

## **Praten op school, een kwestie van doen – de behandeling van selectief mutisme**

E. Wippo & M. Güldner

*In: Kind en adolescent Praktijk, 2, (3), pp 16-23*

### **Samenvatting**

Hardnekkig zwijgen van kinderen op school of in andere situaties terwijl ze vrijuit praten in de thuissituatie wordt tegenwoordig omschreven als selectief mutisme. In recent onderzoek wordt steeds meer op het verband gewezen tussen selectief mutisme en angststoornissen. We hebben bij het zoeken naar een geschikte behandelvorm bij deze stoornis getracht aan te sluiten bij die behandelstrategieën die effectief zijn gebleken bij angststoornissen. Aan de hand van het behandelverloop van de vijfenhalf jarige Loes zullen we het behandelprotocol beschrijven dat we inmiddels succesvol hebben toegepast bij een viertal kinderen met selectief mutisme.

### **Vignet**

*De ouders van de vijfenhalfjarige Loes melden hun dochter op aandringen van school aan voor onderzoek en behandeling bij een polikliniek voor kinder- en jeugdpsychiatrie, omdat ze vanaf het begin van de kleuterschool nog nooit tegen kinderen of leerkracht heeft gepraat. Thuis praat Loes zonder problemen. In de omgeving van het gezin praat ze soms wel, soms niet met andere kinderen. Tegen onbekende volwassenen heeft Loes, op een enkele uitzondering na, nog nooit gepraat.*

Een kind zoals Loes, dat hardnekkig zwijgt in allerlei sociale situaties terwijl ze thuis vrijuit praat, werd voor het eerst in 1877 door Kussmaul beschreven als ‘Aphasia Voluntaria’. Tot aan het verschijnen van de vierde editie van the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV (APA, 1994) werd de door Tramer (1934) geïntroduceerde term ‘selectief mutisme’ gehanteerd. Tegenwoordig spreken we van selectief mutisme waarmee een einde is gemaakt aan de suggestie dat het hardnekkige zwijgen een (bewuste) keuze is vanuit oppositionele motieven. In de huidige beschrijving van dit klinisch fenomeen ligt de nadruk op de te onderscheiden sociale situaties waarin het selectieve zwijgen zich voordoet. Van selectief mutisme is volgens de DSM-IV sprake als a) het kind consequent niet spreekt in situaties waarin verwacht wordt dat er wel gesproken wordt (bijvoorbeeld op school) ondanks spreken in andere situaties; b) de stoornis interfereert met het functioneren op school, op het

werk of in de sociale communicatie; c) de duur tenminste 1 maand is (niet beperkt tot de eerste maand op school); d) de stoornis niet het gevolg is van een gebrek aan kennis van, of vertrouwde met de gesproken taal die nodig is voor de sociale situatie; e) de stoornis niet het gevolg is van een taal/spraakstoornis (bijvoorbeeld stotteren), of een pervasieve ontwikkelingsstoornis, schizofrenie of een andere psychotische stoornis (APA, 1994).

### **Informatie van ouders en onderzoek van Loes**

Loes is de oudste uit een gezin met twee kinderen. De ouders beschrijven Loes als een van jongs af aan kwetsbaar meisje dat altijd bescherming zocht bij haar moeder. Vanaf het tweede levensjaar was Loes ontroostbaar als moeder weg ging ook al was vader in de buurt. Bij moeder ontstond toen het idee dat ze altijd beschikbaar moet zijn voor haar dochter. Op de peuterspeelzaal was het afscheid nemen vaak een lang en emotioneel ritueel. De overgang naar de kleuterschool riep veel spanning bij Loes op en het duurde geruime tijd voor ze enigszins gewend was aan de andere kinderen en de leerkracht. Thuis speelt Loes nooit met andere kinderen en moeder gaat ook niet met Loes naar de speelplaats. De relatie met haar twee jaar jonger zusje is goed behoudens kleine ruzies. De ouders vonden het 'niet praten' van Loes buitenshuis lange tijd niet zo'n probleem tot dat de school besloot om haar een extra jaar te laten kleuteren vanwege het hardnekkige zwijgen. Uit de voorgeschiedenis van de ouders blijkt dat vader in zijn kinderjaren bij toenemende spanning stotterde, zich onzeker voelde en weinig zelfvertrouwen had. Praten in het openbaar probeerde hij lange tijd zoveel mogelijk te vermijden. Die angst heeft hij nu redelijk onder controle. Moeder was in haar jeugd altijd verlegen, paste zich aan en was bang dat ze niet aan de eisen van de omgeving voldeed. Onbekende situaties veroorzaken bij haar nog steeds een gevoel van angst en onzekerheid en nu probeert zij dergelijke situaties nog steeds zoveel mogelijk te mijden. Ook haar eigen ouders beschrijft moeder als angstig en verlegen.

