

Maretha de Jonge, Jessica de Pagter en
Hilde van Braam van Vloten-Hairwassers¹

Selectief mutisme behandelen, dat spreekt voor zich

Over dapper worden en durven praten

Selectief mutisme is een stoornis die zich openbaart bij jonge kinderen en wordt gekenmerkt door een consequente angst om te spreken in bepaalde situaties. Over de ontstaansgeschiedenis en prevalentie bestaat nog veel onduidelijkheid. In dit artikel vatten we de wetenschappelijke literatuur samen. Vervolgens beschrijven we aan de hand van twee praktijkvoorbeelden een nieuw behandelprogramma voor selectief mutisme, genaamd 'Spreekt voor zich'. Het innovatieve, cognitief gedrags-therapeutische programma bevat een uitgewerkt behandelprotocol en maakt gebruik van digitale toepassingen, waaronder een beveiligd webportaal en een serious game 'het Luiderslot'. Met behulp van dit computerspel oefenen kinderen hun vaardigheden en zien ze op speelse wijze hun vorderingen gevisualiseerd. De praktijkvoorbeelden laten zien hoe twee kinderen met verschillende ontwikkelingsproblematiek het programma doorlopen en hoe de samenwerking tussen therapeut, ouders, school en logopedist vorm krijgt.

■ Wat is selectief mutisme?

Laura, 6 jaar, wordt door haar ouders beschreven als een vrolijk kind dat thuis honderduit kletst. Ze speelt graag

met vriendinnetjes en gaat met plezier naar school. Toch hebben haar leerkrachten haar nog nooit horen praten. Zodra Laura op het schoolplein arriveert, gaat haar mond op slot. Pas na schooltijd begint ze weer te praten.

¹ Dr. M.V. de Jonge is als gedragstherapeut VGCT®, GZ-psycholoog en onderzoeker verbonden aan de afdeling psychiatrie van het Universitair Medisch Centrum Utrecht en het Rudolph Magnus Instituut voor Neuroscience, Nederland. Drs. J.D. de Pagter is als GZ-psycholoog en gedragstherapeut VGCT® werkzaam in de Utrechtse Psychologen en Pedagogen Praktijk. Drs. H.M.W. van Braam van Vloten-Hairwassers is klinisch psycholoog en gedragstherapeut VGCT® en werkzaam op de afdeling psychiatrie van het Universitair Medisch Centrum Utrecht, Nederland. Contactadres: m.v.jonge@umcutrecht.nl

Laura heeft selectief mutisme, een stoornis die wordt gekenmerkt door consequent zwijgen in specifieke situaties, terwijl het kind wel goed kan praten. De meeste kinderen spreken thuis vrijuit, maar durven dit niet of nauwelijks op school. De overige situaties waarin de kinderen zwijgen, verschillen van kind tot kind. Sommige kinderen spreken overal behalve op school. Anderen spreken ook niet tegen opa of oma, in winkels of tegen buurkinderen. Sommigen zwijgen uitsluitend in het bijzijn van volwassenen, terwijl ze wel durven spreken tegen leeftijdgenootjes.

Selectief mutisme komt voor bij ongeveer 5 à 8 op de 1000 kinderen (Viana, Beidel & Rabian, 2009), hoewel uit enkele grote onderzoeken op basisscholen blijkt dat de prevalentie in de populatie kan uiteenlopen van 0,2 tot 2 procent (Bergman, Piacentini & McCracken, 2002; Kumpulainen, Räsänen, Raaska & Somppi, 1998; Kopp & Gillberg, 1997; Sharkley & McNicholas, 2012). Onder tweetalige kinderen blijkt selectief mutisme significant vaker voor te komen dan onder eentalige kinderen (Bradley & Sloman, 1975; Elizur & Perednik, 2003). De vermelde cijfers zijn afkomstig van studies uit de Verenigde Staten, Zweden, Noorwegen, Ierland, Canada en Israël. In Nederland of België is geen onderzoek gedaan naar de prevalentie van selectief mutisme.

■ Ontstaansgeschiedenis

Er is discussie over de ontstaansgeschiedenis en classificatie van selectief mutisme. Men is het erover eens dat selectief mutisme samenhangt met sociale angst. Verschillende studies vonden dat een groot deel van de kinderen met selectief mutisme ook voldoet aan de criteria voor een sociale angststoornis (Dummit, Klein, Tancer & Asche, 1997; Black & Uhde, 1995). Bovendien gaat selectief mutisme vaak samen met andere angststoornissen zoals separatieangst of specifieke fobieën (Black & Uhde, 1995; Kristensen, 2000) en komen angststoornissen bij familieleden significant vaker voor dan in de algemene populatie (Black & Uhde, 1995; Chavira, Shipon-Blum, Hitchcock, Cohan & Stein, 2007; Kristensen & Torgersen, 2001; Steinhausen & Adamek, 1997). In het voorstel voor de DSM-5 wordt selectief mutisme dan ook als subtype van een sociale angststoornis geassocieerd (www.dsm5.org).

