

# DAPPER WORDEN IN HET LUIDERSLOT

## COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE VOOR JONGE KINDEREN MET SELECTIEF MUTISME

MARETHA DE JONGE, JESSICA DE PAGTER EN HILDE VAN BRAAM VAN VLOTEN-HAIRWASSERS

**S**electief mutisme is een angststoornis waarbij kinderen goed kunnen spreken, maar dit in specifieke situaties niet durven. De stoornis openbaart zich op jonge leeftijd en is te behandelen met (cognitieve) gedragstherapie. Omdat het hier gaat om jonge kinderen, is het belangrijk de cognitief gedragstherapeutische interventies aan te bieden op een speelse en eenvoudige manier en om intensief samen te werken met ouders en school.

### *Racha*

*Racha is acht jaar en zit in groep vier. Zij is van Griekse afkomst. In de klas heeft zij drie vriendinnetjes. Ogen-schijnlijk is er niets aan de hand. Racha is een harde werker, kan didactisch goed meekomen en doet actief mee aan verschillende activiteiten zoals gym. Tot de leerkracht haar een vraag stelt. Zij geeft slechts antwoord door nee te schudden. In de klas heeft zij nog nooit een woord gesproken. Racha heeft selectief mutisme.*

Kinderen met selectief mutisme kunnen wel praten, maar ze durven het niet. De angst om hun stem te laten horen is zo groot dat ze consequent zwijgen in specifieke situaties, waaronder op school. Thuis spreken ze vrijuit, hoewel sommige kinderen ook thuis dichtklappen als er bezoek komt. Sommige kinderen spreken niet tegen hun opa of oma, zelfs als ze deze regelmatig zien. Een deel van de kinderen spreekt gemakkelijker tegen leeftijdsgenootjes dan tegen volwassenen, maar veel kinderen zwijgen ook in bijzijn van klasgenootjes, speelkameraadjes en buurkinderen.

De meeste ouders vertellen dat hun kind van jongs af aan extreem verlegen was: op peuterspeelzaal of kinderdagverblijf spraken ze over het algemeen niet. Dat hoeft niet altijd te wijzen op een blijvend probleem. Een Amerikaanse studie liet zien dat selectief mutisme (geclassificeerd op basis van een gestandaardiseerd diagnostisch interview) onder driejarigen meer dan twee en een half keer zo vaak voorkwam (bij 1,5% van de populatie) als bij dezelfde kinderen op zesjarige leeftijd (Bufferd e.a., 2012). Onder zesjarigen voldeed nog maar 0,6% aan de classificatie, hetgeen globaal overeenkomt met andere prevalentiestudies (Viana e.a., 2009).

Selectief mutisme wordt beschouwd als een voorloper van een sociale angststoornis of een variant daarop, hoewel onderzoek laat zien dat een deel van de kinderen ook andere ontwikkelingsproblemen heeft, zoals milde taalproblemen, zindelijkheidsproblemen of motorische problemen (Black & Uhde, 1995; Kristensen, 2000; Steinhausen & Juzi, 1996). Het consequente zwijgen kan uiteindelijk leiden tot forse belemmeringen in de sociale, emotionele en didactische ontwikkeling. Uit de schaarse follow-upstudies blijkt dat een aanzienlijk deel van de kinderen blijft worstelen met angststoornissen (Koop e.a., submitted; Remschmidt e.a., 2001; Steinhausen e.a., 2006). Het is nog onbekend welke factoren maken dat een deel van de kinderen later in het leven een sociale angststoornis ontwikkelt. Dat dit het geval is, illustreert echter wel hoe belangrijk het is om de behandeling niet alleen te richten op het symptoom (het zwijgen in de klas), maar ook op de onderliggende sociale angst.



**trefwoorden**  
selectief mutisme  
gedragstherapie  
blended interventie

**over de auteurs** 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. 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. E-mail: m.v.jonge@umcutrecht.nl.

## Box 1: Het verhaal van het Luiderslot

In het Luiderslot woont het draakje Yep. Als gevolg van een foutje bij het maken van een toverdrank zijn per ongeluk 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, krijgt de verdieping zijn kleuren terug en worden er slingers opgehangen. Zo ziet het kind precies hoe hoog hij al is gekomen. In de spelletjes komen de thema's van de therapie terug en wordt het maken van geluid uitgelokt. Sommige spelletjes hebben quizvragen, die aanvankelijk non-verbaal te beantwoorden zijn en geleidelijk aan steeds meer actieve taal vragen (van ja/nee-antwoorden en gesloten vragen tot open vragen). In andere spelletjes reageert de computer op geluid dat het kind maakt (klappen, sissen, iets zeggen). En er zijn spelletjes waarin het kind kan oefenen met dappere gedachten. Het thema dapperheid komt telkens terug.

