

Selectief mutisme; meer dan alleen een angststoornis?



Universitair Medisch Centrum
Utrecht



Universiteit Utrecht

N.N. de Jong (3450260)

Masterthesis Orthopedagogiek; werkveld: Jeugdzorg

Beoordelaar: Drs. I.E. van der Valk

Tweede beoordelaar: Dr. S.A.M. Wijsbroek

Begeleider UMC Utrecht: Drs. M.V. de Jonge

30 mei 2013

Voorwoord

Mijn masterthesis heb ik mogen uitvoeren binnen het UMC Utrecht, afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie. Allereerst wil ik mijn begeleidster Maretha de Jonge bedanken dat zij mij de mogelijkheid heeft geboden binnen het UMC Utrecht mijn masterthesis uit te voeren. Ook wil ik haar bedanken voor haar vakkundige begeleiding en enthousiasme voor het onderzoek. Daarnaast wil ik mijn begeleidster vanuit de Universiteit Utrecht, Inge van der Valk, bedanken voor haar begeleiding en betrokkenheid. Ik ben haar zeer dankbaar dat zij mij heeft willen begeleiden, omdat ik niet als doorsnee student deze thesis heb afgerond. Verder wil ik mijn partner, Frank Vos, bedanken voor zijn geduld en aanmoediging om door te zetten. Ook wil ik mijn ouders, Michel en Dorine de Jong, bedanken voor hun betrokkenheid en geloof in mij. Op de momenten dat ik het niet meer zag zitten om door te zetten hebben zij mij toch weten te motiveren. Als laatste wil ik mijn dochter, Isabel Vos, bedanken voor haar enthousiasme en vrolijkheid waardoor ik graag wilde doorzetten om weer meer tijd voor haar over te houden.

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
Inleiding	5
Introductie	5
Selectief mutisme	5
Selectief mutisme en angststoornissen	6
Selectief mutisme en ontwikkelingsproblemen	7
Selectief mutisme en geslachtsverdeling	7
Huidig onderzoek	8
Methode	9
Participanten	9
Procedure	10
Meetinstrumenten	10
Data-analyse	13
Resultaten	13
Discussie en conclusie	18
Aanleiding	18
Conclusie	19
Discussie	20
Referenties	22

Samenvatting

Selectief mutisme is een kinderpsychiatrische stoornis waar nog veel onduidelijkheden over bestaan. Er is weinig onderzoek gedaan naar grote onderzoeksgroepen met kinderen met selectief mutisme. In de literatuur wordt selectief mutisme vaak vergeleken met een angststoornis. Volgens sommige onderzoekers wordt selectief mutisme gezien als een type angststoornis, door andere onderzoekers kan selectief mutisme worden beschouwd als angststoornis met daarbij aanwijsbare moeilijkheden in de ontwikkeling. Met dit onderzoek werd een uniek grote onderzoeksgroep met kinderen met selectief mutisme (N=49) vergeleken met kinderen met een angststoornis (N=33) in de leeftijdscategorie van zes tot elf jaar oud. Het doel van het onderzoek was om eventuele parallellen tussen kinderen met selectief mutisme en kinderen met een angststoornis op te sporen, zodat effectief gebleken behandelmethodes voor kinderen met een angststoornis ook toegepast kunnen worden bij kinderen met selectief mutisme. Uit de resultaten is gebleken dat kinderen met selectief mutisme en kinderen met een angststoornis veel verschillen vertonen in hun mate van angst, thuis en op school. De beide groepen kinderen verschillen echter niet in het vertraagd behalen van mijlpalen en in de verdeling van het aantal van jongens en meisjes per groep. Deze zijn bij beide onderzoeksgroepen niet significant afwijkend.

Trefwoorden: selectief mutisme, angststoornis, mate van angst, mijlpalen, geslachtsverdeling

Inleiding

Introductie

Sanne is een vrolijk meisje. Thuis kletst ze honderduit en speelt schooltje met haar zusje. Ze zingt liedjes die ze leert op school, maar in de klas zingt Sanne niet. Sanne spreekt niet op school. Eerst leek het gewone verlegenheid. Haar juf doet alles om Sanne op haar gemak te stellen, maar het helpt niet. Sanne zwijgt nog altijd in de klas. Sanne heeft selectief mutisme (www.spreektvoorzich.nl).

Selectief mutisme is een kinderpsychiatrische stoornis waar nog veel onduidelijkheden over bestaan. Vooral over de oorzaak en verklaringen voor selectief mutisme is veel onduidelijk. Enerzijds wordt selectief mutisme gezien als een type angststoornis, anderzijds wordt selectief mutisme beschouwd als angststoornis met daarbij aanwijsbare moeilijkheden in de ontwikkeling. Een behandeling voor selectief mutisme is nog niet effectief gebleken. Met het huidige onderzoek wordt een uniek grote onderzoeksgroep met kinderen met selectief mutisme vergeleken met kinderen met een angststoornis. Het doel van het onderzoek is om eventuele parallellen tussen kinderen met selectief mutisme en kinderen met een angststoornis op te sporen, zodat effectief gebleken behandelmethodes voor kinderen met een angststoornis eventueel ook toegepast kunnen worden bij kinderen met selectief mutisme. In de inleiding wordt er uitleg gegeven over selectief mutisme, er wordt gekeken naar de overeenkomsten tussen selectief mutisme en angststoornissen die gevonden zijn in eerder onderzoek, en er wordt onderzocht of er een verband te vinden is tussen selectief mutisme en ontwikkelingsproblemen en er wordt onderzoek gedaan naar de verdeling van het aantal van jongens en meisjes per groep (de geslachtsverdeling) binnen de groep van selectief mutisme. Daarna zal het huidige onderzoek besproken worden.

