

18/02/2017

Spreekangst bij kinderen en jongeren. Hoe selectief mutisme behandelen in de praktijk?



Inhoud

1.	Inleiding	2
1.1.	Kinderen met selectief mutisme (door klinisch psycholoog Dr. Caroline Braet)	2
1.2.	Kinderen met selectief mutisme (door orthopedagoge Dr. Maretha de Jonge).....	8
1.3.	Vraagstelling en discussie.....	9
2.	Workshops.....	10
2.1.	De behandeling van selectief mutisme bij kinderen	10
2.2.	De behandeling van selectief mutisme bij tieners	16
2.3.	De behandeling van selectief mutisme door logopedisten.....	17
2.4.	Omgaan met selectief mutisme in de school	23
2.5.	Ervaringsuitwisseling door en voor ouders	33
	Onderzoek in functie van diagnosestelling	33
	De weg naar en in de behandeling	34
	Leerprocessen: hou er rekening mee!	38
	Getuigenis van een ouder	39
3.	Videoconferentie.....	39
4.	Vraagstelling.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

1. Inleiding

1.1. Kinderen met selectief mutisme (door klinisch psycholoog Dr. Caroline Braet)

Angst om te spreken:

Angst is niet zwart- wit. We hebben allemaal een bagage angst mee. Angst kan gezien worden als iets positief aangezien dit ons raad kan geven in gevaarlijke situaties. De angst om te spreken voor een groep is evolutionair ontstaan. Vroeger moest je overleven in de natuur, had je 1 leider en 30 volgelingen. In deze situatie kon niet iedereen de leiding nemen. Angst om voor een groep te spreken wordt gezien als de angst om de verantwoordelijkheid op te nemen om een soort te beschermen. De meeste personen hebben een zekere angst om voor een groep te spreken. Enkelingen hebben deze angst niet. We hebben namelijk altijd één leider nodig.

Differentiaaldiagnose:

We kunnen selectief mutisme niet behandelen vooraleer we een aantal zaken kunnen uitsluiten. Er moet een differentiaaldiagnose worden gesteld.

- *Ernstige mentale retardatie*

De behandeling kan pas opgestart worden wanneer men een normale begaafdheid heeft. Wanneer het kind een mentale retardatie vertoont, vraagt dit een extra gespecialiseerde aanpak.

- *Autisme*

We moeten autisme kunnen uitsluiten. Bij een kind met autisme zullen onze doelstellingen op vlak van het spreken niet dezelfde zijn als die van kinderen met selectief mutisme.

- *Organische oorzaak*

Een organische oorzaak moet worden uitgesloten (onder andere problemen met de stembanden of het gehoor).

- *Vertraagde taal- en spraakontwikkeling*

Bepaalde kinderen praten niet, omdat ze de talige bagage niet mee hebben.

- *Psychiatrische problemen*

Selectief mutisme wordt bekeken in een multidisciplinair team. Er wordt vaak samengewerkt met een kinderpsychiater. Het is belangrijk om een eventuele hechtingsstoornis uit te sluiten. Kinderen kunnen getraumatiseerd zijn door een gezinssituatie met emotionele of fysieke verwaarlozing.

Ze vertonen een verminderde hechting en hebben geen band met hun verzorgers. Op die manier ontstaat de taal, die normaal in een hechte band tussen ouder en kind ontwikkelt, niet.

Bepaalde kinderen gaan door de traumatische ervaringen in de hechtingssituatie dissociëren. Ze nemen twee tot drie persoonlijkheden aan. In één van de persoonlijkheden, meestal die waar ze zich het best in voelen, praten ze niet.

- *Mutisme ten gevolgen van migratie*

De asielzoekers kunnen ook een vorm van mutisme vertonen. Ze praten de taal van herkomst met de ouders. De nieuwe taal ontwikkelt niet op school.

Een belangrijk criteria om hierbij te bevragen is: Hoe lang is het selectief mutisme al bezig? Was het selectief mutisme aanwezig in de kinderjaren? Is er sprake van regressie? Is het ooit beter geweest en zie je achteruitgang of eerder een continuïteit (bijvoorbeeld in ruimtes)?

Verklaringsmodellen:

Sociale angst

Je kan spreken, maar je bent bang om te spreken (bijvoorbeeld om te telefoneren, als je moet spreken voor een klas). De angst kan een verlamdend effect hebben. Het gaat meestal om een angst voor vreemden. We voelen in deze situaties meer beoordelingsangst. De kinderen praten meestal wel in thuissituaties. Het kan verergeren door externe factoren (bijvoorbeeld: wanneer je verhuist, een bepaald incident: iemand heeft gelachen wanneer je voor de eerste keer voor een groep stond).

Soms is er ook geen duidelijke aanleiding.

Er kan eventueel sprake zijn van een genetische aanleg. Het is niet altijd gemakkelijk voor ouders aangezien de angst uit één kant van de familie kan komen, waardoor het voor deze partner soms heel moeilijk is om dit te begrijpen. De partner herkent dit niet. Wanneer de ouders het selectief mutisme bij zichzelf herkennen, gaan ze hier op een andere manier mee om. Mutisme kan dus verschillende oorzaken hebben.

In de psychoanalyse gaan we op zoek naar de oorzaak van mutisme. De gedragstherapeuten doen dit minder. Je kan een angst perfect gaan behandelen. Hoe meer je de angst gaat voeden, hoe meer de angst toeneemt. Het geeft geen zin om te wachten met de therapie. De angst zal niet vanzelf verdwijnen. We moeten zo snel mogelijk een behandeling opstarten.

- *Angst om een geheim te verklappen*

Het kind heeft een geheim en is hier zodanig mee bezig waardoor het niet meer durft te praten.

- *Traumatische gebeurtenis*

Wanneer het gaat om een bepaald trauma, moeten we het kind soms op een andere manier benaderen. We moeten traumabegeleiding geven aan deze kinderen.

- *Faalangst*

Faalangst moet ook extra behandeld worden. Naast het behandelen van het selectief mutisme, zal er nood zijn aan een ruimere benadering (andere ervaringen met faalangst en hoe je hier het best mee kan omgaan). Dit kan ook een invloed hebben op je studies (je wil een perfect examen afleggen, maar krijgt een black-out op je examen door de faalangst).

- *Nabootsing van een rolmodel:*

Kinderen die gefascineerd zijn door tekenfilms en dieren en die dit gaan nabootsen. Het gaat hier over kinderen die enorm opgaan in hun fantasiewereld en zich gaan gedragen als een hond, een vogel, ... We moeten in deze situatie niet langer over selectief mutisme praten.

- *Stilte als machtsmodel*

Als je op school aandacht wil en je krijgt de aandacht niet, dan zoek je op een negatieve manier aandacht.

- *Overprotectie van een ouder*

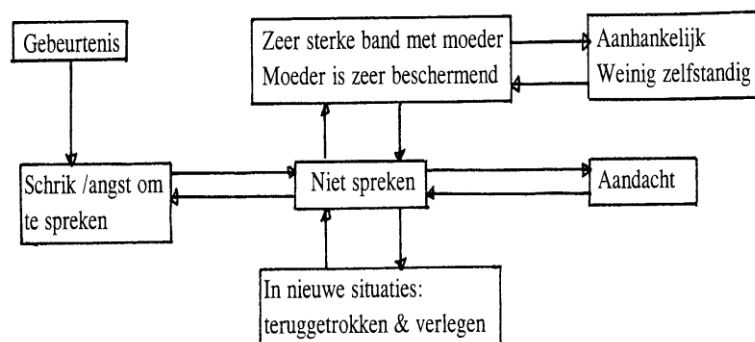
Het is hierbij belangrijk om een gesprek aan te gaan met de ouder om te achterhalen waar de overbescherming vandaan komt.

De buitenwereld ziet de overprotectie van een ouder en de stilte bij het kind als machtsmodel vaak als oorzaak voor het selectief mutisme. Men denkt vaak dat het kind door te zwijgen, aandacht wil krijgen en de situatie gaat misbruiken.

Kinderen willen ontwikkelen en willen vooruit gaan. Ze werken vaak actief mee in de therapie en gaan zelf bepaalde stappen zetten. De kinderen willen de angsten overwinnen. Ze willen hun leven uiteindelijk opbouwen zonder hun ouders en zelfstandig functioneren. Als het machtsmiddel aanwezig is, moet je hen helpen om hieruit te geraken.

We moeten alle elementen in kaart brengen vooraleer we starten met de therapie.

Schema van zo'n problematische samenhang (zie workshop 'de behandeling van selectief mutisme bij kinderen'):



De ouders moeten overtuigd zijn dat het behandeld moet worden. Alle zaken worden besproken met de ouders en daarna kan men aan de slag met het kind.

Na gemiddeld 1 maand kunnen we al deze zaken uitsluiten en hebben we een duidelijk beeld van het kind.

Behandeling van selectief mutisme:

Nadat men alle zaken rond de stoornis in kaart heeft gebracht, begint men met de therapie.

In de eerste plaats zal er gewerkt worden met het kind. Het kind zal zijn angsten proberen overwinnen. Maar er is ook een rol van de ouder, een rol voor de logopedist en een rol van de medicatie.

Er bestaan anti-angstmiddelen die soms door de huisarts voorgeschreven worden, soms kan je deze ook vrij verkrijgen. Maar medicatie alleen zal nooit voldoende zijn. In sommige gevallen wordt de medicatie bovenop de andere behandelingen toegevoegd. Het is aangewezen om de medicatie zoveel mogelijk te vermijden

Als het kind, de ouder en de logopedist goed samenwerken, kan er al veel bereikt worden in de behandeling van selectief mutisme.

Er moet sowieso behandeld worden omdat het kind hieronder lijdt. De kinderen kunnen door het selectief mutisme op een bepaald moment in hun leven komen waardoor ze geen verdere stappen meer kunnen zetten in hun ontwikkeling en dan moet er ingegrepen worden. Het kind heeft bijvoorbeeld geen sociaal contact meer, is niet onafhankelijk, ...

De keuze van de behandeling gebeurt niet zomaar, men kiest altijd voor een Evidence-Based Supported Treatment (EST). Wanneer men samenwerkt met een psycholoog is het belangrijk om bij de psycholoog na te vragen of hij/zij evidence-based werkt, of empirically supported. Dat betekent dus een behandeling die al onderzocht is en waarvan cijfergegevens beschikbaar zijn naar de effectiviteit ervan.

Selectief mutisme wordt meestal behandeld met gedragstherapie omdat dit zeer goede resultaten oplevert. Om een effectieve behandeling te verkrijgen is het dus zeer belangrijk om na te vragen of de behandeling al onderzocht is geweest naar het effect ervan.

De duur van de behandeling betreft meestal 1 jaar vooraleer iemand een bepaald doel bereikt heeft. Soms is het aangewezen wanneer er in een nieuwe fase, dus wanneer men nieuwe stappen moet zetten, de cliënt langer in behandeling blijft of op follow-up komt na een aantal jaren.

Men start met het tonen van de behandelstappen in de klas omdat in de klas zich vaak het probleem stelt. Thuis zijn er vaak minder problemen.

Hieronder wordt een voorbeeld gegeven van behandelstappen in de klas. Verdere uitleg kan je vinden bij het deel over de workshop 'de behandeling van selectief mutisme in de school'.

Tabel 1: Behandelstappen in de klas

Stap 1	Kind reageert non-verbaal op vragen van de leerkracht
Stap 2	Het kind moet een geluid maken in de klas om iets aan te geven of op verzoek van de leerkracht
Stap 3	Het kind moet minimaal een woord zeggen
Stap 4	Het kind moet minimaal één keer in de ochtend en één keer in de middag een woord zeggen
Stap 5	Het kind zegt in de ochtend en middag twee woorden
Stap 6	Het kind zegt in de ochtend en middag vier woorden
Stap 7	Het kind zegt in de ochtend en middag acht woorden

Stap 8	Stimuleren van meerwoordszinnen
Stap 9	Eisen en uitbouwen van meerwoordszinnen
Oefenfase	Het kind geeft altijd verbale reacties op vragen van de leerkracht
Afsluiten	Het kind geeft altijd verbale reactie op vragen van de leerkracht in het kring- of groepsgesprek

Er wordt telkens in kleine stappen geoefend. Er wordt pas overgegaan naar de volgende stap eens de vorige bereikt is.

Stap 2 het maken van een geluid kan bijvoorbeeld spelenderwijze aangeleerd worden door te vragen 'wie kent er een dier met een 'k'?', dat kan dan bijvoorbeeld een 'koe' zijn. Daarna mag iedereen dat geluid eens maken. Zo kan je dus spelenderwijze in de klas starten met het maken van geluiden en langzamerhand verder gaan. Er moet dus wel veel geoefend worden. Het is belangrijk dat de logopediste eerst individueel met het kind oefent en dat het kind het dan later in de klas kan integreren. Men probeert deze stappen voor te bereiden.

Hieronder worden een aantal behandelstappen voor in de individuele behandeling (met bijvoorbeeld een logopedist) weergegeven:

Tabel 2: Behandelstappen in de individuele behandeling

Stap 1	Blaasspelletjes zoals uitblazen van kaarsje, blaasvoetbal of bellen blazen
Stap 2	Blazen met geluiden
Stap 3	Maken van verschillende geluiden
Stap 4	Geluiden mengen met woorden
Stap 5	Nazeggen van woorden
Stap 6	Afbeeldingen laten benoemen
Stap 7	Gebruik van één of twee woorden in spel
Stap 8	Stimuleren van meerwoordszinnen in spel
Stap 9	Eisen van meerwoordszinnen in spel
Stap 10	Uitbouwen van meerwoordszinnen in spel
Oefen	Intensivering van gesprekjes en/of spel met verbaal karakter
Afsluit	Het kind geeft altijd verbaal reacties op vragen van de leerkracht in het kring- of groepsgesprek

Sommige kinderen zijn zeer angstig, men start dan met het maken van geluiden via bijvoorbeeld bellen blazen. Langzamerhand kan men dan wat geluid toevoegen aan het blazen (bijvoorbeeld een stoomboot nadoen).

Rol van de ouders in de behandeling:

Het is belangrijk om te bespreken met de ouders wat er precies behandeld zal worden en hoe men dit kan bereiken.

Men legt dus vooraf het rationale van de behandeling uit.

« hoe meer je iets vermijdt, hoe meer de angst toeneemt »

« angst overwinnen doe je in kleine stapjes »

« we oefenen op die plaatsen waar de angst is »

Dit noemen we ook psycho-educatie, of leren omgaan met een stoornis door het verwerven van kennis, vaardigheden en door zelfvertrouwen.