De torenkamer herbergt het eindspel, dat het kind speelt wanneer het einddoel is behaald. Het kind kan het eindspel individueel spelen, maar ook op een digibord in de klas. Op die manier kan de hele klas meedoen en ontstaat een feestelijke afsluiting van de therapie.

Yep is zó 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 nu zelfstandig of met hulp van ouders/leerkracht aankan.

### *Racha (vervolg)*

*Al vanaf groep 1 communiceert Racha door te knikken, iets aan te wijzen of, in uitzonderlijke situaties, in het oor van haar vriendinnetje te fluisteren. Aanvankelijk dacht de leerkracht dat dit zou verbeteren als ze meer gewend zou raken aan school. Zij deed immers goed mee en kon zich non-verbaal duidelijk maken. Maar wanneer zij eind groep 1 nog niet spreekt, ontstaan er zorgen. In groep 2 volgen gesprekken met ouders, leerkracht en intern begeleider en melden ouders Racha aan bij Bureau Jeugdzorg. De klachten van Racha worden niet als selectief mutisme herkend en de hulpverlening strandt. Thuis ontwikkelt Racha zich goed. Het gezin spreekt thuis vooral Grieks en Racha spreekt met familieleden vrijuit. Hoewel het moeilijk testbaar is, zijn er geen aanwijzingen voor een onvermogen om de Nederlandse taal goed te begrijpen of te spreken. Omdat school zorgen blijft houden over het zwijgen van Racha melden ouders haar aan bij een academisch ziekenhuis voor kinder- en jeugdpsychiatrie, waar de diagnose selectief mutisme wordt gesteld. Racha wordt voor een cognitieve gedragstherapie doorverwezen naar een psychologenpraktijk. Inmiddels zit Racha in groep 4.*

### BEHANDEL TIJDIG EN GEZAMENLIJK

Protocolen voor sociale angststoornissen zijn veelal geschikt voor kinderen vanaf circa zeven tot acht jaar die kunnen lezen en opschrijven of vertellen wat ze denken en voelen. Ouders van jonge kinderen krijgen vaak mediatietherapie aangeboden of een combinatie van een individuele en mediatieve aanpak (Prins e.a., 1998, p.117). Mediatietherapie bij selectief mutisme is echter lastig, omdat de meeste ouders nauwelijks problemen

ervaren in de thuissituatie en het symptoom zich juist voordoet in situaties waar ouders niet bij zijn.

Er is een veelheid aan behandelmethoden voor kinderen met selectief mutisme: beeldende therapie, logopedie, remedial teaching, gezinstherapie en gedragstherapie. Alleen voor gedragstherapie bestaat voldoende wetenschappelijke evidentie als behandeling bij kinderen met selectief mutisme, eventueel in combinatie met medicatie als de angst erg groot is (Carlson e.a., 2008; Cohan e.a., 2006). Er zijn enkele behandelprotocollen beschikbaar in het Engels en in één in het Nederlands (McHolm e.a., 2005; Johnson & Wintgens, 2001; Güldner, 2012).

Toch vonden wij iets ontbreken in het bestaande aanbod. Het viel ons op dat in veel gevallen de behandeling zich beperkte tot één setting, bijvoorbeeld alleen op school of alleen bij een logopedist. En veelal voor één symptoom, namelijk het durven spreken, in plaats van voor het overwinnen van angst op verschillende terreinen. We misten therapiemateriaal om (cognitieve) gedragstherapeutische interventies aan te bieden aan jonge kinderen. We misten ook informatie en therapie-materiaal voor ouders en leerkrachten om te oefenen met het overwinnen van angst in de school- en thuissituatie. Hoewel ouders terecht aangeven dat het grootste probleem zich voordoet buiten hun gezichtsveld (meestal op school) blijkt toch dat de angst vaak niet uitsluitend het spreken betreft en niet beperkt is tot de schoolsituatie. Ten slotte misten we uitleg en informatie voor de kinderen zelf.