Selectief mutisme

Selectief mutisme (vanaf nu verkort als SM) is een kinderpsychiatrische stoornis waarbij kinderen goed kunnen spreken en dat in sommige situaties veel doen, maar in andere situaties niet. Kinderen spreken voornamelijk thuis wel, maar op school of in de buurt van vreemden niet. De meeste kinderen met SM worden als verlegen, timide, terughoudend, angstig, gedeprimeerd, teruggetrokken en nerveus omschreven (Steinhausen & Juzi, 1996). Van SM is volgens de *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994) sprake indien het kind consequent niet spreekt in situaties waarin het verwacht wordt te spreken, hoewel het in andere situaties kan spreken. De

duur van de stoornis is tenminste een maand, waarbij de eerste maand op school niet mag worden meegerekend. Tevens mag de stoornis niet worden toegeschreven aan een communicatiestoornis en mag het geen afgeleide zijn van een andere psychiatrische stoornis. In de literatuur komen veel verschillende getallen met betrekking tot de prevalentie van SM naar voren. De getallen variëren van 0.03 tot 0.75 %. Dit betekent dat de stoornis bij ongeveer 1 tot 7 op de 1000 kinderen voorkomt. Selectief mutisme wordt het meest gediagnosticeerd in de leeftijd van drie tot vijf jaar, maar ook op latere leeftijd wordt de diagnose SM nog gesteld. Zelden wordt de diagnose SM voor het derde levensjaar van het kind gesteld, omdat kinderen tot de leeftijd van drie jaar vaak niet in aanraking komen met schoolse situaties. Het weigeren om te praten van het kind wordt dan vaak niet opgemerkt, of afgedaan als een verlegen temperament van het kind (Bergman, Piacentini & McCracken, 2002; Sharp, Sherman & Gross, 2007; Cohan, Chavira & Stein, 2006). SM lijkt vaker voor te komen bij meisjes dan bij jongens, maar hiervoor worden geen harde bewijzen gevonden (Elizur & Perednik, 2003, Steinhauzen & Juzi, 1996, Cohan et al., 2006). Wanneer de diagnose SM wordt gesteld bij een kind wordt er in de meeste gevallen een behandeling opgestart. Deze behandelingen kunnen plaatsvinden bij een psycholoog, maar kunnen ook uitgevoerd worden door een logopedist of op school. Er zijn geen effectstudies beschikbaar voor de verschillende bestaande behandelprotocollen, maar evaluatieonderzoeken naar de resultaten van verschillende behandelprotocollen geven een positief beeld. Een grote meerderheid van de kinderen spreekt op school na afloop van de behandeling (Guldner & Wippo, 2003).

Selectief mutisme en angststoornissen

Er zijn verschillende studies die zich richten op de relatie tussen SM en angststoornissen. Deze studies stemmen echter niet overeen als het gaat over de relatie tussen SM en angststoornissen. Volgens Anstendig (1999) is SM een variant van een angststoornis, die zijn herkomst vindt in een verlegen temperament en wordt versterkt door omgevingsinvloeden. Deze omgevingsinvloeden bestaan onder andere uit een verkeerd aangeleerd familiair patroon van interactie met anderen, ongezonde familiestructuren en dynamieken binnen het gezin of een extreem verlegen familielid. Bergman, Piacentini & McCracken (2002) vonden in een onderzoek dat kinderen met SM zich meer sociaal- angstig gedragen dan hun leeftijdsgenootjes. Daarnaast hadden de kinderen met SM meer geïnternaliseerde symptomen, die samenhangen met spreekgedrag, sociale angstklachten en verstoring in de emotieregulatie. In onderzoek van Cunningham, McHolm, Boyle & Patel (2004) werd er onderzoek gedaan naar de visie van de ouders en de leerkracht met betrekking

tot angst bij kinderen met SM. De kinderen met SM werden zowel door de ouders als door de leerkrachten beoordeeld als meer angstig dan de kinderen uit de controlegroep. Er wordt ook onderzocht of er kinderen zijn die zowel voldoen aan de criteria voor SM als de criteria voor angststoornissen. In een onderzoek van Kristensen (2002) bleek dat 74% van de kinderen met SM voldeden aan een vorm van een angststoornis. Hierbij werd de diagnose sociale fobie het meest gesteld, gevolgd door de diagnose separatieangststoornis en een enkelvoudige fobie. Dummit, Klein, Tancer, Asche, Martin & Fairbanks (1997) vonden een verband tussen SM en sociale angst. Opvallend aan dit onderzoek was dat alle 50 onderzochte kinderen met SM voldeden aan de gestelde criteria voor sociale fobie.

Selectief mutisme en ontwikkelingsproblemen

Naast onderzoeken naar comorbide angststoornissen is nog weinig onderzoek gedaan naar SM in relatie tot ontwikkelingsproblemen (Kristensen, 2002). Volgens Kristensen (2002) zijn er twee Duitse studies uitgevoerd die het motorisch functioneren van kinderen met SM hebben bestudeerd. Deze studies rapporteren afwijkend motorisch functioneren bij kinderen met SM. Bij 31% van de groep onderzochte kinderen in de ene studie en 65% van de groep onderzochte kinderen in de andere studie werd afwijkend motorisch functioneren gezien. In populaties met kinderen zonder SM is in onderzoek tussen communicatie stoornissen en motorische coördinatie problemen een comorbiditeit gerapporteerd van 70 tot 90%. Er is weinig bekend over comorbide motorische problemen bij kinderen met angststoornissen (Kristensen, 2002). In het onderzoek van Kristensen (2002) werd gevonden dat een significant verschil in de motorische ontwikkeling te zien is bij kinderen met SM. Deze kinderen vertonen motorische stoornissen of achterstand ten opzichte van de controlegroep die bestond uit kinderen zonder SM.

