

De stilte voorbij?

Karen Wansink



In elke peuter(speelzaal)groep of schoolklas zitten kinderen die verlegen en stil zijn. Er zijn ook kinderen die nóóit praten tegen een leerkracht, een pedagogisch medewerker of tegen andere kinderen. In een op de duizend gevallen betreft het een kind met selectief mutisme. Deze kinderen vallen op door niet op te vallen. Hoe kunnen we omgaan met deze stille kinderen?

Selectief mutisme is een zeldzame, complexe angststoornis waarin een kind niet kan spreken in specifieke sociale situaties, terwijl het in andere situaties wel spreekt. Dit artikel beschrijft wat selectief mutisme inhoudt en welke verschijningsvormen en oorzaken er zijn. In samenhang met een voorbeeld van een gecombineerde behandelmethodes worden handvatten voor pedagogisch medewerkers en leerkrachten gegeven die zij kunnen gebruiken wanneer er in de groep of klas sprake is van een kind met selectief mutisme. Ten slotte wordt antwoord gegeven op de vraag: hoe kunnen we in de groep of klas omgaan met deze stille kinderen?

Definitie selectief mutisme

Selectief mutisme wordt in de DSM-IV (1994) gedefinieerd als: consequent niet kunnen spreken in specifieke sociale situaties (waarin van het kind verwacht wordt dat hij spreekt, bijvoorbeeld op school) ondanks dat er in andere situaties wel gesproken wordt. De stoornis staat het bereiken van resultaten in opleiding en beroep in de weg of belemmert de sociale communicatie. De duur van de stoornis bedraagt minstens één maand (met uitzondering van de eerste maand op school). Het onvermogen te praten is niet het gevolg van een gebrek aan kennis van of vertrouwdheid met de gesproken taal die in de sociale communicatie vereist wordt. De stoornis is niet toe te schrijven aan een communicatiestoornis (bijvoorbeeld stotteren) en komt niet uitsluitend voor in het kader van een pervasieve ontwikkelingsstoornis zoals een autistische stoornis, van schizofrenie of een psychotische stoornis (Van Lieshout, 2009).

Kinderen met de diagnose selectief mutisme worden omschreven als verlegen, teruggetrokken, timide, nerveus of geblokkeerd. Ze hebben moeite met reageren op communicatie, zowel verbaal als non-verbaal. Kinderen ervaren, in sociale momenten waarin zij zich niet veilig en vertrouwd voelen, grote angst. Deze angst is zo groot, dat praten niet mogelijk is. Een mogelijke verklaring van het niet praten is dat



Voor een kind kan een sociale setting, zoals een kleuterklas, een angstige situatie zijn

de verhoogde angst zorgt voor spierverkramping, de stembanden worden als het ware verlamd (Shipon-Blum, 2011).

Sinds de vierde editie van de DSM in 1994 ligt het accent bij selectief mutisme op het **onvermogen** om te spreken. Eerder lag het accent op de **onwil** van kinderen om te spreken. In 1877 beschreef Kussmaul (Oosterbaan, 2001) als eerste 'aphasia voluntaria', de vrijwilligheid tot totale stilte. Morritz Tramer introduceerde in 1934 de term 'electief' (verkozen) mutisme, waarmee hij kinderen aanduidde die in alle interpersoonlijke relaties weigerden te spreken. Deze benaderingen suggereerden dat kinderen vrijwillig besloten niet te praten vanwege oppositionele motieven. Uit verschillende onderzoeken is echter gebleken dat het situationele aspect leidend is (Güldner & Wippo, 2003), vandaar dat 'selectief' nu de benaming is.

Gerelateerde aandoeningen

Selectief mutisme komt vaker voor bij meisjes dan bij jongens en openbaart zich meestal tussen de drie- en vijfjarige leeftijd. Het ontstaan van selectief mutisme wordt door velen gerelateerd aan het ontstaan van angststoornissen. Een ingehouden temperament, aangeboren persoonlijkheidsstoornissen of genetische factoren overgedragen door

Kinderen ervaren grote angst in sociale momenten waarin zij zich niet veilig en vertrouwd voelen

ouders met angststoornissen, verklaren volgens Dow, Black, Uhdé en Chavira het ontstaan van selectief mutisme (Selective Mutism Group, 2011). Bij kinderen met een teruggetrokken temperament worden verstoringen geconstateerd in de amygdala, een zenuwknoppunt in de hersenen dat verbanden legt tussen gevaar, signalen van zintuigen en emoties. Gevoelens van angst, ongeacht of deze reëel zijn, worden daarbij gekoppeld aan sociale situaties, die als gevaarlijk worden aangemerkt. Er ontstaat in de hersenen een proces van angstconditionering (Selective Mutism Group, 2011).