Daarnaast merkten we in de praktijk hoe belangrijk een goede samenwerking tussen school, ouders en therapeut is. Samenwerken lijkt makkelijker dan het is. Tijd om schoolbezoeken af te leggen bleek schaars beschikbaar en zelfs regelmatig telefonisch contact tussen alle betrokkenen was vaak moeilijk te plannen.

### ONTWIKKELING VAN 'SPREEKT VOOR ZICH'

Om bovenstaande redenen hebben we 'Spreekt voor zich' ontwikkeld (De Jonge, 2009). Het is een gedrags-therapeutisch programma voor kinderen met selectief mutisme van circa vier tot acht jaar. Het programma is ontwikkeld door Maretha de Jonge, cognitief gedrags-therapeut, en gerealiseerd door de Stichting Behandeling selectief mutisme. Het programma werd gefinancierd met hulp van fondsen en donateurs.<sup>1</sup> Daarbij kozen we voor een blended online-interventie. Een blended interventie is een mix van online elementen en persoonlijk contact met een therapeut. F. Schalken, directeur van het kennis- en adviescentrum voor online hulp zegt daarover: 'De inzet van blended hulpverlening voorkomt onnodige bezoeken aan de instelling, automatiseert minder complexe activiteiten en zorgt ervoor dat hulpverleners zich concentreren op de taken waarin hun toegevoegde waarde het grootst is.' ([www.e-hulp.nl/nieuws/?page=27](http://www.e-hulp.nl/nieuws/?page=27), 12 april 2011). Een *applied game* (ook wel *serious game* genoemd) is een computerspel met een specifiek doel, bijvoorbeeld een educatief of een therapeutisch doel. In het programma 'Spreekt voor zich' biedt de game het kind inzicht in de voortgang op de angsthiërarchie. Daarbij speelt het kind met geleerde principes, zoals het onderscheiden van helpende en niet-helpende gedachten en wordt het kind

uitgedaagd tot het gebruiken van stem en het geven van verbale reacties.

Het programma wordt aangeboden via een beveiligd webportaal waarin therapeut, ouders en leerkrachten die betrokken zijn bij één kind, veilig met elkaar kunnen communiceren. Zij kunnen er de voortgang van het kind bijhouden of volgen en berichten naar elkaar sturen. Het behandelprotocol is online beschikbaar voor de therapeut en al het therapiemateriaal is te downloaden en te printen. Ouders en leerkrachten krijgen per fase in de behandeling hun eigen informatie online aangeboden. Het betreft niet alleen achtergrondinformatie, maar ook veel voorbeelden uit de klinische praktijk van andere ouders, leerkrachten en kinderen. Zij kunnen deze informatie lezen wanneer het hen uitkomt. Tijdens begeleidingsgesprekken kan dan veel gericht gesproken worden over de zaken die voor het desbetreffende kind relevant zijn. Dit biedt voordelen ten opzichte van een volledige zelfhulpinterventie die van sommige ouders teveel vraagt, maar ook ten opzichte van een traditionele behandeling, omdat waar mogelijk tijd wordt bespaard van ouders, leerkrachten en therapeuten. Op school zijn er bij het kind vaak meerdere leerkrachten en begeleiders betrokken, die niet altijd bij gesprekken aanwezig

## MEER SAMENWERKING TUSSEN THERAPEUT, OUDERS EN LEERKRACHT

kunnen zijn, en zo toch allemaal toegang hebben tot de informatie en het materiaal. Bovendien kan iedereen informatie die gewoonlijk mondeling wordt overgedragen, op elk gewenst moment zelf lezen of bespreken met anderen (begeleiders van de BSO, een nieuwe leerkracht of vervanger, grootouders en gastouders). Ouders en leerkrachten volgen de voortgang van het kind online. Zo kunnen ze precies zien in welke fase van de behandeling het kind zich bevindt en wat de bijbehorende oefeningen en verwachtingen zijn, thuis en op school. Voor het kind zelf bevat het programma naast psycho-educatie verhaaltjes, therapiewerkbladen en een applied game. Dit spel, 'Het Luiderslot', speelt zich af in een kasteel met een hoge toren. Op elk van de 29 verdiepingen van de toren wordt een spelletje aangeboden. Deze 29 verdiepingen staan symbool voor alle stappen in de therapie. De therapeut geeft in het webportaal aan wanneer een stap is behaald of kan worden overgeslagen, waarna er een nieuwe verdieping van het Luiderslot wordt ontsloten. Op deze manier krijgt het kind spelenderwijs inzicht in zijn/haar voortgang en wordt het uitgedaagd om telkens een stapje verder te gaan.