Tijdens de eerste twee onderzoekscontacten zien we een klein en angstig meisje dat zich vastklampt aan haar ouders, heftig protesteert en ontroostbaar lijkt ondanks de aanwezigheid van de ouders bij het onderzoek. Op vragen geeft ze non-verbaal antwoord met knikken, hoofdschudden of schouders ophalen. Vragen van de ouders beantwoordt ze op nauwelijks hoorbare fluisterton. Alle pogingen om haar bij een spel te betrekken stranden. Tijdens het derde onderzoekscontact is er, na een korte periode van huilen na vertrek van de ouders, sprake van enig samenspel in het poppenhuis en neemt ook de non-verbale communicatie tijdens het spel toe. Ze laat zich niet verleiden tot enig hoorbaar geluid. Op grond van de

informatie verkregen tijdens de intakefase, de schoolinformatie en het verloop van het onderzoek wordt de diagnose selectief mutisme gesteld. Loes voldoet ook aan de DSM-IV-classificatie voor sociale fobie.

### **Uitgangspunten van ons behandelprotocol**

Bij de ontwikkeling van ons behandelprotocol hebben we ons laten leiden door de huidige veronderstelling dat selectief mutisme gezien kan worden als een symptoom dat soms in verband gebracht kan worden met sociale angst, soms met separatie-angst en dat soms als (spraak)fobie begrepen kan worden (Black & Uhde, 1995; Steinhausen & Juzi, 1996; Dummit e.a., 1997; Anstendig, 1999; Kristensen, 2000; Bergman e.a., 2002; zie ook Güldner & Wippo, 2003 voor een uitgebreid overzicht). Ongeacht de categorale differentiëring is de gemeenschappelijke noemer bij angststoornissen het voorkomen of vermijden wat gevreesd wordt. Zo ook bij selectief mutisme – het kind vermijdt in sommige sociale situaties een wezenlijk aspect van het sociale verkeer, namelijk de verbale communicatie. Uit de recente literatuur over de behandeling van angststoornissen blijkt dat cognitieve gedragstherapie veel te bieden heeft (Ollendick & King, 1998; Scholing & Ringrose, 2001; Scholing, 2002). Het uitdagen, bewust maken en toetsen van angstige cognities en negatieve ‘self talk’ is het cognitieve element. Het proces van het geleidelijke bloot stellen aan de gevreesde stimuli (graduele exposure in vivo) is het gedragstherapeutische element. In verschillende onderzoeken is de effectiviteit van graduele exposure in vivo veelvuldig aangetoond (Scholing & Emmelkamp, 1993; Emmelkamp, Bouman & Scholing, 1995; Scholing & Emmelkamp, 1995). Of een kind van cognitieve interventies kan profiteren hangt af van zijn intellectuele vermogens en rijping. Aangenomen wordt dat kinderen van zeven jaar en ouder en zonder ernstige mentale retardatie profiteren van een cognitieve herstructurering (Bögels, 2001).

Wat betekent dit nu voor de behandeling van selectief mutisme? Zoals gezegd vermijdt het kind in sommige situaties te spreken terwijl het dit wel doet in andere situaties. Om het vermijdingsgedrag te doen afnemen en het spreken te stimuleren, sluiten we aan bij het proces van de graduele exposure in vivo. Ter ondersteuning van dit proces maken we gebruik van twee gedragstherapeutische technieken die bekend staan als ‘shaping’ en ‘fading’ (Orlemans, 1990). Shaping is het stapsgewijze aanleren van nieuw gedrag waarbij elke stap die richting het gewenste gedrag wijst, bekrachtigd wordt. Fading is het geleidelijk wijzigen van de

