychiaters/psychologen is selectief mutisme moeilijk om aan te pakken. Er is weinig over geschreven. Het vinden van een goede therapeut is essentieel. Een behandeling duurt gemiddeld 1 tot 3 jaar, soms langer in geval van meerdere diagnoses. De meeste kinderen overwinnen het selectief mutisme. Andere angsten kunnen dan nog wel aanwezig zijn, maar als ze hanteerbaar zijn door middel van ontspanningsoefeningen of door reële gedachten, kan het kind functioneren.

Kinderen met selectief mutisme **moeten altijd behandeld** worden. De kans bestaat dat kinderen op termijn een achterstand ontwikkelen op verschillende levensdomeinen. Er zijn bijvoorbeeld intelligente kinderen die in het buitengewoon onderwijs terechtkomen. Op alle mogelijke manieren moeten deze kinderen ondersteund worden en moet het selectief mutisme opgevangen worden via opdrachten in de school met de nodige ondersteuning. Je geeft deze kinderen nooit op.

Als behandelaar moet je voorspelbaarheid aanbieden, en afhankelijk van de mentale vermogens via cognitieve gedragstherapie ontspanningsoefeningen aanleren. Medicatie kan aangewend worden om de angst af te vlakken, maar wordt meestal pas gegeven als de therapie vastzit. SSRI, een anti-depressivum, helpt bij paniek, dwang en angst. Voordeel is dat medicatie op korte termijn een grote verandering teweegbrengt maar het heeft wel belangrijke neveneffecten en consequenties.

### **Scholen vragen een diagnose**

Veel ouders komen het selectief mutisme pas vrij laat te weten. Stille, verlegen en brave kinderen geven minder problemen dan drukke kinderen. Veel ouders weten niet altijd dat hun kind in de klas niks zegt, want thuis praat het kind wel. Het is noodzakelijk dat de school het zwijgen van een kind aan de ouders meldt. Ook het CLB moet sneller aangeven als een kind extreem verlegen is. Extra aandachtspunten zijn: de motoriek, (achterstand bij) de algemene ontwikkeling en de non-verbale communicatie. Het kind kijkt je niet aan en ontwijkt je. Komen er nog taalmoeilijkheden bij, dan kan er eerder aan ASS gedacht worden. Een diagnose helpt om de juiste hulp te krijgen.

Het belang van een diagnose neemt toe in het secundair onderwijs, vooral in het hoger onderwijs, en zeker na de invoering van het M-decreet, waardoor kinderen met een beperking in het reguliere onderwijs terecht kunnen. In het secundair onderwijs maakt het CLB een gemotiveerd verslag op zodat GON-begeleiding kan worden opgestart. Voor elke leerling wordt een individueel plan opgesteld. De leerkrachten moeten hierbij betrokken worden want het is niet makkelijk om te weten hoe elke leerling moet behandeld worden.