### EEN GEFASEERDE AANPAK

In het behandelprogramma worden vijf fasen doorlopen. Elke fase is weer opgebouwd uit een aantal stappen

## Box 2: De 5 fasen van 'Spreekt voor zich'

### Fase I: Kennismaken

- Kennismaking tussen therapeut, kind, ouders, leerkrachten en andere betrokkenen.
- De basis leggen voor de therapie : motivatie, uitdagen van non-verbale communicatie, introduceren van het beloningssysteem en het Luiderslot, opbouwen van vertrouwen en veiligheid.
- Uitleg geven aan het kind over angst en dapperheid met behulp van verhaaltjes en spelletjes.
- Uitleg geven aan ouder(s) 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.
- Aanleren van angstreducerende technieken (dapper denken en relaxatie).
- Uitleg geven aan het kind over het overwinnen van angst en het belang van dapper denken.
- Uitleg geven aan ouder(s) en leerkracht over de angstreducerende technieken en over het belonen van dapper gedrag.
- Op school oefenen 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 een of meer klasgenootjes buiten de klas.
- In de therapie en thuis wordt geoefend met dapper gedrag in alledaagse situaties.
- Uitbreiding van het oefenen met de angstreducerende technieken.
- Uitleg geven aan het kind over helden en dapperheid.
- Uitleg geven aan ouder(s) 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 geven aan het kind over zijn eigen krachten en over perfectionisme.
- Uitleg geven aan 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 geven aan ouder(s) en leerkracht over terugvalpreventie en het voortzetten van de ontwikkeling in zelfvertrouwen.

en tussenstapjes voor als een bepaalde stap moeizaam verloopt. Het ene kind gaat gaan sneller dan het andere. Sommige kinderen durven al vanaf het begin een beetje of zelfs vrijuit met de therapeut te spreken, terwijl andere kinderen zelfs geen geluidje durven maken. Het programma is dan ook flexibel, zodat elk kind het in zijn eigen tempo en op zijn eigen manier kan doorlopen. Durft een kind het doelgedrag al, dan wordt de stap

### Box 3: Gedragstherapeutische interventies voor jonge kinderen

**Psycho-educatie:** Onderwerpen zijn angst en dapperheid, positieve zelf-spraak (dapper denken) en perfectionisme, die worden aangeboden in de vorm van verhaaltjes en spelletjes. De psycho-educatie voor ouders en leerkracht betreft onderwerpen als: angsten bij kinderen, vermijding, hoe te stimuleren zonder te overvragen, versterking van het zelfbeeld en vergroting van zelfvertrouwen.

**Token economy systeem:** Dapper gedrag wordt bekrachtigd met behulp van muntjes/stickers/krullen/diploma's in 'real-lifesituaties' en met medailles in het computerspel.

**Ontspanning:** Er zijn eenvoudige ontspanningsspelletjes om lichamelijke spanning te leren herkennen en op speelse wijze te beïnvloeden. Deze kunnen ook thuis (of op school) gespeeld worden.

**Angsthierarchie:** Zonder het gehele stappenplan expliciet aan kinderen van deze leeftijd uit te leggen, worden hun vorderingen zichtbaar in de toren, om zelfwaardering te vergroten. De computerspelletjes op de verdiepingen dienen als motivator. Het aanleren van positieve zelf-spraak, spelen met geluid en het uitdagen van het maken van geluid/spraak komen terug in deze Luiderslot-spelletjes.

**Shaping en fading:** Met behulp van spelletjes in de therapie wordt het kind stapsgewijs uitgedaagd om te spreken in bijzijn van anderen (exposure). Vertrouwde mensen tegen wie het kind spreekt (ouders) doen geleidelijk een stapje terug en nieuwe mensen zoals de therapeut, leerkracht, klasgenootjes voegen geleidelijk in (fading). Bij de exposure-oefeningen helpt de therapeut het kind de spanning laag te houden door gebruik te maken van contracondities, zoals gebruik van humor en het maken van plezier.

