

Selectief mutisme bij kinderen

M. Güldner (2012). *Selectief mutisme bij kinderen – Als een kind soms niet praat*. Houten: LannooCampus, 100 p. € 17,99. ISBN 978 94 014 0036 7

Suzanne van Veen

Als zesde deel van de reeks *Kinderpsychologie in Praktijk* verschijnt wederom een toegankelijk boek over selectief mutisme bij kinderen. Aan deze stoornis wordt gedacht wanneer een kind consequent niet spreekt in specifieke sociale situaties waarin dit wel van hem wordt verwacht, terwijl het kind wel kan spreken in andere situaties. Vaak wordt gezien dat het kind thuis durft te spreken met ouders, maar spreekangst laat zien in de schoolsituatie. Het boek bevat naast de recente wetenschappelijke kennis, veel praktijkvoorbeelden en tips. Het is geschikt als psycho-educatie voor ouders en leerkrachten, maar biedt voor hulpverleners ook praktische handvatten voor de behandeling.

Selectief mutisme kan worden gezien als een angststoornis. De prevalentie wordt op basis van Amerikaanse onderzoeksgegevens geschat op 7.1 per 1000 kinderen. Het wordt meestal opgemerkt tussen het derde en vijfde levensjaar, wanneer het contact met kinderen en volwassenen buiten het gezin toeneemt. Bij de overgang naar school wordt voor alle kinderen rekening gehouden met een gewenningsperiode van een maand. Wanneer kinderen na de tweede maand nog steeds niet spreken, kan gedacht worden aan selectief mutisme. Voor kinderen die tweetalig zijn opgevoed geldt dat het spreken minstens zes maanden aanwezig moet zijn en bovendien in beide talen moet voorkomen om de diagnose te kunnen stellen.

De Duitse arts Adolf Kussmaul beschreef ruim honderd jaar geleden het beeld van niet spreken voor het eerst en noemde dit 'vrijwillige sprakeloosheid'. De Zwitserse kinderpsychiater Moritz Tramer introduceerde in de jaren dertig van de vorige eeuw de term *electief mutisme*: het weigeren te spreken in allerlei situaties met uitzondering van het spreken tegen familieleden of naasten. Dit veronderstelt een bepaalde vorm van oppositioneel gedrag, het kind kiest bewust voor het zwijgen. In de DSM IV (1994) werd de stoornis aangeduid als selectief mutisme, waarmee het onvermogen van kinderen om te spreken in bepaalde situaties beter wordt omvangen. Drie jaar geleden werd een belangrijk overzichtartikel gepubliceerd waarin een samenvatting wordt gegeven van de literatuur die in de voorafgaande 15 jaar werd gepubliceerd over selectief mutisme (Viana, Beidel, & Rabian, 2009). De bevindingen van Güldner komen grotendeels overeen met de inhoud van dit artikel. Twee discussiepunten zullen worden besproken.

Ten eerste lezen we in *Selectief mutisme bij kinderen* heel duidelijk dat wanneer blijkt dat zowel het taalbegrip en/of de taalexpressie onvoldoende ontwikkeld is, de diagnose selectief mutisme voorlopig uit wordt gesloten en eerder gedacht moet worden aan taal- of spraakproblemen die een logopedisch onderzoek vereisen. Zeker bij kinderen met een andere moedertaal moet goed bekeken worden of het kind de Nederlands taal voldoende beheerst, hiertoe kan gebruik worden gemaakt van audio/video-opnamen van een situatie waarin het kind wel spreekt. De tijdsbepaling waarna de diagnose gesteld mag worden is zodoende bij deze doelgroep ook zes maanden. In het overzichtartikel van Viana e.a. (2009) worden meerdere studies aangehaald die grofweg beweren dat een derde van de kinderen met selectief mutisme ook voldoen aan een spraak- of taalstoornis, zoals een expressieve taalstoornis,