Selectief mutisme en geslachtsverdeling

Over de geslachtsverdeling bij kinderen met SM bestaan nog veel onduidelijkheden. In verschillende onderzoeksgroepen van verschillende onderzoekers worden meer meisjes dan jongens gevonden. Er is echter geen specifiek onderzoek gedaan naar de geslachtsverdeling bij kinderen met SM, maar is de geslachtsverdeling als beschrijvende statistiek meegenomen in het onderzoek. Er wordt over het algemeen aangenomen dat selectief mutisme bij meisjes iets vaker voorkomt dan bij jongens. De verdeling in de verschillende onderzoeken loopt uiteen van 2:1 tot 6:1 (Black & Uhde, 1995; Dummit e.a., 1997; Steinhausen & Juzi, 1996; Kristensen, 2000; Letamendi, Chavira, Hitchcock, Roesch, Shipon-Blum & Stein, 2008). Bij

kinderen met een angststoornis wordt geen verschil gevonden in de geslachtsverdeling. Hoewel meisjes vaak angstiger in hun persoonlijkheid zijn, worden er ongeveer evenveel meisjes als jongen gediagnosticeerd met een angststoornis (Somers, Goldner, Wareich & Hsu, 2006).

Huidig onderzoek

In de theorie worden veel verschillende visies op de oorsprong van SM gevonden. Er is een groep onderzoekers die beweert dat SM een voorloper is van een angststoornis (voornamelijk een sociale fobie) bij kinderen. Daarnaast is er een onderzoeker die beweert dat SM een voorloper is van een angststoornis (voornamelijk een sociale fobie) bij kinderen met daarbij een vertraging in het behalen van mijlpalen op jonge leeftijd, zoals lachen, zitten, staan, kruipen, eerste woordje en eerste zin.

Er is nog veel onduidelijk omtrent kinderen met SM. Er is een groot aantal publicaties met veel uiteenlopende verklaringen. Als er meer duidelijkheid zou komen over verbanden tussen SM en angststoornissen bij kinderen zou er een meer passende behandelstrategie kunnen worden toegepast bij deze kinderen.

De hoofdvraag in dit onderzoek luidt:

Scoren kinderen met SM net zo hoog op de schalen van angst van de CBCL en TRF als kinderen met een angststoornis en verschilt de groep kinderen met SM van de kinderen met een angststoornis in andere kenmerken naast de angstsymptomen (zoals vertraagde mijlpalen en geslachtsverdeling)?

De daarbij behorende deelvragen zijn:

1. Verschillen de scores op de schalen van angst van de CBCL en TRF significant van elkaar bij kinderen met SM en kinderen met een angststoornis?
2. A. Zijn er verschillen in het behalen van mijlpalen (lachen, zitten, staan, kruipen, eerste woordje en eerste zin) tussen kinderen met SM en kinderen met een angststoornis?
B. Zijn er verschillen in geslachtsverdeling tussen kinderen met SM en kinderen met een angststoornis?

In dit onderzoek wordt verwacht dat kinderen met SM net zo hoog op de schalen van angst van de CBCL en TRF scoren als kinderen met een angststoornis. Uit onderzoek van

Bergman, Piacentini & McCracken (2002) is gebleken dat kinderen met SM zich sociaal angstig gedragen en dat zij daarnaast meer geïnternaliseerde symptomen vertonen dan hun leeftijdsgenootjes. Uit onderzoek van Cunningham, McHolm, Boyle & Patel (2004) bleek dat ouders en leerkrachten de kinderen met SM beoordeelden als meer angstig dan de controlegroep. Daarnaast bleek uit onderzoek van Kristensen (2002) dat 74% van de kinderen met SM voldeden aan een vorm van een angststoornis.

Daarnaast wordt er verwacht dat kinderen met SM de motorische mijlpalen (zitten, staan en kruipen) vaker vertraagd behalen dan kinderen met een angststoornis. Uit eerdere Duitse studies is gebleken dat 31 tot 65% van de kinderen met SM afwijkend motorisch functioneren (Kristensen, 2002). Daarnaast is de verwachting dat de mijlpalen eerste woordje en eerste zin door de kinderen met SM niet vaker vertraagd behaald zullen worden dan kinderen met een angststoornis. Kinderen spreken hun eerste woordjes en eerste zinnen meestal thuis. De kinderen met SM zullen deze mijlpalen dus niet vertraagd behalen, omdat het in dit geval niet gaat om vertraging in de taalontwikkeling in vreemde situaties.

Als laatste is de verwachting dat er meer meisjes dan jongens met SM in het onderzoek zullen worden gevonden. De kinderen met een angststoornis zullen meer gelijk verdeeld zijn qua geslacht dan de kinderen met SM in het onderzoek.

Methode

Participanten

In het onderzoek wordt een groep van 49 kinderen met SM meegenomen die in leeftijd bij aanmelding varieerden tussen de 6 en 11 jaar oud. Deze groep heeft een gemiddelde leeftijd van 7,64 jaar met een standaarddeviatie van 1,26. De SM groep bestaat uit 19 jongens en 30 meisjes. Daarnaast worden 33 kinderen met een angststoornis meegenomen die in leeftijd bij aanmelding varieerden tussen de 6 en 11 jaar oud. Deze groep heeft een gemiddelde leeftijd van 8,17 jaar met een standaarddeviatie van 1,36. De angstgroep bestaat uit 19 jongens en 14 meisjes. De angstgroep is gematcht op leeftijd met de selectief mutismegroep. De kinderen met een angststoornis komen uit de database met kinderen met een angststoornis uit het UMC Utrecht. Door middel van een t-toets voor onafhankelijke steekproeven voor leeftijd is gecontroleerd of beide groepen vergelijkbaar zijn.

Tabel 1 Gemiddelden (standaarddeviatie), t-waarden en p-waarden voor leeftijd

	Gemiddelde score angstgroep	Gemiddelde score SM groep	T-waarde	P-waarde
Leeftijd	7,64 (1,26)	8,17 (1,36)	-1,80	,076

Noot: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

De kinderen uit beide onderzoeksgroepen zijn allen doorverwezen door de huisarts en zijn in de periode van 1998 tot 2012 aangemeld bij het UMC Utrecht. Er is gekozen voor deze lange tijdsspanne, om zo veel mogelijk kinderen met SM te kunnen betrekken in de onderzochte groep om zo een zo goed mogelijk beeld van deze groep kinderen te krijgen. De kinderen met een angststoornis zijn ook geselecteerd in deze tijdspanne, om zo het onderzoek zo vergelijkbaar mogelijk te maken.