Er zijn veel ouders die al op voorhand verschillende zaken hebben opgezocht en alles verschillende zaken hebben gehoord rondom hun. Het is dus belangrijk om hen heel duidelijk te informeren over wat de stoornis inhoudt en wat er precies zal gebeuren.

Aan de ouders wordt ook gevraagd om hun kind goed te observeren: hoe is uw kind? Wanneer spreekt het meer en wanneer spreekt het minder? Waar zie je nog dat het kind angstig is? Welke stappen kan het kind wel en niet gemakkelijk zeggen? Kan het kind wel spreken als het met de poppen speelt?

Er wordt bij kinderen heel vaak met een beloningssysteem gewerkt, men kan dan bijvoorbeeld sparen voor een uitstap naar een pretpark. Dit werkt heel vaak motiverend bij een kind.

Als er iets ongewenst in stand gehouden wordt, zoals bijvoorbeeld een mama die vaak overal naartoe gaat met het kind om het kind te beschermen wanneer het iets moet zeggen, dan moet dit ook besproken worden. Het gedrag van de ouder moet in dit geval gewijzigd worden.

Vaak zien we dat de ouders ook veel zorgen hebben: hoe zit dat voor de toekomst? Wat als mijn kind een trauma zou oplopen? Deze zaken moeten zeker ook besproken worden tijdens de therapie.

Een aantal ouders herkennen zich soms in hun kind en zouden soms zelf behandeld willen worden. Sommige ouders zijn zelf wat sociaal-angstig.

Behandeling sociale angst:

Wanneer er echt sprake is van een sociale angst, een angst om in groepen te spreken bijvoorbeeld, moet dit ook aangepakt worden.

Men gebruikt hiervoor vaak de ABC-schaal.



De psycholoog zal de angstgedachten (bijvoorbeeld: 'oh nee ik kan dit niet') proberen uitlokken. Vaak zit er dus ook een cognitieve component bij.

Men kan werken met een relaxatietraining.

Men kan ook leren om de cognitieve gedachten te overwinnen, je moet er leren mee leven dat er angstgedachten zijn en dat kan je toepassen in oefeningen. Je moet leren opkomen voor jezelf, leren neen zeggen. Dit zijn sociale vaardigheidstrainingen. Je leert je gevoelens en gedachten eerst te analyseren waarna je leert deze ook te veranderen.

Denken, voelen en doen is de driehoek waarin men werkt.

Het is zeer belangrijk dat er een positief klimaat is (belonen, aanmoedigen), want anders zal het kind niet vooruit gaan. De ouders moeten een goed model staan en moeten een goede omgeving bieden waarin men zeker niet straft maar eerder beloont.

Valkuilen van de behandeling:

Resultaten volgens de literatuur:

- 1 op 2 kinderen is binnen de 4 maanden succesvol.
- Binnen de 8 maanden zal zo'n behandeling bij de meeste jongeren goed afgelopen zijn als de behandeling enkel op het spreken gericht is. Men zal dus binnen de 8 maanden kunnen spreken.
- 1 op 6 kinderen heeft wel 1 à 2 jaar hulp nodig. Bij sommige kinderen gaat het sneller dan bij andere.

Het is zeer belangrijk om te blijven oefenen. Zelfs wanneer de behandeling afgelopen is, mag er verder geoefend worden.

Men moet zich tijdens de behandeling de vraag stellen of het doel realistisch is voor dit kind. Men moet niet van elk kind een spraakwaterval maken. Men stelt zich de vraag 'waar wilt men naartoe?'. Men kan bijvoorbeeld nu een doel stellen en als dat bereikt is, kan men een nieuw doel opstellen en zo kan men blijven doorgaan tot de cliënt alle doelen bereikt heeft die het wou bereiken.

1.2. Kinderen met selectief mutisme (door orthopedagoge Dr. Maretha de Jonge)

Het gedragstherapeutisch programma 'Spreekt voor zich' is ontwikkeld door dr. Maretha de Jonge.

Momenteel werkt men met de DSM V: het handboek voor psychiaters, maar het wordt ook gebruikt door psychologen.

In de DSM staan alle mogelijke aandoeningen die je kan hebben. Vroeger stond selectief mutisme onder ongecategoriseerde problemen die je op kan lopen tijdens de kinderjaren. Men wist niet goed waar dit te plaatsen en waar dit van kwam.

Maar men weet nu zeker dat het door angst komt. Het is een soort paniek die plots toeslaat.

Kinderen zien er vaak ondeugend uit, waardoor men denkt dat er geen angst aanwezig is. Als men kinderen vraagt waarom ze niet spreken, zullen ze vaak antwoorden 'ik weet het niet'. Ze beleven het waarschijnlijk niet als angst, maar toch schuilt er angst onder.

Uit onderzoek in families, onderzoek naar symptomen en follow-up blijkt ook dat het angst is.

Angst kan men overwinnen door middel van denken, voelen en doen. Zelfs jonge kinderen kunnen geholpen worden op die manier. Heel wat voorleesboekjes hebben als thema 'angst', bijvoorbeeld spoken onder het bed, dapper zijn,... Hierdoor kunnen kinderen nadenken over angst.



Gelukkig worden heel wat kinderen met selectief mutisme op jonge leeftijd aangemeld. De behandeling vindt plaats in verschillende settings en vaak ook multidisciplinair. Over de behandeling van selectief mutisme bij jongeren is nog heel weinig gekend.

1.3. Vraagstelling en discussie

- **Kan men ook spreken van selectief mutisme bij een zesjarig kind die fluistert?**
Men moet eerst uitsluiten dat er een andere oorzaak is (vb. pijn aan de stembanden tijdens het spreken). Daarnaast moet men ook de ouders bevragen. Het fluisteren kan overgaan in zwijgen, dus het is aangeraden om het kind verder op te volgen.
In de DSM staat omschreven dat het kind belemmert moet worden, dus het fluisteren kan onder de categorie selectief mutisme vallen.
- **Vanaf welke leeftijd begint men het best met het geven van medicatie aan jongeren?**
Eerst wordt aangeraden om op de klassieke manier acht maanden gedragstherapie te geven. Daarna kan men overwegen om naar een multidisciplinair team te stappen waar een kinderpsychiater aanwezig is.
- **Driejarig meisje zegt enkel 'è', is dit een vorm van selectief mutisme?**
Waarschijnlijk gaat het hier om een taalontwikkelingsstoornis. Bij selectief mutisme moet er een groot verschil zijn van het spreken in thuissituatie en elders.
- **Een meisje heeft sinds een voorval in de kleuterklas selectief mutisme. Zelf geeft ze aan dat haar vel vanaf dat moment heel dun is. Is er een andere manier om dit te behandelen naast relaxatie?**
Er wordt aangeraden om bij de psychologe traumabehandeling te volgen. Zolang het trauma aanwezig is, wordt de angst gestuurd.
- **Een leerling met selectief mutisme kent een grote terugval na het veranderen van klasgroep. Is het een oplossing om terug de vorige leerkracht erbij te halen?**
Het kind moet ook met een andere juf kunnen omgaan, dus er moet een terugvalplan opgesteld worden. Dit wil zeggen dat men op voorhand weet wat men moet doen indien er terugval optreedt.
- **Waarom moet autisme uitgesloten worden om de diagnose selectief mutisme te kunnen stellen?**
De DSM bepaalt dit, maar ook de angsttheorie en de behandeling zijn minder geschikt bij autisme.

2. Workshops

2.1. De behandeling van selectief mutisme bij kinderen

Definitie: criteria DSM-5

- A. Consistent **niet spreken in sociale situaties** waarin dit wel wordt verwacht (zoals op school) ondanks het feit dat de betrokkene **in andere situaties wel spreekt**.
- B. De stoornis **interfereert** met de prestaties op school, opleiding of werk of in de sociale communicatie
- C. De duur van de stoornis bedraagt **minstens één maand** (en is niet beperkt tot de eerste maand op school)
- D. Het niet spreken kan **niet worden toegeschreven aan een gebrek** aan kennis van of vertrouwdheid met de in de sociale **situatie gesproken taal**.
- E. De symptomen kunnen **niet beter worden verklaard door** een communicatiestoornis (vb. een stoornis in de spraakvloeiendheid ontstaan in de kindertijd) en treden niet uitsluitend op in het beloop van de autisme-spectrumstoornis, schizofrenie of een andere psychotische stoornis.
 - Ontwikkeling meestal rond 5 jaar

Over de **etiologie** van selectief mutisme is er weinig wetenschappelijk aantoonbare samenhang. Is de oorzaak een trauma of een ingrijpende gebeurtenis? Is er invloed van temperament? Is er samenhang met (sociale) angst of is er een negatiever zelfbeeld? Er bestaat nog geen zekerheid daaromtrent. De groep met selectief mutisme is zeer uiteenlopend en kent een variabele duur. Het is belangrijk om selectief mutisme vroegtijdig te herkennen en te behandelen.

De **intakefase** bestaat uit een uitgebreide klachtenanamnese en een ontwikkelingsanamnese. Daarnaast wordt rekening gehouden met andere factoren en wordt een functieanalyse opgesteld (en uitzonderingen. Ook de observatie is belangrijk tijdens de intakefase.

Om de **diagnose** van selectief mutisme te kunnen stellen, moet men gebruik maken van volgende vragenlijsten en (semi)-gestructureerde interviews:

- Selectief Mutisme Vragenlijst (Bergman et al., 2008)
- CBCL/TRF - SCID-Junior (diagnostisch interview)
- Specifiek voor ASS:
 - o SRS-2 (Screeninglijst ASS)
 - o SEV (Sociaal emotionele vragenlijst)
 - o Ontwikkelingsanamnese

Daarnaast is ook een observatie en een gesprek nodig.

Er moet ook een **differentiaaldiagnostiek** zijn met volgende stoornissen:

- Gehoorstoornis
- Spraakklankstoornis
- Op school wordt een andere taal gesproken dan thuis (dialect, buitenlandse taal)
- Milde ontwikkelingsvertraging
- ASS

Differentiaaldiagnostiek: ASS vs. selectief mutisme

- Thuis vs. buitenshuis
 - Sociale wederkerigheid?
 - Aanwezigheid repetitieve bewegingen of patronen
- Toch komt het ook voor dat kinderen met ASS thuis goed kunnen praten, maar buitenshuis zeer angstig zijn en het niet of nauwelijks doen. Een gedragstherapeutische behandeling kan deze kinderen helpen. Het programma en de doelen van de therapie moeten voor hen aangepast worden.
- Soms wordt de diagnose van autisme ten onrechte gesteld en veranderen de gedragingen pas als een kind minder angstig wordt. De juiste diagnose kan pas gesteld worden als de angstklachten van het kind zijn behandeld.

Het kan ook voorkomen dat er **comorbiditeit** is met andere stoornissen:

- Problemen met de zindelijkheid
- Trauma?
- Angststoornissen:
 - Sociale angststoornis
 - Separatieangststoornis
- Milde taalproblemen >< ernstige taalproblemen (cave: meertaligheid!)
- Sterk perfectionisme
- Temperament: geremd/gedragsinhibitie
- Gedragsproblemen thuis >< zelden op school
- Gezinsfactoren

Advies en therapieplan

Niveau	Probleem	Doel	Interventie	Evaluatie	Valkuil
Kind					
Ouders					
Gezin					
School					
Vrije tijd					

De **opbouw van een therapeutische relatie en motivatie** zijn heel belangrijk bij de behandeling van selectief mutisme. Hierbij is de opbouw in communicatie ook van belang. Een multidisciplinaire aanpak is ideaal. Men raadt aan om motivationele technieken te gebruiken en een beloningssysteem te introduceren.

De **behandeling** van selectief mutisme ziet eruit als volgt:

- Rationale van de behandeling + psycho-educatie
- Technieken non-verbaal contact te maken
- Technieken non-verbaal -> verbaal
- Technieken verbaal uit te breiden – opbouw
- Transfer maken naar buiten
- Context betrekken!
- Gedragstherapeutisch protocol selectief mutisme
- Luiderslot (serious game)
- SOVA (vb. spelend leren, leren spelen)
-

Gedragstherapeutische benadering

- Psycho-educatie
- Spreekgedrag in stapjes aanleren
- Graduele exposure om vermijdingsgedrag te doen afnemen
- Shaping & fading
- Modeling omgeving + toepassing operante leerwetten
- Regelmatige evaluatie

Hoe vertellen aan het kind?

- Vertalen als *‘niet durven praten in bepaalde situaties, terwijl praten in andere situaties niet eng is.’* of *‘praten buitenshuis is zo eng dat je mond als het ware op slot zit en er geen geluid meer uit komt’.*
- Niet alleen: Er zijn meerdere kinderen zo
- Gaan bij “praatdokter”

Psycho-educatie ouders

Ouders hebben vaak een machteloos gevoel na alle pogingen. Ze moeten beseffen dat blijven zwijgen geen onwil is van het kind. Er moet ondersteuning zijn vanuit een positieve houding en er mag niet te veel meegegaan worden in angst. Men moet het kind stimuleren met kleine stapjes zonder te forceren. Bij deze stapjes wordt een ondersteunende figuur aangeraden. Dit kan ervoor zorgen dat de angst afneemt.

Psycho-educatie school

Om het kind te ondersteunen op psychologisch vlak kunnen zowel de juf als kinderen ingeschakeld worden. Er kan gewerkt worden aan de houding in de klas en in groep. De school kan aanpassingen invoeren, zodat er geen belemmering is op de schoolresultaten (<-> instandhoudend). Er moet opgepast worden dat de leerkracht er niet 'zijn project' van maakt, anders is er teleurstelling en verlies in geloof.

Do's and Don'ts school: enkele voorbeelden

Angstreducerende maatregelen:

- Enige uitleg over het zwijgen van het kind aan andere kinderen
- Niet dwingen om te praten
- Zorgen dat het kan deelnemen aan alle activiteiten, tijdelijke(!) alternatieven
- Zitplaats in klas
- Contacten met andere kinderen initiëren en stimuleren
- Kind niet in middelpunt plaatsen

Factoren die zwijgen in stand kunnen houden:

- Te veel stimuleren van non-verbale communicatie >> moeilijk evenwicht...!
- Te veel extra individuele aandacht

Behandelstappen individuele behandeling

STAP	Beschrijving
1	Uitblazen van een kaarsje/blaasvoetbal spelen
2	Blazen met geluiden
3	Verschillende geluiden maken
4	Geluiden mengen met woorden
5	Woorden nazeggen
6	Afbeeldingen benoemen
7	Gebruiken van één of twee woorden in het spel
8	Stimuleren van meerwoordzinnen in spel
9	Eisen van meerwoordzinnen in spel
10	Uitbouwen van meerwoordzinnen in spel
Oefenfase	Intensivering van gesprekjes en/of spel met verbaal karakter
afsluiten	Het kind geeft altijd verbaal een reactie op vragen van de leerkracht in het kring- of groepsgesprek

- Elke stap wordt herhaaldelijk geoefend in sessie
- Voorgaande stappen worden steeds kort herhaald
- Elk gewenst gedrag bekrachtigen
- Elke stap kan meerdere sessie vergen

- Na aantal sessies ook op school

Behandelstappen met ouders/gezin

Kinderen met selectief mutisme hebben nood aan modeling, stimulatie en experimenteren. Dit is soms ook uitdagend voor de ouders, broers en/of zussen .