fonologische stoornis of articulatiestoornis. Recentelijk zijn de taalvaardigheden met behulp van non-verbale tests gemeten bij drie groepen: kinderen met selectief mutisme, kinderen met een andere angststoornis en een controlegroep. Kinderen met selectief mutisme scoren significant lager dan de andere twee groepen op het gebied van fonologisch bewustzijn, receptieve vocabulaire en grammatica. Daarnaast voldeden zij significant vaker aan een taalstoornis (Manassis e.a., 2007). Welnu, deze bevindingen zijn in strijd met wat in het boek beschreven wordt: mag de diagnose selectief mutisme wel of niet gesteld worden wanneer ook sprake is van spraaktaalproblemen? In de DSM-IV wordt gesteld dat het er niet in slagen om te spreken niet het gevolg is van een gebrek aan kennis van, of zich vertrouwd voelen met, de gesproken taal die in de sociale situatie vereist wordt. Dit zou op kunnen gaan voor kinderen die de Nederlandse taal simpelweg niet voldoende beheersen, maar sluit kinderen met een spraaktaalstoornis niet per definitie uit. Daarnaast wordt als laatste criterium gesteld dat de stoornis niet toe te schrijven mag zijn aan een communicatiestoornis (bijvoorbeeld stotteren). Spraak- en taalstoornissen vormen samen het terrein van communicatiestoornissen, spraak en taal zijn de instrumenten die communicatie mogelijk maken. Wanneer de criteria van de DSM-IV op deze manier geïnterpreteerd worden stelt Güldner terecht daar de grens. Een mogelijke verklaring voor de bevindingen uit de eerder aangehaalde onderzoeken kan zijn dat het lastig is om een spraak- of taalstoornis uit te sluiten wanneer het kind niet praat bij de diagnosticus. Een suggestie naast het in het boek aangedragen voorstel om video/audio opnamen te gebruiken, zou zijn om non-verbale taalmetingen te verrichten. Daarnaast dienen ouders alert te zijn op eventuele problemen in de taalontwikkeling van hun kind. Het eerste hoofdstuk uit het boek geeft een helder overzicht van de verschillende stadia in de taalontwikkeling van kinderen, inclusief een tabel met de minimum spreeknormen.

Een tweede, veelvuldig besproken, discussiepunt betreft de vraag of selectief mutisme gezien kan worden als een (extreme) vorm van sociale angst of een onderscheidende stoornis. In *Selectief mutisme bij kinderen* wordt beschreven dat er een verband is tussen selectief mutisme en (sociale) angst, mogelijk in combinatie met een geremd temperament dat tot uiting komt in timide en terughoudend gedrag in nieuwe situaties. Het kind kan bang zijn om fouten te maken in wat het wil zeggen of is bang niet begrepen te worden. Gerefereerd wordt aan de genetische kwetsbaarheid. Zowel moeders als vaders geven aan zelf ook timide of angstig te zijn geweest in hun kindertijd. Sommigen beschrijven zelfs ook een beeld passend bij selectief mutisme. Benadrukt wordt dat de groep van kinderen met selectief mutisme niet uitsluitend bestaat uit angstige en timide kinderen, sommige worden omschreven als vrolijk en ondernemend. Het boek houdt zich in zekere zin dus afzijdig van deze discussie en beschrijft slechts een verband. In het overzichtsartikel worden meerdere interessante bevindingen genoemd. Kristensen (2000) vond dat 74.1% van de kinderen met selectief mutisme voldoet aan de criteria van een andere angststoornis, voornamelijk een sociale fobie (67.9%). In een andere studie werden drie groepen met elkaar vergeleken: kinderen met een sociale fobie, kinderen met een sociale fobie en selectief mutisme, en een controlegroep van kinderen zonder diagnose. Tussen de twee diagnostische groepen werd geen verschil gevonden in criteria van de sociale fobie, maar bij de kinderen met een dubbele diagnose werd de ernst van de diagnose sociale fobie hoger vastgesteld (Yaganeh, Beidel, & Turner, 2006). Dit komt overeen met bevindingen van andere onderzoeken (Manassis e.a., 2007; Yaganeh, Beidel, Turner, Pina, & Silverman, 2003).

Als antwoord op bovenstaande discussiepunten wordt in het voorstel van de DSM-V onder taalstoornis het volgende geschreven: *'language disorders occur as a primary impairment or co-exist with other disorders (e.g. Autism Spectrum Disorder, Learning Disorder, Selective Mutism*)*. Als toevoeging wordt geschreven: *'Selective Mutism may be subsumed under Social Anxiety Disorder (Social Phobia) in DSM-V'*. Selectief mutisme zal in de toekomst dus hoogst waarschijnlijk ondergebracht worden bij een sociale angststoornis en

kan ook samengaan met een taalstoornis. Güldner kan zich dus alvast klaarmaken voor een herdruk betreft het theoretische gedeelte.