Er is echter ook kritiek op deze indeling. Verschillende studies vonden dat selectief mutisme meer is dan een (sociale) angststoornis. Kinderen met selectief mutisme blijken vaker milde taalproblemen te hebben en taalproblemen blijken ook vaker voor te komen bij hun familieleden (Elizur & Perednik 2003; Kristensen, 2000; Remschmidt, Poller, Herpertz-Dahlmann, Hennighausen & Gutenbrunner, 2001; Steinhausen &

Juzi, 1996). Andere ontwikkelingsproblemen, zoals een vertraagde motorische ontwikkeling, laat zindelijk worden of enuresis komen eveneens vaak voor bij kinderen met selectief mutisme (Black & Uhde, 1995; Kristensen 2000).

Er gaan dan ook stemmen op om selectief mutisme niet uitsluitend te zien als een extreme vorm van sociale angst, maar als een ontwikkelingsstoornis waarbij het zwijgen een vermijdingsreactie is op angstgevoelens die meerdere oorzaken kunnen hebben (Cohan, Price & Stein, 2006; Scott & Beidel, 2011). De angst of onzekerheid kan onder andere voortkomen uit taalproblemen, milde ontwikkelingsvertraging of uit het feit dat er op school een andere taal wordt gesproken dan thuis.

Deze theoretische overwegingen hebben consequenties voor de diagnostiek en behandeling. Alvorens daar meer over te zeggen, is het belangrijk te vermelden dat in de oudere literatuur ook trauma, gezinsproblemen of oppositionele gedragsstoornissen als oorzaken voor selectief mutisme worden geopperd. Hoewel dit in een enkel individueel geval werd beschreven (zie bv. Anyfantakis, Botzakis, Mplevrakis, Symvoulakis & Arbiros, 2009) blijkt er onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing te zijn voor een etiologische rol van deze factoren bij het merendeel van de kinderen (Viana e.a., 2009).

■ Diagnostiek

Noor is geboren met het foetaal alcoholysyndroom. Ze is direct na haar geboorte bij pleegouders ondergebracht, bij wie ze tot op heden woont en met wie ze een goede band heeft. Noor heeft een ontwikkelingsachterstand en een taalachterstand. Ze volgt speciaal onderwijs, waar ze ook logopedie krijgt. De logopediste komt echter niet verder, aangezien Noor vrijwel niets zegt. Ook in de klas spreekt ze niet, terwijl ze thuis wel veel praat. Noor werd aangemeld met de vraag of ze selectief mutisme heeft.

Soms is de classificatie van selectief mutisme betrekkelijk eenvoudig, zoals in het geval van Laura (zie hoger). Bij Noor is het echter ingewikkelder. Volgens de DSM-IV (APA, 2000) spreken we van selectief mutisme wanneer er wordt voldaan aan vijf criteria (zie Kader 1).

De criteria A, B en C zijn van toepassing op zowel Laura als Noor. Beide meisjes zwijgen al meer dan twee jaar op school. Zoals bij de meeste kinderen met selectief mutisme vertellen de ouders dat het probleem niet op de schoolleeftijd begonnen is, maar dat hun dochtertjes ook als peuters al heel verlegen en zwijzaam waren in het bijzijn van anderen. Bij Noor is echter nog niet duidelijk of ze voldoet aan de criteria D en E. De omvang van haar taalachterstand

Kader 1

Criteria voor selectief mutisme

- A. Consequente tekortkoming van het spreken in specifieke sociale situaties (waarin spreken wordt verwacht, bijvoorbeeld op school), hoewel het kind wel spreekt in andere situaties.
- B. De stoornis belemmert het functioneren op school (of op het werk), of de sociale communicatie.
- C. De duur van de stoornis is minimaal een maand (niet beperkt tot de eerste maand op school).
- D. Het niet spreken wordt niet veroorzaakt door een gebrek aan kennis van, of vertrouwen met de gesproken taak die nodig is in de sociale situatie.
- E. De problemen worden niet beter verklaard door een communicatiestoornis (bijvoorbeeld stotteren) en komen niet uitsluitend voor tijdens een psychose, schizofrenie of een pervasieve ontwikkelingsstoornis.

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV, American Psychiatric Association, 2000)

is niet vastgesteld, doordat ze niet spreekt bij de logopediste.

De meeste kinderen vallen al jong op vanwege hun zwijgzaamheid. Nu is eenkennigheid en verlegenheid geen onbekend verschijnsel bij peuters. Vaak leidt het dan ook pas tot zorgen wanneer het kind naar de basisschool/kleuterklas gaat. Als de normale strategieën van een leerkracht om een verlegen kind op het gemak te stellen onvoldoende resultaat hebben, is het zinvol informatie over het gedrag in de thuissituatie te krijgen. Is er een groot verschil tussen het (spreek)gedrag thuis en op school? Hoe spreekt het kind thuis? Zijn er meer situaties waarin het kind extreem verlegen of stil is? Zijn er gebeurtenissen bekend die het gedrag

kunnen verklaren? Gaat het kind met plezier naar school?

In veel gevallen is het verschil tussen het spreekgedrag thuis en op school evident. Meestal is het zwijgen niet beperkt tot de schoolsituatie. Zo sprak Laura nu en dan met kinderen uit haar buurt, maar niet met de ouders van buurkinderen. Noor sprak alleen thuis met haar pleegouders, maar zodra er iemand bij kwam, sprak Noor thuis ook niet meer. Zij speelt wel met andere kinderen en gebruikt dan non-verbale communicatie.

Noor en Laura werden doorverwezen naar een kinderpsychiatrische polikliniek. Daar werd zorgvuldig in kaart gebracht waar ze wel en niet spraken.