Procedure

Het huidige onderzoek is een deelonderzoek van een studie naar de behandeling van SM dat momenteel loopt in het UMC Utrecht (afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie). In het UMC Utrecht worden veel kinderen gezien met SM door Drs. M. V. de Jonge. Door middel van het grote onderzoek tracht Drs. M. V. de Jonge een effectieve behandeling op te zetten voor deze groep kinderen, omdat er tot op heden geen eenduidige programma's in Nederland beschikbaar zijn.

Voor het huidige onderzoek wordt er gebruik gemaakt van reeds vergaarde informatie over kinderen. Het onderzoek zal daarom vooral bestaan uit dossieronderzoek. In de dossiers van de kinderen die in het onderzoek betrokken worden zal de informatie over de mijlpalen en de uitkomsten van de CBCL en TRF vragenlijsten in een database ingevoerd worden. Daarnaast wordt er ook relevante informatie over de kinderen verzameld, zoals: leeftijd bij aanmelding, diagnose en geslacht.

Meetinstrumenten

De onderzoeksinstrumenten die gebruikt worden in dit onderzoek zijn de Child Behaviour CheckList 6- 18 jaar (CBCL) en de Teacher's Report Form 6- 18 jaar (TRF).

Child Behaviour Checklist 6-18 jaar (CBCL)

De CBCL is een gedragsvragenlijst voor kinderen van 6 tot 18 jaar, ingevuld door ouders en/of verzorgers. De vragenlijst wordt gebruikt om gedrags- en emotionele problemen en vaardigheden van kinderen en jongeren op gestandaardiseerde wijze te kwantificeren. De CBCL bestaat uit een gedragsvragenlijst van 120 vragen op een driepuntsschaal en een competentiedeel met 20 vragen (Verhulst, van der Ende & Koot, 1996). De ouders en/of verzorgers dienen voor ieder item van de gedragsvragenlijst aan te geven of het gedrag of de emotie nu of binnen de afgelopen twee maanden van toepassing is geweest bij hun kind. De antwoordcategorieën die gebruikt worden zijn: 0 (helemaal niet), 1 (een beetje of soms) of 2 (duidelijk of vaak). Deze antwoord categorieën moeten bijvoorbeeld worden gebruikt op de stellingen: ‘Ongelukkig, verdrietig of depressief’, ‘Stemming en gevoelens veranderen plotseling’ en ‘Wordt ’s nachts vaak wakker’. De uitkomsten van de gedragsvragenlijst worden ingedeeld in acht probleemschalen: Teruggetrokken/Depressief, Lichamelijke klachten, Angstig/Depressief, Sociale problemen, Denkproblemen, Aandachtsproblemen, Normafwijkend gedrag en Agressief gedrag. Daarnaast worden de scores ingedeeld in Internaliserende problemen, Externaliserende problemen en Totale problemen. Ook worden de scores in DSM schalen ingedeeld: Affectieve problemen, Angstproblemen, Somatische problemen, Attention Deficit/ Hyperactivity problemen, Opositional Defiant problemen en Conduct problemen. In dit onderzoek wordt er gekeken naar de probleemschaal Teruggetrokken/Depressief en Angstig/Depressief, naar de internaliserende problemen en naar de DSM schaal angstproblemen.

Teacher’s Report Form 6-18 jaar (TRF)

De TRF is een instrument waarop leerkrachten gedrags- en emotionele problemen en vaardigheden rapporteren over hun leerling in de leeftijd van 6 tot 18 jaar. De TRF is een gedragsvragenlijst waarop leerkrachten vragen kunnen beantwoorden gerelateerd aan schoolwerk, school functioneren en mogelijke emotionele en gedragsproblemen van het kind waaraan zij lesgeven. De TRF bestaat uit een gedragsvragenlijst van 118 vragen op een driepuntsschaal, waarvan er 93 ook op de CBCL voorkomen (Verhulst, van der Ende & Koot, 1997). De leerkracht dient voor ieder item van de gedragsvragenlijst aan te geven of het gedrag of de emotie nu of binnen de afgelopen twee maanden van toepassing is geweest bij hun leerling. De antwoordcategorieën die gebruikt worden zijn: 0 (helemaal niet), 1 (een beetje of soms) of 2 (duidelijk of vaak). Deze antwoordcategorieën moeten bijvoorbeeld worden gebruikt op de stellingen: ‘Is bang om alleen te zijn’, ‘Kan niet lang de aandacht bij

dezelfde activiteit houden; kan zich slecht concentreren' en 'Vernielt opzettelijk spullen van een ander'. De uitkomsten van de gedragsvragenlijst worden ingedeeld in acht probleemschalen: Teruggetrokken/Depressief, Lichamelijke klachten, Angstig/Depressief, Sociale problemen, Denkproblemen, Aandachtsproblemen, Normafwijkend gedrag en Agressief gedrag. Daarnaast worden de scores ingedeeld in Internaliserende problemen, Externaliserende problemen en Totale problemen. Ook worden de scores in DSM schalen ingedeeld: Affectieve problemen, Angstproblemen, Somatische problemen, Attention Deficit/Hyperactivity problemen, Oppositional Defiant problemen en Conduct problemen. In dit onderzoek wordt er gekeken naar de probleemschaal Teruggetrokken/Depressief en Angstig/Depressief, naar de internaliserende problemen en naar de DSM schaal angstproblemen.

Beide onderzoeksinstrumenten worden zowel op nationaal als internationaal niveau gebruikt en bezit volgens de COTAN-beoordeling goede psychometrische eigenschappen (Evers, van Vliet-Mulder & Groot, 2001). De interne consistentie van de CBCL en TRF blijkt internationaal goed te zijn. De gemiddelde Cronbach's alpha van de CBCL (6 tot 18 jaar) en de TRF is .94 voor Totale problemen, .87 voor Internaliseren en Externaliseren, .76 voor de Probleemschalen en .74 voor de DSM schalen (Achenbach et al, 2008). Op de analyseformulieren van beide vragenlijsten wordt er gebruik gemaakt van een indeling in niet-klinische score (een score van 0 tot 65), een borderline score (een score van 65 tot 70) en klinische scores (een score van 70 tot 100). De gevonden scores in dit onderzoek zullen ook volgens deze indeling beoordeeld worden.