De veranderingen op het gebied van classificatie zullen niet veel uitmaken voor de vragen die het bij ouders oproept en de gekozen interventies door de hulpverlener. Hoofdstuk drie doet denken aan een overzicht van *Frequently Asked Questions* (FAQ) die je vaak op websites tegenkomt. Hoe lang duurt het selectief mutisme en gaat het voorbij? Hoe reageren andere kinderen op school? Wat voor gevolgen heeft het niet praten voor het leren? Heeft selectief mutisme invloed op het zelfbeeld? Komen er nog andere problemen voor bij selectief mutisme? Hoe kunnen we ons kind het best ondersteunen? Hoe kan de ouder behulpzaam zijn om het praten te stimuleren? Zeker voor ouders en leerkrachten creëert dit hoofdstuk meer geruststelling dan je bij een ernstige variant van een sociale angststoornis doet vermoeden.

Aansluitend volgt nog een kort hoofdstuk met aanwijzingen voor leerkrachten wat zij wel en niet moeten doen in afwachting van een diagnose. De kernboodschap komt neer op het bieden van veiligheid, gedoeerde stimulatie en het voorkomen dat de leerkracht het praten van het kind gaat zien als 'eigen project', aangezien te veel extra individuele aandacht juist het zwijgen in stand kan houden. Geadviseerd wordt om als hulpverlener nauw met de leerkracht samen te werken, zowel in de diagnostische, als in de behandelfase.

Hoofdstuk vijf zet de behandeling van kinderen met selectief mutisme uiteen. Verschillende gedragstherapeutische technieken worden beschreven, met concrete voorbeelden van behandelstappen in de individuele behandeling en de behandeling in de klas. Als ideaal profiel wordt gezocht naar leerkrachten, ouders en hulpverleners die flexibel, creatief en vasthoudend zijn en bovendien beschikken over veel doorzettingsvermogen. Wanneer gedragstherapie niet toereikend genoeg is, kan gedacht worden aan een medicamenteuze behandeling ter ondersteuning. Uit een evaluatieonderzoek (N=32) blijkt dat het behandelprotocol dat ook geschreven is door Güldner en aanvullend op dit boek kan worden aangeschaft, bij de helft van de kinderen na vier maanden tot spreken had geleid. Een iets kleinere groep (12 kinderen) had vijf tot acht maanden nodig en 5 kinderen hadden negen maanden of langer nodig. Follow-up metingen lieten eveneens positieve resultaten zien (Güldner, Wippo, Tesselaar, & Erkelens, 2010).

Het laatste hoofdstuk biedt tot slot aanbevelingen van boeken, websites en verenigingen, zoals we dat van de Kinderpsychologie in Praktijk reeks gewend zijn.

Als laatste aanbeveling voor de mogelijke herdruk zou ik graag willen wijzen op de rol van de tweetaligheid of meertaligheid bij de interventies. In het boek wordt zoals eerder aangestipt wel een duidelijk onderscheid gemaakt in duur waarna de diagnose gesteld wordt en wijkt daarmee af van de DSM-IV, die deze factor niet heeft opgenomen. In de laatste hoofdstukken verdwijnt deze factor naar de achtergrond. Immigratiegeschiedenis en het proces dat hier op volgt, inclusief mogelijke discriminatie, zou meer unieke aandacht mogen verkrijgen in de behandeling.

Samenvattend is het Güldner gelukt om een informatief en praktisch boek te presenteren, dat zowel hulpverleners als leerkrachten en ouders evenredig veel zal aanspreken. Ongeacht de benaming of criteria blijft selectief mutisme een boeiend fenomeen. Met de huidige bevindingen en aanbevelingen zullen we steeds beter kunnen aansluiten bij deze doelgroep. *Selectief mutisme bij kinderen* zet zeker aan tot enige vorm van flexibiliteit, creativiteit, vasthoudendheid of doorzettingsvermogen.

Suzanne C. van Veen volgt de interculturele GZ-opleiding bij de RINO en is werkzaam als psycholoog op de jeugdafdeling bij GGZ inGeest. suzannevanveen@hotmail.com

Literatuur

Güldner, M. G., Wippo, E., Tesselaar, M., & Erkelens, P. (2010). *Behandeling op school* –

- Evaluatie van een Behandelprotocol voor Selectief Mutisme. *Kind en Adolescent Praktijk*, 9, 160-166.
- Manassis, K., Tannock, R., Garland, E. J., Minde, K., McInnes, A., & Clark, S. (2007). The sounds of silence: Language, cognition and anxiety in selective mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46, 1187–1195.
- 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.
- 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.
- Yeganeh, R., Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2006). Selective mutism: More than social anxiety? *Depression and Anxiety*, 23, 117–123.
- Yeganeh, R., Beidel, D. C., Turner, S. M., Pina, A. A., & Silverman, W. K. (2003). Clinical distinctions between selective mutism and social phobia: An investigation of childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 1069–1075.