Ouders en de leerkrachten werden bevroegd op andere angstklachten, ontwikkelingsproblemen, sterke kanten en sociale ontwikkeling. Tijdens een observatie werd gekeken naar gedrag dat zou kunnen wijzen op een autismespectrumstoornis (ter uitsluiting van criterium E), separatieangst of andere (angst)symptomen. Er werd screenend psychologisch onderzoek gedaan om een indruk te krijgen van de cognitieve en talige vermogens. Omdat kinderen met selectief mutisme niet (vrijuit) durven spreken, wordt bij voorkeur gebruikgemaakt van een non-verbale intelligentietest en van passieve taaltaken. Het onderzoeken van de actieve taalvaardigheden wordt uitgesteld totdat het kind voldoende op zijn/haar gemak is bij een onderzoeker om te durven tonen wat het kan. Vaak kan echter een taalsample worden verkregen door ouders te vragen een (video) opname van thuis mee te brengen.

Zowel bij Laura als bij Noor werd selectief mutisme geassocieerd. Hoewel Laura tijdens het onderzoek enigszins sprak met de onderzoeker, voldeed ze aan alle criteria en zweeg ze consequent in specifieke situaties. Bij Noor was er weliswaar sprake van een taalachterstand, maar niet van onvoldoende kennis van de taal om zich verbaal te kunnen uiten. Noor sprak immers thuis vrijuit in zinnen, wat een scherp contrast vormde met haar consequente zwijgen op school. Een hechtingsstoornis werd uitgesloten.

■ Noodzaak van tijdige interventies en behandeling

Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat selectief mutisme niet makkelijk te behandelen is (Standart & Le Couteur, 2003). Hoewel effectstudies met grote groepen ontbreken, zijn gedragstherapeutische interventies het meest effectief bevonden, zo nodig in combinatie met medicatie (Carlson e.a., 2008; Cohan e.a., 2006).

Uit de spaarzame follow-up studies blijkt echter dat een aanzienlijk deel van de participanten die als kind selectief mutisme had, op latere leeftijd nog altijd worstelt met fobieën, een laag zelfbeeld, concentratieproblemen, depressieve klachten en spreekangst (Remschmidt e.a., 2001; Steinhausen, Wachter, Laimböck & Winkler Metzke, 2006). De kinderen in deze studies werden op verschillende manieren behandeld, maar lang niet alle kinderen kregen gedragstherapie. In hoeverre de behandelvorm samenhangt met de klachten op latere leeftijd werd niet onderzocht. Er zijn aanwijzingen dat de kans op een effectieve behandeling groter is als er tijdig mee wordt begonnen (Dummit, Klein, Tancer, Asche & Martin, 1996). Tegelijkertijd blijkt dat lang niet alle kinderen (tijdig) worden verwezen voor behandeling (Bergman e.a., 2002).

■ Behandeling van selectief mutisme: 'Spreekt voor zich'

De noodzaak tot tijdig behandelen is duidelijk en er zijn enkele behandelprogramma's beschikbaar in het Engels en het Nederlands (McHolm, Cunningham & Vanier, 2005; Johnson & Wintgens, 2001; Güldner, 2012). Toch misten wij wat in het bestaande aanbod.

We merkten dat kinderen regelmatig werden behandeld in (voornamelijk) één setting, bijvoorbeeld op school of bij een logopedist, of voor één symptoom, namelijk het durven spreken in plaats van voor het overwinnen van angst op verschillende terreinen. Ook misten we informatie en uitleg voor het kind zelf en specifieke interventies voor ouders in de thuissituatie. Het eerder besproken onderzoek laat immers zien dat de angst meestal niet uitsluitend het spreken betreft en niet beperkt is tot de schoolsituatie.

Om het voortbestaan van (sociale) angsten op latere leeftijd zoveel mogelijk te voorkomen achten wij het van belang dat de volgende onderdelen vertegenwoordigd zijn in een interventie:

- Anti-angsttechnieken zoals exposure, cognitieve interventies en relaxatie
- Uitleg voor ouders, actieve betrokkenheid en oefeningen voor in de thuissituatie
- Intensieve samenwerking tussen therapeut, ouders en school, waarbij alle partijen werken aan dezelfde doelen
- Informatie voor ouders en school om de behaalde resultaten na de therapie vast te houden
- Informatie over angst en het overwinnen daarvan voor het kind zelf, inclusief inzicht in de voortgang van de therapie, om het gevoel van zelfcontrole en zelfvertrouwen te vergroten

In het behandelprogramma 'Spreekt voor zich' (ontworpen door M. de Jonge) werden deze aspecten verwerkt. Het programma is gebaseerd op literatuuronderzoek en ruime klinische ervaring met de doelgroep. Het werd getoetst en bijgesteld in de jaren voorafgaand aan de daadwerkelijke uitgave. Het product werd gerealiseerd door de Stichting Behandeling Selectief Mutisme met financiële hulp van fondsen en donateurs, en vormgegeven door professionals op het gebied van (digitale) informatie en speltoepassingen voor kinderen en op het gebied van digitale informatiesystemen. Meer informatie op www.spreektvoorzich.nl

De informatie voor kinderen en het therapiemateriaal werden ontwikkeld voor kinderen van ongeveer 4 tot 8 jaar, omdat de meeste kinderen met selectief mutisme worden aangemeld op die leeftijd. Aangezien de kinderen sterk van elkaar ver-

schillen met betrekking tot de mate van angst, de situaties waarin ze spreken en de stappen die ze nodig hebben om het einddoel te bereiken, werd het behandelprogramma flexibel gemaakt met een variabel aantal onderdelen en therapiesessies. Op die manier is het aanpasbaar aan het niveau en het tempo van het individuele kind. Ten slotte werd besloten alle informatie via het internet aan te bieden, opdat deze gemakkelijk vindbaar zou zijn en aanvulbaar met ervaringen, nieuwe bevindingen en tips uit de praktijk.