Valkuil:

- Bij 70% van de kinderen met SM heeft minstens één van de ouders een geschiedenis van sociale fobie
- Bij 37% van de kinderen met SM heeft minstens één van de ouders een geschiedenis van selectief mutisme

Voorbeeld: kindje thuis uitnodigen

- Kind laten kiezen
- Actief meespelen en kind helpen indirect al te communiceren, via ouder praten
 - >> stem al laten horen in aanwezigheid ander kind, al opbouw vertrouwen
- Van fluisteren langzaam naar luidop - Interesse tonen in hun spel, verwoorden wat je ziet
- Opbouwen naar gesloten vraagjes (ja/nee)
 - Mogelijkheden aanreiken (1 woordzin)
 - Als kind inpikt gesprekje nog wat proberen rekken
 - *bv Wat wil je, ijs of taart?*
 - *Taart*
 - *Wil je een stukje van de appeltaart of van de schuimtaart?*
 - *Appeltaart*
 - *Waar willen jullie het eten, hier of in de woonkamer*
 - *Woonkamer*
 - Open vragen zonder keuzealternatieven

Behandelstappen in de klas

STAP	Beschrijving
1	Parallel aan eerste vijf individuele sessies moet het kind non-verbaal reageren op vragen van de leerkracht
2	Het kind moet een geluid maken in de klas om iets aan te geven op verzoek van de leerkracht
3	Het kind moet minimaal één woord zeggen
4	Het kind moet minimaal één keer in de ochtend en één keer in de middag een woord zeggen
5	Het kind zegt in de ochtend en middag twee woorden
6	Het kind zegt in de ochtend en middag vier woorden
7	Het kind zegt in de ochtend en middag acht woorden
8	Stimuleren van meerwoordzinnen
9	Eisen en uitbouwen van meerwoordzinnen
Oefenfase	Het kind geeft altijd verbale reacties op vragen van de leerkracht
afsluiten	Het kind geeft altijd verbale reacties op vragen van de leerkracht in het kring- of groepsgesprek

Protocol op maat?!

Er is flexibiliteit en creativiteit nodig bij de behandeling van selectief mutisme. Er moet vasthoudendheid en doorzettingsvermogen zijn van de therapeut, leerkracht en ouders! Het liefst wordt er gewerkt in de vorm van speltherapie.

Computerspel: Luiderslot

Met behulp van dit computerspel oefenen kinderen hun vaardigheden en zien ze op speelse wijze hun vorderingen gevisualiseerd.

<http://luiderslot.spreektvoorzich.nl/demo.html>

- Dierengeluiden herkennen
- Zelf dierengeluiden maken (slang)
- Dappere gedachten vs. bange gedachten
- ...

Groepstraining

Er is evidentie voor effectiviteit groepstherapie voor Selectief Mutisme (8 sessies). Het selectief mutisme verbeterde bij de kindergroep en de oudergroep rapporteerde nadien ook zelf lagere angstlevels.

EXTRA: SOVA-training

- Spelend leren, leren spelen
- 8-12j, maar aanpasbaar
- Pauw, leeuw, schildpad

Evaluatie & FU

- (Young Child) Session Rating Scale
- (Young Child) Outcome Rating Scale
- Schaaltechnieken
- CBCL, TRF
- Gesprek

Medicamenteuze behandeling?

- Herstel gunstiger bij jonge dan bij oudere kinderen
- Niet altijd positief resultaat behandeling
 - Medicamenteuze behandeling ter ondersteuning overwegen
- Fluoxetine ter vermindering van spreekangst, sociale fobie vanaf 7 jaar
- Vooruitzicht op herstel zeer gunstig; maar onderzoek naar effecten van medicatie eerder beperkt
- Combinatie met therapie om terugval na afbouw medicatie

Aanpassingen ASS

- Nood aan aangepast therapeutisch proces
- Andere sociale interactie: meer functioneel en minder sociaal begrip
- Ouders en hulpverlener moeten andere verwachtingen en doelen vooropstellen
 - Proberen begrijpen hoe het kind de wereld ziet, om hem aan de tools te helpen om de aangepaste doelen te bereiken.
- Meestal geen angst voor beoordeling of schaamte om te praten
- Nood aan explicietere instructies in sociale interactie + vertalingen/uitleg
 - Psycho-educatie + oefenen: Waarom praten? Wanneer praten? Hoe praten?
 - Grotere focus op de functionaliteit van taal en scripts
- Generalisatie naar andere situaties moeilijk: elke mogelijke situatie oefenen ☺ verschillende mensen, plaatsen en materialen

2.2. De behandeling van selectief mutisme bij tieners

‘Ik ben kinderpsycholoog, ik ben mama van een tiener met selectief mutisme, ik heb selectief mutisme, ik heb zelf als kind selectief mutisme gehad,...’ Vanuit deze ervaringen startte de workshop over selectief mutisme bij tieners. Er werden verschillende problemen aangebracht.

Steeds meer aanmeldingen van personen met selectief mutisme

We krijgen steeds meer aanmeldingen van jongeren met selectief mutisme. Er is nog heel weinig bekend over selectief mutisme bij jongeren. Het gaat over jongeren die een terugval vertonen in het spreken. In de aanmeldingen zien we vaak jongeren die doorgestuurd worden door andere therapeuten of jongeren die nog nooit met zorg of therapie in contact kwamen.

De invloed van de puberteit op selectief mutisme

De puberteit heeft invloed op het selectief mutisme. In een onderzoek naar selectief mutisme zien we dat kinderen en volwassenen een vooruitgang vertonen op vlak van spreken. Daartegenover zien we bij jongeren tussen de 12 en 15 jaar vaak een duidelijke terugval: de symptomen van selectief mutisme komen weer meer voor. Tieners zijn enorm bezig met wat anderen van hen vinden, het maken van vrienden, zich losmaken van ouders,... Dit heeft een invloed op de persoonsvorming. De sociale angsten komen dan vaak naar boven. De jongeren willen iets bereiken, maar stralen dit niet altijd uit. Vanaf hun 16e geven jongeren vaak zelf aan dat ze willen geholpen worden.

De kinderen zijn niet alleen

Er kan gebruik gemaakt worden van een serie: “the big bang theory” om de jongeren te leren omgaan met selectief mutisme. In deze serie wordt er een personage geschetst met selectief mutisme. Het is belangrijk dat de jongeren beseffen dat ze niet de enige zijn met selectief mutisme. We moeten ervoor zorgen dat de jongeren elkaar ontmoeten. Dit kan motiverend werken en een positief effect hebben op de jongeren. De tieners kunnen op deze manier ervaringen uitwisselen via groepsactiviteiten, e-mail groepen, WhatsApp groepen, skypen,... De ouders geven in het gesprek aan dat hun kinderen wel zouden kijken naar de groep, maar zelf geen zaken zouden posten. Er bestaat reeds een gesloten groep op facebook “De stille vrienden”. Er is ook een jongerenpagina waarop je informatie kan vinden over selectief mutisme. Het is de bedoeling dat de pagina wordt uitgebreid.

Machtsstrijd

Je kan een kind niet dwingen om te spreken. De machtsstrijd komt hierin vaak naar boven; we denken vaak dat de kinderen hier om doen. Het voelt aan als een machtsstrijd tussen ouder en kind aangezien we graag willen dat het kind praat. Als ouder kan je enkel aanreiken, het kind moet uiteindelijk praten.

Therapie

Door bepaalde situaties te vermijden kan je de angst om te spreken reduceren. In de therapie geven jongeren aan dat ze angstiger zijn op het einde dan in het begin van de therapie. Ze worden blootgesteld aan hun angst en kunnen het praten niet meer vermijden.

In een studie gaven jongeren aan dat ze het gevoel hadden dat klasgenoten hen niet aardig vonden. Streven naar een positief zelfbeeld (hoe denk je over jezelf en hoe denk je over anderen) moet geïntegreerd worden in de therapie.

Het is soms goed om af en toe een pauze in te lassen in de therapie. Bepaalde kinderen worden ook “therapie moe”. Als ouder blijf je best wel in gesprek met je tiener. Soms heb je wel het gevoel dat dit weinig oplevert en kan je kiezen voor de optie om even niets te ondernemen.

2.3. De behandeling van selectief mutisme door logopedisten

De meest evidence-based aanpak van selectief mutisme is ‘graduele exposure’. Er wordt ook altijd heel sterk benadrukt dat je selectief mutisme enkel succesvol kan behandelen als je nauw en intensief samenwerkt met de ouders en in de meeste gevallen ook met de scholen.

Drie belangrijke aspecten binnen de behandeling van kinderen met selectief mutisme:

1. *Graduele exposure*

Geleidelijke blootstelling is in hele kleine stappen wel doen wat je tot nog toe hebt vermeden. Je confronteert de cliënt in hele kleine stapjes met datgene waar men schrik van heeft. Een volgende stap wordt pas gezet nadat de voorgaande stap emotioneel 'neutraal' geworden is. Het zorgt dus voor geen angst of spanning meer.

De werkzaamheid van graduele exposure is op een cognitief mechanisme gebaseerd. Wanneer je jezelf confronteert met iets waarvan je bang bent en er gebeurt niks, dan ontkracht je de verwachtingen die er in je hoofd aan verbonden zijn. Je verwacht namelijk dat de confrontatie iets onprettig zal opleveren. Wanneer dit dan niet gebeurt, doe je die verwachting teniet.

2. Contra-conditionering

Kinderen met selectief mutisme kunnen vaak zelf niet aangeven waarom die angst en onrust er is. Wanneer je vervolgens enkel graduele exposure toepast, is dit vaak te weinig. Hier bovenop moet je nog iets doen, namelijk contra-conditionering. Je zorgt er voor dat tijdens die confrontaties een positieve associatie wordt gemaakt. Dat het kind ervaart dat die confrontatie helemaal niet zo erg is, maar dat er zelfs iets leuk aan verbonden is.

Contra-conditionering is exposure op zo'n manier dat er op hetzelfde moment iets prettigs wordt uitgelokt. Op deze manier wordt een nieuwe betekenis toegekend. Dit is niet hetzelfde als beloning. Een contra-conditionering maakt de confrontatie zelf prettiger. Een beloning maakt achteraf de confrontatie niet prettiger. Dit is enkel een beloning omdat men de confrontatie is aangegaan.

Bij heel jonge kinderen ziet contra-conditionering er anders uit dan bij oudere kinderen. Bij lagere schoolkinderen en jongeren kan samen gezocht worden wat hen zou helpen om die angst wat tegen te werken op het moment dat ze geconfronteerd worden. Bij kleuters is dit moeilijker. Dan gaat de therapeut of ouder voor een prettige atmosfeer creëren waarbinnen hele kleine stapjes van exposure plaatsvinden.

Heel belangrijk is dat de mate van prettige gevoelens die je uitlokt groter moet zijn dan de mate van angst die wordt uitgelokt door de confrontatie.

3. Strikt beloningssysteem

De onrust of spanning kan zo groot zijn om iets aan te durven, dat het absoluut belangrijk is hier een beloning aan te koppelen. Er moet hele duidelijke doelen zijn en er moet op voorhand afspraken gemaakt worden wat er aan vast hangt. Natuurlijk hoop je dat het kind op termijn een soort van intrinsieke beloning ontwikkelt voor het stellen van het gedrag. Alleen zal dit in het begin een hele tijd niet zo zijn.

Bij selectief mutisme gaat het niet om vaardigheidstraining! Ze beschikken over de mogelijkheden om te articuleren en te praten. Het gaat er om hen te leren durven articuleren in bepaalde situaties. Vaak beheersen ze de vaardigheden wel, maar moeten we als therapeut het toenaderingsgedrag gaan stimuleren en belonen.

Het is belangrijk om per kind te zoeken wat hen echt beloont, want dit kan het extra duwtje zijn om een kind iets te laten proberen. Vaak wordt er gebruik gemaakt van een token-systeem. Bij een bepaald aantal tokens kan de cliënt kiezen dit in te wisselen voor een beloning. Men krijgt ook de mogelijkheid om verder te sparen voor een grotere beloning.

Organisatie eerste sessies: kind, ouders en leerkracht oriënteren op de behandeling

Eerste onderzoeksinterview met ouders

Er wordt begonnen met een onderzoeksinterview met de ouders en zonder het kind. Je probeert in kaart te brengen welke betekenissen een cliënt koppelt aan bepaalde prikkels, zodat je daar verder je therapie op kan afstemmen. Dit is belangrijk in functie van het opstellen van een angsthiërarchie. Er wordt gezocht naar prikkels die het zwijgen uitlokken, maar ook naar prikkels die het spreken net makkelijker maken.

Het is zeer zinvol beide ouders bij het interview aanwezig te hebben. Vaak hebben ouders een andere benaderingswijze van het kind. Ouders gaan dikwijls anders om met de spreekangst, omdat de ene meer erfelijk belast is voor angst dan de ander. Zo zal de ene ouder ook meer begrip hebben voor de spreekangst dan de andere ouder. Vaak hebben de ouders ook verschillende voorbeelden van het spreken van het kind. Ouders gaan in interactie en zo krijg verkrijgt je heel wat informatie.

Er wordt dus een inventarisatie gemaakt van alle mogelijke problemen en alle mogelijke factoren die in bepaalde situaties aanwezig zijn. En vervolgens hypotheses stellen van wat een rol zou kunnen spelen.

Gezamenlijke doelbepaling

Zowel ouders als de leerkracht moet begrijpen dat het gaat om geleidelijk aan beginnen praten en dat er niet plots een spectaculaire verandering zal plaatsvinden. Deze hoop leeft vaak bij leerkrachten. Ouders zijn iets realistischer in de verwachtingen, omdat zij reeds een langere weg hebben afgelegd met hun kind en dat zij weten dat hun kind al langer zwijgt.