**Modeling:** Ouders en leerkrachten worden intensief bij de therapie betrokken, wat de mogelijkheid biedt om gedrag voor te doen. Deze modeling is belangrijk om generalisatie van nieuw gedrag naar andere situaties te bevorderen en de oefenmogelijkheden uit te breiden.

**Terugvalpreventie:** Uit de literatuur weten we dat een deel van de kinderen angstig blijft, ook na afsluiting 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 voor elk kind vastgelegd in een handelingsplan, zodat deze in nieuwe situaties (bijvoorbeeld de overgang naar een nieuwe klas) weer gebruikt kunnen worden.

overgeslagen, terwijl een andere stap soms meerdere oefenmomenten in beslag kan nemen.

De rol van de therapeut, de ouders en de leerkracht verandert geleidelijk gedurende het programma. Na kennismaking en uitleg in fase 1, oefent de therapeut in fase 2 met kind en ouder samen. Oefenen betreft niet alleen spreken met de therapeut, maar ook 'dapper denken' (positieve zelf-spraak), 'relaxen' (ontspanningsoefeningen) en 'dapper doen' (exposure en nieuwe uitdagingen aangaan). Doordat de ouder meedoet, kan deze de uitleg, de (cognitieve) technieken en de manier van stimuleren en bekrachtigen ook toepassen in situaties in en om huis. In fase 3 en 4 worden kind en gezinsleden gestimuleerd om in verschillende situaties te oefenen met dapper doen, dapper denken en relaxen. In sommige gezinnen zijn meer kinderen met wat angstig of vermijdsend gedrag. Door het 'dappere daden bord' te introduceren kan elk gezinslid zijn eigen dappere gedrag opschrijven of tekenen. Daardoor realiseert een kind zich dat hij niet

de enige is die wel eens bang is en wordt het overwinnen van angst en het trotse gevoel als dat lukt, een thema in het gezin. Intussen oefent het kind op school met spreken buiten de klas met de leerkracht en een of meer klasgenootjes. De leerkracht neemt hiermee steeds meer de rol van de therapeut over, en de ouder is er niet meer bij aanwezig. In fase 4 gaat het kind in de klas oefenen met het spreken tegen een ander kind en de leerkracht totdat hij durft te spreken in klassikale situaties. In fase 5 wordt de overwinning gevierd met het eindspel. Er is aandacht voor een terugblik en het vastleggen van de werkzame elementen voor het desbetreffende kind. Dit is ook het moment dat terugvalpreventie aan de orde komt.

#### **Racha (vervolg)**

*Racha heeft plezier in de speelse aanpak en durft al snel korte antwoorden te geven aan de therapeut. Elke voorde- ring wordt bekrachtigd met een token economy systeem. Met behulp van de spelletjes rond dapper denken leert zij welke dappere gedachten haar helpen bij spannende activiteiten. Aan het einde van de therapie sessies wordt 'Het Luiderslot' gespeeld en meestal speelt ze het spel ook nog eens thuis. Racha beleeft hier plezier aan en begrijpt heel goed dat ze hoger komt in het Luiderslot naarmate ze meer durft in het echte leven. Thuis laat ze het spel zien aan een vriendinnetje.*

*Na een paar weken durft Racha te praten met de therapeut en in de derde maand verplaatst de therapie zich naar school. De therapeut komt korte tijd wekelijks naar school. De leerkracht komt letterlijk in kleine stapjes dichterbij, maar voor Racha is de drempel erg hoog. Racha vindt het heel eng om haar stem te laten horen. De therapeut moet een aantal keer gebruik maken van de tussenstapjes, omdat exposure-oefeningen in eerste instantie niet slagen. Zo gebruiken ze een memorecorder, waarop Racha en de therapeut allebei een kleine groet inspreken. Deze laat Racha aan de leerkracht horen. Daarna durft Racha een raadsel voor de leerkracht in te spreken en uiteindelijk durft ze zacht te spreken tegen de leerkracht. Helpende gedachten als: 'Ik heb een mooie stem' ondersteunen daarbij.*