Het behandelprogramma 'Spreekt voor zich' bestaat uit zes onderdelen:

- Een website met informatie over selectief mutisme
- Een digitaal gedragstherapeutisch behandelprogramma dat in stapjes is uitgewerkt
- Informatie en therapiemateriaal voor ouders om te gebruiken bij het oefenen met overwinnen van angst in situaties in en om huis
- Informatie en therapiemateriaal voor leerkrachten om te gebruiken bij het oefenen met durven spreken op school
- Een besloten webportaal waarin alle betrokkenen bij één kind veilig met elkaar kunnen communiceren en de voortgang van de therapie volgen
- Therapiemateriaal voor kinderen van 4-8 jaar met verhaaltjes over (het overwinnen van) angst, spelletjes om te oefenen met dap-

per gedrag, dapper denken en relaxatie. Daarbij hoort een *serious game* ('het Luiderslot'), waarin het kind zijn eigen voortgang op speelse wijze voor zich ziet en telkens wordt uitgedaagd om een stapje verder te gaan.

■ Een behandeling in fasen

Het behandelprogramma 'Spreekt voor zich' kent 5 fasen en in het totaal 29 stappen. Een groot deel van deze stappen kan worden overgeslagen als een kind in bepaalde situaties reeds durft te spreken. Het einddoel van de therapie is naast durven spreken in klassikale situaties, ook het kunnen toepassen van angstreducerende technieken in alledaagse situaties. Zowel de leerkracht(en) als de ouders leren hoe ze het kind hierbij kunnen helpen, zodat generalisatie gewaarborgd is (zie Kader 2).

■ Het webportaal en Luiderslot

Alle betrokkenen bij een kind krijgen toegang tot het beveiligde webportaal. Ze kunnen daarin de voortgang van de therapie volgen. De therapeut vindt er het uitgewerkte programma met spelsuggesties en werkbladen. Ouders en leerkrachten zien precies in welke fase het kind zit en vinden er

Kader 2

De 5 fases van 'Spreekt voor zich'

Fase I: Kennismaken

- De therapeut maakt kennis met kind, ouders, leerkrachten en andere betrokkenen.
- De basis voor de therapie wordt gelegd: motivatie, uitdagen van non-verbale communicatie, introduceren van het beloningssysteem en het Luiderslot, opbouwen van vertrouwen en veiligheid.
- Uitleg voor het kind over angst en dapperheid m.b.v. verhaaltjes en spelletjes
- Uitleg voor ouders en leerkracht over het behandelprogramma, de kracht van beloning, gewone of bovenmatige kinderangsten en over vermijding

Fase II: Spreken met de therapeut

- Het kind oefent met durven spreken met de therapeut.
- Angstreducerende technieken (dapper denken en relaxatie) worden aangeleerd.
- Uitleg voor het kind over het overwinnen van angst en het belang van dapper denken
- Uitleg voor ouders en leerkracht over de angstreducerende technieken en over het belonen van dapper gedrag
- Op school wordt geoefend met non-verbaal antwoord geven in de klas.

Fase III: Spreken op school met de leerkracht en medeleerlingen

- Het kind oefent met durven spreken met de leerkracht en één of meer klasgenootjes buiten de klas.
- In de therapie en thuis wordt geoefend met dapper gedrag in alledaagse situaties.
- Het oefenen met de angstreducerende technieken wordt uitgebreid.
- Uitleg voor het kind over helden en dapperheid
- Uitleg voor ouders over het stimuleren van angstige kinderen tot het ondernemen van nieuwe dingen of samenspelen met anderen kinderen

Fase IV: Spreken in de klas

- Het kind oefent met durven spreken in de klas.
- In de therapie en thuis wordt verder geoefend met dapper gedrag, waaronder het spreken met (on)bekende volwassenen.
- Het oefenen met de angstreducerende technieken wordt voortgezet.
- Uitleg voor het kind over zijn/haar eigen krachten en over perfectionisme
- Uitleg voor ouders en leerkrachten over het verminderen van perfectionisme, het vergroten van zelfvertrouwen en het versterken van een positief zelfbeeld

Fase V: Afsluiting en terugvalpreventie

- De therapie wordt feestelijk afgesloten met een 'Luiderslot'-spel, waaraan de hele klas kan deelnemen.
- Alle geleerde vaardigheden worden op een speelse manier herhaald en vastgelegd voor het kind om toekomstige spannende situaties mee aan te durven.
- Uitleg voor ouders en leerkrachten over terugvalpreventie en het voortzetten van de ontwikkeling in zelfvertrouwen

De meest werkzame elementen worden vastgelegd in een handlingsplan voor (toekomstige situaties) op school (bijvoorbeeld overgang naar nieuwe klas).

eigen achtergrondinformatie en materiaal om het kind te helpen.

