



Interventie

Praten op school, een kwestie van doen

Samenvatting

Doel

Het doel van de behandeling is dat kinderen met selectief mutisme durven te praten op school met de leerkracht en kinderen uit de klas.

Doelgroep

Kinderen met selectief mutisme in de leeftijd van 3 tot 12 jaar.

Aanpak

De behandeling bestaat uit individuele behandelcontacten, in een aparte ruimte op school, waarin het spreekgedrag van het kind stapsgewijs en systematisch wordt bekrachtigd. Parallel aan de behandeling stimuleert de leerkracht met behulp van een beloningssysteem stapsgewijs het communicatieve gedrag in de klas. De laatste fase van de behandeling is een oefenfase waarin de verbale communicatie wordt geïntensiveerd. Ouders kunnen wanneer zij dit wensen gebruik maken van ouderbegeleiding

Materiaal

Voor behandelaren is een handleiding beschikbaar waarin de behandeling wordt beschreven.

Onderzoek effectiviteit

Er zijn geen effectstudies voorhanden. Een evaluatieonderzoek naar de resultaten van de behandeling geeft een positief beeld: het overgrote deel van de kinderen die volgens het protocol zijn behandeld spreekt na afloop van de behandeling op school. Uit follow-up gegevens blijkt dat ook na verloop van tijd kinderen op school, al dan niet op eigen initiatief, spreken in de klas.

Ontwikkeld door

De Bascule
Meibergdreef 5
1105 AZ Amsterdam
Telefoon: (020) 890 10 00

Contactpersoon: Max Güldner
Email: M.Guldner@debascule.com

Erkenning

Erkend door
Deelcommissie jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie d.d 13-04-2012
Oordeel: Goed onderbouwd
Toelichting:

Het protocol en de beschrijving in het werkblad zijn kort en krachtig. De ouderbegeleiding is goed uitgewerkt. Goed dat er wordt gedifferentieerd tussen de verschillende situaties van het kind en het type ouder. De doelgroepomschrijving is treffend. De verantwoording zit goed in elkaar.

De referentie naar dit document is: A. Addink (October 2011). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Praten op school, een kwestie van doen'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies

1. Toelichting naam van de interventie

Over de naam van de interventie zijn geen bijzonderheden te vermelden.

2. Risico en/of probleem waar de interventie zich op richt

'Praten op school, een kwestie van doen' richt zich op kinderen met selectief mutisme. Selectief mutisme is een kinderpsychiatrische stoornis die in de DSM-IV-TR beschreven wordt als het 'consequent niet spreken van het kind in situaties waarin verwacht wordt dat er wel gesproken wordt (bijvoorbeeld op school) ondanks spreken in andere situaties' (APA, 2000). Het zwijgen is niet het gevolg van een gebrek aan kennis van of vertrouwdheid met de gesproken taal. Kinderen met selectief mutisme spreken wel thuis met ouders en broertjes en zusjes maar spreken niet op school en in alledaagse sociale situaties. De communicatie verloopt doorgaans non-verbaal. Een enkel kind fluistert nog weleens buiten het gezin tegen bepaalde personen. Selectief mutisme openbaart zich meestal tussen het derde en vijfde levensjaar en wordt vaak voor het eerst opgemerkt aan het begin van de basisschool omdat dan de verbale communicatie met kinderen en **volwassenen buiten het gezin steeds meer tot het dagelijkse leven gaat behoren (Güldner & Wippo, 2003)**. Aangenomen wordt dat selectief mutisme iets vaker bij meisjes voorkomt dan bij jongens (Kristensen, 2000; Letamendi e.a., 2008). Wat de prevalentie betreft lopen de cijfers nogal uiteen, namelijk van 0,18% tot 1,9% (Viana e.a., 2009). De prognose is ongunstig als behandeling achterwege blijft. Zonder behandeling ontstaan **op latere leeftijd allerlei angststoornissen waaronder sociale fobie en specifieke fobieën (Steinhausen e.a. 2006)**. Bovendien wordt de schoolse en sociale ontwikkeling van kinderen ernstig belemmerd als behandeling achterwege blijft of te laat wordt ingegrepen.