Selectief mutisme kan tegelijkertijd voorkomen met verhoogde gevoeligheid voor geluid, drukte of aanraking. Daarnaast kan sprake zijn van terugval in de zindelijkheidsontwikkeling, depressie, hyperactiviteit en obsessieve drangstoornissen (Verheij, Verhulst & Ferdinand, 2007). Ook fysieke symptomen zoals buikpijn, misselijkheid en hoofdpijn (Shipon-Blum, 2011) kunnen voorkomen.

Begrijpen van kind en ouders

Het is belangrijk te realiseren dat het grootste deel van de kinderen met selectief mutisme in situaties die zij als vertrouwd ervaren net zo 'normaal' en sociaal vaardig reageren als andere kinderen. De problemen die op het kinderdagverblijf of school voorkomen, worden door ouders vaak niet herkend in de thuissituatie. Kinderen vertonen thuis vrolijk, uitbundig en sociaal aanvaardbaar gedrag, waardoor ouders vaak aangeven dat hun kind thuis echt een praatjesmaker is.

Maria (3,5 jaar) is een rustig meisje, zij valt niet op in de peuterspeelzaalgroep. Ze puzzelt veel aan tafel en houdt van tekenen. Maria spreekt niet tegen de leidsters of tegen de andere kinderen, dit heeft zij nog nooit gedaan. De peuterspeelzaalleidsters praten hierover met de ouders van Maria. Die zijn verbaasd. Maria is thuis de drukste van alle kinderen en voert het hoogste woord. De ouders bieden aan om video-opnamen van thuis mee te nemen, zodat de leidsters zien dat hun dochter goed kan praten.

Voor een kind kan een sociale setting, zoals het kinderdagverblijf of de school, een angstige situatie zijn. Deze kinderen hebben een laag zelfbeeld en ervaren dat de omgeving niet-realiseerbare, hoge verwachtingen aan hen stelt. Ironisch bekeken is dit een vicieuze cirkel, aangezien het niet praten in de meeste gevallen leidt tot het vestigen van nog meer aandacht op het kind. Dat leidt weer tot ernstige mate van angstervaring, waardoor praten onmogelijk is. Het is dus van belang om kinderen met deze stoornis te begrijpen. Begrijpen dat het niet een vorm van opstandigheid of koppigheid is om niet te praten, begrijpen dat kinderen er niet overheen groeien en niet denken dat het vanzelf wel beter wordt. Pedagogisch medewerkers, leerkrachten en ouders zullen in samenwerking en afstemming met elkaar alle druk om het kind te laten praten, weg moeten nemen. Behandeling van selectief mutisme kan in geen enkel geval gericht zijn op het aan het praten krijgen van het kind. Waar dient de behandeling zich dan wel op te richten?

Handelingsplan op maat

Zoals eerder beschreven, wordt selectief mutisme geclassificeerd als angststoornis. De behandeling is driedelig en richt zich op angstreductie, het vergroten van het zelfvertrouwen van het kind en het vergroten van sociale vaardigheden. Hierna volgt de transitiefase.

Voor elk kind moet een handelingsplan op maat gemaakt worden. Uit de Verenigde Staten zijn een aantal evidence based interventies en behandelmethoden beschikbaar (Menuzzi, Freeman & Christner, 2006): gedragstherapie (al dan niet in combinatie met medicijnen), cognitieve therapie en speltherapie.

Gedragstherapie

Gedragstherapeutische benaderingen, zoals positieve benadering en het versterken van gewenst gedrag in een kleine sociale groep, kunnen geleidelijk uitgebreid worden naar een grotere sociale setting. Samen met de pedagogisch medewerker een spelletje doen of de leerkracht helpen met een klusje in de klas, zijn hier voorbeelden van. In eerste instantie wordt aandacht besteed aan het creëren van een vertrouwde sociale setting in een voor het kind niet-vertrouwde omgeving (zoals school). Hierin staat het vormgeven van de vertrouwensband tussen het kind en de begeleider centraal.