omgeving waarin het gewenste gedrag plaatsvindt zonder dat dit gedrag verloren gaat. Met andere woorden, het kind moet eerst leren om in een bepaalde situatie verstaanbaar te praten (shaping) om vervolgens te leren verstaanbaar te blijven praten terwijl de situatie waarin dit gebeurt verandert (fading). Het succesvol toepassen van de technieken shaping en fading bij de behandeling van selectief mutisme werd al in 1980 door Oosterbaan beschreven in zijn publicatie over de behandeling van een negenjarig selectief mutistisch meisje. Naast deze twee technieken wordt ook gebruik gemaakt van ‘modeling’, het voordoen van het gewenste gedrag en het belonen ervan en het negeren van ongewenst gedrag. Het ontbreken van cognitieve interventies in het behandelprotocol heeft te maken met het feit dat alle tot nu toe behandelde kinderen nog niet de leeftijd hadden om van cognitieve herstructurering te profiteren. Een laatste overweging is dat selectief mutisme het best behandeld kan worden daar waar het zich voordoet en dat is in de meeste gevallen op school. We zijn van mening dat dit ook de generalisatie van het spreekgedrag van de ene naar de andere situatie ten goede komt, doordat de individuele behandeling in een aparte ruimte op school een vervolg heeft in de klas.

### **De behandeling van het kind**

Doel van de behandeling is het leren durven te praten op school met kinderen en leerkracht. De behandeling vindt wekelijks op school in een andere ruimte dan de klas plaats. Parallel aan de individuele behandeling werkt de leerkracht als co-therapeut met het kind in de klas. Voorafgaand aan de behandeling krijgt de leerkracht uitleg over selectief mutisme en differentiële bekrachtiging en wordt de mogelijkheid van een tijdelijke terugval besproken. Afgesproken wordt dat vanaf het begin van de behandeling niet meer door andere kinderen voor het selectief mutistische kind gesproken wordt. Na elke individuele behandelingssessie worden samen met het kind en de leerkracht de vorderingen besproken en afspraken gemaakt met betrekking tot het spreekgedrag van het kind in de klas.

### **De individuele behandelstappen**

Tabel 1 laat de behandelstappen zien die, afhankelijk van de vorderingen van het kind, elk een of meer sessies in beslag nemen. De ‘Oefenfase’ is bedoeld om het spreekgedrag verder te intensiveren. De behandeling wordt beëindigd als het kind ook tijdens het kringgesprek durft te spreken.

Tabel 1: Behandelstappen in de individuele behandeling

---

Stap 1	Uitblazen van een kaarsje, lucifer, spelen van blaasvoetbal.
Stap 2	Blazen met geluiden.
Stap 3	Maken van alleen geluiden.
Stap 4	Maken van geluiden gemengd met woorden.
Stap 5	Nazeggen van woorden.
Stap 6	Benoemen van afbeeldingen of cijfers.
Stap 7	Bij kaartspel (kwartet) met een of twee woorden laten vragen welke kaart het kind wil.
Stap 8	Vragen aan het kind wat het ziet op afbeeldingen, meerwoordzinnen stimuleren.
Stap 9	Bij kaartspel (kwartet) in een zin laten vragen welke kaart het kind wil.
Stap 10	Raden wat getekend wordt.
Oefenfas	Intensivering van gesprekjes en/of spel met verbaal karakter.
e	
Afsluiten	Einde behandeling als het kind verbaal reageert tijdens het kringgesprek.

---

Tijdens de eerste vijf stappen ligt het accent op het stimuleren van het kind om mee te werken en het daadwerkelijk uitvoeren van kleine opdrachtjes die gericht zijn op het begin van verbale communicatie. De therapeut doet mee aan elke oefening en fungeert zo ook als rolmodel. Elke stap wordt gedurende de behandelingssessie herhaaldelijk geoefend en ook de voorgaande stappen worden kort herhaald. De therapeut bekrachtigt elk gedrag dat in de richting wijst van het gewenste doelgedrag, bijvoorbeeld uitblazen van een kaars (shaping). Is het kind er in geslaagd een of meerdere keren een kaarsje of lucifer uit te blazen, dan krijgt het kind het kaarsje als beloning mee. Vanaf stap 2 wordt het stickerbeloningssysteem geïntroduceerd (zie behandeling van het kind in de klas). Het kind krijgt na elke sessie een sticker als het de opdracht van de bij de behandelsessie behorende stap heeft uitgevoerd. Indien het kind er niet in slaagt een opdracht uit te voeren, wordt deze opnieuw geoefend in de volgende sessie(s).