Mijlpalen

Daarnaast worden mijlpalen gebruikt in het huidige onderzoek. De mijlpalen beschrijven motorische vaardigheden en taalvaardigheden die een kind in zijn eerste levensjaren bereikt. De mijlpalen die in dit onderzoek worden meegenomen zijn: lachen, zitten, kruipen, staan, eerste woord en eerste zin. De mijlpalen worden op een vragenlijst over de ontwikkeling van het kind ingevuld door de ouders en/of verzorgers. De ingevulde mijlpalen worden getoetst op achterstanden die gebaseerd zijn op de mijlpalen van SMOCK (Sociaal Medisch Onderzoek Consultatiebureau; Hergreen et al., 1992). Een mijlpaal wordt als vertraagd behaald gezien wanneer 90% van alle kinderen in Nederland de mijlpaal behaald heeft. Deze lijst is gebaseerd op 2151 kinderen, geboren tussen 1988 en 1989.

Data-analyse

Het type onderzoek betreft een toetsend onderzoek. Er zal door middel van hypothesen getoetst worden of de informatie vanuit de literatuur kloppend is voor de in dit onderzoek gebruikte groepen kinderen. De hypothesen welke in dit onderzoek gebruikt zullen worden zijn:

- *Kinderen met SM scoren niet zo hoog op de schalen van angst van de CBCL en TRF als kinderen met een angststoornis.*
- *Kinderen met SM vertonen een achterstand in het behalen van de motorische mijlpalen in vergelijking met kinderen met een angststoornis.*
- *In de groep met kinderen met SM zitten meer meisjes ten opzichte van jongens dan in de groep met kinderen met een angststoornis.*

Door middel van t- toetsen voor onafhankelijke steekproeven wordt onderzocht of er significante verschillen zijn in de gemiddelde scores van de subschalen angst/depressief, teruggetrokken/ depressief, internaliserende problemen en op de subschaal angststoornis volgens de DSM van de twee onderzoeksgroepen op de CBCL en TRF. Er wordt in het onderzoek een significantieniveau van $\alpha = 0,05$ gehanteerd.

Door middel van kruistabellen worden de verschillen in het wel of niet vertraagd behalen van mijlpalen tussen beide groepen onderzocht. De mijlpalen worden in dit onderzoek ieder afzonderlijk onderzocht en wordt onderzocht als dichotome variabele (1= vertraagd behaald, 2= niet vertraagd behaald). Met een Cramers V wordt bepaald of de gevonden verschillen significant verschillend zijn. Ook de geslachtsverdeling zal middels een Cramers V toets onderzocht worden. Er wordt in het onderzoek een significantieniveau van $\alpha = 0,05$ gehanteerd.

Resultaten

Hieronder bevinden zich de resultaten van de deelvragen die vooraf in het onderzoek werden vastgesteld.

Deelvraag 1: Verschillen de scores op schalen van angst van de CBCL en TRF significant van elkaar bij kinderen met SM en kinderen met een angststoornis?

De kinderen met een angststoornis scoren op de CBCL gemiddeld hoger op de subschalen angst/depressie, angststoornis DSM en internaliserende problemen. De kinderen met SM scoren op de CBCL gemiddeld hoger op de subschaal teruggetrokken/depressie (zie

tabel 2). Alle gevonden verschillen tussen de twee groepen op de onderzochte subschalen wijken significant van elkaar af.

Tabel 2 Gemiddelden (standaarddeviatie), t-waarden en p-waarden voor de subschalen angst/depressie, angststoornis DSM, internaliserende problemen en teruggetrokken/depressie op de CBCL

	Gemiddelde score angstgroep	Gemiddelde score SM groep	T-waarde	P-waarde
Subschaal angst/ depressie	70,74(11,26)	60,67(8,47)	-4,53	.000***
Subschaal angststoornis DSM	69,97(7,12)	65,38(7,81)	-2,32	.024*
Subschaal internaliserende problemen	70,74(9,23)	64,26(8,68)	-3,15	.002**
Subschaal teruggetrokken/ depressie	67,00(9,35)	71,21(8,86)	2,02	.047*

Noot: * p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

De gemiddelde scores van de angstgroep op de subschalen angststoornis DSM en teruggetrokken/depressie vallen allen in de borderline score, de gemiddelde scores op de subschalen angst/depressie en internaliserende problemen zijn klinische scores. De gemiddelde score van de SM groep op de subschaal angststoornis DSM is een borderline score, de gemiddelde score op de subschaal teruggetrokken/depressie is een klinische score.

Het verschil in gemiddelde scores op de subschaal teruggetrokken/depressie van de TRF is significant, de overige gevonden verschillen zijn dat niet en zullen daarom ook niet meegenomen worden in de interpretatie. De kinderen met SM scoren significant gemiddeld hoger op de subschaal teruggetrokken/ depressie dan de kinderen met een angststoornis (zie Tabel 3).

Tabel 3 Gemiddelden (standaarddeviatie), t-waarden en p-waarden voor de subschalen angst/depressie, angststoornis DSM, internaliserende problemen en teruggetrokken/depressie op de TRF

	Gemiddelde score angstgroep	Gemiddelde score SM groep	T-waarde	P-waarde
Subschaal angst/ depressie	62,41(8,95)	61,47(6,92)	-.471	.639
Subschaal angststoornis DSM	63,59(8,46)	66,09(5,48)	1,29	.204
Subschaal internaliserende problemen	63,38(8,03)	65,47(7,06)	1,10	.276
Subschaal teruggetrokken/ depressie	62,86(9,63)	72,50(8,65)	4,18	.000***

Noot: * p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

De gemiddelde score op de subschaal teruggetrokken/ depressie ligt voor de kinderen met SM in het klinische gebied en voor de kinderen met een angststoornis in het niet-klinische gebied. De gemiddelde scores van beide groepen liggen bij de TRF lager dan de scores op de CBCL.