3. Doel van de interventie

Het doel van de behandeling is dat het kind durft te praten op school met de leerkracht en de kinderen uit de klas. Concreet betekent dit dat het kind antwoord geeft op een vraag van de leerkracht tijdens een kringgesprek. Het kind moet goed verstaanbaar zijn maar mag wel fluisteren

4. Doelgroep van de interventie

Voor wie is de interventie bedoeld

De behandeling is ontwikkeld voor kinderen met selectief mutisme in de leeftijd van 3 tot 12 jaar. De behandeling is geschikt voor kinderen met een normale intelligentie maar ook kinderen met een lage intelligentie kunnen er van profiteren.

Indicatie- en contra-indicatiecriteria

Voor indicatie-criteria zie 3.1. Contra-indicatiecriteria zijn niet beschreven. Ook (forse) sociale angst of geremdheid vormt in principe geen contra-indicatie

De diagnose wordt gesteld aan de hand van klacht en ontwikkelings-anamnese aangevuld met de vragenlijst voor selectief mutisme, de ADIS, CBCL en TRF. Daarnaast vindt een individueel onderzoek en schoolobservatie plaats om het spreekgedrag of de afwezigheid er van te kunnen beoordelen. De instrumenten dienen zowel als voor, tussentijdse en nameting na behandeling.

De diagnose selectief mutisme wordt niet gesteld wanneer bij het kind sprake is van een stoornis in het autistische spectrum of een taalstoornis.

Toepassing bij migranten

De interventie is niet speciaal ontwikkeld voor migrantengroepen.

Het programma heeft geen speciale faciliteiten (zoals vertaalde schriftelijke instructies of tolken) om migrantengroepen in het bijzonder te kunnen bedienen.

'Praten op school, een kwestie van doen' is toepasbaar bij zowel autochtone als allochtone kinderen. Bij allochtone kinderen wordt voorafgaand aan de behandeling nagegaan in hoeverre het kind de eigen taal en de

Nederlandse taal beheerst. Kinderen die alleen de Nederlandse taal niet goed beheersen kunnen deelnemen aan de behandeling. Een evaluatieonderzoek naar de behandeling laat geen significante verschillen zien in de resultaten van beide groepen kinderen.

5. Aanpak

Opzet van de interventie

De behandeling bestaat uit drie onderdelen:

1. Individueel contact met het kind.

Het contact duurt één uur per week en vindt plaats op school in een aparte ruimte buiten het klaslokaal.

De individuele behandeling bestaat uit tien stappen die, afhankelijk van de vorderingen van het kind, elk een of meer sessies in beslag nemen. Daarna volgt een oefenfase om het spreekgedrag verder te intensiveren. De behandeling wordt afgesloten wanneer een kind verbaal reageert tijdens het kringgesprek in de klas. Het aantal sessies dat nodig is om het einddoel te bereiken varieert per kind. Gemiddeld wordt in 22 sessies het einddoel bereikt.

2. Bevordering van communicatief gedrag in de klas met behulp van de leerkracht.

Na elke sessie met het kind worden de vorderingen van het kind met de leerkracht doorgesproken en worden afspraken gemaakt over de stappen die in de komende week in de klas worden gemaakt.

3. Ouderbegeleiding. De frequentie en het aanbod van de ouderbegeleiding wordt vastgesteld met behulp van een aantal criteria.

Inhoud van de interventie

1. Individueel contact met het kind

De individuele behandeling bestaat uit tien stappen en een oefenfase:

Stap 1: Uitblazen van een kaarsje of blaasvoetbal spelen

Stap 2: Blazen met geluiden

Stap 3: Maken van verschillende geluiden

Stap 4: Geluiden mengen met woorden

Stap 5: Nazeggen van woorden.

Stap 6: Afbeeldingen laten benoemen

Stap 7: Gebruik van een of twee woorden in spel

Stap 8: Stimuleren van meerwoordszinnen in spel

Stap 9: Eisen van meerwoordszinnen in spel

Stap 10: Uitbouwen van meerwoordszinnen in spel

Oefenfase: Intensivering van gesprekjes en/of spel met verbaal karakter.

In de bijlage van de handleiding zijn spel/activiteiten opgenomen die worden gebruikt in de behandeling zoals blaasspelletjes (watjes voetbal) en memorie met geluiden.