Tijdens de volgende vijf stappen komt het accent steeds meer te liggen op de actieve verbale communicatie van het kind. Nu wordt naast 'shaping' ook gebruik gemaakt van 'fading'. In eerste instantie hoeft het kind alleen met de therapeut te praten. Geleidelijk wordt ook het praten in de klassesituatie geïntroduceerd, eerst met de leerkracht en later ook met andere

kinderen. Het nazeggen van woorden wordt uitgebreid tot het antwoord geven met woorden en later zinnen. De richtlijnen voor de eerste vijf stappen zijn ook van toepassing op de stappen 5 tot 10. Tijdens iedere behandelsessie wordt elke stap herhaaldelijk geoefend, evenals de voorgaande stappen. Het gewenste doelgedrag wordt steeds verbaal bekrachtigd en het stickerbeloningssysteem blijft gekoppeld aan de verschillende stappen. Kan een kind een stap nog niet uitvoeren dan komt deze de volgende keer terug. Na de tiende stap reageert het kind op vragen en opdrachtjes met kleine zinnestjes. Dit kan in een aantal sessies nog verder worden uitgebouwd door gesprekjes en/of spelletjes met een verbaal karakter.

### Verloop van de individuele behandeling van Loes

Tabel 2: Overzicht individuele behandeling Loes

	Stap 1	Stap 2	Stap 3	Stap 4	Stap 5	Stap 6	Stap 7	Stap 8	Stap 9	Stap 10	O-fase	Afsl.
Ind. th.	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Week	1		5	5	5	5	9	10	11	11	12	20

Ind. th. = Individuele therapie; O-fase = Oefenfase; Afsl. = Afsluiten behandeling

✓ Kind is er in geslaagd de opdracht uit te voeren - ✗ Kind is er niet in geslaagd de opdracht uit te voeren

Zoals uit tabel 2 blijkt is in de vijfde week een omslag in de behandeling. Tot dan kwam Loes huilend de kamer binnen en leek ontroostbaar. Aan stap 1, het uitblazen van kaarsje of lucifers of een spelletje blaasvoetbal met een wattenbolletje, durfde Loes nog wel mee te doen maar zodra de volgende stappen werden geïntroduceerd draaide ze haar hoofd weg en verborg haar gezicht achter haar handen. Non-verbaal kon Loes wel aangeven dat ze geen geluiden durfde te maken of woorden na te zeggen. De therapeute bekrachtigde in die fase uitsluitend het gedrag dat in overeenstemming was met of in de richting wees van het gewenste doelgedrag en negeerde consequent het ongewenste gedrag (hoofd wegdraaien, gezicht achter handen verbergen etc.). De therapeute stimuleerde in die fase Loes steeds weer opnieuw om stap 2, blazen met geluid, te proberen. Daarnaast werden soms de volgende stappen aangeboden om te kijken of Loes hier wel mee uit de voeten kon. De omslag in de behandeling trad in de vijfde week op. In de week daarvoor had de therapeute Loes naar de kamer moeten dragen waar ze huilend op de grond ging liggen. De therapeute nodigde Loes uit, op haar stoeltje te gaan zitten en toen zij dit niet deed ging de therapeute lezen. Op het moment dat Loes haar aankeek bekrachtigde ze dit gedrag onmiddellijk met een compliment. Na het aankijken werd het rechtop op de grond zitten positief bekrachtigd en vervolgens het op de stoel gaan zitten. Toen Loes eenmaal op de stoel zat werd ze daar nog eens extra