*Daarna kan de leerkracht het spelletjes doen voortzetten en betreft zij er klasgenootjes bij. Al gauw durft Racha te spreken in een klein groepje. De leerkracht kan tweemaal per week gedurende tien tot vijftien minuten een groepje apart nemen voor een spelletje, waarin steeds wat meer taal wordt uitgelokt. Intussen laat zij Racha ook al in de klas oefenen met het beantwoorden van een vaste vraag waarop Racha alleen 'ja' zegt. Het Luiderslot, waar Racha thuis en in de therapie plezier aan beleeft, wil zij pertinent niet spelen op school. Hoewel dit voor veel kinderen juist een veilige en aantrekkelijke oefensituatie is, gaat dat voor Racha niet op. Voor de therapie maakt dat echter niet uit en het spel kan rustig thuis of zelfs in het geheel niet gespeeld worden, zonder dat het de voortgang belemmert. Na twee maanden oefenen op school durft Racha in de klas hardop antwoord te geven op een gesloten vraag. Zij spreekt zachtjes in haar tafelgroepje en tegen de leerkracht. Iets vertellen in de kring durft ze nog niet, maar tijdens een playbackshow durft ze iets wat ze eerder nooit gedaan*



Foto Aleid Dentler van der Gon

De foto's bij dit artikel zijn illustratief. De afgebeelde personen zijn niet dezelfde als die in het artikel.

*zou hebben. Met twee vriendinnen danst en playbackt ze vol enthousiasme op een groot podium. Ook kan de leerkracht voor het eerst in de schoolloopbaan van Racha een AVI-toets afnemen.*

*Nu er op school geoefend wordt, komt Racha nog maar af en toe naar de psychologenpraktijk. Daar vertelt ze wat ze op school, maar ook thuis al allemaal durft. In de ouderbegeleiding wordt de informatie besproken die Racha's ouders thuis gelezen hebben. Moeder herkent het perfectionisme en de vermijding die daarin beschreven wordt ook bij zichzelf. Zij is onzeker over haar Nederlands en vaak is het vader die het woord doet buitenshuis. In de ouderbegeleiding besluit zij vaker iets met Racha te ondernemen, zodat deze haar moeder meer Nederlands hoort praten. Tijdens deze uitstapjes stimuleert ze ook Racha om zelfstandig dingen te zeggen of te vragen, bijvoorbeeld in een winkel of het zwembad. De therapeut onderhoudt via het webportaal nauw contact met de leerkracht en de ouders. De leerkracht schrijft wekelijks over de voortgang in het portaal en stelt eventuele vragen. De leerkracht maakt daarbij gebruik van lessuggesties uit het therapieprogramma dat in de klas wordt gebruikt.*

*Acht maanden na de aanvang van de therapie wordt de behandeling afgesloten. Racha wordt niet langer gehinderd door haar selectief mutisme. Zij praat duidelijk in haar tafelgroepje en tegen de leerkracht. Ze durft hardop voor te lezen en klassikale vragen te beantwoorden. Spontaan vertellen tijdens kringgesprekken blijft moeilijk, maar ze durft al wel voorwerpen te laten zien en daar korte vragen over te beantwoorden.*

*De behandeling wordt feestelijk afgerond op school door het spelen van het eindspel op het digibord. Racha geeft aan dat zij dit graag met haar tafelgroepje en de leerkracht wil spelen. De leerkracht regelt dat dit kan tijdens de overblijf. In de laatste therapie sessies wordt aandacht besteed aan terugvalpreventie en de behandeling wordt afgesloten met een diploma.*

## DISCUSSIE

Met de ontwikkeling van het programma 'Spreekt voor zich' beoogden wij een gedragstherapeutisch behandelprogramma op een innovatieve manier vorm te geven en aan te bieden, waardoor het voor een grotere groep mensen gemakkelijker toegankelijk is. Of wij daarin geslaagd zijn, onderzoeken we momenteel.

We kozen voor een blended interventie waarin online informatie en offline contact met de therapeut hand in hand gaan. Deze blended methode leek ons het meest geschikt voor deze doelgroep. Omdat de doelgroep klein is (selectief mutisme komt circa zevenmaal minder vaak voor dan ADHD of een separatieangststoornis (Schoe-maker e.a., 2003; Shear e.a., 2006)) wordt het uitgeven van uitgebreid therapiemateriaal op papier al gauw kostbaar, zeker als je het regelmatig wilt kunnen aanpassen aan nieuwe inzichten en vragen vanuit de doelgroep. Online informatie is dan een uitkomst. Tegelijkertijd bleek uit onderzoek een uitsluitend mediatieve behandeling onvoldoende effectief voor kinderen met selectief mutisme. Een volledige zelfhulp online interventie leek dan ook niet passend voor deze doelgroep.