Het is belangrijk dat de omgeving goed beseft dat het gaat om angst en dat het niet te maken heeft met koppigheid. Bestrafing of negatieve reacties zullen enkel voor een achteruitgang zorgen, omdat het de angst enkel zal vergroten.

Het kind moet in de eerste plaats beginnen praten tegen de therapeut. Hierbij vormt de relatievorming een hele belangrijke rol. Het is belangrijk veel tijd te steken in de opbouw van een veilige en prettige atmosfeer. Afhankelijk van de leeftijd van het kind zal je dit ook op een andere manier moeten doen.

Hoe kom je iets te weten over je cliënt zonder te spreken?

Je kan aan de hand van een spel vragen stellen aan elkaar of vragen oplossen. Dit kan door middel van spreken of schrijven. Let op: kinderen met selectief mutisme hebben vaak moeite met het maken van een keuze (schrijven/spreken). Dit kan voor extra stress zorgen uit angst om een verkeerde keuze te maken. Beantwoord de vragen samen.

Laat als therapeut merken dat je zelf ook angsten hebt. Benoem de angsten van de cliënt en stel hen gerust dat je er samen met hen aan zal werken.

Probeer telkens vanop eenzelfde niveau te vertrekken als de cliënt. Bij jonge kinderen kan het dus zijn dat je als therapeut ook heel vaak zwijgt.

Hoe bouw je een relatie op met een cliënt die niet spreekt?

Hoe creëer je veiligheid in de therapie?

Hoe onderzoek je in de therapie de tolerantiedrempel voor spreken van het kind?

- Defocused communication en joint attention: samen gericht op een activiteit of een voorwerp, zonder dat de focus op het spreken ligt. Het draait om de situatie en niet om het spreken zelf. De aandacht is ook niet op elkaar gericht. Het kan bijvoorbeeld kinderen helpen om de focus van spreken weg te nemen als je naast elkaar zit in plaats van tegenover elkaar. Het geeft wat minder druk op spreken.
- Als je zelf iets inbrengt in het gesprek, is het aangeraden dit eerder te doen in de zin van 'hardop denken'. Zo voelt het kind zich minder direct aangesproken en moet er ook geen reactie komen. Op deze manier probeer je ongemerkt iets uit te lokken in plaats van direct bevragen.
- De mate waarin je praat is heel belangrijk. Er mogen gerust stiltes vallen. Zorg dat er ruimte is voor moest het kind willen praten. Als je als therapeut alle stiltes vol praat, dan is er voor het kind geen kans om een inbreng te hebben. Wanneer er af en toe stiltes plaatsvinden, verlaagt dat de drempel om te spreken. Zo krijgt de cliënt het gevoel dat spreken mag, maar niet moet.
- Zorg er voor dat als je een dialoog begint de interactie niet afhankelijk is van reacties van het kind. Je vertelt iets, maar verwacht geen reactie. Jouw verhaal gaat verder zonder dat er een reactie moet zijn. Zegt een kind toch iets, zet dat dan niet te veel in de verf. Reageer daar positief, maar vrij neutraal op. Een techniek die toegepast kan worden is 'schaduw' of herhalen.
- Voor sommige kinderen helpen gesloten vragen, omdat dat een beperkt antwoord vereist. Aan de andere kant creëert een gesloten vraag een heel stresserende situatie, omdat dit echt wel vraagt naar een reactie. Dit moet je per kind nagaan.
- Bedenk telkens welke mogelijke tussenstappen in therapie er allemaal zijn. Wanneer een kind met jou niet durft spelen, dan is dit nog een stap te ver. Je kan bijvoorbeeld naast elkaar spelen met verschillend speelgoed. Er hoeft niet altijd interactie te zijn. Een eerste stap kan zijn dat het kind jouw aanwezigheid verdraagt wanneer het alleen speelt. Zorg dus voor speelgoed waar je op je eentje mee kan spelen. Samenspelen mag, maar het moet niet. Dit heet 'solo play'. Een volgende stap is 'tangential play' waarbij je geleidelijk aan wat interactie zoekt door toevallig eens een balletje naar die kant te laten rollen. Zo kan je al wat contact maken. Als laatste kom je tot samenspelen of 'cooperative play'.
- Achtergrondgeluiden zou kunnen zorgen dat je een veiligere omgeving creëert. Wanneer er wat achtergrondgeluid is, dan kan wat er gezegd wordt wat gecamoufleerd worden in het geluid. Als je in een volledige stilte moet beginnen praten, kan dit moeilijker zijn dan wanneer er al wat geluid is.

Het is heel belangrijk de principes van exposure te bespreken zodat ze weten waarom je op die manier te werk gaat. Tegelijk ook afbouwen van vermijdingsgedrag of gedrag bij de ouders dat eventueel dat vermijdingsgedrag in stand houdt. Als een ouder een wat beschermende reactie geeft ten opzichte van het kind en in de plaats van het kind gaat praten, dan is het belangrijk dit te bespreken. Het is belangrijk dat met het toenemen van durf van het kind, dit beschermende gedrag afneemt.

De eerste exposure-activiteiten voer je uit in de therapieruimte. Eerst moet het kind contact maken met de therapeut vooraleer je verder kan. Eerst moet het non-verbaal contact en relatie goed zitten. Dit kan al werken als antagonist van de angst. Dan ga je de angsthiërarchie afgaan door hen er geleidelijk aan aan bloot te stellen. Bij jongere kinderen zal de angsthiërarchie in het begin hypothetisch zijn en deze moet je aftoetsen. Bij oudere kinderen zal dit niet zo hypothetisch zijn. Zij kunnen al aangeven wat ze zeer beangstigend vinden en wat minder.

Welke aspecten maken de confrontatie met spreken lastiger of net makkelijker? Welke zaken kan je variëren om een hiërarchie op te stellen?

- Luisteraars: aantal, vertrouwdheid, leeftijd, kenmerken, ...
- Afstand tot de spreker
- Plaats of omgeving: thuis, buiten/binnen, schoolomgeving (speelplaats, turnzaal, klas), therapielokaal, wachtzaal, ...
- Volume: fluisterend, normale luidheid, luid
- Hoeveel verbale communicatie: een woord, een korte zin, een uitleg, ...
- Focus op communiceren: casual, tijdens andere activiteit of focus op spreken zelf, spreekbeurt, oog-in-oog, door de telefoon, ...
- De mate waarin je hoorbaar bent: als er achtergrondgeluid is, ...

Belangrijk in functie van onderzoek van selectief mutisme

Het is belangrijk de factoren die specifiek voor dit kind verschil maken, al tijdens het onderzoek zorgvuldig in kaart te brengen. Bevraag dit grondig tijdens het ouderinterview en observeer ook zelf. Probeer verschillende spreesituaties tot in detail in kaart te brengen. Wanneer je een aantal situaties naast elkaar legt, vindt je er misschien een systeem in.

Probeer dit in kaart brengen te baseren op dingen die het kind wel durft. Focus niet telkens op wat fout liep waarom het kind niet durfde spreken. Samen uitzoeken wat wel lukt en wat het kind helpt is een veel positiever gesprek. Stel eerder een durf-hiërarchie in plaats van een angst-hiërarchie op.

Enkele voorbeelden van mogelijke exposure-opdrachten

- Ouder praat met kind, therapeut/leerkracht is in de ruimte ernaast met de deur open
- Dierengeluiden nabootsen; geluiden maken...
- Iets zeggen tegen de leerkracht als er veel geroezemoes is in de klas
- Na de les aan de juf iets vragen, terwijl de meeste kinderen al buiten zijn
- Met een zachte stem antwoorden op een vraag als je vooraan dicht bij de leerkracht zit
- Luisteren naar eigen stemgeluid in specifieke context

Opstellen van een hiërarchie: wat zou de volgende stap kunnen zijn?

1. Het kind praat in de therapieruimte wel zacht met de ouders, maar niet als de therapeut er ook is...

Luidheid laten toenemen wanneer het kind met de ouders praat.

In een andere ruimte praten met de ouders.

De deur van de ruimte op een kier laten en de therapeut komt af en toe eens langs.

2. Een kind heeft één klasgenootje waar die mee praat als er geen anderen in de buurt zijn...

Spreeken met een klasgenootjes wanneer er wel andere kinderen in de buurt zijn.

3. Puber is in staat om een spreekbeurt in een verder leeg klaslokaal met alleen de leerkracht af te leggen...

In een dichter klaslokaal bij het eigen klaslokaal de spreekbeurt laten geven.

Het aantal klasgenoten in de ruimte opbouwen.

Organisatie volgende sessies

Stilaan verschuift de therapie van de therapieruimte naar een ruimte ergens anders (vaak op school). Het is belangrijk de leerkracht te informeren over de exposure-oefeningen. Indien er tijd en ruimte voor is bij de leerkracht, kan je vragen om mee te helpen bouwen aan een non-verbale band met het kind.

Het kind zal van de therapeut opdrachten krijgen. Bijvoorbeeld een woord durven zeggen in de voormiddag en dit geleidelijk aan opbouwen. Heel veel plezier maken tijdens de therapie, als antagonist voor de angst, en het beloningssysteem is heel erg belangrijk. Beloon consistent voor het gedrag dat je afgesproken hebt met het kind. Enkel het gedrag dat afgesproken was en niet het toenaderingsgedrag wordt beloond. Laat wel je appreciatie blijken wanneer het gedrag in de buurt komt en het kind probeert.

Preventie van herval

Hierbij is de betrokkenheid van de ouders zeer belangrijk. Ouders zijn niet enkel de uitvoerders van de therapie, ze zijn partners in het proces. Als therapeut moeten wij hen inzicht geven in hoe en waarom het proces verloopt en hoe hun kind meer durf kan opbouwen. Na het beëindigen van de therapie kunnen ze dan met die visie verder werken. We gaan het probleem-oplossend vermogen van de ouders stimuleren. We helpen ze om te weten welke stappen ze kunnen zetten om hun kind te helpen ondersteunen. Ouders blijven hun kinderen best verder belonen. Dit proces is niet af. Soms kom je later in nieuwe situaties terecht waar de angst weer in hogere mate aanwezig is. Dan is het belangrijk dit toenaderingsgedrag opnieuw te gaan stimuleren. Het is belangrijk als therapeut het contact met de school te blijven behouden, ook wanneer de therapie is afgerond.

Voor het kind zelf geldt dat hij zelf bewust blijft van positieve stappen die hij zet. Zo vindt het kind ook motivatie om de durf verder op te bouwen.

Eventueel aanvullend op logopedische therapie

- Cognitieve herstructurering
- Psycho-educatie
- Communicatie- / sociale vaardigheidstraining
- Augmented self-modeling

2.4. Omgaan met selectief mutisme in de school

Volgens de literatuur hebben evenveel jongens als meisjes te maken met selectief mutisme.

Eerste gesprek met de ouders. Ze komen hulp vragen voor een bepaald probleem: 'mijn kind spreekt niet in de klas'. Bij alle kinderen heeft dit een ander spoor. Sommige kinderen praten wel meteen tegen de therapeut, andere niet. Er moet sowieso eerst een vertrouwensrelatie opgebouwd worden.

Vaak is humor een ingangspoort om met het kind aan de slag te gaan.

Heb je in Vlaanderen een label nodig om hulp te krijgen? De kinderen dienen zich eigenlijk aan zonder label...

M-decreet en selectief mutisme:

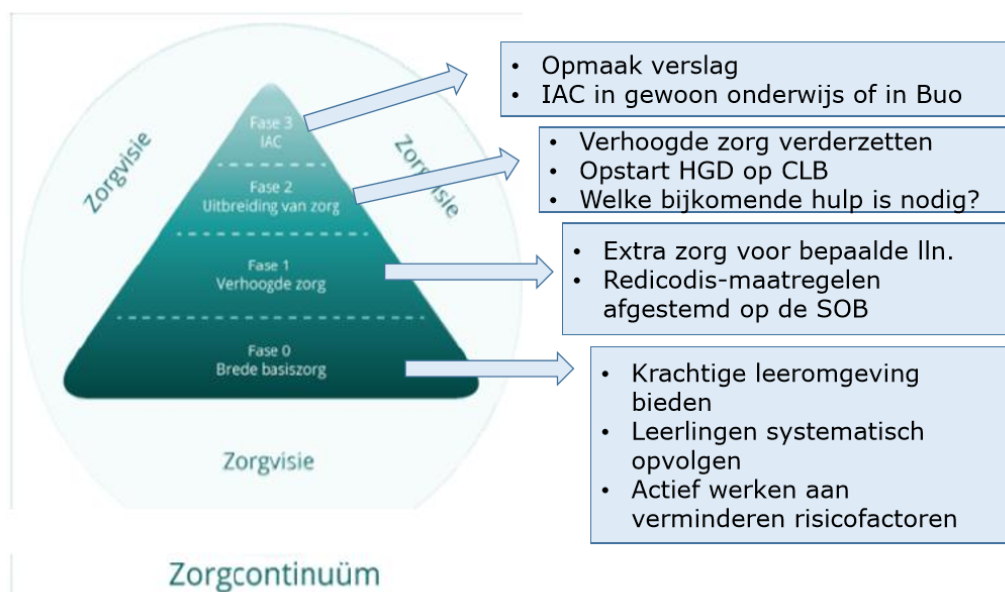
Het M-decreet maakt de mindshift van een diagnose/persoonlijk deficit naar een afstemmingsprobleem. Meer en meer scholen vinden ook dat leerlingen die geen attest hebben, maar duidelijk wel hulp nodig hebben, deze ook moeten krijgen.

Het M-decreet wil ook af van het medisch labeltje en de persoonlijke tekortkoming. Het is meer afhankelijk van de context. Men moet proberen de context zodanig af te stemmen op het kind. De omgeving moet zich aanpassen. Dit begint stilaan in de scholen te leven.

Men streeft in de toekomst naar GON-begeleiding voor kinderen met selectief mutisme en het afstappen van het medisch label. Men wilt ook kinderen zonder medisch label kunnen helpen.

Zonder label kan je op dit moment geen verslag krijgen voor naar het buitengewoon onderwijs te gaan. Momenteel heeft men dit label dus wel nog nodig om naar het buitengewoon onderwijs te kunnen.

Het M-decreet is gekomen om de stap naar inclusie te zetten. Men probeert zoveel mogelijk kinderen met een beperking te integreren in het gewoon onderwijs. Kinderen met selectief mutisme horen in het gewoon onderwijs indien ze geen andere bijkomende stoornissen hebben.



