

Running head: SELECTIEF MUTISME

‘Spreekt voor zich’

Therapie voor Kinderen met Selectief Mutisme

Zijn Leeftijd en Mate van Angst van invloed op het succesvol doorlopen van de Therapie

‘Spreekt voor zich’ voor Kinderen met Selectief Mutisme?

Eefje M.D. Becker- de Ruijter 0009768

Fieke P.P. van den Broek 3949591

Master thesis

Universiteit Utrecht

Masteropleiding Pedagogische Wetenschappen

Masterprogramma Orthopedagogiek

In opdracht van het Universitair Medisch Centrum te Utrecht

Eerste begeleider Universiteit Utrecht: Dr. K.L. Buist

Tweede begeleider Universiteit Utrecht: Dr. Y.A.J. Stikkelbroek

Opdrachtgever: Dr. M.V. de Jonge, UMC Utrecht

Datum: 6 juni 2014

## Voorwoord

Voor u ligt onze Master thesis, welke de afsluiting vormt van de master Orthopedagogiek aan de Universiteit van Utrecht. De opdrachtgever voor de thesis is het Universitair Medisch Centrum in Utrecht, waar wij tevens onze masterstage lopen.

Waar het voor ons begon met een grote berg aan informatie en wij zoekende waren hoe wij ons huidige onderzoek wilden vormgeven, werd het voor ons steeds duidelijker welke richting wij wilden inslaan.

Wij hebben onderzoek gedaan naar de cognitieve gedragstherapie ‘Spreekt voor zich’ voor kinderen met selectief mutisme. De keuze voor dit onderwerp is onder andere ontstaan doordat wij wekelijks kinderen met selectief mutisme zien en deze kinderen zelf ook behandelen middels het protocol van de therapie ‘Spreekt voor zich’. Selectief mutisme lijkt misschien een eenduidig probleem wat bij veel kinderen op dezelfde manier tot uiting komt, echter hebben wij gemerkt dat dit niet het geval is. Ieder kind heeft zijn of haar eigen verhaal. Hierdoor is onder andere onze interesse gewekt om onderzoek te doen naar factoren die mogelijk van invloed zijn op het succesvol doorlopen van de therapie ‘Spreekt voor zich’. Daarnaast willen wij met het huidige onderzoek op wetenschappelijk gebied graag een bijdrage leveren, onder andere om de kennis over cognitieve gedragstherapie bij kinderen met selectief mutisme uit te breiden.

De Master thesis is onderverdeeld in twee deelvragen. Eefje heeft zich gericht op de vraagstelling over de samenhang tussen leeftijd en de snelheid van het doorlopen van de therapie ‘Spreekt voor zich’. Fieke heeft zich gericht op de vraagstelling over de samenhang tussen de mate van angst en de snelheid van het doorlopen van de therapie.

Het resultaat van onze Master thesis hebben wij natuurlijk niet alleen bereikt. De volgende mensen willen wij hier graag voor bedanken. Allereerst willen wij Kirsten Buist, begeleider vanuit de Universiteit Utrecht, bedanken voor feedback en de kennis die wij van Kirsten hebben verkregen over het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast willen wij Maretha de Jonge, begeleider vanuit het UMC Utrecht, bedanken voor de feedback, het meedenken en het beschikbaar stellen van data.

Eefje Becker- de Ruijter & Fieke van den Broek

Utrecht, juni 2014

### Samenvatting

**Doel:** De huidige studie heeft de samenhang onderzocht tussen de leeftijd en de mate van angst bij kinderen met selectief mutisme en de snelheid waarmee deze kinderen de eerste tot en met de derde fase van de cognitieve gedragstherapie ‘Spreekt voor zich’ doorlopen.

**Methode:** De onderzoekspopulatie bestond uit 27 kinderen die tussen 2011 en begin 2014 de therapie ‘Spreekt voor zich’ hebben gevolgd. De gemiddelde leeftijd van deze kinderen is 5.4 jaar. Voor het onderzoeken van de mate van angst is gebruik gemaakt van de CBCL, ingevuld door ouders, en de TRF, ingevuld door leerkrachten. **Resultaten:** Uit de Pearson correlatie test ( $r$ ) bleek geen significante samenhang te zijn. **Conclusie:** Tegen de lijn der verwachting in werd in deze studie geen significante samenhang tussen leeftijd en mate van angst en de snelheid van het doorlopen van de therapie aangetoond. De kleine steekproef is mogelijk van invloed geweest op de resultaten. Dit is aangetoond met de maat voor effectgrootte, Cohen’s  $d$ . Andere mogelijke verklaringen voor dit resultaat moeten verder onderzocht worden. In deze studie wordt een aantal mogelijke verklaringen besproken. Deze studie biedt inspiratie voor vervolgonderzoek naar selectief mutisme in het algemeen en de therapie ‘Spreekt voor zich’ in het bijzonder.

### Abstract

**Aim:** This study examined the relationship between age and the level of anxiety of children with selective mutism and the velocity of completing the first phase till the third phase of the cognitive behavior therapy ‘Spreekt voor zich’. **Method:** The sample for this study consisted of 27 children with selective mutism, with an average age of 5.4 years. To measure the level of anxiety the questionnaires CBCL, filled in by the parents, and the TRF, filled in by the teachers, are used. **Results:** The Pearson’s correlation test ( $r$ ) showed no significant correlation. **Conclusion:** Other than expected this study showed no significant correlation between the variables age and level of anxiety and the velocity of completing the first phase till the third phase of the therapy ‘Spreekt voor zich’. The small sample size possibly had an influence on these results, what is indicated with the effectsize, Cohen’s  $d$ . Other explanations need further research. In this study a few different explanations for the results are discussed. This study offers inspiration for future research on selective mutism, in particular for the therapy ‘Spreekt voor zich’.

*Keywords:* selective mutism, age, level of anxiety, therapy ‘Spreekt voor zich’

### Selectief Mutisme

*'Bas is een vrolijke jongen. Thuis praat hij heel veel en speelt spelletjes met zijn broertje. Hij zingt liedjes die hij leert op school, maar in de klas zingt Bas niet. Bas spreekt niet op school. Eerst leek het gewone verlegenheid. Zijn meester doet alles om Bas op zijn gemak te stellen, maar het helpt niet. Hij zwijgt nog altijd in de klas. Bas heeft selectief mutisme.'*

Kinderen zoals Bas zijn er meer, maar de stoornis selectief mutisme is relatief zeldzaam. Er zijn geen grote internationale en nationale onderzoeken gedaan naar de prevalentie van selectief mutisme (Cohan, Chavira, & Stein, 2006). Een studie gericht op selectief mutisme in West Jeruzalem laat een prevalentie zien van 0.75% (Elizur & Perednik, 2003). Een andere studie gericht op een district uit Los Angeles laat een prevalentie van 0.71% zien (Bergman, Picientini, & McCracken, 2002). Dit relatief lage aantal kan mede verklaard worden door 'verborgen mutisme'. Selectief mutisme is bij veel leerkrachten en ouders niet bekend. Vaak horen ouders dat hun kind er 'wel weer overheen zal groeien'. Standart & Le Couteur (2003) geven aan dat leerkrachten beter geïnformeerd kunnen worden zodat zij de stoornis kunnen herkennen en het mutisme niet verborgen blijft.