Laat het kind oefenen in een vertrouwde omgeving, bijvoorbeeld alleen met de leerkracht

Amerikaans onderzoek (Shipon-Blum, 2011) toont aan dat gedragstherapie in combinatie met medicijnen de meest effectieve behandeling oplevert. Medicijnen die angstverlagend werken, zoals prozac of zolofit zijn vooralsnog niet ingezet in Nederlandse behandelmethoden.

Cognitieve therapie

Cognitieve therapie kan worden ingezet om de irreële gedachten en gevoelens van angst van kinderen om te buigen naar positieve gedachten. Een voorbeeld hiervan is

Belangrijk is om goede afspraken te maken tussen het kind, de begeleider en de omgeving

aangeven van het gevoel van angst op een thermometer. Kinderen kunnen op deze manier aan hun begeleider aangeven hoe angstig zij zich voelen en inschatten hoe angstig zij zich zouden voelen bij het uitvoeren van een bepaalde taak, zoals antwoord geven op een vraag. Na (fictieve) voltooiing van de taak kan het verschil in beleving tussen de meetmomenten met het kind besproken worden. Door positieve kenmerken, talenten en competenties van kinderen naar voren te brengen, zal het zelfbeeld en zelfvertrouwen van kinderen groeien.

Speltherapie

Speltherapie kan worden ingezet om kinderen sociale vaar-

digheden aan te leren. Interacties tussen kinderen kunnen in eerste instantie het best in kleine groepjes worden begeleid. Belangrijk hierbij is ook de medewerking van ouders, die vriendjes en vriendinnetjes thuis uit kunnen nodigen. Op deze manier kan het kind in zijn vertrouwde omgeving zijn sociale competentie vergroten.

Transitiefase

Wanneer de angst is weggenomen en het zelfvertrouwen en de sociale vaardigheden van het kind zijn gegroeid, volgt de transitiefase. In deze fase leren kinderen met selectief mutisme strategieën om van non-verbaal naar verbaal gedrag te komen. Dr. Shipon-Blum (2006) ontwikkelde de *ritual sound approach*. In stappen wordt een kind geleerd non-verbaal gedrag om te zetten naar verbale interactie. Ten eerste leren kinderen non-verbaal gedrag in te zetten als communicatiemiddel. Knikken, wijzen, schrijven of het gebruik van gebaren kunnen dienen om een boodschap duidelijk te maken. Naast deze responsieve methoden, kunnen ook initiërende manieren worden aangeleerd, zoals gebaren om iemands aandacht te trekken, fluiten of pictogrammen aanduiden.

In de tweede stap leren kinderen verbale technieken aan om mee te communiceren. Responsief, door geluiden te maken zoals letters en klanken (Sss= yes, Y+S=yes). Ook kan een intermediair ingezet worden, bijvoorbeeld een vriendje waar het kind een antwoord aan geeft. Je kunt het kind initiatief tot communicatie laten tonen door het bijvoorbeeld een video-opname te laten maken in een vertrouwde setting, waarop het een boodschap verbaal kan uitdragen.

Deze boodschap kan aan betrokkenen in de setting waarin het kind niet spreekt, getoond worden. De derde stap richt zich op communicatie bij benadering. Dit is zowel responsief als initiërend een manier waarbij kinderen de mogelijkheid hebben om fantasietaal te gebruiken, te fluisteren of op zich een voorlezende manier verbaal uiten. Belangrijk is om goede afspraken te maken tussen het kind, de begeleider en de omgeving. Iedereen moet over dezelfde informatie beschikken om op een eenduidige manier met het kind te communiceren.

De peuterspeelzaalleidsters stimuleren Maria om in **kleine groepjes** met andere kinderen te spelen. De poppenhoek is hierbij favoriet. De leidsters verdelen de rollen. Maria speelt het kind, Jaimy speelt de vader. Vader geeft het kind opdrachten: 'Nu ging jij slapen.' Maria hoeft geen antwoord te geven, de leidsters verwachten dit ook niet van haar. Later speelt Maria alleen in de poppenhoek, zij is de moeder. De leidsters horen haar zachtjes tegen een babypop zeggen: 'Nu ging jij slapen.'