Fase 0 wordt voor alle leerlingen voorzien in de school. In fase 1 komen kinderen terecht die niet genoeg hebben aan de brede basiszorg, maar extra noden hebben. Men treft extra maatregelen voor een kind. Er wordt soms overgegaan van fase 2 terug naar fase 1. Soms is de hulp niet goed genoeg en dan wordt er overgegaan naar fase 3, naar een individueel aangepast curriculum (IAC). De doelen worden niet bereikt om over te gaan naar een volgend jaar. Maar dat is meestal enkel bij de kinderen met selectief mutisme met een ander bijkomend probleem. De meeste kinderen met alleen selectief mutisme blijven in het gewoon onderwijs. Het kan gebeuren dat een kind met selectief mutisme alleen nood heeft aan een individueel aangepast traject, en dan kunnen de ouders kiezen of het kind in het gewoon onderwijs blijft of overgaat naar het buitengewoon onderwijs.

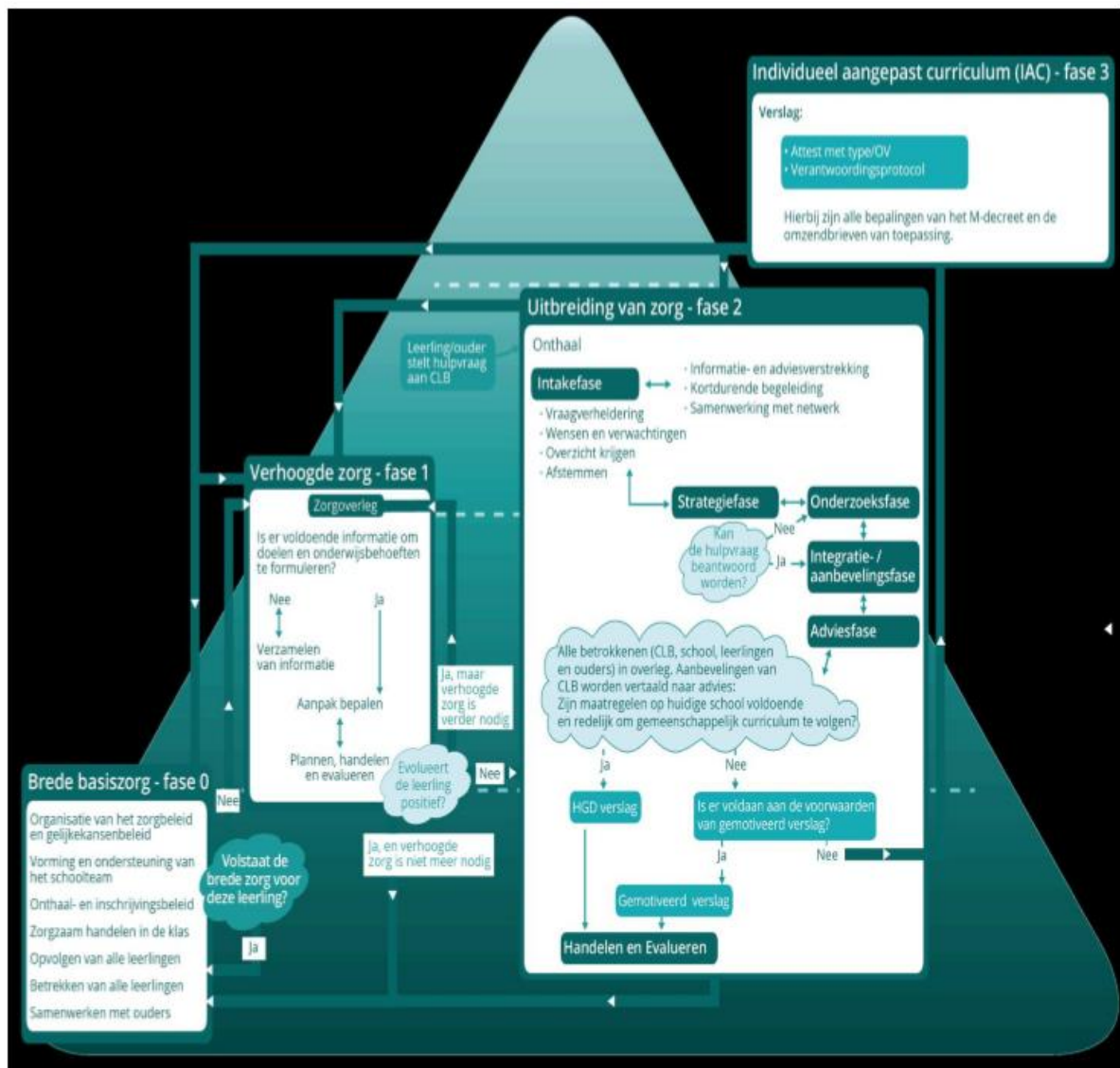
Het ondersteuningsteam kan pas aan de slag gaan na een gemotiveerd verslag van het CLB. Het CLB kan dit verslag pas opmaken als het kind al fase 1 en fase 2 doorlopen heeft.

De ouders spelen ook een zeer belangrijke rol in de behandeling van het selectief mutisme. Ouders krijgen vaak meer te horen van hun kind dan dat het vertelt tegen de juf/meester. Thuis praat het kind meestal meer dan in de klas. Het is dan heel belangrijk om met het kind te praten zodat de ouders bepaalde opvallendheden kunnen verder communiceren aan de school.

- Meerderheid leerlingen volgen gemeenschappelijk curriculum in gewoon onderwijs met verhoogde zorg = fase 1 (eventueel na traject in fase 2)
- Een aantal leerlingen IAC (Individueel Aangepast Curriculum) in bijzonder onderwijs type basisaanbod omwille van bijkomende schoolse leerproblemen
- Beperkt aantal leerlingen IAC in bijzonder onderwijs type 3
- Overgang bijzonder onderwijs via Verslag M (enkel via CLB): kind moet fase 1 en 2 al doorlopen hebben om zo'n gemotiveerd verslag voor hulpverlening te kunnen krijgen via het CLB
- Alle types (behalve type basisaanbod) wél diagnose vereist
- Type 3: gedrag en emotie:
Gedrag: conduct disorder, oppositioneel opstandige gedragsstoornis, hechtingsstoornis, ADHD
Emotie: angststoornissen en stemmingsstoornissen

Selectief mutisme wordt in type 3 in het buitengewoon onderwijs geplaatst. Type 3 staat voor de gedrags- en emotionele stoornissen. Dit is niet echt ideaal om een kind met selectief mutisme in type 3 te plaatsen. Ze zijn zeer angstig waardoor het moeilijk voor hen wordt om samen te zitten met kinderen met gedragsstoornissen. Er zitten dus niet veel kinderen met selectief mutisme in het buitengewoon onderwijs.

- Kaderen de angsten binnen ASS => mogelijk type 9
- Kadert het niet spreken binnen een spraak- taalstoornis => mogelijk type 7 taal- spraak
- Gemeenschappelijk curriculum haalbaar + grote ondersteuningsbehoeften:
 - Gemotiveerd verslag (nu) => GON niet voor type 3 (tenzij bij re-integratie)
 - Ondersteuningsteam (toekomst) ook voor type 3 – problematieken, voornamelijk school- / systeemondersteuning leerlingen met verslag M ook kindgerichte ondersteuning + zorg in fase 1



Fase 0: de brede basiszorg:

- Veilig klasklimaat:
 - Kinderen betrekken bij afspraken
 - Afspraken en regels zijn duidelijk
 - Leerkracht en ouder treden consequent op
 - Vaste manier van werken (boezemt vertrouwen in, weten duidelijk wat van hen verwacht wordt)
 - Leerkracht verduidelijkt de verwachtingen t.a.v. de taak, gewenst gedrag, hoe kinderen hulp kunnen vragen
 - 'Speciale activiteiten' aankondigen en verduidelijken
 - Iets vertellen is niet verplicht tijdens bijv. kringgesprek, familiebezoek
 - Niet onverwachts aanduiden om te moeten lezen / iets te vertellen maar een vaste, voorspelbare manier van werken
 - Talenten/sterktes bij het kind erkennen en waarderen
 - Triple -p positief ouderschap: hoe omgaan als ouder met uw kind thuis

Bv: klaspop doorgeven en wie wilt spreken, mag deze nemen. Geeft geruststellend gevoel i.p.v. kinderen zomaar aan te duiden en verplichten om iets te zeggen.

Je moet de context duidelijk maken in de klas, je vertelt aan de andere klasgenootjes waarom een kind niet spreekt in de klas, maar wel op een filmpje.

Bv: presentatie thuis filmen en tonen in de klas.

Het is belangrijk dat wanneer een kind iets durft zeggen, dat je hun daarna niet aanmoedigt, want dit zorgt ervoor dat ze in de belangstelling komen te staan en dit kan ervoor zorgen dat ze juist weer dichtklappen.

Principes van Triple P:

- Bieden van een veilige, uitdagende omgeving:
Je moet een veilige omgeving scheppen, thuis maar ook als er bezoek komt. Bijvoorbeeld een oma die zegt 'als je niet praat, dan ben je mijn vriend niet meer'. Dat is voor kinderen met selectief mutisme een heel 'onveilige' omgeving.
- Creëren van positieve leerervaringen: helpen bij wat minder goed gaat, maar ook bij wat wel goed gaat
- Assertieve discipline toepassen:
Consequent zijn zonder te gezagsmatig consequent te zijn. Je moet een soort voorbeeldfunctie zijn om dingen te kunnen en te durven maar ook niet op afstraffen.
- Realistische verwachtingen stellen
- Voor jezelf als ouder zorgen:
Niet met je kind samenvallen. Je moet ook een privéleven hebben naast uw werkleven.
- www.triplep.be

Ga in kleine stapjes verder en bespreek dit met het kind, of het dit ziet zitten.

Relatie opbouwen is heel belangrijk! Dit doen vooraleer je verdere stappen zet.

Soms gaat het zo ver dat ze niet durven wenen of hoesten omdat dit ook geluid maakt, ze zijn zo bang.

Als kind oud genoeg is (lagere school) vraag dan als leerkracht aan het kind of je dit aan de ouders mag melden dat het kind niet spreekt in de klas.

Perfectionisme hangt zeer sterk samen met selectief mutisme.

- Fijne interacties tussen kind en andere kinderen
 - Sociale contacten stimuleren
 - Spelafspraken
 - Speelplaats
 - Hoekenwerk
 - Samenwerken
 - Thuis uitnodigen: kinderen thuis uitnodigen, maar ook zelf jouw kind bij een ander kindje thuis laten spelen. Ze leren zo om toch te spreken. Dit kan wel even duren.
 - Samen naar hobby

Je moet ze blootstellen aan wat ze bang zijn, maar op een zodanig graduele manier zodat de angst niet kan overheersen.

- Goede band tussen kind en leerkracht
 - Positieve interactie: toon belangstelling voor het kind, toon dat het kind welkom is in de klas.
 - Humor
 - Belonende instelling
 - Complimenten geven
 - Leuke activiteiten
 - Oprechte interesse voor ervaringen, activiteiten, gevoelens en interesses
 - Gesprek over gevoelens is gangbaar: praat als leerkracht met het kind ook over wat er bv. heeft plaatsgevonden op de speelplaats. Het kind voelt dan dat gevoelens besproken kunnen worden. Het kind weet dan ook dat het zelf mag praten als het dat wilt.
 - Welbevinden 'meten' op regelmatige basis: emoties meten, emotiometer, emoties verwoorden. Een kind kan dit ook makkelijk aantonen met zijn vinger indien hij/zij niet wilt spreken.

Het is belangrijk om als ouder met het kind over zijn/haar gevoelens te praten als het kind thuis wel spreekt. Zo kan je te weten komen wat er gebeurd is op school en hoe het kind zich daarbij voelde.

Je moet in de klas de gevoelens bespreken tussen de kinderen. Zeker bij kleine kinderen. Er zijn bv. kinderen die bang zijn om zonder licht te slapen, zo heb je ook een kind met selectief mutisme dat bang is om te spreken. Bespreek dit. Er zijn veel kinderboekjes waarmee je angsten kan uitleggen.

- Veilig schoolklimaat
 - Goede communicatie tussen leerkrachten
 - Goede communicatie binnen het ganse leerkrachtenteam
 - Ouders voelen zich welkom op school
 - Goed inschrijvingsbeleid
 - Preventief beleid rond sociaal- emotionele ontwikkeling

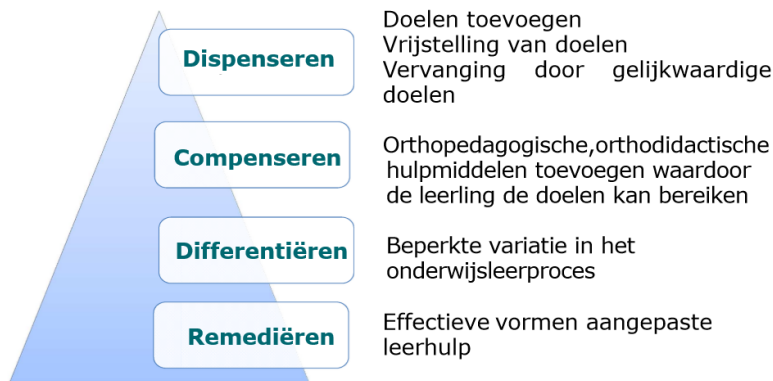
Bij een kind dat niet reageert, is het belangrijk om gesloten vragen te stellen. Zo kan het knikken of nee schudden. Bij een kind dat al een beetje praat, kan je kiezen. Je kan dan open vragen stellen en kijken hoe het reageert.

Vul geen vragen in voor het kind. Het kind moet zelf kunnen antwoorden, desnoods laat je het kind aanwijzen indien mogelijk.