Selectief mutisme is een stoornis die zich volgens de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV* (DSM-IV) kenmerkt door het consequent niet spreken in bepaalde sociale situaties waarin het kind verwacht wordt te spreken (American Psychiatric Association, 2000). De meeste kinderen spreken thuis wel, maar durven dit niet of nauwelijks op school. Andere situaties waarin het kind niet spreekt, verschillen van kind tot kind (Elizur & Perednik, 2003; de Jonge, Pragter, & van Braam van Vloten-Hairwassers, 2013). Bij selectief mutisme gaat het niet enkel om een stoornis in de spraak-taalontwikkeling of om een normale verlegenheid of terughoudendheid, bijvoorbeeld als gevolg van gebrek aan kennis van of vertrouwd zijn met de gesproken taal (Güldner & Wippo, 2003). Hoewel ouders regelmatig denken dat er sprake is van verlegenheid bij hun kind en dat het vanzelf weer over gaat, is dit bij selectief mutisme niet het geval (Renschmidt, Poller, Herpertz-Dahlmann, Hennighausen, & Gutenbrunner, 2001).

Selectief mutisme wordt regelmatig beschreven als een stoornis met symptomen die veel overlap hebben met symptomen van angststoornissen (Dummit, Klein, Tancer, & Asche, 1997; Scott & Beidel, 2011). Vaak plaatst men selectief mutisme op het spectrum tussen verlegenheid en een ernstige sociale angststoornis (Bergman et al., 2002; Black & Uhde, 1995; Keen, Fonseca, & Wintgens, 2008; Kristensen, 2000). In het voorstel voor de DSM-V wordt selectief mutisme dan ook geïnclassificeerd als subtype van een sociale angststoornis (de

Jonge et al., 2013). Bögels et al. (2010) en Carbone et al. (2010) pleiten voor afschaffing van de aparte diagnose 'selectief mutisme'. Volgens hen zou het een variant van de sociale angststoornis voor het jonge kind genoemd moeten worden, met een primair tekort in het sociale functioneren. Hierdoor biedt het meer aanknopingspunten voor therapie. Daarnaast beschrijven zij in hun onderzoek dat selectief mutisme een extreme vorm van het ontwijken van sociale interactie is (Bögels et al., 2010). Volgens Remschmidt et al. (2001) betekent dit in de praktijk dat kinderen op school jarenlang zwijgen en hierdoor enorme achterstand oplopen in de sociale omgang en een negatief zelfbeeld ontwikkelen.

Echter, er zijn onderzoeken die laten zien dat selectief mutisme meer is dan een sociale angststoornis. Men moet zich bewust zijn van de verschillen tussen selectief mutisme en een sociale angststoornis (Cohan, Price, & Stein, 2006; Gaag, 2008; Scott & Beidel, 2011; Standart & Le Couteur, 2003). Scott & Beidel (2011) en Cohan et al. (2006) beschrijven in hun onderzoek dat selectief mutisme niet alleen een extreme vorm van sociale angst is, maar ook gezien moet worden als een ontwikkelingsstoornis waarbij het zwijgen een reactie is op het vermijden van angstgevoelens. Tevens blijkt uit onderzoek dat naast de overlap met symptomen van een sociale angststoornis, selectief mutisme ook een aantal specifieke oorzaken heeft die niet volledig passend zijn bij de symptomen van een sociale angststoornis (Cohan et al., 2006; Scott & Beidel, 2011; Yeganeh, Beidel, Turner, Pina, & Silverman, 2003). De angst om te spreken kan onder andere voortkomen uit taalproblemen (Elizur & Perednik 2003; Kristensen, 2000; Remschmidt et al., 2001, Steinhausen & Juzi, 1996), ontwikkelingsvertraging of een ontwikkelingsachterstand (Kristensen, 1997), laat zindelijk worden (Black & Uhde, 1995; Kristensen 2000), een laag intelligentieniveau (Gaag, 2008) of uit het feit dat er op school een andere taal wordt gesproken dan thuis (Cohan et al., 2006; de Jonge et al., 2013; Scott & Beidel, 2011). Deze factoren kunnen het onvermogen van de kinderen verklaren om zich verbaal adequaat aan te passen aan nieuwe situaties (Gaag, 2008; Standart & Le Couteur, 2003). Volgens onderzoek van Black en Uhde (1995) kan bij selectief mutisme ook sprake zijn van comorbiditeit met andere vormen van angst, zoals separatieangst.

Uit bovengenoemde literatuur blijkt dat de meningen verschillen wat betreft het classificeren van selectief mutisme. Verschillende onderzoekers zijn van mening dat selectief mutisme geclassificeerd moet worden als subtype van een sociale angststoornis. Daarentegen zijn er ook onderzoekers die deze visie niet ondersteunen. Zij zijn juist van mening dat selectief mutisme meer is dan een sociale angststoornis, omdat selectief mutisme ook een aantal specifieke kenmerken heeft die niet volledig passend zijn bij een sociale angststoornis.

Door de verschillende meningen van onderzoekers is het moeilijk om te benoemen of selectief mutisme als een ‘aparte’ diagnose omschreven moet worden of een subtype is van een sociale angststoornis.

In verschillende studies is weinig consensus over de epidemiologie, verschijningsvormen en de therapie van selectief mutisme (Bergman, Keller, Piacentini, & Bergman, 2008; Scott & Beidel, 2011; Viana, Beidel, & Rabian, 2009;). Bergman et al. (2008) geven hiervoor als verklaring dat er een gebrek is aan een meetinstrument dat direct de symptomen van selectief mutisme meet. Om die reden is later ‘*The Selective Mutism Questionnaire*’ (SMQ) ontwikkeld, een vragenlijst voor ouders over het spreken van hun kind in de functionele domeinen van het kind (Letamendi et al., 2008). Deze vragenlijst is nuttig voor het begrijpen van de herkomst van de symptomen en geven mogelijk aanknopingspunten voor therapie van selectief mutisme (Bergman, et al., 2008). Onderzoek van Bergman et al. (2008) laat met de verzamelde data van de SMQ zien dat de symptomen van selectief mutisme afzwakken naarmate kinderen ouder zijn. Scott en Beidel (2011) ondersteunen in hun artikel deze samenhang tussen de leeftijd van een kind en selectief mutisme. Zij zien selectief mutisme als een maladaptieve emotieregulatiestrategie om de spanning bij sociale interactie te verminderen. Kinderen beschikken over minder emotieregulatiestrategieën dan volwassenen. Daarnaast kunnen kinderen de sociale interactie op school niet ontwijken en daar komt selectief mutisme het meeste tot uiting (Scott & Beidel, 2011). Scott en Beidel (2011) geven aan dat het niet praten een reflectie kan zijn van de ontwikkelingsfase van een jong kind. Uit bovengenoemde literatuur blijkt dat er een samenhang is tussen de leeftijd van een kind en selectief mutisme. Concluderend kan gezegd worden dat hoe ouder het kind is hoe meer (sociale) emotieregulatiestrategieën het kind ontwikkeld heeft waardoor de symptomen van selectief mutisme afzwakken.