Deelvraag 2a: Zijn er verschillen in het behalen van mijlpalen tussen kinderen met SM en kinderen met een angststoornis?

Alleen bij de mijlpaal kruipen werd een significant verschil gevonden tussen de groepen (zie Tabel 4). Bij de kinderen met een angststoornis werd deze mijlpaal door 6 kinderen vertraagd behaald, terwijl er bij de kinderen met SM geen kinderen waren die deze mijlpaal vertraagd behaalde. Bij alle overige mijlpalen werden er geen significante verschillen gevonden.

Tabel 4 Percentages niet en wel vertraagd bereiken mijlpalen (aantal respondenten) en Cramers V.

	Niet vertraagd	Vertraagd	Cramers V
<i>Mijlpaal lachen</i>			
Selectief Mutisme groep	85,7 (24)	14,3 (4)	.394
Angstgroep	76,2 (16)	23,8 (5)	
<i>Mijlpaal zitten</i>			
Selectief Mutisme groep	100 (29)	0 (0)	.080
Angstgroep	90,0 (27)	10 (3)	
<i>Mijlpaal kruipen</i>			
Selectief Mutisme groep	100 (24)	0 (0)	.014**
Angstgroep	77,8 (21)	22,2 (6)	
<i>Mijlpaal lopen</i>			
Selectief Mutisme groep	94,4 (34)	5,6 (2)	.646
Angstgroep	96,8 (30)	3,2 (1)	
<i>Mijlpaal 1^e woord</i>			
Selectief Mutisme groep	67,7 (21)	32,3 (10)	.277
Angstgroep	80,0 (24)	20,0 (6)	
<i>Mijlpaal 1^e zin</i>			
Selectief Mutisme groep	82,1 (23)	17,9 (5)	.857
Angstgroep	84,0 (21)	16,0 (4)	

Noot: * p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

In het onderzoek naar de mijlpalen valt op dat er veel *missings* in de data zijn te vinden. Deze *missings* zijn niet meegenomen in de tabel, omdat er in het onderzoek naar het vertraagd behalen van de mijlpalen onjuiste percentages en significanties gevonden zouden worden. In onderstaande tabel (Tabel 5) zal het aantal *missings* per groep en per mijlpaal weergegeven worden.

Tabel 5 Percentage *missings* (aantal respondenten) per groep per mijlpaal.

Missings

Mijlpaal lachen

Selectief Mutisme groep 42,85 % (21)

Angstgroep 36,36 % (12)

Mijlpaal zitten

Selectief Mutisme groep 40,82 % (20)

Angstgroep 9,09 % (3)

Mijlpaal kruipen

Selectief Mutisme groep 51,02 % (25)

Angstgroep 18,18 % (6)

Mijlpaal lopen

Selectief Mutisme groep 26,53 % (13)

Angstgroep 6,06 % (2)

Mijlpaal 1^e woord

Selectief Mutisme groep 36,73 % (18)

Angstgroep 9,09 % (3)

Mijlpaal 1^e zin

Selectief Mutisme groep 42,85 % (21)

Angstgroep 24,24 % (8)

In het onderzoek is het overslaan van kruipen gerapporteerd als vertraagd behaald, omdat deze kinderen het kruipen pas later hebben gedaan dan het lopen. In de onderzoeksgroepen valt op dat vooral in de groep van kinderen met SM veel data ontbreken.

Deelvraag 2b: Zijn er verschillen geslachtsverdeling tussen kinderen met SM en kinderen met een angststoornis?

Er zijn in dit onderzoek geen verschillen in geslachtsverdeling tussen kinderen met SM en kinderen met een angststoornis gevonden (zie Tabel 6). Wel wordt er een verschil in aantal gevonden tussen beide groepen kinderen, maar door de kleine steekproef in het huidige onderzoek wijken de aantallen niet significant van elkaar af.

Tabel 6 Aantal jongens en meisjes (percentages) in angstgroep en SM groep en Cramers V.

	SM groep	Angstgroep	Cramers V
Jongen	19(38,8)	19(57,6)	.094
Meisje	30(61,2)	14(42,4)	

Noot: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Discussie en conclusie

Aanleiding

SM is een kinderpsychiatrische stoornis waar nog veel onduidelijkheden over bestaan. Er is weinig onderzoek gedaan naar grote onderzoeksgroepen bestaande uit kinderen met SM. Hierdoor is het lastig om een effectstudie van een behandelmethode te doen. Voor kinderen met een angststoornis zijn er meerdere effectief gebleken behandelmethodes. In de literatuur wordt SM vaak vergeleken met een angststoornis. Volgens sommige onderzoekers wordt selectief mutisme gezien als een type angststoornis, door andere onderzoekers wordt selectief mutisme beschouwd als angststoornis met daarbij aanwijsbare moeilijkheden in de ontwikkeling. Met dit onderzoek werd een uniek grote onderzoeksgroep met kinderen met selectief mutisme vergeleken met kinderen met een angststoornis. Het doel van het onderzoek was om eventuele parallellen tussen kinderen met selectief mutisme en kinderen met een angststoornis op te sporen, zodat effectief gebleken behandelmethodes voor kinderen met een angststoornis ook toegepast kunnen worden bij kinderen met selectief mutisme.