Tijdens de eerste vijf stappen ligt het accent op het stimuleren van het kind om mee te werken en het daadwerkelijk uitvoeren van kleine opdrachtjes die gericht zijn op het begin van verbale communicatie. De behandelaar doet actief mee aan elke oefening en fungeert zo ook als rolmodel.

Elke stap wordt gedurende de behandelsessie herhaaldelijk geoefend. De behandelaar bekrachtigt elk gedrag dat in de richting wijst van het gewenste doelgedrag. Vanaf stap 2 wordt een (sticker)beloningssysteem geïntroduceerd. Het kind krijgt na elke sessie een beloning (sticker) wanneer het de opdracht behorend bij een stap heeft uitgevoerd. Als het niet lukt om de opdracht uit te voeren wordt deze opnieuw geoefend in een volgende sessie. Volgende stappen kunnen alvast worden aangeboden om te kijken of het kind die stap wel kan maken.

Tijdens de laatste vijf stappen komt het accent steeds meer te liggen op de actieve verbale communicatie waarbij het kind niet alleen verbaal reageert maar zelf ook het initiatief neemt om te praten. Geleidelijk wordt ook het praten in de klassensituatie geïntroduceerd.

2. De behandelstappen in de klas

Parallel aan de vorderingen in het individuele contact worden in de klas de volgende stappen onderscheiden:

Stap 1: Gedurende de eerste vijf sessies in de individuele behandeling moet het kind non-verbaal reageren op vragen van de leerkracht.

Stap 2: Het kind moet een geluid maken in de klas om iets aan te geven of als reactie op de vraag van de docent.

Stap 3: Het kind moet minimaal een woord zeggen.

Stap 4: Het kind moet minimaal één keer in de ochtend en één keer in de middag een woord zeggen.

Stap 5: Het kind zegt in de ochtend en middag twee woorden.

Stap 6: Het kind zegt in de ochtend en middag vier woorden.

Stap 7: Het kind zegt in de ochtend en middag acht woorden.

Stap 8: Stimuleren van meerwoordszinnen.

Stap 9: Eisen en uitbouwen van meerwoordszinnen.

Oefenfase: Het kind geeft altijd verbale reacties op vragen van de leerkracht.

De leerkracht maakt voorafgaand aan de individuele sessies met het kind een beloningsprogramma. Het (sticker)beloningssysteem is een belangrijk hulpmiddel om het communicatieve gedrag in de klas te stimuleren. De beloning die het kind tijdens de individuele behandeling verdient wordt in dit beloningssysteem opgenomen.

3. Ouderbegeleiding

De intensiteit en de inhoud van de ouderbegeleiding wordt vastgesteld aan de hand van de volgende criteria:

- a Indien het kind wel in zijn woonomgeving met leeftijdsgenoten en volwassenen praat dan beperkt de ouderbegeleiding zich tot psycho-educatie (uitleg over de stoornis en de behandeling; hoe de gezonde ontwikkeling van het kind gestimuleerd kan worden) en het op de hoogte houden van de vorderingen van het kind in de behandeling. Op verzoek van de ouders kan hiervan worden afgeweken, bij voorbeeld als ze vragen hebben omtrent de opvoeding.
- b Indien het kind niet op school maar ook niet in zijn woonomgeving niet of nauwelijks met leeftijdsgenoten en volwassenen praat dan wordt naast psycho-educatie en het op de hoogte houden van de behandelverloop, mediatietherapie aangeboden om zo het kind te helpen om met leeftijdsgenoten en andere volwassenen geleidelijk aan te durven te praten. Daarbij wordt de ouder eerst getraind in het leren toepassen van de gedragsinterventies die ook in de individuele behandeling en in de klas gehanteerd worden. De vorderingen van het kind om met anderen in zijn omgeving te durven praten dan zijn ouders of naaste familie worden in de ouderbegeleiding besproken en daar waar nodig aangepast of bijgestuurd.
- c. Indien er sprake is van disfunctionele gezinspatronen (overbescherming van het kind of (sociale) angst bij een of beide ouders) dan richt de ouderbegeleiding zich vooral op het vergroten van de opvoedings- en copingsvaardigheden van de ouders door ze nieuwe vaardigheden aan te bieden, te laten oefenen en nieuwe vaardigheden in praktijk te brengen. Met behulp van **cognitief-gedragstherapeutische strategieën** wordt de ouder ondersteund betere coping- of opvoedingsvaardigheden te ontwikkelen. Ook hierbij geldt dat psycho-educatie en het op de hoogte houden van de vorderingen van het kind in de behandeling tot de vaste onderdelen behoren van de ouderbegeleiding.