Het webportaal geeft ook toegang tot het computerspel 'Het Luiderslot'. Met behulp van dit spel krijgt het kind inzicht in zijn/haar voortgang en wordt het uitgedaagd om telkens een stapje verder te gaan. De toren

van het Luiderslot heeft 29 verdiepingen die symbool staan voor de stappen van de therapie. De therapeut geeft in het webportaal aan wanneer een bepaalde stap is behaald of kan worden overgeslagen, waarna er een volgende verdieping van het Luiderslot wordt ontsloten (zie Kader 3).

Kader 3

Het verhaal van het Luiderslot

Het Luiderslot is een mysterieus kasteel met een hoge toren. In het kasteel woont het draakje Yep. Als gevolg van een mislukt toverkunstje zijn alle kleuren en geluiden uit het Luiderslot verdwenen. Yep is niet zo'n dapper draakje en vraagt het kind om hem te helpen de kleuren en geluiden terug te toveren.

Elke verdieping van het Luiderslot bevat een computerspelletje, waarin wordt gespeeld met geluid of met dappere gedachten. Zodra het spelletje is gespeeld, keren de kleuren van de verdieping terug. Zo ziet het kind precies hoe hoog hij/zij al is gekomen.

De torenkamer herbergt het eindspel, dat wordt gespeeld wanneer het kind de laatste stap (spreken in klassikale situaties) heeft behaald. Het eindspel kan individueel worden gespeeld, maar ook op een digibord in de klas. Op die manier kan de hele klas meedoen en wordt de therapie feestelijk afgesloten.

Yep is zo dapper geworden dat hij een nieuwe toren durft te bezoeken. Zo wordt het kind op speelse wijze voorbereid op nieuwe uitdagingen die het leven te bieden heeft en die hij/zij nu zelfstandig of met hulp van ouders/leerkracht aan kan.

■ Cognitief gedrags-therapeutische principes

In het behandelprogramma 'Spreekt voor zich' zijn verschillende cognitieve gedragstherapeutische interventies verwerkt en zodanig vormgegeven dat ze geschikt zijn voor jonge kinderen.

Psycho-educatie: Het kind krijgt uitleg over angst, dapperheid, dapper denken en overmatig perfectionisme met behulp van verhaaltjes en spelletjes. Voor ouders en leerkrachten is er uitleg over angsten bij kinderen, het stimule-

ren zonder te overvragen, het versterken van het zelfbeeld en het vergroten van zelfvertrouwen.

Angsthiërarchie: De toren van het computerspel 'Het Luiderslot' staat symbool voor de angsthiërarchie, oftewel alle stapjes die kunnen worden genomen om het einddoel te bereiken. Zonder het hele stappenplan expliciet aan kinderen van deze leeftijd uit te leggen, worden hun vorderingen zichtbaar in de toren om hun zelfwaardering te vergroten. De computerspelletjes op de verdiepingen dienen als motivator.

Exposure, shaping en fading: In kleine stappen komt het kind dichterbij het einddoel (shaping). Vertrouwde mensen tegen wie het kind spreekt (ouders) doen geleidelijk een stapje terug en nieuwe mensen (therapeut, leerkracht, klasgenootjes) voegen geleidelijk in (fading). Met behulp van exposure spelletjes stelt de therapeut het kind langzaam bloot aan de gevreesde situatie: spreken waarbij anderen zijn/haar stem kunnen horen.

Contracondities en positieve bekrachtiging: De therapeut helpt het kind de spanning laag te houden met behulp van contracondities zoals humor en het maken van plezier. Dapper gedrag wordt bekrachtigd door een token economy systeem (muntjes/stickers in 'echte situaties', medailles in het computerspel).

Positieve zelfspraak: kinderen leren positieve zelfspraak ('dapper denken') te onderscheiden van niet-helpende gedachten. Positieve zelfspraak komt terug in de Luiderslot-spelletjes.

Relaxatie: Er zijn eenvoudige ontspanningsspelletjes die ook thuis (of op school) kunnen worden gespeeld. Gezien de eerder besproken bevindingen dat veel kinderen met selectief mutisme ook andere angstklachten hebben, leren we kinderen al op jonge leeftijd lichamelijke spanning te herkennen en op speelse wijze te beïnvloeden.

TORENTFAAK DAPPER DENKEN

Doolhof

De Koningin is jarig. Prins Bari wil graag een liedje voor haar zingen. Dat vindt hij best wel spannend. Help jij prins Bari? Zoek de weg naar de dapperdenk-wolk.



© Behandelprogramma "Spreek voor zich" voor kinderen met selectief mutisme. www.spreekvoorzich.nl

Modeling: Ouders worden intensief bij de therapie betrokken. Vooral in fase I en II biedt dat de mogelijkheid om gedrag voor te doen. Deze modeling is belangrijk om generalisatie van nieuw gedrag naar andere situaties te bevorderen en de oefenmogelijkheden in gezinssituaties uit te breiden.

Terugvalpreventie: Uit de literatuur weten we dat een deel van de kinderen angstig blijft, ook na het afsluiten van de therapie. Er wordt daarom voor kind, ouders en school aandacht besteed aan het omgaan met spanning in toekomstige situaties. De werkzame elementen van de behandeling worden vastgelegd en kunnen in nieuwe situaties opnieuw worden gebruikt.