Voor kinderen zoals Bas is een therapie op maat van groot belang. Uit onderzoek blijkt echter dat selectief mutisme niet gemakkelijk te behandelen is (Standart & Le Couteur, 2003). Wel zijn er verschillende vormen van therapie ontwikkeld voor kinderen met selectief mutisme, zoals remedial teaching, logopedie, beeldende therapie, cognitieve gedragstherapie en gezinstherapie (de Jonge et al., 2013). Cognitieve gedragstherapie blijkt een veel gebruikte therapie te zijn waar ook voldoende wetenschappelijke ondersteuning voor bestaat, zo nodig in combinatie met medicatie (Fonagy, Target, Cottrell, Phillips, & Kurtz, 2003; James, Solar, & Weatherall, 2005; Scholing, 2002). Voor de therapie van selectief mutisme is de bestaande cognitieve gedragstherapie niet geheel passend. Veel protocollen zijn gericht op kinderen vanaf zeven jaar. Uit verschillende studies blijkt echter dat selectief mutisme vaak voor de

eerste keer wordt gesignaleerd bij jonge kinderen tussen de drie en vijf jaar, meestal wanneer zij voor het eerst naar de basisschool gaan (Cunningham, McHolm, Boyle, & Patel, 2004; Garcia, Freeman, Francis, Miller, & Leonard, 2004; Güldner & Wippo, 2003; Letamendi et al., 2008;). Daarnaast is cognitieve gedragstherapie bij kinderen met een angststoornis vaak gericht op één setting, bijvoorbeeld school (McHolm, Cunningham, & Vanier, 2005; Johnson & Wintgens, 2001) en op één symptoom, vaak het niet durven spreken (de Jonge et al., 2013). Gezien de complexiteit en het voorkomen van selectief mutisme in verschillende settings lijkt de cognitieve gedragstherapie voor kinderen met een angststoornis niet volledig geschikt te zijn voor kinderen met selectief mutisme.

Bovenstaande punten hebben er onder andere voor gezorgd dat in 2011 de cognitieve gedragstherapie ‘Spreekt voor zich’ is ontwikkeld, een therapie voor kinderen met selectief mutisme (de Jonge et al., 2013). Het cognitief gedragstherapeutisch programma ‘Spreekt voor zich’ bevat een uitgewerkt behandelprotocol voor therapeuten, ouders en leerkrachten en is een speelse methode die geschikt is voor kinderen tussen de vier en acht jaar. Güldner, Wippo, Teselar, & Erkelens (2010) beschrijven in hun onderzoek het belang van het aanreiken van materialen aan ouders en leerkrachten om thuis en op school ook met het kind aan de slag te gaan. In tegenstelling tot het werken in één setting wordt bij de therapie ‘Spreekt voor zich’ ook gewerkt aan het overwinnen van angst op verschillende gebieden (de Jonge et al., 2013).

Zoals eerder beschreven blijkt selectief mutisme regelmatig samen te gaan met andere angststoornissen, vaak sociale angst. Bögels et al. (2010) beschrijven met hun studie dat dezelfde farmacologische en psychologische interventies effect hebben bij zowel selectief mutisme als bij een sociale angststoornis. Het is van belang om bij de therapie aandacht te hebben voor eventuele sociale angst (Bergman et al., 2002; Black & Uhde, 1995; de Jonge et al., 2013; Kristensen, 2000;). Het doel van de therapie is dan ook, naast het durven spreken op school en in de klas, het aanleren en toepassen van angstreducerende technieken (de Jonge et al., 2013).

De therapie ‘Spreekt voor zich’ maakt gebruik van digitale toepassingen, zoals een algemeen toegankelijke website met informatie over selectief mutisme. Tevens wordt gebruik gemaakt van een besloten webportaal waarbij alle betrokkenen in een beveiligde omgeving met elkaar over het kind kunnen communiceren en spelmateriaal met een serious game ‘het Luiderslot’ voor het kind zelf. ‘Het Luiderslot’ is een virtueel kasteel met evenveel verdiepingen als stappen die kinderen kunnen zetten in de therapie. Met behulp van dit computerspel zien kinderen hun vorderingen en oefenen zij vaardigheden met betrekking tot

het overwinnen van de (spreek)angst. Voor elke stap die een kind afrondt in de therapie, wordt een verdieping in ‘het Luiderslot’ geopend (de Jonge et al., 2013).

De therapie ‘Spreekt voor zich’ bestaat uit vijf fasen en 29 stappen. De fasen zijn onderverdeeld in fase 1: kennismaken, fase 2: spreken met de therapeut, fase 3: spreken op school met de leerkracht en medeleerlingen, fase 4: spreken in de klas, fase 5: afsluiting en terugvalpreventie. Per kind verschilt het hoeveel stappen hij of zij zet tijdens een therapiesessie. Het is mogelijk om stappen in de therapie over te slaan wanneer kinderen bijvoorbeeld al durven te praten in bepaalde situaties (de Jonge et al., 2013). ‘Dapper gedrag’ en ‘dapper denken’ staan tijdens de therapie centraal. De therapie maakt gebruik van een aantal cognitief gedragsmatige interventies. Zo wordt gebruik gemaakt van psycho-educatie, angsthiërarchie, exposure, fading en shaping, contracondities en positieve bekrachtiging, positieve zelfspraak, relaxatie en modeling (de Jonge et al., 2013). Uit een studie van Güldner et al. (2010) blijkt dat dit belangrijke onderdelen zijn bij de therapie van kinderen met selectief mutisme.

Tevens tonen Güldner et al. (2010) met hun onderzoek aan dat er een verband bestaat tussen de aanwezigheid van angst bij kinderen met selectief mutisme en het aantal sessies van het doorlopen van een therapie. Dit betekent dat hoe groter de mate van angst bij het kind met selectief mutisme, hoe meer therapiesessies het kind nodig heeft om het gewenste resultaat te behalen.

### **De huidige studie**

De therapie ‘Spreekt voor zich’ is vrij recent ontwikkeld, waardoor er nog weinig data beschikbaar zijn van kinderen die de therapie volledig hebben afgerond. Therapeuten van het UMC Utrecht, waar onder andere de therapie ‘Spreekt voor zich’ gegeven wordt, hebben het vermoeden dat leeftijd en de mate van angst bij kinderen met selectief mutisme invloed hebben op het succesvol doorlopen van de therapie. De behandelaars spreken van een succesvolle therapie als kinderen met selectief mutisme na het doorlopen van de therapie ‘Spreekt voor zich’ praten in verschillende sociale situaties. In de huidige studie wordt gekeken naar de samenhang tussen de leeftijd en mate van angst van het kind met selectief mutisme en de snelheid van het doorlopen van het aantal stappen uit de fasen één tot en met drie van de therapie ‘Spreekt voor zich’. Er is voor gekozen om te kijken naar de fasen één tot en met drie, omdat er vanwege de recent gestarte therapie onvoldoende kinderen zijn die de gehele therapie tot en met fase vijf hebben afgerond. Met de resultaten van dit onderzoek kan



de therapie in de toekomst wellicht gericht inspelen op de mate van angst en de leeftijd van het kind.