Fase 1: De verhoogde zorg:

- Vertrekken van de onderwijsbehoeften/noden van de leerling
- Recht op redelijke aanpassingen waaronder
 - **RE**mediërende
 - **D**ifferentiërende
 - **CO**mpenserende
 - **D**ispenserende

REDICODIS- maatregelen



Doel aanpassingen voor kind met selectief mutisme:

- ANGST daalt
- Welbevinden en sociale interactie stijgt

DO'S:

- Observeer het kind breed
- Gesprek over zorg tussen leerkracht en de ouders
- Gesprek tussen ouders / leerkracht en kind
- Gesprek binnen het zorgteam over aanpak / communiceren naar ganse team
- School en ouders kunnen CLB en hulpverlener consulteren
- Maak een lijst op van situaties die weinig tot veel angst inboezemen (angsthiërarchie)
 - VAK
- Breng in kaart welke beschermende factoren in elke situatie aanwezig zijn
- Breng in kaart welke belemmerende factoren in elke situatie aanwezig zijn
- Maak een zorgplan of stappenplan op:
Bv: in die situatie is het kind het minst bang, maar als die persoon erbij is, is hij/zij wel nog bang in die situatie.
- Start een communicatieplatform met de betrokkenen: heen- en weerschriftje, oudercontact, mail, ...
 - www.spreektvoorzich.nl : hierop is er een communicatieplatform dat je als therapeut kan aankopen (€60). Leerkrachten kunnen daarin alles plaatsen, ook heel banale zaken.
- Start met spraakbevorderende maatregelen in situatie die weinig angst geeft
- Zoek alternatieven voor mondelinge communicatie
- Negeer het niet-spreken
- Reageer zo normaal mogelijk op wel spreken
- Doe lang genoeg hetzelfde, GEDULD
- Bekrachtig pogingen tot verbale communicatie non-verbaal
- Kind neemt deel aan alle activiteiten
- Veranderingen vooraf aankondigen/overzichtjes
- Plaats in de klas / samenwerken met geliefd kind of overzicht over klas
- Heb geregeld (positieve) feedbackgesprekken met het kind én de ouders
- Gesprek met de klas (na overleg met ouders + kind)
- Een rustige hoek in de klas en op de speelplaats

- Regelmatig een rustig momentje met twee
- Bezoek als leerkracht het kind in zijn veilige thuisomgeving
- Ouders op school om spreekgedrag op school uit te lokken
- Ouders nodigen klasgenootjes thuis uit

DON'TS:

- Zet het kind niet in de kijker/geen directe vragen met anderen erbij
- Geef het kind niet te veel individuele aandacht
- Forceer het kind niet
- Breek het kind niet af
- Straf het kind niet omdat het niet spreekt
- Dwing het kind niet om te spreken/niet chanteren
- Laat geen teleurstelling blijken
- Neem het niet zelf negatief op als een kind niet spreekt
- Stimuleer niet té veel non- verbale communicatie
- Anticipeer niet op elke behoefte -> minder motivatie om te veranderen
- Verwacht niks in een gesprek -> blijf wel mogelijkheid tot spreken bieden
- Overbescherm het kind niet: dit is zeer belangrijk. Je mag het kind absoluut niet overbeschermen, maar dit is zeer moeilijk als ouder.

Fase 2: uitbreiding van zorg:

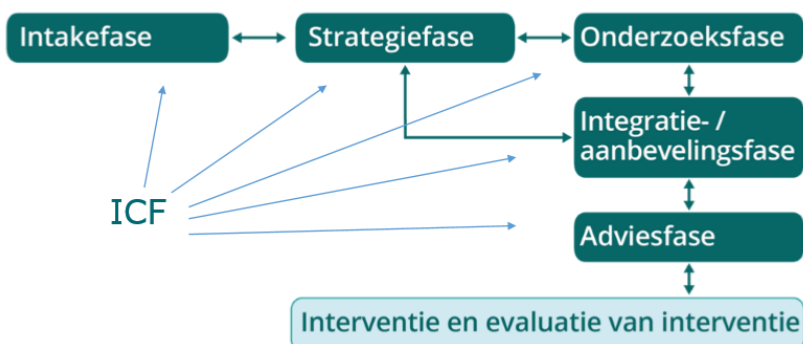
HGD-proces op het CLB

- Analyse onderwijs- en opvoedingsbehoeften
- Ondersteuningsbehoeften leerkracht/ouders
- Optimaliseren afstemming aanbod op de zorgvraag van de leerling

Omdat

- De problematiek hardnekkig en/of complex blijkt
- Verhoogde zorg niet volstaat
- Geen vooruitgang

HGD traject op CLB



HGD traject:

=> beeld van kindkenmerken en contextkenmerken,
=> antwoorden op de hulpvraag en onderzoeksvragen
=> toetsing hypothesen
=> mogelijk verwijzing naar gespecialiseerd centrum of therapeut
=> beeld van onderwijsbehoeften
=> Adviesfase:
Maatregelen van meest wenselijk tot minimaal noodzakelijk
Terug naar Fase 1 of overgang fase 3

Fase 1 met extra zorg:

- Op school
- Extra hulp via externe hulpverlener
- Extra hulp via ondersteuningsteam
 - Schoolgericht
 - Kindgericht

Begeleiding inhoudelijk:

- Uitgangsprincipe: kind gebruikt voor zijn angst een disfunctionele copingstrategie -> voorkomen van angst door de gevreesde situatie te vermijden
- Om dit vermijdingsgedrag te doen afnemen wordt gebruik gemaakt van het gedragstherapeutische principe van graduele exposure

Shaping: gedrag dat in richting van het gewenste spreekgedrag wijst bekrachtigen

Fading: geleidelijk aan de omgeving veranderen waarin het praten plaats vindt, zonder dat het spreekgedrag verloren gaat

Schoolgerichte ondersteuning:

- Psycho-educatie leerkrachtenteam
- Klas- en schoolafspraken
 - Do's en don'ts op schoolniveau
 - Al nadenken over hoe toekomstige leerkrachten betrekken
 - Structureel aanpassingen doen in de brede basiszorg
 - Beleid rond evaluaties

Iedereen van school moet op de hoogte zijn. Ook toezichter op speelplaats bv.
Anders kunnen er onverwachte reacties komen en dit kan zorgen voor terugval, bv. 'ja ma die spreekt niet' of 'allez, waarom reageert ge niet als ik iets vraag?'

Schoolgerichte ondersteuning– school:

- Zelfde beloningssysteem gebruiken
- Fading: ook in kleine stapjes (gang, lege klas, scherm, met 1 kind erbij, groepje kinderen)
- Tempo van het kind volgen, leerkracht past zich aan aan het kind
- Te nemen stappen in de klas vragen meer tijd en oefening dan in de individuele behandeling
- Leerkrachtenteam informeren over problematiek en aanpak
- Klasgenoten informeren over problematiek

- Veranderen van school
- Overgang middelbaar

Schoolgerichte ondersteuning - klasniveau:

- Leerkracht ondersteunen in haar concrete aanpak + stappenplan (mediatietherapie)
 - Cfr. Luiderslot op www.spreektvoorzich.nl
- Parallel hiermee ouderondersteuning

Schoolgerichte ondersteuning – leerkrachten/school:

Stap 1	Parallel aan de eerste vijf individuele sessies moet het kind non-verbaal reageren op vragen van de leerkracht	w-kaartjes voor kringgesprek,
Stap 2	Het kind moet een geluid maken in de klas om iets aan te geven of op verzoek van de leerkracht	Eerst met klasgenootje (cirkelsociogram)
Stap 3	Het kind moet minimaal 1 woord zeggen	Lezen bij zorgleerkracht
Stap 4	Het kind moet minimaal 1 keer in de ochtend en 1 keer in de middag een woord zeggen	Rijmen, ja/nee (ook met klasgenoot op speelplaats)
Stap 5	Het kind zegt in de ochtend en middag twee woorden	
Stap 6	Het kind zegt in de ochtend en middag vier woorden	tellen
Stap 7	Het kind zegt in de middag en de ochtend acht woorden	
Stap 8	Stimuleren van meerwoordzinnen	Juf duidt enkel aan als vinger opsteekt (misbruik)
Stap 9	Eisen en uitbouwen van meerwoordzinnen in spel	
Oefenfase	Het kind geeft altijd verbale reacties op vragen van de leerkracht.	Voorlezen/onthaal grootouders
Afsluiten	Het kind geeft altijd verbaal reacties op vragen van de leerkracht in het kring- of groepsgesprek	Wekelijks kringgesprek

Kindgerichte ondersteuning:

Stap 1	blaasspelletjes	Bellenblazer, mondharmonica
Stap 2	blazen met geluid	Met de rug gedraaid, "woe", letters spellen in de spiegel
Stap 3	maken van verschillende geluiden	"loe,koe,moe, zoe", op de deur kloppen
Stap 4	geluiden mengen met woorden	
Stap 5	Nazeggen van woorden	Lezen, leestesten afnemen
Stap 6	Afbeeldingen benoemen	Dieren met geluiden
Stap 7	Gebruik van 1 of twee woorden in spel	Pim pam pet, vragen bij grappige leestekstjes
Stap 8	Stimuleren van meerwoordszinnen in spel	"wie is het?", raadspelletjes
Stap 9	Eisen van meerwoordzinnen in spel	Verhaal verzinnen bij een praatplaat, met tijdsduur
Stap 10	Uitbouwen van meerwoordzinnen in spel	5 woorden: verhaal verzinnen
Oefenfase	Intensivering van gesprekjes en/of spel met verbaal karakter	Video-opname Pesten bespreken/rood kaartje aan de juf Verhalen ivm positief denken Praten tot aan de klasdeur, lezen op verschillende plaatsen op school Spreekoefening klas voorbereiden Psycho-educatie (ook klas) Afname intelligentietest
Afsluiten	Het kind geeft altijd verbaal reacties op vragen van de leerkracht in het kring- of groepsgesprek	

Kindgerichte ondersteuning individuele behandeling:

- Duur per stap kan enorm variëren per kind
- Soms worden stappen overgeslagen
- Terugval na een vakantie
- Ook non-verbale communicatie bevorderen
- Klasgenootjes mee betrekken
- Wat met zwakke articulatie?

- Uitbreiding naar verschillende plaatsen
- Vorderingen met leerkracht bespreken
- Andere interventies naast stappenplan: algemeen welbevinden en zelfbeeld, sociale vaardigheden, psycho-educatie, pesten

Wat als...

- Het kind thuis ook niet (meer) spreekt?
- Het kind vastloopt op het basisprotocol?
- Er niet enkel sprake is van selectief mutisme?
- ...

2.5. Ervaringsuitwisseling door en voor ouders

Door Goedele Vandewalle (psychotherapeut) & Els Grammens (stottertherapeut).

Als spreken niet vanzelfsprekend is.

Onderzoek in functie van diagnosestelling

Een onderzoek is noodzakelijk om vast te stellen wat de zorgen zijn.

Voor onderzoek en analyse van goedlopende ontwikkelingen en de vraagstelling naar selectief mutisme is het aan te raden om een kinderpsychiater te contacteren. Het basisteam bestaat vaak uit een kinderpsychiater met een psycholoog en orthopedagoog (soms ook een logopedist).

Het onderzoek kan plaatsvinden in een Polykliniek Kinderpsychiatisch Ziekenhuis, Centra Geestelijke Gezondheidszorg met kinderteam of in privé (groeps)praktijken voor kinderen en jongeren. Via Google kan je gaan zoeken door deze dienst(en) in te geven samen met je woonplaats/regio. Je kan ook de geschikte adressen navragen aan het CLB van de school van jouw kind.

Het onderzoek wordt uitgevoerd in samenwerking met de ouders, de leerkracht(en) en het kind/de jongere zelf. De belangrijkste bronnen van informatie zijn de ouders en de leerkracht, want deze kennen het kind het best.

Men gaat de ontwikkeling van het kind na. Het is belangrijk om op de dingen die wel lukken, de kwaliteiten te focussen. Men gaat dus na wat goed verloopt in het gezin en wat de sterktes zijn van het kind. Daarnaast brengt men ook de zorgen van de ouders en de zwaktes van het kind in kaart. Dit doet men aan de hand van vragenlijsten, gesprekken en observatie. Er zijn enerzijds algemene vragenlijsten waarbij alle mogelijke problemen bij kinderen afgetoetst worden, anderzijds zijn er gespecialiseerde vragenlijsten die enkel gericht zijn op de angst. Het is ook belangrijk om het kind niet enkel in de thuissituatie te observeren, maar ook in de klas. Deze observatie wordt uitgevoerd door een therapeut en de ouder is ook aanwezig. Zo kan alles in verband met het schoolse aspect uitvoerig besproken worden. Wanneer de leerkracht zich al zorgen maakt dan is dit al een eerste alarmsignaal.

Ouders hebben recht op een concreet en uitvoerig onderzoeksverslag. Het is belangrijk om het onderzoeksverslag te delen met alle betrokken partijen om herhaling te vermijden en een goed behandelplan te kunnen opmaken. Om duidelijkheid te scheppen, is het nodig om in het verslag te vermelden van wie de informatie verkregen werd. In het onderzoeksverslag komt men tot een

besluit, maar dit kan gedurende de behandeling nog wijzigen. Het onderzoeksverslag vormt de basis voor een goed behandelplan. Het is een voordeel wanneer de plaats voor het onderzoek en de behandeling dezelfde is. In de praktijk komt dit echter niet vaak voor.

De weg naar en in de behandeling

Mogelijkheden

Er zijn meerdere mogelijkheden naar de geschikte begeleiding voor het kind:

- **Cognitieve gedragstherapeuten** (Master/licentiaat Klinische Psychologie-Cognitieve gedragstherapeuten) voor kinderen en jongeren. Ze hebben ervaring met de behandeling van angststoornissen en bekomen goede resultaten. Het mag ook een psycholoog met een andere therapieopleiding zijn, als ze met de cognitieve gedragstherapeutische principes kunnen werken. Ofwel hebben ze al ervaring met de behandeling van selectief mutisme ofwel zijn ze bereid om voor de eerste keer de behandeling uit te voeren. Het grote nadeel is de hoge kostprijs. Bij de meeste mutualiteiten wordt slechts een klein deel terugbetaald en dit voor een beperkt aantal sessies (bijvoorbeeld OZ: 10 beurten per kalenderjaar 10 euro terugbetaald).

- **Logopedisten – stottertherapeuten.** Zij zijn gewoon om in kleine stappen en met regelmaat te werken en therapie op verplaatsing te geven. Selectief mutisme wordt enkel terugbetaald via de aanvullende ziekteverzekering (bijvoorbeeld OZ: in het totaal krijg je 30 beurten 14 euro terugbetaald. Je kan een geschikte logopedist vinden door de zoekfunctie 'ik zoek een logopedist' op de site van de Vlaamse Vereniging Logopedisten (VVL) te gebruiken. Typ de regio van je woonplaats/school in. Typ 'stottertherapeut' in het vak specialisatie. Normaal gezien krijg je na het 'zoeken' één of twee mailadressen van stottertherapeuten.

- **Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)** met een kinder- en jeugdteam. In elke regio zijn er zulke gesubsidieerde diensten die allerlei zaken behandelen. Ze werken ambulant en aan een vast, betaalbaar tarief. Het nadeel is voornamelijk de lange wachttijden. Soms wordt in zo'n centrum het kinderpsychiatrisch en diagnostisch onderzoek uitgevoerd, maar wordt daarna voor de behandeling doorverwezen. Het kan voorkomen dat er geen cognitieve gedragstherapeut aanwezig is in zo'n centrum of dat hij er te weinig van af weet om de behandeling te starten. Het is dus de moeite waard om dit bij de aanmelding te vragen.