■ De behandeling van Laura

Laura wordt behandeld door een psycholoog die nauw samenwerkt met school en ouders. In de eerste twee sessies (Fase I, kennismaking) is ze zeer verlegen, maar ze geniet van de spelletjes en luistert aandachtig naar de verhaaltjes over Yep. Haar moeder ziet hoe de therapeut Laura uitdaagt tot dapper gedrag, maar ook begrip toont voor dingen die nog te moeilijk zijn. De therapeut biedt uitleg en zorgt ervoor dat er niet méér van Laura wordt gevraagd dan ze aandurft. Het grote durfspel is één van de activiteiten in deze fase, waarmee op een speelse manier wordt geïllustreerd dat spannende dingen ook leuk kunnen zijn als je ze maar stapsgewijs uitvoert, samen doet, niet te moeilijk maakt en trots kan zijn op kleine overwinningen.

In de daaropvolgende sessies (Fase II) leert Laura angstreducerende technieken, zoals dapper denken, moeilijke dingen in kleine stapjes proberen en relaxatie. Laura praat in eerste instantie weinig, maar leert met behulp van de exposure opdrachten steeds meer te zeggen. Ze doorloopt dapper de stappen van het programma, maar neemt nog weinig initiatief tot verbale communicatie. Dit is geen belemmering voor de voortgang van het programma. Bij sommige kinderen neemt de spontane spraak in de loop van de behandeling vanzelf toe, anderen

blijven zwijgzaam als er geen direct appèl op hen wordt gedaan. Ze moeten geleidelijk aan meer zelfvertrouwen verwerven. Laura is trots op de dingen die ze al durft. Met steun van de ouders toont ze aan haar juf haar 'Dapperklapper', waarin de werkbladen van de therapie worden bewaard, en het computerspel Luiderslot.

Aan het einde van fase II durft Laura directe vragen van de therapeut te beantwoorden en weet ze zich beter staande te houden in spannende situaties. In plaats van vermijding (zwijgen) gaat ze, met hulp, nieuwe uitdagingen aan. Ze heeft daarbij steun aan de positieve zelfspraak. Ook thuis wordt dapper gedrag gestimuleerd en beloond, waardoor Laura bij de slager antwoord geeft als ze een stukje worst krijgt en de buurvrouw om een ei durft te vragen.

In Fase III wordt het oefenen voortgezet op school buiten de klas. Eerst gaat de klassenassistent meedoen, die vervolgens de begeleiding van de exposure spelletjes in de schoolsetting op zich neemt. Ook de leerkracht wordt betrokken en speelt na schooltijd in het klaslokaal een exposure spelletje met Laura. Nadat verschillende klasgenootjes hebben meegedaan en Laura hebben horen spreken buiten de klas, is de grootste spanning er voor Laura af. Het oefenen kan worden voortgezet in de klas (Fase IV). Via het webportaal houden de klassenassistent en de leerkracht contact met de

ouders en de therapeut. Daardoor zijn alle betrokkenen op de hoogte van de vorderingen en kunnen knelpunten snel worden opgelost. Zo schreef de leerkracht van Laura het volgende bericht in het webportaal:

“Ik loop ergens tegen aan. We zijn nu aan het oefenen dat Laura antwoord geeft op een klassikale vraag. Ik vraag haar elke morgen: “Welke dag het is?” Daar kan ze een goed antwoord op geven. Maar als ik haar ‘s middags een vraag stel, bijvoorbeeld “Wat ga je vanmiddag spelen?”, dan klapt Laura dicht en haalt haar schouders op.”

Antwoord van de therapeut: “Fijn dat je mij dit voorlegt. Wat knap van Laura dat ze in de ochtend al antwoord durft te geven. Misschien is dat voor haar makkelijker, omdat ze weet welke vraag je gaat stellen. Helpt het als je voorlopig ‘s middags ook dezelfde vraag of een gesloten vraag stelt? Dan kan zij zich voorbereiden en overvalt de vraag haar minder. Ik ben benieuwd of dat werkt.”

Terwijl Laura in Fase III en IV op school oefent, voert de therapeut enkele gesprekken met de ouders over de programma-informatie en de manier waarop de ouders haar kunnen helpen in spannende situaties. Laura reageert bijvoorbeeld onhandig en onzeker als er bezoek komt en durft zelf geen speelafspraken te maken. Ouders hebben het gevoel

dat ze een laag zelfbeeld heeft. Ze weten niet of ze haar meer moeten beschermen of juist meer moeten ‘pushen’. Met de hulp van de therapeut komen ze tot een plan van aanpak voor thuis.

Fase V bestaat uit het afronden van de therapie en terugvalpreventie. De klasgenoten van Laura hebben met haar geoefend in de aparte ruimte en in de klas. Laura heeft inmiddels alle spelletjes van het Luiderslot gespeeld en wil het eindspel graag in de klas spelen. Zo wordt de therapie op een speelse manier met haar klasgenootjes afgesloten. Laura geniet ervan. Met ouders en school wordt een terugvalpreventie-overzicht opgesteld om toekomstige spannende situaties te kunnen begeleiden.

De psycholoog ontvangt een half jaar later bericht van de ouders dat Laura een spreekbeurt over spinnen heeft gehouden en dat ze heel trots op haar zijn.