Uit de literatuur blijkt dat hoe ouder het kind is, hoe meer kans er is dat het kind (sociale) emotieregulatie strategieën heeft ontwikkeld (Scott & Beidel, 2011) en symptomen van selectief mutisme afzwakken (Bergman et al., 2008). Hierdoor wordt verwacht dat hoe ouder het kind wordt, hoe sneller hij of zij tijdens de therapie het gewenste resultaat laat zien. Op basis van de beschreven literatuur wordt een positieve samenhang verwacht tussen het toenemen van de leeftijd en de snelheid van het doorlopen van de fasen één tot en met drie van de therapie ‘Spreekt voor zich’.

Daarnaast laten Güldner et al. (2010) zien dat er een verband bestaat tussen de aanwezigheid van angst bij kinderen met selectief mutisme en het aantal sessies van het doorlopen van een therapie. Güldner et al. (2010) geven aan hoe hoger de mate van angst is, hoe langer het duurt voordat een kind de sessies van een therapie doorloopt. Naar aanleiding van de beschreven literatuur wordt een negatieve samenhang verwacht tussen de aanwezigheid van angst bij kinderen met selectief mutisme en de snelheid van het doorlopen van de fasen één tot en met drie van de therapie ‘Spreekt voor zich’.

Mogelijk speelt het intelligentieniveau van kinderen een rol bij het ontwikkelen van selectief mutisme (Gaag, 2008) en kan dit eveneens van invloed zijn op het succesvol doorlopen van de therapie ‘Spreekt voor zich’. Daarom is gekozen om in de huidige studie te controleren voor intelligentie.

## **Methode**

### **Onderzoekspopulatie**

De onderzoekspopulatie betreft 27 kinderen die in de periode 2011 tot begin 2014 vanwege de diagnose selectief mutisme de therapie ‘Spreekt voor zich’ hebben gevolgd, in het UMC Utrecht of bij behandelaars buiten het UMC Utrecht. Ouders/verzorgers van deze kinderen hebben toestemming gegeven voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek. De leeftijd van deze kinderen bij aanmelding voor diagnostiek voor selectief mutisme in het UMC Utrecht varieerde tussen de vier en tien jaar, met een gemiddelde leeftijd van 5,4 jaar. De onderzoekspopulatie bestaat uit zes jongens en 21 meisjes. Van 23 kinderen is bekend welke plaats zij in de kinderrij binnen het gezin innemen. De meerderheid van de kinderen ( $n=12$ ) is de jongste in de kinderrij. Van 25 kinderen is bekend of zij een- of tweetalig zijn opgevoed. Van deze groep zijn zeven kinderen tweetalig opgevoed. Daarnaast is van 26 kinderen bekend in welke groep zij zaten bij aanmelding in het UMC Utrecht. Het grootste

deel van de kinderen ( $n=11$ ) zat in groep één, negen kinderen zaten in groep twee, drie in groep drie, twee in groep vier en één in groep zes. Van 23 kinderen is bekend of er sprake is van comorbiditeit. Bij vier kinderen is er sprake van comorbiditeit waarbij het gaat om een taalstoornis, een fonologische stoornis, sociale fobie en een pervasieve ontwikkelingsstoornis (PDD-NOS).

### **Procedure**

Voor deze studie is gebruik gemaakt van een databestand waar gedurende de periode 2011 tot en met begin 2014 verschillende vragenlijsten zijn ingevoerd. Deze vragenlijsten zijn individueel ingevuld door zowel de therapeut als de ouders en de leerkrachten en worden aan het begin en aan het eind van de behandelperiode voorgelegd. Ouders zijn ingelicht dat deze gegevens geanonimiseerd gebruikt worden voor wetenschappelijk onderzoek.

De eerste vragenlijst wordt direct aan het begin getoond en is een belangrijke voormeting. Aan de ouders wordt onder andere gevraagd naar kenmerken van hun kind en in wat voor omgeving hun kind is opgegroeid. De leerkracht wordt onder andere gevraagd in welke situaties het kind op school moeite heeft met spreken. Tot slot wordt aan de therapeut onder andere gevraagd naar de ervaring die de therapeut heeft met het behandelen van kinderen met selectief mutisme.

De therapeut opent in het besloten webportaal voorafgaand aan de therapie een therapiesessie en sluit de sessie na afloop van de therapie. Bij het sluiten van de sessie geeft de therapeut het hoogst behaalde resultaat van de sessie aan, bijvoorbeeld ‘sprak spontaan tegen de therapeut of ‘fluisterde tegen de therapeut’. Op deze manier wordt per kind vastgelegd hoeveel therapiesessies nodig zijn om een fase af te ronden. Hierdoor ontstaat er een overzicht van de snelheid van het doorlopen van de therapie.

### **Meetinstrumenten**

**Mate van angst.** Om de mate van angst te meten is gebruik gemaakt van de *Child Behaviour Checklist* (CBCL; Achenbach & Edelbrock, 1983). Deze vragenlijst wordt voorafgaand aan de intake door ouders ingevuld. De CBCL is een diagnostisch instrument om probleemgedrag en vaardigheden van kinderen en jeugdigen op gestandaardiseerde wijze te kwantificeren (Achenbach & Edelbrock, 1983). In de huidige studie wordt gebruik gemaakt van de t-score op de schaal *anxious/depressed* van de probleemschalen van de CBCL. De minimale t-score is 50. Een voorbeelditem van deze schaal is: ‘Is bang om naar school te gaan’. Door de ouders van het betreffende kind wordt antwoord gegeven op een driepuntsschaal, 0; helemaal niet, 1; een beetje of soms, 2; duidelijk of vaak. Het UMC Utrecht maakt gebruik van de CBCL 1,5-5 en de CBCL 6-18. De gemiddelde Cronbach's

alpha ( $\alpha$ ) van de probleemschalen van de CBCL 1,5-5 is 0.85 en van de CBCL 6-18 is dit 0.76. Beide versies van de CBCL kennen hiermee een goede betrouwbaarheid en validiteit (Achenbach & Rescorla, 2001).