Zaken die een rol spelen in de zoektocht naar een therapeut

Het is niet gemakkelijk om een therapeut of logopedist te vinden die de behandeling kent en dit ook wil doen omdat het arbeidsintensief is.

- Wil en kan de therapeut zich verplaatsen? Het is belangrijk dat de afstand tussen de school en de praktijk niet te groot is, want de therapie wordt gedeeltelijk op school gegeven. Soms rekent de therapeut de kosten voor de verplaatsing aan. Zoek dus best een therapeut in de regio van de school.

- Hoe lang bedraagt de wachttijd? Het is essentieel om snel te starten met de behandeling. Ga als ouder bij de aanmelding zeker na of het probleem bij de gekozen setting past. Zo voorkom je dat je een jaar moet afwachten om dan te horen dat zij het niet kunnen behandelen.

- De kostprijs is een belangrijke factor.

- Welke opleiding/specialisatie heeft de therapeut? Soms zijn er therapeuten met een andere specialisatie die toch deze cognitieve principes willen toepassen in hun therapie.

- De inhoud van de therapie. Het kind moet leren om overal te durven praten. Daardoor is het essentieel om de ouders en leerkracht(en) te begeleiden. Er is dus een samenwerking tussen de therapeut, de ouders en de school nodig.
- Ervaring met de aanpak van selectief mutisme of angststoornissen.

Het behandelproces

De trap symboliseert het proces dat stap voor stap verloopt. Indien een bepaalde trap te moeilijk is, dan wordt een stap terug gezet. Tijdens het proces wordt de initiële angst stapsgewijs omgevormd naar dapperheid. Eerst probeert men dit te doen bij familie, dan bij de therapeut, daarna in de klas en uiteindelijk ook bij vreemden. Het zwijgen is een gewoonte geworden. Een gewoonte veranderen vraagt veel oefening. Het is gemakkelijk om terug te vallen in oude gewoontes. Daardoor is de behandeling bij een jong kind gunstiger. Belangrijk is het geven van complimenten en het kind belonen ook bij een kleine vooruitgang, want dit is de sleutel tot succes.



Concreet bestaat de behandeling uit cognitieve gedragstherapie in combinatie met begeleiding van de ouders en de school. Het is belangrijk dat alle partijen achter de behandeling staan en samenwerken. De kinderen willen wel praten, maar ze kunnen of durven het niet. Gedragstherapie is niet echt menselijk. Men gaat het non-verbale negeren om het verbale te stimuleren.

De stappen die in de behandeling gezet moeten worden is het durven praten met de therapeut en daarna durven praten op school. Het durven praten tegen de therapeut kan toch wel een tremester duren. Soms duurt het nog langer. Op school leert men eerst om te praten in kleine groepjes buiten de klas en daarna ook in de klas. Men kan met foto's en de namen van klasgenootjes en leerkrachten het kind zelf laten kiezen wie ze in het groepje willen.

Schenk aandacht aan het duidelijk en rustig uitleggen van het behandelplan. Geef de uitleg op dezelfde manier aan de ouders als aan het kind. Zo kan het kind hier later op terugvallen. Hierdoor bereid je het kind voor op wat zal komen (voorspelbaarheid inbouwen).

Je kan het zelfvertrouwen en de durf om te praten bij het kind versterken aan de hand van verhalen, spelletjes en oefeningen. Werk steeds in zeer kleine stappen met een stijgende moeilijkheidsgraad. Leer het kind positief en werkelijk te denken over zichzelf en de anderen. Je kan tegen jouw kind zeggen: 'Als je nieuwe dingen probeert waarvan je een beetje bang wordt, dan wordt je dapperder.'

Ontspannen is een belangrijk onderdeel in de behandeling. Rust zorgt ervoor dat het kind zich goed voelt waardoor het meer durft. Dit wordt samen met de ouders ingeoefend zodat ze dit thuis met hun kind kunnen oefenen.

Om op spreekdurf te oefenen moeten een aantal stappen gezet worden. Eerst oefent men in een non-verbaal spel (bvb. bellen blazen), daarna gaat men geluiden maken (dieren en voorwerpen), vervolgens woorden, dan zinnen etc. Indien een stap gelukt is, geeft men het kind complimenten en beloningen ('dikke duim'). Indien het niet gelukt is, gaat men de stap vereenvoudigen.

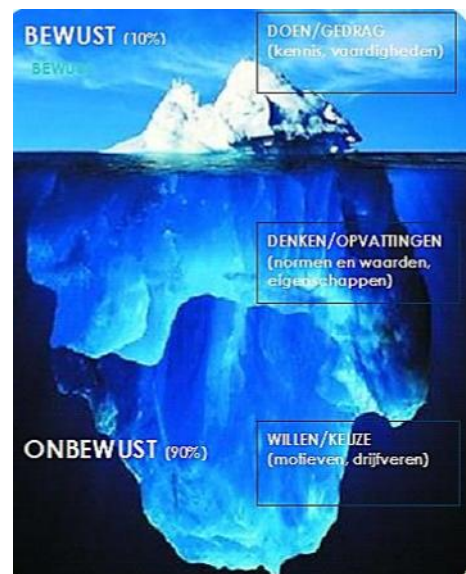
Ouders en leerkrachten krijgen begeleiding en steun. Zo wordt de onzekerheid omgezet naar vertrouwen. Een belangrijk advies is om het kind geen spreekdrang op te leggen! De therapeut geeft uitleg over selectief mutisme (psycho-educatie), angststoornissen, de therapie (plan, vorderingen), stimuleren van de ontwikkeling (niet helpen bij de zaken die het kind wel al kan en de andere terreinen verder stimuleren).

Niet durven spreken is niet hetzelfde als niets te zeggen hebben

Selectief mutisme is de angst om in sommige situaties niet te durven spreken. Het denken en voelen zorgen ervoor dat de faalangst bij het spreken (de angststoornis) aanwezig is en blijft. Het is de bedoeling dat de therapeut, ouders en omgeving stapsgewijs het denken en voelen gaan beïnvloeden.

We kunnen dit vergelijken met het beeld van een ijsberg. Het deel dat zichtbaar is boven het wateroppervlak is het deel dat je kan zien en horen (10%), het is bewust. Dit is wat het kind doet en het gedrag dat het kind stelt, gebaseerd op kennis en vaardigheden. Non-verbaal houdt dit oogcontact, spierspanning, houding, knikken, gebaren etc. in. Verbaal kan dit fluisteren, luidop lachen, praten etc. zijn.

Onder het wateroppervlak bevindt zich een nog groter deel (90%) dat onbewust is. Het is als het ware verborgen. Dit deel bestaat enerzijds uit de opvattingen en de manier van denken van het kind (normen, waarden en eigenschappen) en anderzijds uit de keuzes en de wil van het kind (motieven en drijfveren). Tijdens de behandeling probeert men om dit wateroppervlak te doen dalen. Bij het kind zijn er een aantal niet-helpende gedachten en gevoelens aanwezig, wat we 'donder-denken' noemen. Dit zijn gedachten zoals: ik kan het niet, ik durf niet, het zal niet lukken. Men probeert dit geleidelijk aan om te zetten in 'dapper-denken'. Waardoor het kind zal beginnen denken: 'Ik probeer het stap voor stap.' Modeling door de ouders is hierbij erg belangrijk. Toon als ouder zelf het goede voorbeeld in dagdagelijkse situaties. Verwoord je eigen angsten en hoe je dan aan 'dapper-denken' doet. Praat hierover met je kind.



Tips voor de ouders als co-therapeut

- Heb voldoende kennis zodat je sterk in je schoenen staat. Je moet die ook in kindertaal kunnen verwoorden. Indien je te moeilijke taal gebruikt tijdens het geven van uitleg aan anderen kan het kind het gevoel hebben dat je over zijn hoofd praat.
- Je moet een goed model zijn voor het kind. Vermijd geen vragen of ga geen situaties uit de weg. Schaam je niet in bepaalde situaties want zo vermijd je de confrontatie. Het aangrijppunt kan een goed vriendje van het kind zijn. Praat over deze situatie met je kind in plaats van de situatie uit de weg te gaan.
- Informeer de omgeving. Soms is dit niet mogelijk. Er zijn altijd mensen die er een eigen idee over hebben. De therapeut leert het kind om hiermee om te gaan. Je kan tegen jouw kind zeggen: 'Het is een niet-weter: die weet niet wat selectief mutisme is en daardoor begrijpt hij jou niet.'

- Laat jouw gedrag niet beïnvloeden door sociale druk.
- Blijf in alle omstandigheden rustig en beheerst. Dit is een mooi ideaalbeeld, maar niet altijd even gemakkelijk.
- Plaatst het kind niet in het middelpunt van de belangstelling. Je moet het midden zoeken tussen een veiligheid en een uitdaging.
- Geef aandacht aan de boodschap van je kind, niet de manier waarop. Dus ook wanneer het kind non-verbaal communiceert. Het is belangrijk dat het kind gewaardeerd wordt voor de geleverde inspanning. Indien jouw kind dan toch plots begint te praten, ga dan niet overdreven belonen. Geef blijk dat je het gezien hebt (bijvoorbeeld non-verbaal door een knipoog te geven) of zeg het achteraf wanneer je alleen bent met jouw kind.
- Bied alternatieven als je kind bepaalde dingen niet durft. Eerst zwaaien in plaats van hallo zeggen wanneer het plots niet meer durft zodat het wel succeservaringen heeft in de communicatie ook al is dit niet verbaal.
- Minieme veranderen in (non-)verbaal gedrag waarderen. Bijvoorbeeld beginnen praten met een vriendje wanneer de juf niet meeluistert.
- Negeer ongewenst gedrag.
- Geef geen positieve/negatieve aandacht voor spreekangst.
- Zorg voor mogelijkheden tot dialoog over angsten en dappere daden.
- Lijst de spreekoverwinningen in alle kleine stapjes op. Het is uiterst belangrijk dat het kind zijn vorderingen kan zien. Het visueel maken van zijn vorderingen zal het kind meer motiveren!
- Dwing jouw kind niet tot oogcontact. Soms zal men aanleren om kort oogcontact te houden of naar een ander punt in het gezicht te kijken indien lang oogcontact niet lukt.
- Gebruik delfde aanpak als bij de andere kinderen. Geef de hulp die nodig is maar geef niet meer voordelen of nadelen dan een ander kind.
- Geef geen extra individuele aandacht. Laat de leerkracht zo weinig mogelijk uitzonderingen maken. Plaats het kind niet in de aandacht maar nodig uit tot deelname aan activiteiten in de klas. Als ouder en leerkracht is het de uitdaging om niet te veel negatieve emoties te ontwikkelen (angst voor achteruitgang). Verwacht niet te veel van jouw kind. We spreken van 'zachte druk': geef het kind een klein duwtje, maar zorg dat de uitdaging niet te groot is.

Spel, humor en ontspanning, plezier, fluisteren, luidop denken, non-verbaal communiceren op het taalniveau van het kind, kleine complimenten zijn allemaal zaken die ervoor zorgen dat de angst en druk verlicht wordt. In het begin kan het helpen om gesloten (ja/nee) vragen te stellen om de communicatie op gang te brengen. Dingen die het kind nog meer druk zullen opleggen zijn: te veel aandacht voor luidop spreken, spreekdruk, negatieve reactie geven op zwijgen, het kind onderbreken tijdens het spreken (ook niet om te belonen).

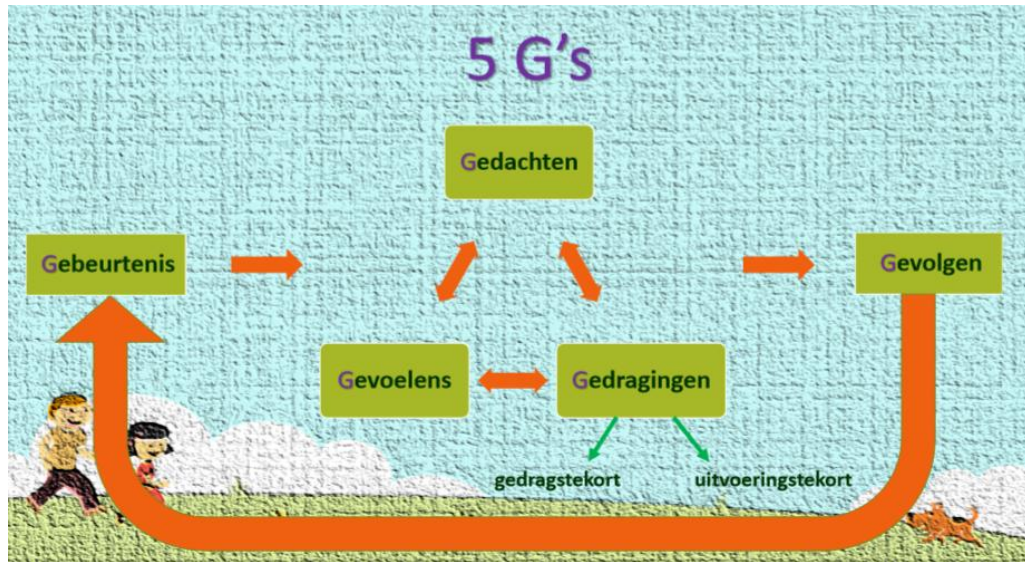
Leerprocessen: hou er rekening mee!

Leren vanuit modellen van de omgeving

Gedrag van een belangrijke volwassene (ouder, leerkracht, grootouder...) zorgt voor leerervaringen bij het kind. Kinderen voelen frustratie, ongerustheid of teleurstelling snel probeer dit dus niet te tonen.