uitvoerig voor geprezen en werd de behandeling begonnen alsof er niets aan was vooraf gegaan. In de vijfde week liep Loes zonder huilen maar wel met haar handen voor haar ogen zelfstandig naast de therapeute mee naar de kamer. De therapeute en Loes hadden afgesproken dat ze deze week zouden beginnen met het 'telboek' onderdeel van stap 6, ook al waren de stappen 2 t/m 5 nog niet gelukt. Het telboek is een boek met cijfers en daarbij passende illustraties, bedoeld om kinderen de eerste beginselen van het getalbegrip bij te brengen. Tot verbazing van de therapeute begon Loes heel zachtjes alle cijfers te benoemen en ook de daarbij behorende illustraties. Bij de opdracht 'afbeeldingen van dieren benoemen' leek ze in eerste instantie weer in het gedrag te vervallen van de voorgaande uren, niet durven, nee schudden, haar gezicht achter haar handen verbergen etc. De therapeute negeerde dit gedrag en nodigde Loes weer uit om de afbeeldingen te benoemen. Zij noemde vervolgens zonder aarzeling maar nog wel op fluisterton alle dieren op. In de daaropvolgende drie weken van de behandeling bleef Loes de stappen 3 t/m 6 steeds herhalen en werd ook aandacht besteed aan het volume van haar gesprekston. Dit gebeurde door Loes te vragen haar verbale reacties te herhalen totdat het verstaanbaar was. In eerste instantie deed de therapeute erg haar best om alles zo goed mogelijk te verstaan. Daarna moest Loes voor dezelfde bekrachtiging meer doen, namelijk verstaanbaar praten. Vanaf de negende week werden in drie behandelingssessies de stappen 7 t/m 10 doorgewerkt. Hoewel Loes ook in deze periode nog geregeld momenten liet zien waarin ze zich achter haar handen verschuilde, gedrag dat door de therapeute genegeerd werd, nam het spontane spreekgedrag steeds meer toe. Ook haar stemvolume was nu, hoewel nog zacht, toch duidelijk verstaanbaar. In de laatste periode van de behandeling, de 'Oefenfase', stond het intensiveren van haar spreekgedrag centraal. Daarbij gaf ze steeds meer met volzinnen antwoord op vragen en vertelde regelmatig ook spontaan een klein verhaaltje uit haar dagelijkse leven. In de zeventiende week werd de doelstelling van de behandeling, praten in de klas met de leerkracht en kinderen, gehaald en de behandeling werd drie weken later beëindigd.

### **De behandelstappen in de klas**

Zoals reeds werd beschreven, wordt na elke individuele behandelingssessie het communicatieve gedrag van het kind gezamenlijk met de leerkracht geëvalueerd en worden afspraken gemaakt met betrekking tot de behandelstappen in de klas. Een belangrijk hulpmiddel daarbij is het stickerbeloningssysteem. De stickers die het kind tijdens de individuele behandeling verdient, worden in dit beloningssysteem opgenomen. De

beloningslijst wordt door de leerkracht in overleg met het kind samengesteld. Tabel 3 laat de behandelstappen zien die in de klas worden toegepast. De ‘Oefenfase’ is evenals bij de individuele behandeling bedoeld om het spreekgedrag te intensiveren.

Tabel 3: Behandelstappen in de klas

Stap 1	Introductie stickerbeloningssysteem.
Stap 2	Non-verbaal reageren op de leerkracht.
Stap 3	Het kind maakt op verzoek van de leerkracht eenmaal per dag een geluid.
Stap 4	Een woord dat het kind ‘s ochtends en ‘s middags eenmaal moet zeggen.
Stap 5	Uitbreiden aantal woorden dat het kind ‘s ochtends en ‘s middags moet zeggen.
Oefenfas	Het kind geeft altijd verbale reactie op alle vragen van de leerkracht.
e	
Afsluiten	Einde behandeling als het kind verbaal reageert tijdens het kringgesprek.

Tijdens de eerste vijf stappen van het individuele programma begint het kind in de klas met het non-verbaal reageren op vragen van de leerkracht. De non-verbale reactie wordt beloond. Daarna spreekt de leerkracht met het kind af om eenmaal per dag een geluid te maken in de klas. Het geluid wordt beloond. In de volgende stap wordt het geluid vervangen door een woord dat het kind op verzoek van de leerkracht s’ ochtends en ‘s middags eenmaal moet zeggen. Beide keren worden beloond. Vervolgens worden de woorden die het kind s’ ochtends en ‘s middags moet zeggen steeds met twee woorden uitgebreid. Elk dagdeel waarin het kind twee of meer woorden zegt wordt beloond. In de laatste fase van de behandeling wordt het kind alleen beloond als het altijd verbaal reageert op de leerkracht. De laatste stap in de klas is een verbale reactie geven op vragen van de leerkracht tijdens het kringgesprek.