Om de mate van angst te meten wordt eveneens gebruik gemaakt van de *Teacher's Report Form* (TRF; Achenbach & Rescorla, 2001). Deze vragenlijst is de door de leerkracht in te vullen versie van de CBCL en wordt voorafgaand aan de intake ingevuld. De TRF geeft inzicht in het gedrag van het kind zoals dat door de leerkracht wordt ervaren. Net als bij de CBCL wordt ook bij de TRF gebruik gemaakt van de t-score op de schaal *anxious/depressed* van de probleemschalen en is de minimale t-score 50. Een voorbeelditem van deze schaal is: 'Te angstig of te bang'. De vragen zijn te beantwoorden op een driepuntsschaal, 0; helemaal niet, 1; een beetje of soms, 2; duidelijk of vaak. Daarnaast is er een aantal vragen die op een vijfpuntsschaal te beantwoorden zijn en er is een aantal open vragen. Het UMC Utrecht maakt gebruik van de TRF 1,5-5 en de TRF 6-18. De gemiddelde Cronbach's alpha ( $\alpha$ ) van de probleemschalen van de TRF 1,5-5 is 0.90 en van de TRF 6-18 is dit 0.97. Ook beide versies van de TRF kennen hiermee een goede betrouwbaarheid en validiteit (Achenbach & Rescorla, 2001).

**Snelheid van het doorlopen van de therapie.** Na het afronden van de derde fase in de therapie is het aantal benodigde sessies voor het kind zichtbaar, evenals het aantal benodigde sessies waarbij ouders aanwezig zijn geweest en het aantal benodigde sessies waarbij school aanwezig is geweest. Daarnaast is de begindatum en de datum waarop de derde fase van de therapie werd afgerond, ingevoerd.

**Intelligentie.** Indien mogelijk wordt bij de diagnostiek naar selectief mutisme een intelligentietest afgenomen om het intelligentieniveau te meten. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de *Wechsler Intelligence Scale for Children - Third edition - NL* (WISC-III<sup>NL</sup>; Kort et al., 2002) of de *Wechsler Nonverbal Scale of Ability - NL* (WNV<sup>NL</sup>; Wechsler, & Naglieri, 2008). Bij de WNV<sup>NL</sup> speelt de gesproken taal geen rol, zodat de test bruikbaar is bij kinderen en jongeren met communicatieve handicaps of bij onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal (Wechsler, & Naglieri, 2008). Er wordt gebruikt gemaakt van de t-score die uit ofwel de WISC-III<sup>NL</sup> ofwel de WNV<sup>NL</sup> komt. Dit geeft zicht op het algemene intelligentieniveau, waarbij sprake is van een interval meetniveau. De gemiddelde Cronbach's alpha ( $\alpha$ ) van de verschillende subschalen van de WISC-III<sup>NL</sup> is .66 (Kort et al., 2005). Bij de verschillende subschalen van de WNV<sup>NL</sup> is de gemiddelde Cronbach's alpha ( $\alpha$ ) .71 (Wechsler, & Naglieri, 2008). De betrouwbaarheid en validiteit van beide tests wordt hiermee als voldoende beschreven.

## Resultaten

Om zicht te krijgen op de samenstelling van de steekproef zijn allereerst de beschrijvende statistieken van de onderzochte variabelen berekend. Vervolgens is de samenhang berekend tussen leeftijd en de mate van angst bij kinderen met selectief mutisme en de snelheid van het doorlopen van de therapie ‘Spreekt voor zich’.

### Beschrijvende statistiek

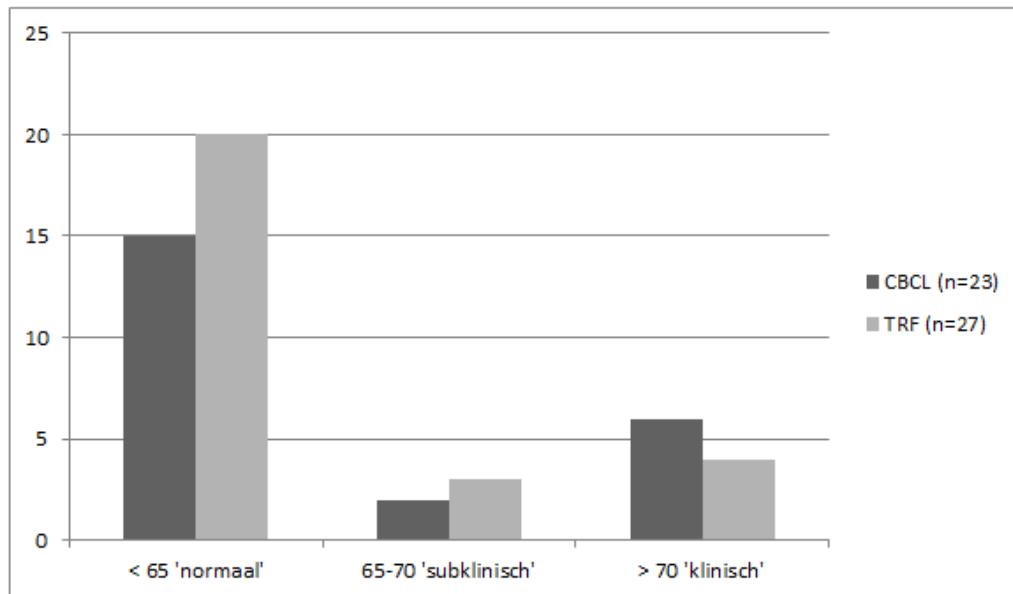
De resultaten van de beschrijvende statistieken zijn weergegeven in Tabel 1. Naast de beschrijvende statistieken in Tabel 1, is de mate van angst weergegeven in Figuur 1.

Zoals eerder genoemd is gebruikt gemaakt van de t-score op de schaal *anxious/depressed* van de CBCL en de TRF om de mate van angst te meten. De scores op de TRF lopen meer uiteen dan de scores op de CBCL. De gemiddelde scores van de CBCL ( $M=61.04$ ) en TRF ( $M=60.74$ ) liggen echter dicht bij elkaar. Dit kan komen door mogelijke uitschieters bij de scores op de TRF. De meeste kinderen uit de steekproef scoren zowel op de CBCL ( $n=15$ ) als op de TRF ( $n=20$ ) wat betreft de mate van angst in het ‘normale’ gebied. Daarop volgend scoort een deel van de kinderen uit de steekproef zowel op de CBCL ( $n=6$ ) als de TRF ( $n=4$ ) in het ‘klinisch’ gebied. De kleinste groep van de onderzoekspopulatie scoort in het ‘subklinisch’ gebied, zowel bij de CBCL ( $n=2$ ) als de TRF ( $n=3$ ). Bij een meerderheid ( $n=23$ ) van de kinderen uit de steekproef is het intelligentieniveau bepaald. Het gemiddelde intelligentieniveau van de steekproef is 99. Bij een enkeling van deze onderzoeksgroep is sprake van een licht verstandelijke beperking ( $n=3$ ) en een bovengemiddeld of begaafd ( $n=5$ ) intelligentieniveau.

Tabel 1

#### *Beschrijvende statistieken van de variabelen*

Variabele	<i>n</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Leeftijd aanmelding	27	4.00	10.00	5.43	1.32
Mate van angst					
CBCL	23	50.00	83.00	61.04	9.05
TRF	27	50.00	90.00	60.74	10.34
Totaal IQ	23	64.00	126.00	99.00	16.15
Aantal sessies	27	3.00	25.00	13.41	6.03



Figuur 1. Staafdiagram van de mate van angst, onderverdeeld in grensgebieden.