■ De behandeling van Noor

De behandeling van Noor wordt gezamenlijk uitgevoerd door een psycholoog en de logopediste van school. De logopediste ziet Noor wekelijks, heeft een goede klik met haar, kan het programma op school uitvoeren en zo een intensieve samenwerking met de leerkrachten bewerkstelligen.

Een aandachtspunt bij deze constructie is dat de pleegouders voldoende betrokken worden, aangezien Noor beslist niet alleen op school moeite heeft met durven spreken. Een tweede aandachtspunt is ervoor te zorgen dat de angstreducerende technieken voldoende aan bod komen. Deze therapeutische elementen liggen minder op het terrein van de logopedist. De rol van de psycholoog is dan ook om deze beide aandachtspunten in de gaten te houden.

In fase I en II worden de eerste stappen van de angsthiërarchie doorlopen. De logopediste oefent met Noor op school en houdt via het webportaal contact met de psycholoog, de leerkracht en de ouders. De logopediste geeft aan dat het heel anders werken is dan ze gewend is. De focus van de (psychologische) behandeling is het bevorderen van dapper gedrag. De logopediste maakt gebruik van de werkbladen over dapper denken. Na een aantal sessies kan Noor al beamen dat ze 'dapper' is geweest. Ook is duidelijk te merken dat Noor meer onderneemt en iets spannends durft te doen als er een beloning volgt. Het Luiderslot valt in de smaak en Noor vertelt (!) trots aan haar leerkracht hoe het spel werkt. De leerkracht wordt steeds intensiever betrokken. Ze speelt twee keer per week een spelletje met Noor, in de kamer van de logopediste. Ook klasgenootjes worden betrokken. Noor kiest eerst haar beste vriendje

om mee te spelen. Later mogen ook andere kinderen meedoen met de exposure spelletjes.

Noor krijgt het moeilijk in fase IV. De overgang naar het spreken in de klas is groot. Er wordt weer even een stapje teruggedaan en begonnen met een spelletje waarbij de kinderen het geluid van de wind nadoen. Als de klasgenootjes, die haar buiten de klas al hebben horen spreken, meedoen durft Noor het ook. Stapje voor stapje durft ze meer ja/nee-antwoorden te geven, 'Goedemorgen' zeggen tegen de juf, en (later in de behandeling) een vraag stellen aan de juf.

Bij Noor wordt het eindspel niet in de klas gespeeld. Noor vindt dat veel te eng. Wel wil ze het met de logopediste, een vriendinnetje en haar ouders spelen. Ze hebben plezier, Noor doet een beetje mee. Inmiddels is het contact met de logopediste zodanig dat er een (actieve) taaltest kan worden afgenomen. Noor blijkt inderdaad een (milde) taalachterstand te hebben. Vermoedelijk wordt de angst om te praten hierdoor versterkt. Het niveau van de lesstof wordt aangepast. Aan het einde van de behandeling durft Noor antwoord te geven op vragen en stelt ze vragen als dat binnen de context wordt verwacht. Ze laat nog steeds weinig spontane spraak horen, maar durft nu wel hulp te vragen aan de leerkracht als ze dat nodig heeft. Thuis durft Noor nu ook vrijuit te spreken met opa, oma en de burens.

■ Conclusie

Hoewel er nog veel onduidelijkheid is over de prevalentie en ontstaansgeschiedenis van selectief mutisme, is veelvuldig gevonden dat kinderen met selectief mutisme behalve angst om te spreken buitenshuis, ook in andere situaties (waaronder thuis) vaak angstklachten hebben (Viana e.a., 2009). Uit follow-up studies blijkt dat deze angstklachten hardnekkig kunnen zijn, hoewel het nog onduidelijk is welke invloed behandeling hierop heeft (Remschmidt e.a., 2001; Steinhausen e.a., 2006). Gedragstherapeutische interventies lijken het meest effectief te zijn bij de behandeling van selectief mutisme (Cohan e.a., 2006) en er zijn enkele gedragstherapeutische behandelprogramma's beschikbaar.

Desondanks misten wij daarin een aantal elementen. Dat was de reden om het behandelprogramma 'Spreek voor zich' te ontwikkelen. Dit gedragstherapeutische programma wordt gekenmerkt door uitgebreide informatie voor de therapeut, ouders en leerkrachten om optimale samenwerking tussen deze drie milieus makkelijker te maken. Het programma werd voorzien van een webportaal waarin de informatie wordt aangeboden, de voortgang door alle betrokkenen wordt gevolgd en het programma voor elk kind op maat kan worden aangeboden. Daarnaast werden the-

rapiemateriaal en uitleg in de vorm van verhaaltjes en spelletjes voor de kinderen zelf ontwikkeld. Een serious game voor jonge kinderen is daar een onderdeel van.

Met behulp van twee casussen werd geïllustreerd hoe het programma voor kinderen met een heel verschillende ontwikkelingsproblematiek op maat wordt gemaakt en hoe intensieve samenwerking met ouders, school en andere disciplines (logopediste) wordt vormgegeven. Het programma leidde bij beide kinderen tot een positief resultaat, al waren er verschillen in het beloop.

De eerste ervaringen met 'Spreek voor zich' zijn positief. Het programma wordt gebruikt door een groot aantal therapeuten in Nederland en Vlaanderen. De effectiviteit van het programma en de ervaringen van gebruikers worden momenteel wetenschappelijk onderzocht.