Conclusie

In het onderzoek werden meerdere deelvragen met de daar bijbehorende hypothese opgesteld. Bij de eerste deelvraag: verschillen de scores op de schalen van angst van de CBCL en TRF significant van elkaar bij kinderen met SM en kinderen met een angststoornis, werd in het onderzoek vooraf een hypothese opgesteld: kinderen met SM scoren net zo hoog op de schalen van angst van de CBCL en TRF als kinderen met een angststoornis. Tijdens het onderzoek werd er een significant verschil op de subschaal angst gevonden bij de CBCL tussen de groep kinderen met een angststoornis en de groep kinderen met SM. De kinderen met een angststoornis bleken hoger (dus angstiger) te scoren op de subschaal angst. Daarnaast bleken de kinderen met een angststoornis ook hoger te scoren op internaliserende problemen en op de angstschaal volgens de DSM. Daarnaast werd er op de TRF geen significant verschil gevonden tussen de groep kinderen met een angststoornis en de groep kinderen met SM op de subschaal angst. De uitslagen van de CBCL laten zien dat ouders/verzorgers van kinderen met een angststoornis een hogere mate van angst rapporteren dan ouders/verzorgers van kinderen met SM. Volgens de uitslagen van de TRF vinden de leerkrachten van kinderen met een angststoornis en SM beide groepen kinderen net zo angstig. Dit gevonden verschil kan verklaard worden door de situaties waarin SM zich voordoet. Het niet willen spreken van kinderen met SM openbaart zich meestal op school, tegen de leerkracht en tegen vreemden. De ouders van deze kinderen zien daarom de angstproblemen minder vaak dan de leerkracht die het kind ziet in de situatie waarin het zich angstig voelt. In eerder onderzoek van Cunningham, McHolm, Boyle en Patel (2004) bleken kinderen met SM zowel door de ouders als door de leerkrachten beoordeeld als meer angstig dan kinderen in de controlegroep. De kinderen in die controlegroep waren echter niet-klinische kinderen, in dit onderzoek bestaat de controlegroep uit angstige kinderen. Verder scoren de kinderen met SM op zowel de CBCL als de TRF significant hoger op de subschaal teruggetrokken/depressie. Dit gevonden resultaat wordt ook door de literatuur bevestigd. In het onderzoek van Steinhausen en Juzi (1996) werd gevonden dat de meeste kinderen met SM worden omschreven als verlegen, timide, terughoudend, angstig, gedeprimeerd, teruggetrokken en nerveus. De hypothese die in dit onderzoek werd gesteld wordt in dit onderzoek gedeeltelijk verworpen.

Bij het eerste deel van de tweede deelvraag: Zijn er verschillen in het behalen van mijlpalen tussen kinderen met SM en kinderen met een angststoornis, werd in het onderzoek vooraf een hypothese opgesteld: kinderen met SM vertonen een achterstand in het behalen van de motorische mijlpalen in vergelijking met kinderen met een angststoornis. Er werd in het onderzoek alleen bij kruipen een significante achterstand gevonden van kinderen met SM

op kinderen met een angststoornis. Bij alle overige mijlpalen werd er geen significant verschil gevonden. De tweede hypothese wordt dus in dit onderzoek verworpen. Bij de mijlpalen eerste woord en eerste zin werd een hoger percentage vertraagd behaald gevonden bij beide groepen kinderen. Kinderen met SM en kinderen met een angststoornis lijken deze mijlpalen vaker vertraagd te behalen dan gemiddeld. Tijdens twee verschillende Duitse studies naar het motorisch functioneren van kinderen met SM werd bij 31% van de groep onderzochte kinderen in de ene studie en 65% van de groep onderzochte kinderen in de andere studie afwijkend motorisch functioneren gezien. In een onderzoek van Kristensen (2002) werd gevonden dat er een significant verschil in de motorische ontwikkeling te zien is bij kinderen met SM. Toch wordt er in dit onderzoek geen afwijkend motorisch functioneren gezien bij kinderen met SM. Het gevonden resultaat zou verklaard kunnen worden door het aantal *missings* in het onderzoek. De vele *missings* in de data kunnen een vertekend beeld geven. Daarnaast bestaat de controlegroep in het huidige onderzoek uit kinderen met een angststoornis, terwijl de controlegroep in de eerdere studies bestond uit niet-klinische kinderen. De kinderen met SM verschillen ten opzichte van kinderen met een angststoornis niet in het vertraagd behalen van de mijlpalen, maar wellicht verschillen de kinderen met SM wel ten opzichte van een niet-klinische controlegroep.

Bij het tweede deel van de tweede deelvraag: zijn er verschillen in geslachtsverdeling tussen kinderen met SM en kinderen met een angststoornis, werd in het onderzoek vooraf een hypothese opgesteld: in de groep met kinderen met SM zitten meer meisjes ten opzichte van jongens dan in de groep met kinderen met een angststoornis. In het huidige onderzoek werd er geen verschil in geslachtsverdeling gevonden tussen kinderen met SM en kinderen met een angststoornis. Uit eerdere onderzoeken naar kinderen met SM is gebleken dat de verdeling van meisjes en jongens met SM uiteen lopen van 2:1 tot 6:1 (Black & Uhde, 1995; Dummit e.a., 1997; Steinhausen & Juzi, 1996; Kristensen, 2000; Letamendi, Chavira, Hitchcock, Roesch, Shipon-Blum & Stein, 2008). In het huidige onderzoek is een verdeling van 2:1 gevonden. Er zijn dus wel meer meisjes dan jongens met SM gevonden in het onderzoek, maar deze verdeling wijkt niet significant af van de groep kinderen met een angststoornis.

Discussie

In het huidige onderzoek zijn zowel beperkingen als sterke punten gevonden. Een sterk punt van het huidige onderzoek is de unieke grote onderzoeksgroep van kinderen met SM die in dit onderzoek is meegenomen. In bestaande onderzoeken naar kinderen met SM is er vaak sprake van kleine onderzoeksgroepen of van *one-case-studies*. De groep van 49

kinderen in dit onderzoek is daarmee een unieke grote groep, waardoor de onderzoeksresultaten meer gegeneraliseerd kunnen worden. Een ander sterk punt is dat er gebruik is gemaakt van gevalideerde meetinstrumenten die zijn afgenomen door ervaren onderzoekers en alle deelnemers zijn gezien door specialisten tijdens dit onderzoek.