### Samenhang tussen variabelen

Om antwoord te krijgen op de vragen of er een significante samenhang tussen de mate van angst en de leeftijd van kinderen met selectief mutisme en de snelheid waarmee deze kinderen de eerste tot en met de derde fase van de therapie 'Spreekt voor zich' doorlopen, is gebruik gemaakt van een bivariate Pearson correlatie ( $r$ ). De resultaten zijn weergegeven in Tabel 2.

**Leeftijd.** De samenhang tussen de leeftijd van de onderzochte kinderen op het moment dat zij aangemeld werden voor therapie en het aantal doorlopen sessies tot en met de derde fase van de therapie 'Spreekt voor zich' blijkt niet significant,  $r(25) = .47$ ,  $p = .24$ . Er is sprake van een verandering in de samenhang tussen het aantal sessies en de leeftijd bij aanmelding op het moment dat er gecontroleerd wordt voor intelligentie. Echter, blijkt dan eveneens geen sprake van een significantie samenhang,  $r(25) = .28$ ,  $p = .20$ . Op basis van de huidige studie blijkt dus geen significante samenhang te zijn tussen de leeftijd van kinderen met selectief mutisme op het moment dat zij starten met de therapie 'Spreekt voor zich' en de snelheid waarmee deze kinderen de eerste tot en met de derde fase van deze therapie doorlopen. De kleine onderzoekspopulatie kan mogelijk van invloed zijn op dit resultaat. Dit kan ondersteund worden met de maat voor effectgrootte, Cohen's  $d$ . Volgens Cohen (1988) is er sprake van een groot effect,  $d = 1.06$ . Wanneer gecontroleerd wordt voor intelligentie is er sprake van een medium effect,  $d = .58$ .

**Mate van angst.** De samenhang tussen het aantal doorlopen sessies tot en met de derde fase van de therapie ‘Spreekt voor zich’ en de CBCL en de TRF zijn afzonderlijk van elkaar getoetst. Vanwege het verschil in omvang van de groep kinderen waarbij ouders een CBCL hebben ingevuld en de groep kinderen waarbij de leerkracht een TRF heeft ingevuld, is gekozen voor afzonderlijke toetsing. De samenhang tussen het aantal sessies en de t-score op de schaal *anxious/depressed* van de CBCL blijkt niet significant,  $r(21) = -.20$ ,  $p = .37$ .

Wanneer wordt gecontroleerd voor intelligentie is er een verandering in samenhang waar te nemen, deze samenhang is echter eveneens niet significant,  $r(21) = .13$ ,  $p = .61$ . Tevens blijkt de samenhang tussen het aantal sessies en de t-score op de schaal *anxious/depressed* van de TRF niet significant,  $r(25) = -.12$ ,  $p = .54$ . Ook wanneer hier gecontroleerd wordt voor intelligentie blijkt er geen significante samenhang te zijn,  $r(25) = .02$ ,  $p = .92$ . Op basis van de huidige studie blijkt, net als bij leeftijd, geen significante samenhang te zijn tussen de mate van angst bij kinderen met selectief mutisme en de snelheid waarmee deze kinderen de eerste tot en met de derde fase van de therapie ‘Spreekt voor zich’ doorlopen. Ook bij deze analyse kan de kleine onderzoekspopulatie mogelijk van invloed zijn op het resultaat. Dit moet echter met enige voorzichtigheid benoemd worden gezien het kleine effect (Cohen, 1988) bij zowel de CBCL als de TRF. Eveneens bij controle voor intelligentie.

Tabel 2

*Correlaties van de variabelen*

	Aantal sessies		Aantal sessies (controle voor intelligentie)	
	<i>r</i>	<i>d</i>	<i>r</i>	<i>d</i>
1. Leeftijd aanmelding	.47	1.06	.28	.58
2. Mate van angst CBCL	-.20	-.41	.13	.26
3. Mate van angst TRF	-.12	-.24	.02	.04

*Noot.* \*  $p < .05$

**Discussie**

In de huidige studie is de samenhang onderzocht tussen leeftijd en de mate van angst bij kinderen met selectief mutisme en de snelheid waarmee deze kinderen de eerste tot en met de derde fase van de therapie ‘Spreekt voor zich’ doorlopen.

Op basis van de bestaande literatuur werd voorafgaand aan deze studie een positieve samenhang verwacht tussen de leeftijd van kinderen met selectief mutisme en de snelheid van

het doorlopen van de therapie. De verwachting was dat hoe ouder het kind is, hoe sneller hij of zij tijdens de therapie het gewenste gedrag laat zien (Bergman et al., 2008). Deze hypothese is echter niet bevestigd met de huidige studie. Uit het huidige onderzoek blijkt dat er geen significante samenhang is tussen de leeftijd van kinderen met selectief mutisme en de snelheid van het doorlopen van de therapie ‘Spreekt voor zich’.

Tevens werd op basis van de bestaande literatuur een negatieve samenhang verwacht tussen de mate van angst en de snelheid van het doorlopen van de therapie. Verwacht werd dat hoe hoger de mate van angst bij een kind met selectief mutisme is, hoe langer het duurt voordat een kind de sessies van een therapie succesvol afrond (Güldner et al. 2010). Deze hypothese is evenals de andere onderzoekshypothese niet bevestigd. Huidig onderzoek laat zien dat er geen significante samenhang is tussen de mate van angst en de snelheid van het doorlopen van de therapie.

Bij beide onderzoekshypothesen blijkt dus geen sprake te zijn van een significante samenhang tussen de onderzochte variabelen. Een aantal factoren kan deze uitkomsten mogelijk verklaren. Zoals eerder genoemd kan de kleine onderzoekspopulatie van invloed zijn op de niet significante uitkomsten. De berekende effectgrootte laat zien dat bij een grotere steekproef de kans op een significante samenhang groter is. Deze conclusie kan met name getrokken worden bij de samenhang tussen de leeftijd van een kind en de snelheid van het doorlopen van de therapie, hier is sprake van een medium effectgrootte. Bij de samenhang tussen de mate van angst en de snelheid van het doorlopen van de therapie is sprake van een kleine effectgrootte. Een significante samenhang tussen deze variabelen bij een grotere steekproef is op basis van deze cijfers minder waarschijnlijk. Verschillende studies bevestigen het beeld en laten zien dat een kleine omvang van een steekproef van invloed kan zijn op de resultaten van onderzoek (Bergman et al., 2002; Enders, 2006).