### Verloop van de behandeling van Loes in de klas

Tabel 4: Overzicht behandeling Loes in de klas

	Stap 1	Stap 2	Stap 3	Stap 4	Stap 5	O-fase	Afsl.
Klas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Week	1	2	2	9	12	14	20

O-fase = Oefenfase; Afsl. = Afsluiten behandeling

✓ Kind is er in geslaagd de opdracht uit te voeren - ✗ Kind is er niet in geslaagd de opdracht uit te voeren



Zoals uit tabel 4 blijkt heeft Loes na negen weken voor het eerst in de klas gesproken. Na de introductie van het beloningssysteem (stap 1) werd vanaf de tweede week stap 3 geïntroduceerd 'geluid maken op verzoek van de leerkracht'. Dit was verantwoord omdat Loes al voor het begin van de behandeling non-verbaal reageerde op de leerkracht. Het vervangen van geluid door een woord, stap 4, lukte echter nog niet. Vanaf week 5 bleek Loes, zoals afgesproken, geluid te gebruiken om te vragen of ze naar het toilet mocht. Twee weken later, na de introductie van stap 4 (geluid vervangen door een woord) leidde dit tot een terugval bij Loes. 'Geluid maken op verzoek van de leerkracht' lukte niet meer. Samen met Loes besprak de leerkracht dat stap 4 nu misschien nog te moeilijk was, waarop Loes weer geluid liet horen. De week daarop werd opnieuw stap 4 met Loes besproken, maar zij gaf non-verbaal te kennen deze stap nog niet aan te durven. Vanaf de negende week werd stap 4 met succes in de klas geïntroduceerd. Ook haar stemvolume was nu, hoewel nog zacht, toch duidelijk verstaanbaar. Drie weken later werd stap 5 geïntroduceerd en werden de woorden die ze op beide dagdelen moest zeggen gestaag uitgebreid. Omdat Loes binnen twee weken steeds meer sprak, werd besloten om net zoals in de individuele begeleiding ook in de klas met de 'Oefenfase' te beginnen. Loes moest nu altijd verbaal op de leerkracht reageren. Drie weken later (week zeventien) bleek Loes voor het eerst gepraat te hebben tijdens het kringgesprek en was de leerkracht van mening dat Loes zich in niets meer van de andere kinderen in de klas onderscheidde. De doelstelling, namelijk durven praten in de klas met de leerkracht en de kinderen, was gehaald. Drie weken later werd de behandeling beëindigd.

### **Begeleiding van de ouders van Loes**

Sinds de school heeft aangedrongen op onderzoek en behandeling hopen de ouders dat hun dochter zich minder onzeker en met meer zelfvertrouwen zal ontwikkelen dan zij zelf toen ze nog kinderen waren. Naar aanleiding van het onderzoek zijn de ouders allereerst uitvoerig voorgelicht over de diagnose selectief mutisme. Daarbij is benadrukt dat het van belang is dat Loes niet alleen thuis praat maar ook op school leert te durven praten.. Er is stilgestaan bij de vragen van de ouders omtrent de werkwijze en hun zorg dat Loes misschien nog angstiger zou kunnen worden als ze zal moeten praten op school. Met name moeders neiging om Loes te beschermen en de invloed van de ouderlijke angst en onzekerheid op de ontwikkeling van Loes was het centrale thema in de eerste fase van de ouderbegeleiding. Geleidelijk aan kregen de ouders meer en meer oog voor het overmatige beschermen en ontzien van hun dochter.