De vooruitgang in de behandeling wordt gemeten met de eerder genoemde instrumenten, informatie van ouders, leerkracht en behandelaar. De behandeling wordt beëindigd als het kind in het kringgesprek durft te spreken en altijd antwoord geeft als het wordt aangesproken. Indien de behandeling na 8 maanden (ongeveer een schooljaar) onvoldoende vooruitgang heeft opgeleverd wordt aan ouders de mogelijkheid van medicatie (fluoxetine) voorgesteld ter ondersteuning van de psychologische behandeling. Voor behandeling met medicatie wordt de leeftijdsgrens van zeven jaar gehanteerd.

6. Materialen en links

Het materiaal bestaat uit een handleiding voor de behandelaar:

'Praten op school, een kwestie van doen, Kinderen met selectief mutisme. Een handleiding voor de behandelaar' (Wippo & Güldner, 2003).

De handleiding is op te vragen bij de Bascule, Academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie - www.debascule.com.

Boek

Selectief mutisme bij kinderen - Als een kind soms niet praat

Max Güldner (2012).

Houten: Lanoo/Campus

Artikelen

Evaluatie van een Behandelprotocol voor Selectief Mutisme

Max Güldner, Els Wippo, Myke Tesselaar, Peter Erkelens. (2010).

Bron: Kind en Adolescent Praktijk, (2010) nummer 4

Praten op school, een kwestie van doen

Els Wippo, Max Güldner. (2003).

Bron: Kind en Adolescent Praktijk, (02), nummer 3

Selectief mutisme - de stand van zaken.

Max Güldner, Els Wippo. (2003).Bron: Kind en Adolescent, 24(4), 200-208

7. Verantwoording van de doelen, de doelgroep en de aanpak

In recente literatuur wordt selectief mutisme vooral in verband gebracht met sociale angst en de aanwezigheid van een geremd temperament, wat tot uiting komt in verlegen, geremd en zeer terughoudend gedrag in nieuwe situaties (Chavira et al., 2007; Viana et al. 2009). Uit meerdere onderzoeken blijkt dat het merendeel van de kinderen waarbij sprake is van selectief mutisme voldoet aan criteria van een angststoornis; vooral sociale angststoornis of fobie komt vaak voor (Black & Uhde, 1995; Dummit et al., 1997; Kristensen, 2000; Bergman et al., 2002).

Voor andere verklaringsmodellen waarbij selectief mutisme wordt gezien als een manifestatie van een onopgelost psychisch conflict, als een reactie op trauma's of waarin een samenhang met negatief, koppig en manipulatief gedrag wordt verondersteld, is in wetenschappelijk onderzoek geen bewijs gevonden.

Uitgangspunt van 'Praten op school, een kwestie van doen' is de huidige veronderstelling dat selectief mutisme gezien kan worden als een symptoom dat nauw gerelateerd is aan de groep van angststoornissen en dat de focus van de behandeling bij selectief mutisme in eerste instantie gericht moet zijn op het verminderen van de angst voor het spreken om vervolgens het spreken te kunnen stimuleren.

Cohan et al (2006) verrichtten een review van 23 studies, uitgevoerd tussen 1990 en 2005, naar de resultaten van verschillende interventiemethoden in de behandeling van selectief mutisme. Zij concluderen dat uiteenlopende combinaties van gedragstherapeutische technieken (contingentie management, shaping, fading, sociale vaardigheidstraining, modeling) redelijk effectief zijn bij de behandeling van selectief mutisme. Stapsgewijs bekrachtigen van nieuw gedrag (shaping) en geleidelijk veranderen van de omgeving waarin het gewenste gedrag plaatsvindt (fading) blijken goed te werken in schoolsituaties. Systematische desensitisatie (ontspanningsoefeningen en stapsgewijs blootstellen aan angstige situaties) kan gebruikt worden in individuele therapie om het kind te helpen zijn (sociale) angst te leren hanteren. Multimodale behandelingsvormen lijken eveneens effectief maar onduidelijk is welke componenten daadwerkelijk effectief zijn in de behandeling van selectief mutisme. Een effectieve gedragstherapeutische behandeling van selectief mutisme bestaat volgens Cohan en collega's uit een stapsgewijze en systematische bekrachtiging van het gewenste spreek- en sociaal gedrag ook al is dit gedrag aanvankelijk vooral non-verbaal.