Een mogelijke verklaring voor de onverwachte, niet significante uitkomst ten aanzien van de samenhang tussen de leeftijd van de onderzochte kinderen met selectief mutisme en de snelheid van het doorlopen van de therapie, is mogelijk de aanwezigheid van andere ontwikkelingsproblemen bij de onderzochte kinderen. Bij een deel van de kinderen met selectief mutisme blijkt vaak sprake te zijn van andere ontwikkelingsproblemen, zoals milde taalproblemen, zindelijkheidsproblemen of motorische problemen (Black & Uhde, 1995; Kristensen, 2000; Steinhausen & Juzi, 1996). Deze ontwikkelingsproblemen beïnvloeden bij de onderzochte kinderen wellicht de snelheid van het doorlopen van de therapie. Tevens kan comorbiditeit met andere vormen van angst, zoals separatieangst, van invloed zijn (Black & Uhde, 1995). Daarnaast heeft een ontwikkelingsvertraging of een ontwikkelingsachterstand

(Kristensen, 1997) bij de oudere kinderen uit de steekproef wellicht invloed op de snelheid van het doorlopen van de therapie. Het onvermogen van de kinderen om zich verbaal adequaat aan te passen aan nieuwe situaties (Gaag, 2008; Standart & Le Couteur, 2003) kan eveneens een rol spelen bij de oudere kinderen uit de steekproef. Dat is mogelijk een verklaring waardoor er geen significante positieve samenhang gevonden wordt tussen de leeftijd van de onderzochte kinderen en de snelheid van het doorlopen van de therapie. Een andere verklaring voor een uitkomst die niet in lijn der verwachting ligt, is wellicht het gegeven dat de therapie ‘Spreekt voor zich’ minder effectief is naarmate kinderen ouderen zijn. De therapie is namelijk gericht op kinderen tussen de vier en acht jaar oud (de Jonge et al., 2013). De therapie sluit mogelijk beter aan op jongere kinderen dan op oudere kinderen, waardoor er met de therapie sneller effect bereikt wordt bij de jongere kinderen.

Daarnaast is er een aantal mogelijke verklaringen voor de onverwachte, niet significante uitkomst ten aanzien van de samenhang tussen de mate van angst en de snelheid van het doorlopen van de therapie. Wanneer gekeken wordt naar de mate van angst blijkt dat de groep kinderen uit de steekproef die bij de CBCL in het ‘klinisch’ gebied scoort groter is in vergelijking met de groep kinderen die bij de TRF in het ‘klinisch gebied scoort, ondanks dat de omvang van de totale groep kinderen waarbij een CBCL is ingevuld kleiner is dan de groep kinderen waarbij een TRF is ingevuld. Op basis van deze resultaten kan geconcludeerd worden dat ouders mogelijk meer angst bij hun kind waarnemen dan de leerkracht. Dit is in tegenspraak met de literatuur. Studies tonen aan dat de meeste kinderen met selectief mutisme thuis wel spreken, maar dit niet of nauwelijks durven op school (Elizur & Perednik, 2003; de Jonge, Pragter, & van Braam van Vloten-Hairwassers, 2013). Dit kan verklaard worden doordat leerkrachten mogelijk het niet durven spreken van het kind meer rapporteren als teruggetrokken of depressief gedrag dan als angstig gedrag (Cunningham et al., 2004). Dit kan een mogelijke verklaring zijn voor geen positief significante samenhang tussen de mate van angst en de snelheid van het doorlopen van de eerste drie fasen van de therapie ‘Spreekt voor zich’.

Tevens is het mogelijk dat kinderen met een hogere mate van angst de therapie juist sneller doorlopen doordat zij dusdanig belemmerd worden in hun dagelijks functioneren en daarom mogelijk meer gemotiveerd zijn om zo snel mogelijk hun angsten kwijt te raken. Uit vergelijkend onderzoek naar kinderen met een paniekstoornis met agorafobie blijkt dat deze kinderen dermate belemmerd worden door hun angst dat ze de straat niet meer op durven en dagen binnen zitten. Dit onderzoek laat zien dat de ernstige gevallen van deze kinderen de meeste motivatie hebben om therapie tot een succes te laten leiden, zodat zij weer naar buiten



kunnen (Reiss, 1987). Dit spreekt de eerder genoemde theorie dat hoe hoger de mate van angst bij een kind met selectief mutisme is, hoe langer het duurt voordat een kind de sessies van een therapie succesvol afrond, enigszins tegen (Güldner et al. 2010). Dit kan eveneens een mogelijke verklaring zijn voor geen positieve significante samenhang tussen de mate van angst en de snelheid van het doorlopen van de eerste drie fasen van de therapie ‘Spreekt voor zich’.

De huidige studie bevat zowel sterke punten als beperkingen. Verschillende sterke punten zorgen voor een verhoogde kwaliteit van deze studie. Tot twintig jaar geleden kreeg selectief mutisme weinig aandacht in de wetenschappelijke literatuur (Cohan et al., 2006). Selectief mutisme en de behandeling daarvan is nog een redelijk nieuw onderwerp binnen psychologisch en psychiatrisch onderzoek, waardoor de huidige studie nieuwe informatie en inzichten biedt. Daarnaast is de huidige studie maatschappelijk relevant. Wanneer het huidige onderzoek gerepliceerd wordt met een groter steekproefomvang kan dit onderzoek inzichten geven voor professionals die te maken hebben met de therapie van kinderen met selectief mutisme. Door de uitkomsten van deze studie kan er in de toekomst bij de therapie van kinderen met selectief mutisme wellicht rekening worden gehouden met de huidige bevindingen. Hoe beter de therapie afgestemd wordt op het kind, hoe groter het resultaat van de therapie.

Een beperking van de huidige studie is de kleine steekproefomvang. Hierdoor kunnen de resultaten niet automatisch gegeneraliseerd worden naar alle kinderen die behandeld worden voor selectief mutisme. Deze kleine steekproef was echter moeilijk te voorkomen, aangezien de groep kinderen met selectief mutisme per definitie klein is. Studies laten een lage prevalentie van kinderen met selectief mutisme zien van rond de 0.70% (Bergman, Picentini, & McCracken, 2002; Elizur & Perednik, 2003). Daarnaast is de therapie ‘Spreekt voor zich’ recent, in 2011, ontwikkeld en gestart. Hierdoor is de groep kinderen die de therapie tot en met de derde fase doorlopen heeft klein. Een aanbeveling voor vervolgonderzoek, is het uitvoeren van hetzelfde onderzoek bij een grotere steekproef.

Daarnaast was het binnen het huidige onderzoek niet mogelijk om zelf de Cronbach’s alpha van de CBCL en de TRF te berekenen. Alleen de schalen van de vragenlijsten waren beschikbaar, echter niet de losse items. Uit de literatuur is gebleken dat de betrouwbaarheid en validiteit van de schaal *anxious/depressed* van zowel de CBCL als de TRF als goed beoordeeld is (Achenbach & Rescorla, 2001). Hierdoor kan aangenomen worden dat de betrouwbaarheid en validiteit van de schaal *anxious/depressed* van de CBCL en de TRF, gebruikt bij de huidige studie, eveneens voldoende is.

Een andere beperking in de huidige studie is het ontbreken van onderscheid in geslacht. Door de kleine steekproefomvang was dit niet mogelijk. Een aanbeveling voor vervolgonderzoek, met een grotere steekproefomvang, is het analyseren of sekse mogelijk van invloed is op de snelheid van het doorlopen van de therapie. Het gegeven dat de therapie 'Spreekt voor zich' recent ontwikkeld is en er nog geen effectstudie naar gedaan is, vormt een beperking voor de huidige studie. Vervolgonderzoek in de vorm van een follow-up studie is wenselijk om zicht te krijgen op de effectiviteit van de therapie 'Spreekt voor zich'.