Tien tips voor leerkrachten

- Dwing het kind niet tot praten.
- Schakel alle betrokkenen in, zorg dat iedereen op de hoogte is van de eenduidige aanpak. Dit betekent: het kind zelf, maar ook collega's, ouders, de kinderen in de groep, etc.
- Geef het kind alternatieve manieren om te communiceren, bijvoorbeeld: wijzen, schrijven, fluisteren.
- Organiseer groepsactiviteiten in kleinere groepen, laat het kind oefenen in een vertrouwde omgeving.
- Geef aandacht aan het positieve gedrag van het kind, zijn talenten en competenties, vergroot het zelfbeeld en zelfvertrouwen.
- Wees je ervan bewust dat een kind met selectief mutisme ook graag wil praten, vriendjes wil maken en sociaal om wil gaan met andere mensen.
- Geïrriteerd, ongeduldig of cynisch reageren of boos worden, heeft geen zin. Dit heeft een negatief effect, het vergroot namelijk het teruggetrokken en angstige gedrag.

- Laat anderen niet praten vóór het kind, maar focus op alternatieve strategieën, zoals de non-verbale communicatie.
- Wees je ervan bewust dat hoewel een kind niet tegen je praat, hij wel begrijpt wat je bedoelt.
- Wanneer een kind praat (tegen andere kinderen of de begeleider), maak dit dan niet groter dan het is. Door op een overdreven manier aandacht te geven aan het feit dat er gesproken is, kan een kind zich hierdoor nog meer terug trekken.

Maria is inmiddels 2 maanden gestart op de basisschool. Haar jongere broertje zal voor de eerste keer de peuterspeelzaal bezoeken. Maria komt mee, ze neemt haar broertje aan de hand en loopt met hem de groepsruimte door. Ondertussen wijst ze al het speelgoed aan en vertelt aan haar broertje hoe leuk het op de speelzaal is. **Maria vertelt aan de peuterspeelzaalleidster** dat zij een nieuwe broodtrommel heeft gekregen nu ze op de grote school zit. De leidsters zijn erg enthousiast en vragen aan Maria of ze het leuk heeft op school.

Een professional in de kinderopvang of het onderwijs is zich bewust van zijn eigen communicatie en interactie met de kinderen. Wanneer een kind niet spreekt, zal de eerste reactie van deze professionals het stimuleren van de verbale communicatie zijn. De misvatting dat een oppositioneel motief van kinderen leidt tot het niet spreken, terwijl selectief mutisme zijn oorsprong heeft in angststoornissen, kan leiden tot een verergering van de symptomen. In dit artikel is een beeld geschetst van selectief mutisme als angststoornis, met daarbij voorbeelden van verschillende evidence bases interventies. Concluderend kan worden gesteld dat de begeleiding van kinderen met selectief mutisme in eerste instantie gericht is op het wegnemen van angst en het vergroten van sociale competentie van het kind. Door kinderen met selectief mutisme zich sociaal comfortabel en capabel te laten voelen, zullen zij verbale communicatie gaan gebruiken. Een eenduidige, integrale aanpak waarbij alle betrokkenen op de hoogte zijn van de te nemen stappen, zal het meest effectief zijn. 🌟

Literatuur

- Lieshout, T. van (2009). *Pedagogische adviezen voor speciale kinderen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Oosterbaan, H. (2001). Selectief mutisme. In: E. de Haan (red.) *Directieve therapie bij Kinderen en adolescenten* (pp 189-201). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Güldner, M.G. & Wippo, E. (2003). Selectief mutisme, de stand van zaken. In: *Kind en adolescent*. 24: 130-135. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Menutti, R.B., Freeman, A. & Christner, R.W. (2006). *Cognitive-behavioral interventions in educational settings*. New York: Taylor & Francis Group.
- Selective Mutism Group (2011). Gedownload op: www.selectivemutism.org (11 januari 2011).
- Siphon-Blum, E. (2006). *Selective mutism-stages of social communication comfort scale*. Philadelphia: Selective mutism Anxiety Research and Treatment Center.
- Siphon-Blum, E. (2011). Gedownload op www.selectivemutismcenter.org (12 februari 2011).
- Verheij, F., Verhulst, F.C. & Ferdinand, R.F. (Eds). (2007). *Kinder- en Jeugdpsychiatrie*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.