Na een pilot studie onder de eerste gebruikers van het programma zijn de gebruikte vragenlijsten wat aangepast en ingebouwd in het webportaal. Binnenkort zullen deze vragenlijsten dan ook digitaal kunnen worden ingevuld door de gebruikers. Er wordt een voormeting gedaan, waarbij de ernst van de selectief mutistische klachten thuis en op school in kaart wordt gebracht met de Selective Mutism Questionnaire (SMQ) (Bergman, Keller, Piacentini

& Bergman, 2008; Nederlandse vertaling Guldner, 2011). Met behulp van de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 1997) en aanvullende vragen voor de ouders worden andere (gedrags) kenmerken van het kind onderzocht. Aan het eind van de behandeling volgt de nameting om te onderzoeken of de behandeling voldoende effectief is geweest.

Ook de gebruikersvriendelijkheid van het programma wordt onderzocht. De eerste resultaten daarvan worden momenteel gebruikt om het webportaal aan te passen aan de wensen van de gebruikers.

■ Over het programma

Het behandelprogramma 'Spreekt voor zich' is ontwikkeld door de Stichting Behandeling selectief mutisme en is gefinancierd door fondsen en donateurs. Dr. M.V. de Jonge is initiatiefnemer. Drs. J.D. de Pagter en drs. H.M.W. van Braam van Vloten-Hairwassers zijn bestuursleden van de stichting, die tot doel heeft bekendheid te geven aan selectief mutisme, informatie te verstrekken aan professionals en betrokkenen, een behandelprogramma te ontwikkelen en onderzoek te doen naar de effectiviteit ervan. Meer info op www.spreektvoorzich.nl

■ Referenties

Anyfantakis, D., Botzakis, E., Mplevrakis, E., Symvoulakis, E.K., Arbiros I. (2009). Selective mutism due to a dog bite trauma in a 4-year-old girl: A case report. *Journal of Medical Case Reports*, 3, 100.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. Washington, DC: APA.

Bergman, R.L., Piacentini, J., & McCracken, J.T. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 938-946.

Bergman, R.L., Keller, M.L., Piacentini, J., & Bergman, A.J. (2008). The development and psychometric properties of the selective mutism questionnaire. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 456-464.

Black, B., & Uhde, T.W. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34, 847-856.

Bradley, S., & Sloman, L. (1975). Elective mutism in immigrant families. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14, 510-514.

Carlson, J.S., Mitchell, A.D., & Segool, N. (2008). The current state of empirical support for the pharmacological treatment of selective mutism. *School Psychology Quarterly*, 23 (3), 354-372.

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 & Behavioral Pediatrics*, 27, 341-355.

Chavira, D.A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Cohan, S., & Stein, M.B. (2007). Selective mutism and social anxiety disorder: All in the family? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1464-1472.

- Dummit, E.S., Klein, R.G., Tancer, N.K., & Asche, B. (1997). Systematic assessment of 50 children with selective mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 653-660.
- Dummit, E.S., Klein, R.G., Tancer, N.K., Asche, B., & Martin, J. (1996). Fluoxetine treatment of children with selective mutism: An open trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (5), 615-621.
- Elizur, Y., & Perednik, R. (2003). Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: A controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 1451-1459.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Güldner, M. (2012). *Selectief mutisme bij kinderen: als een kind soms niet praat*. Leuven: Lannoo Campus.
- Johnson, M., & Wintgens, A. (2001). *The Selective Mutism Resource Manual*. Milton Keynes, UK: Speechmark Publishing Ltd.
- Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 249-256.
- Kristensen, H., & Torgersen, S. (2001). MCMHI personality traits and symptom traits in parents of children with selective mutism: A case-control study. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 648-652.
- Kopp, S., & Gillberg, C. (1997). Selective mutism: A population-based study: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 257-262.
- Kumpulainen, K., Räsänen, E., Raaska, H., & Somppi, V. (1998). Selective mutism among second-graders in elementary school. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7, 24-29.
- McHolm, A.E., Cunningham C.E., & Vanier M.K. (2005). *Helping your child with selective mutism: Practical steps to overcome a fear of speaking*. Oakland, CA: New Harbinger Publications Inc.
- Remschmidt, H., Poller, M., Herpertz-Dahlmann, B., Hennighausen, K., & Gutenbrunner, C. (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251, 284-296.
- Scott, S., & Beidel, D.C. (2011). Selective mutism: An update and suggestions for future research. *Current Psychiatry Reports*, 13 (4), 251-257.
- Sharkey, L. & McNicholas, F. (2012). Selective mutism: A prevalence study of primary school children in the Republic of Ireland. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 29 (1), 36-40.
- Standart, S., & Le Couteur, A. (2003). The quiet child: A literature review of selective mutism. *Child & Adolescent Mental Health*, 8 (4), 154-160.
- Steinhausen, H., & Adamek, R. (1997). The family history of children with elective mutism: A research report. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 6, 107-111.
- Steinhausen, H., & Juzi, C. (1996). Elective mutism: An analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 606-614.
- Steinhausen, H., Wachter, M., Laimböck, K., & Winkler Metzke, C. (2006). A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 751-756.
- Viana, A.G., Beidel, D.C., & Rabian, B. (2009). Selective mutism: A review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review*, 29, 57-67.