Een beperking van het huidige onderzoek is de onderbouwing vanuit de literatuur van het motorisch afwijkend functioneren van kinderen met SM. Voor deze onderbouwing is in het onderzoek gebruik gemaakt van een artikel. In dit artikel worden twee Duitse studies aangehaald en is er onderzoek gedaan door Kristensen (2002) naar het motorisch functioneren van kinderen met SM. Er wordt in meerdere artikelen in de krant en in vakbladen voor orthopedagogen en psychologen gesproken over het afwijkend functioneren van deze groep kinderen. Als er in de wetenschappelijke literatuur naar dit onderwerp wordt gezocht blijkt echter dat er weinig onderzoek naar dit motorische functioneren is gedaan. Toch is er gekozen om de mijlpalen in dit onderzoek mee te nemen, omdat er dus weinig onderzoek naar gedaan is en omdat deze gegevens van de kinderen reeds bekend waren. Toch werden er veel *missings* in het onderzoek naar het motorisch functioneren gevonden, waardoor er weinig significante verschillen werden gevonden. In de toekomst is het van belang dat er meer onderzoek wordt gedaan naar het behalen van mijlpalen bij de groep met selectief mutisme of dat er door middel van medische onderzoeken wordt gekeken naar afwijkend motorisch functioneren bij kinderen met SM om een duidelijker beeld hierover te krijgen.

Het hanteren van een leeftijdsgrens is ook een belangrijke beperking in het huidige onderzoek. Selectief mutisme wordt het meest gediagnosticeerd bij kinderen van drie tot vijf jaar. In dit onderzoek is er een leeftijdsgrens van zes tot elf jaar gehanteerd, omdat kinderen met een angststoornis de diagnose pas vaak op oudere leeftijd krijgen. Op deze manier konden er vergelijkbare groepen in het huidige onderzoek gemaakt worden. In de toekomst is het van belang om ook onderzoek te doen naar kinderen met SM in de leeftijd van drie tot vijf jaar. Er moet dan op een andere manier geprobeerd worden om de onderzoeksgroepen vergelijkbaar te maken.

In het huidige onderzoek is gezocht naar het antwoord op de vraag: scoren kinderen met SM net zo hoog op de schalen van angst van de CBCL en TRF als kinderen met een angststoornis en verschilt de groep van kinderen met SM van de kinderen met een angststoornis in andere kenmerken naast de angstsymptomen (zoals vertraagde mijlpalen en geslachtsverdeling)? Tijdens het onderzoek is gebleken dat kinderen met een angststoornis op de subschaal angst van de CBCL significant hoger scoorden dan de kinderen met SM. Daarnaast bleken de kinderen met een angststoornis ook hoger te scoren op internaliserende

problemen en op de angstschaal volgens de DSM. Er werd geen significant verschil gevonden tussen beide groepen kinderen op de TRF. Verder scoorden de kinderen met SM op zowel de CBCL als de TRF significant hoger op de subschaal teruggetrokken/depressie dan kinderen met een angststoornis. Daarnaast werden er geen significante verschillen gevonden tussen de groep kinderen met SM en de kinderen met een angststoornis in het vertraagd behalen van mijlpalen en geslachtsverdeling. Uit het onderzoek is dus gebleken dat kinderen met SM en kinderen met een angststoornis veel verschillen vertonen in hun mate van angst, thuis en op school, maar verder niet verschillen in het vertraagd behalen van mijlpalen en de geslachtsverdeling. Het is van belang dat er meer onderzoek wordt gedaan naar de behandeling van kinderen met SM om een effectieve behandelmethodede op te zetten voor deze groep kinderen.

Referenties

- Achenbach, T.M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H., & Rothenberger, A., (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. *Child Psychology and Psychiatry*, 49, 251-275.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anstendig, K. (1999). Is selective mutism an anxiety disorder? Rethinking its DSM-IV classification. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 417-434.
- Bergman, R. L., Pimentini, J., & McCracken J. T. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 938-946.
- Black, B., Uhde, T.W., (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent psychiatry*, 34, 7, 847-856.
- Cohan, S.L., Chavira, D.A., & Stein, M.B. (2006). Practitioner Review: Psychosocial for children with selective mutism: a critical evaluation of the literature from 1990-2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1085-1097.
- Cunningham, C.E., McHolm, A., Boyle, M.H., & Patel, S. (2004). Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academic performance, and social relationships in children with selective mutism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 8,

1363 – 1372.

- Dummit, E.S., Klein, R.G., Tancer, N.K., Asche, B., Martin, J., & Fairbanks, J.A. (1997). Systematic Assessment of 50 Children With Selective Mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 5, 653 – 660.
- Elizur, Y., & Perednik, R. (2003). Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: a controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1451–1459.
- Evers, A., Vliet-Mulder, van, J.C., & Groot, C.J. (2001). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland*. Assen: Van Gorcum.
- Guldner, M.G. & Wippo, E. (2003). Selectief mutisme. De stand van zaken. *Kind en Adolescent*, 24, 130-135.
- Herngreen, W.P., Reerink, J.D., Noord-Zaadstra, B.M., Verloove-Vanhorick, S.P., & Ruys, J.H. (1992). SMOCC: Design of a representative cohort-study of live-born infants in the Netherlands. *European Journal of Public Health*, 2, 117.
- Letamendi, A.M., Chavira, D.A., Hitchcock, C.A. Roesch, S.C., Shipon-Blum, E., & Stein, M.B., (2008). Selective Mutism Questionnaire: Measurement Structure and Validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47,10, 1197–1204.
- Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 249–256.
- Kristensen, H. (2002). Non-specific markers of neuro-developmental disorder/delay in selective mutism. A case control study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11, 71 – 78.
- Sharp, W.G., Sherman, C., & Gross, A.M. (2007). Selective mutism and anxiety: A review of the current conceptualization of the disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 568 – 579.
- Somers, J.M., Goldner, E.M., Wareich, P., & Hsu, L., (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Canadian journal of psychiatry*, 51, 2, 100- 113.
- Steinhausen, H., & Juzi, C. (1996). Elective mutism, an analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 606-614.
- Verhulst, F.C., Ende, van der, J., & Koot, H.M. (1996). *Handleiding voor de Child Behavior Checklist*. Rotterdam: Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam

(afdeling Kinder- & Jeugdpsychiatrie).

Verhulst, F.C., Ende, van der, J., & Koot, H.M. (1997). *Handleiding voor de Teacher Report Form*. Rotterdam: Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam
(afdeling Kinder- & Jeugdpsychiatrie).