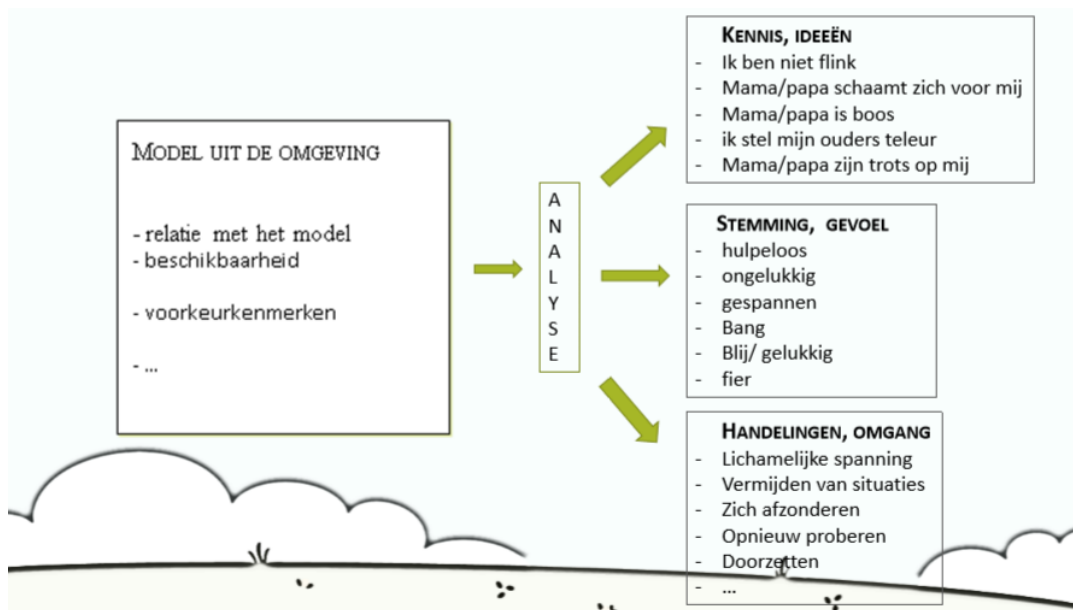
De 5 G's

Het gedrag van het kind kan je voorstellen door de 5 G's.



Gedragingen: de meeste kinderen met mutisme hebben een uitvoeringstekort. In tegenstelling tot autisme waarbij het kind een gedragstekort heeft.

Via het model vanuit de omgeving kan je nagaan waarom je kind op een bepaalde manier reageerde of hoe hij zal op iets zal reageren.



Het gedrag van de ouder zorgt voor leerervaringen van je kind. Let hier dus mee op! Hieronder volgen voorbeelden van mogelijke gedragen van ouders die een bepaalde leerervaring veroorzaken.

Gedrag van de ouder	Leerervaring van het kind
---------------------	---------------------------

Geschrokken staren als iemand jouw kind aanspreekt.	“Mama/papa weet dat ik het niet durf”, “Ik stel hen teleur.” → angst, spanning, stress → rood worden, naar de vloer kijken, dichtklappen, zwijgen...
Opmerkingen over het niet spreken van jouw kind weglachen met “Ja, hij/zij is verlegen”.	“Mijn angst kan niet, mag niet”. “Je mag niet over selectief mutisme spreken, je moet je je ervoor schamen.” → schaamte, verdriet, onbegrip, eenzaamheid → rood worden, naar de vloer kijken, verdrietig zijn, zich afzonderen
Uitleg geven over het probleem selectief mutisme op een familiefeest.	“Iedereen weet nu dat ik bang ben en niet koppig of dom.” → begrip, vertrouwen, steun, liefde → gelukkig zijn, blij, meer ontspannen
Jouw kind steeds vragen stellen als het niet durft te spreken.	“Mama/papa wil dat ik spreek.” “Ik durf niet want iedereen kijkt naar mij.” → angst, spanning, stress, druk → spieren spannen op, de adem stopt, hartkloppingen, zweten

Getuigenis van een ouder

Websites zijn erg belangrijk voor het inwinnen van informatie. Na aangepaste therapie is er een grote evolutie merkbaar bij het kind. Het kind heeft meer zelfzekerheid en heeft de angst overwonnen. Er is dus hoop dat je kind terug zal spreken. Tijd is erg belangrijk, begin vroeg met therapie en breng iedereen op de hoogte (CLB, directie, leerkracht). Kijk wat je al kan doen. Eerst zijn ze hulp gaan zoeken in het centrum voor ontwikkelingsstoornissen in Gent. Vaak zijn er erg lange wachttijden. Daardoor hebben ze de overstap gemaakt naar een privé-instelling. Je betaalt meer, maar op lange termijn levert het betere resultaten op. De persoon waarmee het kind de beste klik heeft is het best als therapeut. Een kind beseft vaak zelf wel waarvoor ze naar therapie moet. Maak dus de spreekangst bespreekbaar. Zo kan je in gedachten oefenen met je kind over de situatie (imaginair oefenen). Zo maak je het kind geruster voor wat zal komen. De wisselwerking tussen ouders en therapeut is van groot belang ook al is het kort moment na elke sessie. Spreek ook over zaken die in het gezin gebeuren zodat je tips kan krijgen van de therapeut. Nodig toch vriendjes uit, isoleer je kind niet. Probeer als ouder ook te tonen dat niet altijd alles lukt, dat niet alles perfect moet zijn. Heb niet te veel verwachtingen. Denk niet dat een bepaalde termijn haalbaar zal zijn om terug te spreken, dit zorgt alleen maar voor nog meer druk voor het kind.

3. Videoconferentie

Door Jennifer Brittingham

S-CAT Program (Social Communication Anxiety Treatment) is een evidence-based therapieprogramma dat ontwikkeld werd door Dr. Shipon-Blum. Bij deze strategie bekijkt men verschillende factoren om een totaalbeeld te krijgen van een cliënt. Men kijkt verder dan de communicatieproblemen om een totaalbeeld te krijgen van een cliënt. Selectief mutisme is een sociale angststoornis, dus het gaat niet enkel om het niet spreken.

Men probeert te achterhalen waarom een cliënt selectief mutisme heeft ontwikkeld, waarom het aanwezig blijft en wat er kan aan gedaan worden. Zo kan een behandelplan opgesteld worden dat specifiek is voor die cliënt. Men wil ook de omgeving strategieën aanbieden om het kind in de verschillende situaties te helpen.

Predisponerende factoren

Factoren die kunnen voorkomen waarom een kind selectief mutisme ontwikkelt.

- 1) Er is een genetische factor die een belangrijke rol kan spelen. De cliënt kan bijvoorbeeld een aangeboren factor hebben die leidt tot angst.
- 2) Biologische/biochemische factor: fight-flight-freeze respons. Bij kinderen met selectief mutisme zien we vaak die freeze-respons terugkomen.
- 3) Het is belangrijk te kijken naar de omgeving. Bij de ouders of op school kunnen er misverstanden zijn waarom een kind niet spreekt. Moeilijkheden of stress binnen een familie, bijvoorbeeld een scheiding, kunnen ook een predisponerende factor zijn. Daarnaast kan er sprake zijn van modeling. Een kind kan bijvoorbeeld een aangeboren factor hebben voor angst en als omgevingsfactor minder sociale ouders. Het kind zal modelen wat men in de omgeving ziet.

Precipiterende factoren

Dit zijn de factoren die selectief mutisme uitlokken.

- 1) Meertaligheid kan een impact hebben. Het kan er voor zorgen dat een kind onzekerder is over de nieuwe taal. Vaak komt er een periode van niet spreken voor, waarbij het kind de omgeving meer observeert.
- 2) Een sensorisch verwerkingsprobleem wordt vaak over het hoofd gezien als een bijkomende stoornis. Dit is iets dat altijd bekeken moet worden naast de spraak en taal. Door een vertraagde neurologische ontwikkeling kunnen moeilijkheden in de sensorische verwerking ontstaan.
- 3) Er wordt gekeken of een kind bijkomende problemen heeft (leerproblemen, hoorstoornis...).
- 4) Ongeveer 30 tot 40% van de kinderen met selectief mutisme hebben daarboven een spraak- of taalprobleem. Problemen kunnen zowel in de receptieve als expressieve taal voorkomen. Ik de meeste gevallen zijn de moeilijkheden van expressieve aard. Er kunnen ook moeilijkheden optreden in de geschreven taal.

Persisterende factoren

Waarom hebben kinderen nog steeds selectief mutisme wanneer de predisponerende factor is aangepakt. Bijvoorbeeld de ouders weten exact wat selectief mutisme inhoudt.

Selectief mutisme wordt in stand gehouden door volgende factoren.

- 1) Verkeerde testresultaten. Het kan voorkomen dat een kind te angstig is getest te worden, waardoor het de resultaten ook niet adequaat zijn aan het kunnen van dat kind.
- 2) Verkeerde diagnosestelling. In sommige gevallen wordt initieel de diagnose Autisme Spectrum Stoornis gesteld, omdat de symptomen gelijkaardig kunnen zijn.
- 3) Verkeerde behandeling. Er kan een verkeerde aanpak toegepast worden die zich bijvoorbeeld niet richten tot de sensorische verwerkingsproblemen.

- 4) Stressfactoren in de omgeving. Wanneer de aandacht te veel op het kind geplaatst wordt, kan de angst om te spreken nog meer toenemen.
- 5) Daarnaast kan het voorkomen dat overbezorgde ouders in plaats van het kind gaan praten. Er worden geen kansen gegeven om sociaal communicatief te kunnen zijn.
- 6) Er wordt gekeken naar de leeftijd. Hoe ouder een kind wordt, wordt het niet spreken een gewoonte.
- 7) Ontwikkeling van vermijdingsgedrag van sociale activiteiten.

Ieder kind met selectief mutisme is anders. Ze hebben elk hun eigen 'puzzel' en alle verschillende factoren zijn puzzelstukjes. We zien heel wat variaties in hoe het kind communiceert. Het is belangrijk om na te denken waarom het kind in een bepaalde situatie of bij een bepaalde persoon niet spreekt. En op welke wijze communiceert het kind dan met die persoon.

Kinderen met selectief mutisme hebben naast verbale communicatie problemen ook problemen met maatschappelijke betrokkenheid en non-verbale communicatie.

'The social communication bridge' is zeer belangrijk in therapie. De brug geeft de verschillende stappen in de communicatie weer. Eens we weten waarom een kind selectief mutisme heeft ontwikkeld, kijken we in welke fase van de communicatiebrug het kind zit.

Stap 0: Geen verbale of non-verbale communicatie meer.

Stap 1: Non-verbale communicatie.

Stap 2: Transitiefase. Het kind fluistert naar een persoon die men vertrouwt en die persoon zegt het vervolgens luidop. Men communiceert via vertrouwenspersonen.

Stap 3: Verbale communicatie. Dit is niet hetzelfde als communiceren.

Achterhaal per cliënt op welke plaats men zich situeert op deze brug. Een kind kan per situatie, per persoon en afhankelijk van een bepaald moment van de dag op een andere plaats op deze brug staan. Je kan dit als therapeut achterhalen door de leerkracht van de school van het kind te bevragen. Op welk niveau van communicatie bevindt het kind zich en is dit anders in verschillende situaties? De manier van communiceren kan anders zijn naargelang het kind in kleine groep is of in de volledige klasgroep.

De behandeling verschilt volgens de leeftijd. Hou hier dus rekening mee. Voor jongere kinderen (kleuters) kunnen we iets veranderen in hun omgeving zodat ze meer gerustgesteld zijn (bijvoorbeeld het klaslokaal aanpassen). De oudere kinderen (lagere en middelbare school) kunnen niet zo gemakkelijk behandeld worden. Je moet voor deze kinderen veel meer actieve doelen stellen en hun betrekken in de behandeling. Zo zullen ze meer gemotiveerd zijn. In het algemeen komt comfort voor de communicatie. Het kind moet zich eerst op zijn gemak voelen in de omgeving, pas dan kan je aan de communicatie werken. Vooruitgang zal nooit geboekt worden in een grote ruimte. Het kind krijgt meer angst omdat het zich bekeken voelt. Er zal bijvoorbeeld geen vooruitgang zijn wanneer de leerkracht in de volledige klas les aan het geven is. Hoe kleiner de groep, hoe beter.

Er zijn vier manieren om het kind zich op zijn gemak te laten voelen:

- Laat de klasgenoten van op school ook thuis bij jouw kind op bezoek komen. Het is niet erg als ze aanvankelijk non-verbaal met elkaar communiceren tijdens het spelen. Jouw kind zal zich uiteindelijk ook meer op zijn gemak voelen in de klas omdat hij in de thuissituatie het klasgenootje heeft leren kennen.

- Plaats het kind in een paren in de klas ('buddy pairing'). Het kind zal zich meer op zijn gemak voelen naast iemand die het kent, een vriendje. Zorg ervoor dat er nu en dan afgewisseld wordt en plaats uiteindelijk meerdere kinderen samen.
- Kleine groepjes in de klas, wat verder afgelegen van de volledige klasgroep.
- Kleine groepjes buiten het klaslokaal.

Ook wanneer je met je kind nog op een non-verbale manier communiceert, is het belangrijk om het geven en nemen te stimuleren (bijvoorbeeld iets geven aan een vriend of leerkracht). Zo voelt het kind zich toch betrokken. Het is ook erg belangrijk om oogcontact te houden.

Als jouw kind tegen de ouder praat, dan is die persoon de 'brug' om ook in andere situaties met andere mensen te praten. Dan kan het bijvoorbeeld voorkomen dat jouw kind iets in jouw oor fluistert en jij het zo kan doorvertellen aan het klasgenootje.

Wanneer jouw kind dan begint met verbaliseren, zorg er dan voor dat het zo veel mogelijk blijft praten zodat er een overgang wordt gemaakt.

Faciliteren is de sleutel tot succes omdat je niet veel resultaat zal boeken als je wacht tot het kind zich vanzelf op zijn gemak gaat voelen. Door te faciliteren zal je het ijs breken, jouw kind opwarmen.

'Buddy pairing' (het kind zit naast een vriend) in het klaslokaal is goed zodat het kind wel kan participeren in activiteiten ondanks het niet spreekt. Het zorgt ervoor dat het kind en zijn vriend moeten samenwerken en het kind zal zich meer op zijn gemak voelen omdat het altijd naast een vaste partner zit. Wissel nu en dan van klasgenoten. Anders zal het kind van één bepaalde persoon gaan afhangen of kent het kind de andere klasgenoten niet. Maak de groepjes geleidelijk aan groter (3 à 4 kinderen) en zorg voor afwisseling.

Indien 'buddy pairing' goed lukt, starten we met kleine groepjes in en buiten het klaslokaal. De situatie lijkt dan op het spelen met vrienden, maar dan in de school. Zo zal het kind zich meer op zijn gemak voelen en misschien een risico durven nemen om te praten.

Stel het kind met selectief mutisme vragen, onafhankelijk van de leeftijd. Wees niet bang om dit te doen, zo lok je een (verbale of non-verbale) respons uit. Zo kan je bepalen op welk niveau het kind zich bevindt. Dit principe is goed toepasbaar in de kleine groepen op school. Je kan bijvoorbeeld vragen stellen door vragen zoals een interview te stellen. Dit zorgt ervoor dat het kind minder het gevoel krijgt dat er heel veel van hem verwacht wordt.

Alle kinderen bevinden zich op een ander niveau van communicatie, maar uiteindelijk komen ze allemaal op hetzelfde punt uit.