Toen Loes in de individuele behandeling en ook in de klas de eerste woordjes zei, bleek zij thuis weer gedrag te vertonen dat de ouders deed denken aan de peuterperiode. Loes begon weer eten te weigeren, was bang voor inbrekers, wilde niet alleen slapen en vroeg nadrukkelijk om de aandacht van moeder. Het herkennen van leeftijdsadequaat gedrag en gedrag dat niet in overeenstemming is met de ontwikkelingsfase werd uitvoerig met de ouders besproken. Samen met de therapeute werden plannen bedacht hoe de ouders het best met dit gedrag konden omgaan. Centraal stond daarbij het maken van onderscheid tussen gewenst en ongewenst gedrag en het bekrachtigen van gewenst gedrag en negeren van ongewenst gedrag. De ouders leerden zo te bekrachtigen en te negeren, technieken die ook door de therapeute in de behandeling van Loes werden toegepast. Nadat de ouders dit een aantal weken consequent hadden toegepast bleek het regressieve gedrag van Loes al snel weer verdwenen te zijn. Aan het einde van de behandeling bleek dat de ouders hun dochter nu als opener en vrijer beleefden, ze zocht actiever het contact met andere kinderen, sprak en speelde samen in afwezigheid van de ouders. Ten aanzien van onbekende volwassenen bleek Loes nog steeds enigszins afwachtend maar ze durfde wel antwoord te geven als tegen haar gesproken werd.

### **Beschouwing**

Naast Loes werden in het afgelopen jaar nog drie kinderen met behulp van het hier beschreven protocol behandeld. Twee zesjarige jongens, Fathi van Turkse afkomst en Arib van Egyptische afkomst, en Anna, een Nederlands meisje van bijna drie jaar. Bij Loes, Fathi en Arib was sprake van een beschermende moeder en een wat minder bij de zorg betrokken vader. In het gezin van Anna waren die rollen omgedraaid. Loes, Fathi en Arib waren de oudsten in hun gezin en hadden een jonger broertje of zusje; Anna was de jongste in haar gezin. Evenals Loes had geen van de kinderen tot dan gesproken met de leerkracht respectievelijk de peuterleidster of de andere kinderen. Bij zowel Fathi als Anna werd de behandeling na ongeveer vijf maanden afgesloten, vergelijkbaar met de behandelingsduur van Loes. Het spreekgedrag van Fathi en Anna was zodanig op gang gekomen dat ze zich nauwelijks meer van andere kinderen onderscheidden. De behandeling van Arib werd na tien weken voortijdig beëindigd vanwege de onverwachte verhuizing van het gezin naar Egypte. Arib sprak al redelijk in individuele behandeling, maar na bekend worden van de aanstaande verhuizing werd de aanzet om ook in de klas te gaan praten direct weer ongedaan gemaakt en zweeg hij weer. Uit de follow-up-interviews met ouders en leerkrachten enkele maanden later, bleek dat Loes, Fathi en Anna nog steeds normaal spraken in de klas en ook daarbuiten.

Door aan te sluiten bij de huidige theoretische veronderstelling dat selectief mutisme deel uitmaakt van het spectrum van angststoornissen en de focus van de behandeling derhalve gericht moet zijn op het opheffen van het vermijdingsgedrag, hebben we een behandelprotocol ontwikkeld dat we bij een aantal kinderen succesvol hebben toegepast ongeacht hun individuele verschillen. Aangezien de door ons behandelde kinderen nog te jong waren om van cognitieve interventies te kunnen profiteren, hebben we alleen gebruik gemaakt van een aantal gedragstherapeutische technieken, met shaping en fading als belangrijkste ingrediënten om het proces van de graduele exposure in vivo te ondersteunen. Dit proces van de kleine stapjes is erop gericht de angst voor het spreken te doen afnemen en de taal die het kind beheerst hoorbaar te laten worden. Op zich is onze benadering niet nieuw (zie Oosterbaan, 1980). Wat wel nieuw is, is dat we deze vorm van behandeling in een protocol hebben vastgelegd en consequent hebben toegepast bij Loes Fathi, Arib en Anna. Dit verklaart mogelijk ook de overeenkomst in behandelingsduur tussen de kinderen. Ook het op gang komen van het spreekgedrag vertoont overeenkomsten. Alle kinderen begonnen tussen de vier en zes weken verbaal te communiceren met de therapeut en elk kind bleek vier tot zes weken later bezig met de laatste stap van het protocol. Dit betekende echter niet dat elk kind op hetzelfde moment dezelfde stappen heeft genomen. Soms werden stappen overgeslagen en lieten de kinderen stappen verder in de hiërarchie wel zien. Het consequent toepassen van het protocol betekent dus niet een star vasthouden aan de volgorde van de behandelstappen maar het hanteren ervan als richtlijn, waarbij het kind kan afwijken in de volgorde van de behandelstappen. In dit verband is het ook interessant om te vermelden dat alle kinderen in het uur waarin het spreekgedrag ontstond direct meerdere behandelstappen tegelijk uitvoerden. Een mogelijke verklaring is dat het overwinnen van de spreekangst als een katalysator werkt voor het spreekgedrag. Een laatste opmerking die we hier willen maken betreft de relatie tussen leeftijd en het begin van de behandeling. In de literatuur wordt gesuggereerd dat oudere kinderen meer therapieresistent zijn en de prognose ongunstiger is voor blijvende verandering (Rutter, 2002). Deze bevindingen pleiten voor een vroegtijdige onderkenning en behandeling van selectief mutisme op jonge leeftijd. Het patroon van het hardnekkig zwijgen is dan nog niet zo ingeslepen en mogelijk nog toegankelijker voor therapeutische interventies dan bij oudere kinderen. Hoewel de eerste behandelresultaten veelbelovend zijn is het zeker nog te prematuur om te stellen dat dit protocol met de daarbij gehanteerde behandelmethodes het antwoord is op de