Naar blended interventieprogramma's is nog weinig onderzoek gedaan en over de effectiviteit ervan is dan ook nog weinig bekend (Ruwaard e.a., 2013). Er is al wat meer onderzoek gedaan naar de toepassing en werkzaamheid van telepsychiatrie. Het webportaal van 'Spreekt voor zich', waarin betrokkenen met elkaar communiceren, vorderingen bijhouden, informatie uitwisselen en vragen aan elkaar kunnen stellen, lijkt enigszins op een vorm van telepsychiatrie. De eerste studies laten zien dat het effect van telepsychiatrie vergelijkbaar is met face-to-facecontacten en dat ouders er tevreden over zijn. Of het leidt tot lagere zorgkosten staat nog ter discussie (Bul, 2013).

De toegevoegde waarde van een applied game in een therapeutisch programma is tot op heden onbekend en vraagt om wetenschappelijk onderzoek. Games die reeds onderzocht zijn, richten zich veelal op het trainen van specifieke vaardigheden, zoals Braingame Brian (Van der Oord e.a., 2012). Een uitzondering is SPARX, een zelfhulpgame voor jongeren die gericht is op het verminderen van depressieve gedachten en gevoelens (Fleming e.a., 2011).

Momenteel onderzoeken we de gebruikerservaring en effectiviteit van het programma. De gebruikerservaring wordt onderzocht met een vragenlijst over 'Spreekt voor zich' voor ouders, therapeuten en leerkrachten. De gegevens worden momenteel verzameld en verwerkt. De

## SPEELSE EN POSITIEVE AANPAK

resultaten worden aan het eind van dit jaar verwacht. De eerste gegevens laten zowel voor- als nadelen van de huidige methode zien. De positieve kanten die regelmatig genoemd worden zijn de veelheid en diversiteit van de informatie waardoor flexibiliteit mogelijk is, de motiverende werking van de verhaaltjes, werkbladen en het Luiderslot, en de speelse, positieve aanpak. Als nadeel noemen gebruikers soms dat ze informatie niet graag lezen op een screen, maar liever van papier en er dus voor kiezen het materiaal uit te printen. Therapeuten laten soms weten dat de digitale voorzieningen in instellingen onvoldoende zijn om het Luiderslot te kunnen gebruiken. Niet alle computers bevatten een geluidskaart of hebben toegang tot internet. Scholen en ouders lijken veel beter te zijn toegerust en melden deze klachten nauwelijks, hoewel ouders soms moeite hebben om de microfoon van hun computer te vinden of soms niet zo goed begrijpen hoe de game werkt. Kinderen daarentegen blijken geen moeite te hebben met de technische kant van het spelletje, hoewel de allerjongsten soms wat worstelen met het springen over obstakels.

De effectiviteit van het programma wordt onderzocht bij de kinderen die op de afdeling Psychiatrie van het Universitair Medisch Centrum Utrecht behandeld worden. Onderzocht wordt hoe lang kinderen gemiddeld over de behandeling doen, welke stappen veel tijd in beslag nemen of vaak kunnen worden overgeslagen,

welke onderdelen van het programma vaak of minder vaak gebruikt worden, in hoeverre de (spreek)angst van kinderen vermindert en of pro sociaal gedrag toeneemt. We gebruiken hiervoor de Selectief Mutisme Questionnaire (SMQ; Bergman e.a., 2008, Nederlandse vertaling M. Güldner), de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997, Nederlandse vertaling Goedhart e.a., 2003). We willen ook onderzoeken welke factoren voorspellend kunnen zijn voor een snelle verbetering of een grotere afname van symptomen. Daarvoor stellen we aanvullende vragen over kindfactoren, ontwikkelingsgeschiedenis, gezin, school en hulpverlening. De vragenlijsten worden momenteel ingebouwd in het webportaal, zodat ook er ook gegevens verzameld kunnen worden over kinderen die elders in behandeling zijn. Want uiteindelijk is natuurlijk het belangrijkste of de behandeling effectief is en het risico op sociale angststoornissen op de lange termijn vermindert.