'Praten op school, een kwestie van doen' sluit aan bij bovenstaande bevindingen. Centrale ingrediënten van de interventie zijn shaping, fading en modeling.

In de praktijk betekent dit dat de behandelaar elk gedrag dat enigszins in de richting van het gewenste spreekgedrag wijst bekrachtigt (shaping), het gewenste gedrag voordoet (modeling) en het ongewenste spreekgedrag negeert. Wanneer het spreekgedrag is aangeleerd dan wordt geleidelijk aan de omgeving gewijzigd waarin het praten plaatsvindt zonder dat het spreekgedrag verloren gaat (fading). Het kind leert eerst praten met de behandelaar, vervolgens met de leerkracht om tot slot deel te nemen aan het kringgesprek in de klas.

'Praten op school, een kwestie van doen' vindt plaats op school. De veronderstelling bij deze keuze is dat selectief mutisme het best behandeld kan worden in de omgeving waar het zich voordoet. In de meeste gevallen is dit op school. Daarnaast bevordert behandeling op school de generalisatie van het spreekgedrag van de ene situatie naar de andere situatie, doordat de individuele behandeling in een aparte ruimte op school een vervolg heeft in de klas (Güldner & Wippo, 2003; Wippo & Güldner, 2003).

De onderzoeksresultaten naar de meerwaarde van het betrekken van ouders bij de behandeling van angststoornissen laten een wisselend beeld zien. In een follow-up studie van Barrett, Dadds en Rapee, (1996) bleek dat, indien naast de kind-behandeling ook een vorm van oudertraining werd aangeboden, de behandeling effectiever was dan wanneer alleen een kindgerichte behandeling werd aangeboden. Spence, Donovan, & Brechman-Toussaint (2000) vonden daarentegen weliswaar een trend in de verbetering van de sociale angst bij kinderen als de ouders bij de behandeling betrokken werden maar die was niet significant. De studie van Nauta, Scholing, Emmelkamp, en Minderaa (2003) laat echter geen verschil zien in symptoomreductie tussen kind-behandeling en de al dan niet geboden oudertraining. Barmisch and Kendall

(2005) komen op grond van hun literatuurstudie tot de conclusie dat, hoewel er studies zijn die betere resultaten rapporteren als ouders betrokken worden bij de behandeling, er nog onvoldoende evidentie is voor of tegen een actieve deelname van ouders in de behandeling van kinderen met een angststoornis.

Ouders kunnen verschillende (meerdere) rollen hebben in de behandeling: adviseur, co-therapeut of co-cliënt. Afhankelijk van de rollen varieert ouderbetrokkenheid van een aantal oudersessies waarin ouders psycho-educatie krijgen en uitleg over het verloop van de behandeling tot het intensief trainen van vaardigheden. De belangrijkste vaardigheden die de ouders daarin leren zijn:

- Opvoedingsvaardigheden. Een voorbeeld daarvan is contingency management waarin ouders leren om enthousiast te reageren op dapper gedrag van hun kind en empathisch te reageren op angstig gedrag, **maar tevens het kind aan te moedigen om de angst te bestrijden met de strategieën die het in de behandeling geleerd heeft.** Ook leren ouders om zich te richten op het gewenste gedrag en niet op het straffen van angstig gedrag. Rollenspellen worden vaak gebruikt om ouders te laten oefenen met deze vaardigheden.
- Vaardigheden om hun eigen angstige reacties en emotionele stress beter te hanteren en hun kind voor te doen hoe ze zelf moeilijke situaties te lijf gaan.
- Vaardigheden om als ouders met elkaar te praten over de manier waarop ze hun kind kunnen helpen en om een team te vormen dat het kind kan begeleiden.
- Probleemoplossende vaardigheden waarbij ouders leren hoe ze verschillende problemen op een adequate manier kunnen oplossen (Scholing, 2002).