Geconcludeerd kan worden dat deze studie het begin is van onderzoek naar de cognitieve gedragstherapie 'Spreekt voor zich' voor het behandelen van kinderen met selectief mutisme. De mate van angst en de leeftijd van kinderen met selectief mutisme zijn variabelen die verder onderzocht moeten worden. De huidige studie geeft richting aan en inspiratie voor mogelijk vervolgonderzoek naar deze therapie.

### 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. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01867.x.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. (1983). *Child Behavior Check List*. Burlington, Vt.: University Associates in Psychiatry.
- Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Washington, DC: Author text revision.
- Bergman, R.L., Picientini, J., & McCracken, J.T. (2002). Prevalence and description selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *41*, 938-946. doi: 10.1177/1534650113492997.
- Black, B., & Uhde, T.W. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *34*, 847-856. doi: 10.1097/00004583-199507000-00007.
- Bögels, S. M., Alden, L., Beidel, D. C., Clark, L. A., Pine, D. S., Stein, M. B., & Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. *Depression and Anxiety*, *27*, 168-189. doi: 10.1002/da.20670.
- Carbone, D., Schmidt, L. A., Cunningham, C. C., McHolm, A. E., Edison, S., Pierre, J. S., & Boyle, M. H. (2010). Behavioral and socio-emotional functioning in children with selective mutism: a comparison with anxious and typically developing children across multiple informants. *Journal of abnormal child psychology*, *38*, 1057-1067. doi: 10.1007/s10802-010-9425-y.
- Cohan, S. L., Price, J. M., & Stein, M. B. (2006). Suffering in silence: Why a developmental psychopathology perspective on selective mutism is needed. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *27*, 341-355. doi: 00004703-200608000-00011.
- Cohan, S. L., Chavira, D. A., & Stein, M. B. (2006). Practitioner review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: A critical evaluation of the literature from 1990–2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*, 1085-1097. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01662.x.

- 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*, 1363-1372. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00327.x.
- Dummit, E.S., Klein, R.G., Tancer, N.K., & Asche, B. (1997). Systematic assessment of 50 children with selective mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*, 653-660. doi: 10.1097/00004583-199705000-00016
- 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 & Adolescent Psychiatry*, *42*, 1451-1459. doi: 10.1097/00004583-200312000-00012.
- Enders, C. K. (2006). A primer on the use of modern missing-data methods in psychosomatic medicine research. *Psychosomatic Medicine*, *68*, 427-436. doi: 10.1097/01.psy.0000221275.75056.d8.
- Fonagy, P., Target, M., Cottrell, D., Phillips, J., & Kurtz, Z. (2003). What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents. *British Journal of Clinical Psychology*, *42*, 433-434. doi: 10.1348/014466503322528964.
- Gaag, R. (2008). *Handboek psychopathologie deel 1*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Garcia, A. M., Freeman, J. B., Francis, G., Miller, L. M., & Leonard, H. L. (2004). Selective mutism. In T. H. Ollendick, & J. S. March (Eds.). *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions* (pp. 433-455). New York, NY: Oxford University Press.
- Güldner, M. G., & Wippo, E. (2003). Selectief mutisme. *Kind en Adolescent*, *24*, 130-135. doi: 10.1007/BF03060893.
- Güldner, M., Wippo, E., Teselar, M., & Erkelens, P. (2010). Evaluatie van een behandelprotocol voor selectief mutisme. *Kind & Adolescent Praktijk*, *9*, 160-166. doi: 10.1007/s12454-010-0045-z.
- James, A. A. C. J., Soler, A., & Weatherall, R. (2013). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Systemic Review*, *19*. doi: 10.1080/16506073.2011.576699.
- Johnson, M., & Wintgens, A. (2001). *The selective mutism resource manual* (pp. 117-204). Bicester: Speechmark.
- de Jonge, M.V., de Pagter, J.D., & van Braam van Vloten-Hairwassers, H.M.W. (2013).

- Dapper worden in het luierslot. *Kind & Adolescent Praktijk*, 12, 122-129. doi: 10.1007/s12454-013-0038-9.
- Kort, W., Compaan E.L., Bleichrodt, N., Resing, W.C.M., Schittekatte, M., Bosmans, M., Vermeir, G., Verhaeghe, P. (2002) *WISC-III NL. Handleiding*. London: The Psychological Corporation.
- Kort, W., Schittekatte, M., Dekker, P. H., Verhaeghe, P., Compaan, E. L., Bosmans, M., & Vermeir, G. (2005). *WISC-III NL Wechsler Intelligence Scale for Children. Derde Editie NL. Handleiding en Verantwoording*. Amsterdam: Harcourt Test Publishers/Nederlands Instituut voor Psychologen.
- Kristensen, H. (1997). Elective mutism—associated with developmental disorder/delay. Two case studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 6, 234-239. doi: 10.1007/BF00539931.
- 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. doi: 10.1097/00004583-200002000-00026.
- 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, 1197-1204. doi: 10.1097/CHI.0b013e3181825a7b.
- McHolm, A. E., Cunningham, C. E., & Vanier, M. K. (2005). *Helping your child with selective mutism: Practical steps to overcome a fear of speaking*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Remschmidt, H., Poller, M., Herpertz-Dahlmann, B., Hennighausen, K., & Gutenbrunner, C. (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251, 284-296. doi: 10.1007/PL00007547.
- Scholing, A. (2002). Gedragstherapeutische en cognitieve interventies bij kinderen met angststoornissen. *Kind en Adolescent*, 23, 198-214. doi: 10.1007/BF03060861.
- Scott, S., & Beidel, D. C. (2011). Selective mutism: an update and suggestions for future research. *Current Psychiatry Reports*, 13, 251-257. doi: 10.1007/s11920-011-0201-7
- Standart, S., & Couteur, A. L. (2003). The quiet child: A literature review of selective mutism. *Child and Adolescent Mental Health*, 8, 154-160. doi: 10.1111/1475-3588.00065.
- Steinhausen, H. C., & Juzi, C. (1996). Elective mutism: an analysis of 100 cases. *Journal of*

*the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 606-614.

doi:10.1097/00004583-199605000-00015.

Wechsler, D. & Naglieri, J. A. (2008). *WNV NL. Wechsler Nonverbal Scale of ability. Nederlandstalige bewerking. Afname- en scoringshandleiding (bewerking door Pearson Assessment and Information)*. Amsterdam: Pearson.

Viana, A. G., Beidel, D. C., & Rabian, B. (2009). Selective mutism: A review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review*, 29, 57-67. doi: 10.1016/j.cpr.2008.09.009.

Yeganeh, R., Beidel, D. C., Turner, S. M., Pina, A. A., & Silverman, W. K. (2003). Clinical distinctions between selective mutism and social phobia: An investigation of childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 1069-1075. doi: 10.1097/00004583-199605000-00015.