## LITERATUUR

- > 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(2), 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.
- > Bufferd, S.J., Dougherty, L.R., Carlson, G.A., Rose, S., Klein, D.N. (2012). Psychiatric disorders in preschoolers: continuity from ages 3 to 6. *American Journal of Psychiatry*, 169, 1157-1164.
- > Bul, K.C.M. (2013). Review: E-health in de kinder- en jeugdpsychiatrie: stand van zaken. In J. Ruwaard, H. Linse, & H. Hagenbeuk, *E-health in de Jeugd-ggz. Baat het of Schaadt het?* Amsterdam: Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie. <https://itunes.apple.com/nl/book/e-health-in-de-jeugd-ggz/id621447446?l=nl&ls=1>
- > 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.
- > Jonge, M.V. de (2009). 'Spreekt voor zich'. [www.spreektvoor-zich.nl](http://www.spreektvoor-zich.nl).
- > Fleming, T., Dixon, R., Frampton, C., Merry, S. (2011). A pragmatic randomized controlled trial of computerized CBT (SPARK) for symptoms of depression among adolescents excluded from mainstream education. *Behavioural Cognitive Psychotherapy*, 40, 529-541.
- > Goedhart, A., Treffers, F., & Widenfelt, B. (2003). Vragen naar psychische problemen bij kinderen en adolescenten: de Strengths and Difficulties Questionnaire. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 58, 1018-1035.
- > 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.
- > Koop, F.J., Veerhoek, E.S., Jonge, M.V. de. *Can we predict clinical outcome of children with selective mutism? A follow-up study*. Submitted 2013.
- > 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, 249-56.

Uit een recente follow-upstudie blijkt dat een deel van de kinderen op latere leeftijd nog altijd kampt met sociale angstklachten (Koop e.a., submitted). Het opnemen van anti-angsttechnieken voor jonge kinderen, het betrekken van gezinsleden van de behandeling, een degelijke terugvalpreventie en een handelingsplan voor scholen vonden we dan ook een van de belangrijkste onderdelen van het programma 'Spreekt voor zich'.

1. 'Spreekt voor zich' is ontwikkeld door Maretha de Jonge en gereviseerd door de Stichting Behandeling selectief mutisme. Jessica de Pagter en Hilde van Braam van Vloten-Hairwassers maken deel uit van het bestuur van de Stichting Behandeling selectief mutisme. Het bestuur bestaat verder uit ouders van kinderen met selectief mutisme en onafhankelijke bestuursleden. De kosten voor onderhoud, IT-service, webhosting en administratie worden deels gedragen door de gebruikers (60 euro eigen bijdrage per kind) en voor het overige deel bij elkaar gebracht door donateurs en vrienden van de stichting behandeling selectief mutisme. De stichting heeft geen winstoogmerk. De initiatiefnemer en bestuursleden worden niet betaald voor hun werk. Zie voor meer informatie [www.spreektvoor-zich.nl](http://www.spreektvoor-zich.nl).

- > 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.
- > Oord, S. van der, Ponsioen, A.J.G.B., Geurts, H.M., Brink Ten, E.L., & Prins, P.J.M. (2012). EF game training in children with ADHD: A pilot study of the efficacy of a computerized EF remediation training with game elements for children with ADHD in an outpatient setting. *Journal of Attention Disorders*, Aug 9. Epub ahead of print.
- > Prins, P.J.M., & Bosch, J.D. (Red.). (1998). *Methoden en technieken van gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- > 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.
- > Ruwaard, J., Linse, H., & Hagenbeuk, H. (2013). *E-health in de Jeugd-ggz. Baat het of Schaadt het?* Amsterdam: Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie. ISBN: 978-90-820527-0-1 <https://itunes.apple.com/nl/book/e-health-in-de-jeugd-ggz/id621447446?l=nl&ls=1>
- > Schalken, F. (2011). Blended hulpverlening maakt zorg beter en doelmatiger: blog. <http://www.e-hulp.nl/nieuws/2011/04/12/blended-hulpverlening-maakt-zorg-beter-en-doelmatiger/www.e-hulp.nl/nieuws/?page=27>, 12 april 2011.
- > Schoemaker, C., Ruiter, C. de, Berg, M. van den, Cuijpers, P., Graaf, R. de, Have, M. ten, e.a. (2003). *Nationale monitor geestelijke gezondheid: jaarboek 2003. ADHD, anorexia nervosa en andere psychische stoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- > Shear, K., Jin, R., Ruscio, A.M., Walters, E.E., Kessler, R.C. (2006). Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1074-1083.
- > 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.