Bij 'Praten op school, een kwestie van doen' kan aan ouders verschillende vormen van begeleiding worden geboden. De rol van de ouders binnen de behandeling is afhankelijk van de situaties waarin het kind niet spreekt en het functioneren van de ouders en het gezin. De ouderbegeleiding is niet noodzakelijk om resultaten te bereiken met betrekking tot het spreken op school. De veronderstelling is dat betrokkenheid van ouders wel bijdraagt aan een goed verloop van de behandeling.

8. Samenvatting van de onderbouwing

Door stapsgewijze en systematische bekrachtiging van spreekgedrag leren kinderen met selectief mutisme (3 tot 12 jaar) te praten op school: eerst buiten de klas met de behandelaar, vervolgens in de klas met de leerkracht en tot slot in een kringgesprek.

9. Randvoorwaarden voor uitvoering en kwaliteitsbewaking

Eisen ten aanzien van opleiding

De behandeling wordt uitgevoerd door therapeuten (basispsychologen/orthopedagogen). Logopedisten kunnen de behandeling onder supervisie van de Bascule uitvoeren nadat zij ingeleid zijn in de werkwijze.

In 'Praten op school, een kwestie van doen' wordt gebruik gemaakt van een aantal gedragstherapeutische principes. Kennis van deze gedragstherapeutische principes is een vereiste.

Aan de uitvoering van het protocol is geen certificering of licentie verbonden.

Protocol / handleiding

Voor behandelaren van kinderen met selectief mutisme is een handleiding beschikbaar waarin de behandeling wordt beschreven.

De handleiding is de afgelopen jaren door diverse therapeuten en/of instellingen bij de Bascule opgevraagd. Therapeuten kunnen deelnemen aan een intervisiegroep, een keer in de zes weken, om lopende behandelingen te bespreken.

Eisen ten aanzien van kwaliteitsbewaking

De wijze van kwaliteitsbewaking wordt bepaald door de uitvoerder.

Instellingen en/of therapeuten die de behandeling uitvoeren worden gevraagd om de opgegeven meetinstrumenten te gebruiken voor de voor- tussen en nameting en daarnaast gebruik te maken van registratieformulieren voor het verloop van de stappen in de individuele behandeling en voor het verloop van de voortgang in de klas.

Kosten

De handleiding kost 25 euro inclusief folders voor ouders, leerkracht en kind over uitleg van selectief mutisme en de wijze waarop de behandeling verloopt.

Gemiddeld duurt de behandeling 22 sessies. De duur van een sessie is 1 uur: 45 minuten met het kind en 15 minuten met de leerkracht om de vorderingen te bespreken. Omdat de behandeling op school plaatsvindt is daarnaast altijd sprake van reistijd. Supervisie vindt een maal per zes weken plaats.

10. Onderzoek naar de uitvoering van de interventies

In 2009 is een evaluatieonderzoek uitgevoerd naar 'Praten op school, een kwestie van doen' (Güldner et al., 2010). Het behandelprotocol wordt sinds 2003 bij de Bascule toegepast bij alle kinderen met selectief mutisme. In de periode januari 2003 tot december 2008 zijn 32 kinderen volgens het protocol behandeld. Voor het evaluatieonderzoek zijn de dossiers van deze 32 kinderen geanalyseerd.

Bij het overgrote deel van de kinderen heeft de behandeling een positief resultaat. Ongeveer de helft van de kinderen (47%) sprak binnen vier maanden zodanig dat de behandeling kon worden afgesloten en bij 38% van de kinderen kon de behandeling na vijf tot acht maanden worden beëindigd. Een kleine groep kinderen (15%) had negen maanden of langer nodig. Bij één meisje is na 70 behandelingsessies aanvullende behandeling met medicatie gegeven waarna de spreekangst afnam.

Uit een follow-up interview met ouders van 23 kinderen (zes maanden tot vijf jaar na de behandeling) blijkt dat alle kinderen praten op school waarbij 83% van de kinderen zelf het initiatief neemt om te praten. In andere sociale situaties praat 60% van de kinderen actief en 26% praat wel maar neemt zelf geen initiatief. De overige 13% praat nog steeds niet in sociale situaties. Uit het onderzoek blijkt een samenhang tussen het aantal behandelingsessies en het praten in sociale situaties. Mogelijk kan een uitbreiding van het aantal sessies of het oefenen in een andere sociale situatie de uitkomsten van de behandeling op dit punt verbeteren.