vaak vergeefse pogingen om het hardnekkige zwijgen op te heffen. Daarvoor zullen nog meer kinderen volgens deze methode behandeld moeten worden om een gefundeerd oordeel te kunnen geven over de bruikbaarheid van dit protocol bij de behandeling van kinderen met selectief mutisme.

## **Literatuur**

APA (American Psychiatric Association) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed.) Washington DC; American Psychiatric Association.

Anstendig, K.D. (1999). Is selective mutisme an anxiety disorder? Rethinking its DSM-IV classification. *Journal of Anxiety Disorder*, 13, 4, 417-434.

Bergman, R.L., Pimentini, J. & McCracken J.T. (2002). Prevalence and description of selective mutisme in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 8, 938-946.

Black, B. & Uhde, Th., (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 7, 847-856.

Bögels, S., (2001). Sociaal-fobische kinderen. In: Haan, E., de, Dolman, C. & A. Hansen, (Red.), *Directieve therapie bij kinderen en adolescenten* (pp. 160-176). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Dummit, E.St., Klein, R.G., Tancer, N.K., Asche, B., Martin, J. & Fairbanks, J.A., (1997). Systematic assessment of 50 children with selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 5, 653-660.

Emmelkamp, P., Bouman, Th. & Scholing, A. (1995). *Angst, fobieën en dwang*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Güldner, M.G. & Wippo, E. (2003). Selectief mutisme – de stand van zaken. – *Kind en adolescent*, 3.

Kristensen, H. (2000). Selective mutisme and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 2, 249-256.

Kussmaul, A., (1887). *Die Störungen der Sprache*. Leipzig, Vogel.

Orlemans, J.W.G., (1990). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Ollendick, T.H. & King, N.J. (1998). Empirically supported treatments for children phobic and anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 27, 156-167.

Oosterbaan, H. (1980) Selectief mutisme: samenwerking tussen een gedragstherapeut en een logopediste op een Paedologisch instituut. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 6, 4, 199-209

Rutter, M. & Taylor, E., (Ed.), (2002). *Child and Adolescent Psychiatry - 4e edition*. Blackwell Science - Publishing Company.

Scholing, A. & Emmelkamp, P.M.G., (1993). Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: Effects of individual and group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 667-681.

Scholing, A. & Emmelkamp, P.M.G., (1995). *Sociale fobie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Scholing, A. & Ringrose, J., (2001). Behandeling van angstige kinderen. In: Haan, E., de, Dolman, C. & A. Hansen, (Red.), *Directieve therapie bij kinderen en adolescenten (pp. 144-159)*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Scholing, A. (2002). Gedragstherapeutische en cognitieve interventies bij kinderen met angststoornissen. *Kind en Adolescent*, 23, 4, 313-336.

Steinhausen, H.Ch. & Juzi, C. (1996). Elective mutisme, an analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 5, 606-614.

Tramer, M., (1934). Electiever Mutismus bei Kindern. *Zeitschrift für Kinderpsychiatrie*. 19, 49-87.