Uit een inventarisatie van het aantal sessies per behandelstap blijkt dat het praten in de klas meer sessies vraagt dan het gaan praten in de individuele behandeling. De wijze waarop de leerkracht de verschillende stappen die het kind in de klas neemt coacht, is mogelijk van invloed. Een deel van de leerkrachten werkt nauw samen met de behandelaar en houdt zich aan de wekelijkse afspraken. Anderen hebben hier meer moeite mee. Soms verwacht een leerkracht te veel in korte tijd waardoor een kind weer stilvalt. Soms worden de vorderingen door de leerkracht onvoldoende gezien en dus onvoldoende bekrachtigd. Mogelijk kan het trainen van leerkrachten in het waarnemen en bekrachtigen van gewenst gedrag de voortgang van de behandeling in de klas verbeteren.

Het evaluatieonderzoek kent een aantal beperkingen. Het evaluatieonderzoek is achteraf opgezet en uitgevoerd waardoor niet systematisch over alle kinderen informatie is verzameld. In het onderzoek is gebruik gemaakt van een vragenlijst selectief mutisme voor ouders en leerkrachten. Niet van alle kinderen is in het dossier een voor- en nameting beschikbaar van zowel ouders als leerkrachten. Bij vijf kinderen waren alle gegevens aanwezig in het dossier. Ook was, achteraf gezien, het afnemen van angstvragenlijsten informatief geweest.

11. Nederlandse effectstudies

Studies naar de effectiviteit van de interventie in Nederland

Er is geen Nederlands onderzoek naar de effectiviteit van de interventie.

12. Buitenlandse effectstudies

Er zijn geen studies die de effectiviteit van buitenlandse versies van de interventie aantonen.

13. Uitvoering van de interventies

De interventie wordt uitgevoerd door de Bascule, Academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie. Daarnaast is de handleiding opgevraagd door verschillende organisaties en/of therapeuten in Nederland. Er bestaat echter geen overzicht hoe vaak en door welke organisaties de behandeling wordt uitgevoerd.

14. Overeenkomsten met andere interventies

Er zijn geen gegevens over soortgelijke interventies.

15. Lijst met aangehaalde literatuur

- APA (American Psychiatric Association) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.) Washington DC: Author text revision.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333-342.
- Barmish, A. J., & Kendall, P. C. (2005). Should parents be co-clients in cognitive-behavioral therapy for anxious youth? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 569-581.
- 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, Th. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 847-856.
- Chavira, D.A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Cohan, S., & Stein, M.B. (2007). Selective mutism and social anxiety disorder: All in the family? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1464-1472
- 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.
- Dummit, E. St., 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, 653-660.
- Güldner, M.G., & Wippo, E. (2003). Selectief mutisme - de stand van zaken. *Kind en Adolescent*, 24(4), 200-208
- Güldner, M.G., Wippo, E., Tesselaar, M. & Erkelens, P. (2010). Evaluatie van een Behandelprotocol voor Selectief Mutisme Kind en Adolescent Praktijk, 4, 160-166.
- 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
- 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
- Nauta, M. H., Scholing, A., Emmelkamp, P. M., & Minderaa, R. B. (2003). Cognitive-behavioural therapy for anxiety disordered children in a clinical setting: No additional effect of a cognitive parent training. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1270-1278.
- Viana, A.G., Beidel, & Rabian, B. (2009). Selective mutism: A review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review*, 29, 57-67.
- Scholing, A. (2002). Gedragstherapeutische en cognitieve interventies bij kinderen met angststoornissen. *Kind en Adolescent*, 23, 313-336.
- Spence, S. H., Donovan, C., & Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioural intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41, 713-726.
- Steinhausen, H., Wachter, M., Laimböck, K., & Winkler Metzke, C. (2006). A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 751-756.
- Wippo, E., & Güldner, M.G. (2003). Praten op school, een kwestie van doen. De behandeling van selectief mutisme. *Kind en Adolescent Praktijk*, 2, 16-23.

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (Nji), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

