KINDER & JEUGD PSYCHO THERAPIE

PRATEN MET KINDEREN

Tijdschrift van de Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie

50e jaargang, nummer 3, 2023

Thema: praten met kinderen.

ISSN 1384-1246

Redactie
Martine van Dongen-Boomsma (voorzitter)
Marthe Egberts
Merijn Merbis
Ariëlle de Ruijter
Walter Matthys (gastredacteur)

Eindredactie
Henk Linse

Correctie
Tjeerd Gunning

Redactiesecretariaat
Melinda van Leeuwen
e-mail: redactie@vkjp.nl

Druk
Ipskamp Printing, Enschede.

Kopij
Bijdragen kunnen per e-mail worden aangeboden aan het redactiesecretariaat.
Zie de richtlijnen voor auteurs op de laatste pagina's.

Secretariaat VKJP
Bezoek- en postadres:
Maliebaan 87, 3581 CG Utrecht
telefoon: 030 – 296 53 48
e-mail: info@vkjp.nl

Losse nummers
Losse nummers zijn te bestellen bij het secretariaat of op de website.

www.vkjp.nl/het-tijdschrift

Praten met kinderen die niet durven praten

Samenvatting

Een kind dat zwijgt in bepaalde sociale situaties waarin spreken belangrijk is, maar wel *kan* spreken, heeft mogelijk selectief mutisme. Dit artikel geeft een overzicht van de meest actuele onderzoeksbevindingen, en belicht belangrijke aspecten van diagnostiek, gevolgd door de implicaties voor de praktijk van diagnostiek en behandeling.

Trefwoorden: selectief mutisme, autismespectrumstoornis, angststoornis, ontwikkelingsstoornis.

Praten met kinderen en jongeren die niet durven praten

Maretha de Jonge

We realiseren ons vaak niet hoeveel we gebruikmaken van gesproken taal in het contact met kinderen en jongeren, in de diagnostiek en in behandelingstrajecten. Tot het moment dat we te maken krijgen met een zwijgend kind: een kind dat, of jongere die kan praten, die ons verstaat en begrijpt, maar ondanks al onze pogingen geruststelling te bieden en contact te maken, niet tot spreken komt.

Dan kan er sprake zijn van selectief mutisme. Dit artikel geeft een overzicht van de meest actuele onderzoeksbevindingen. Daarbij kijken we naar drie belangrijke aspecten van diagnostiek: verklarende factoren, classificerende demarcatie en indicerende diagnostiek. Dan volgen de implicaties voor de praktijk van diagnostiek en behandeling.

Selectief mutisme is een psychisch toestandsbeeld waarin iemand consequent niet spreekt in bepaalde sociale situaties waarin spreken belangrijk is (bijvoorbeeld op school), terwijl de persoon wel *kan* spreken en dat in andere situaties (veelal thuis) vrijuit doet (APA, 2013). Het begint meestal in de voorschoolse periode, maar ouders en professionals maken zich vaak pas zorgen over het zwijgzame gedrag wanneer de overgang naar de basisschool nabij is, of reeds gemaakt. Selectief mutisme werd eerder vaak als een zeer zeldzaam beeld beschreven. Onterecht, blijkt uit prevalentieonderzoek. Hoewel de cijfers sterk uiteenlopen tussen verschillende studies lijkt selectief mutisme bij jonge kinderen ongeveer even vaak voor te komen als bijvoorbeeld autismespectrumstoornissen (kortweg autisme). In de voorschoolse of kleuterjaren werden prevalentiecijfers van 0,4 tot 1,5 procent gevonden (Bufferd e.a., 2011; Elizur & Perednik, 2003; Ezpeleta e.a., 2014) en in de eerste drie schooljaren tussen de 0,2 en 2,0 procent (Bergman e.a., 2002; Kumpulainen e.a., 1998; Sharkey & McNicholas, 2012).

Onder adolescenten en volwassenen komt selectief mutisme naar alle waarschijnlijkheid veel minder vaak voor dan bij jongere kinderen, maar we moeten de problemen van deze groep niet onderschatten. In het gunstigste geval is een eerder geslaagde behandeling de reden dat selectief mutisme minder voorkomt bij oudere kinderen. Toch blijkt uit follow-upstudies dat vijf jaar na behandeling circa 26 à 30 procent van de kinderen nog altijd zwijgt of zeer weinig spreekt in relevante sociale situaties (Oerbeck e.a., 2018; Remschmidt e.a., 2001). Het kan ook zijn dat selectief mutisme minder vaak gerapporteerd wordt bij jongeren, omdat er sprake is van aanverwante stoornissen, waardoor selectief mutisme niet apart wordt geclassificeerd. Dat is minder gunstig, want dan wordt selectief mutisme mogelijk onterecht over het hoofd gezien en niet (mee)behandeld. De laatste jaren wordt meer bekend over de enorme impact die dit zwijgen heeft op het sociale, schoolse of beroepsmatige functioneren van adolescenten en volwassenen die nog altijd niet of weinig durven spreken. Zo blijken adolescenten met selectief mutisme veel (sociale) angstklachten en kenmerken van agorafobie te hebben, en zich vaak terug te trekken uit sociale contacten met leeftijdsgenoten, waardoor sociale isolatie ontstaat of schooluitval. Veel adolescenten en volwassenen die zijn gaan spreken na behandeling of na verloop van tijd, rapporteren toch nog vaak momenten van mutisme in dagelijkse situaties, problemen op school of werk, motivatieproblemen, en eenzaamheid (Gensthaler e.a., 2016a; Forrester & Sutton, 2015; Remschmidt e.a., 2001; Steinhausen e.a., 2006). Onderzoek onder adolescenten en volwassenen is echter nog schaars. In de klinische praktijk zie ik jongeren die niet meer naar school durven, geen mondelinge examens of presentatieopdrachten kunnen doen en daardoor soms ondanks een goede intelligentie hun school niet afmaken. Ook zie ik zeer hardnekkige spreekangstklachten, waardoor een heel laag zelfbeeld ontstaat met eenzaamheid en somberheid.

Selectief mutisme: een buitenbeentje in de DSM?

Nadat uit onderzoek was gebleken hoe groot de rol van (sociale) angst is bij selectief mutisme (Anstendig, 1999; Sharp e.a., 2007), werd selectief mutisme verplaatst van de categorie overige stoornissen beginnend op de zuigelingen- of kinderleeftijd (DSM-III en IV) naar de categorie angststoornissen (DSM-5, APA, 2013). Een recente meta-analyse toonde aan dat maar liefst 80 procent van de kinderen met selectief mutisme ook een andere angststoornis heeft (Driessen e.a., 2020). Opvallend is echter dat selectief mutisme de enige angststoornis is waarbij angst niet voorkomt in de DSM-criteria en waarvoor geen

'triggers' zijn beschreven. Andere angststoornissen, zoals de separatieangststoornis of de sociale angststoornis, worden beschreven met kenmerken zoals "aanhoudende en buitensporige angst om alleen te zijn" of "duidelijke angst of bezorgdheid voor een of meer sociale situaties" of angst die tot uiting komt in "huilen, driftbuien, bevriezen, zich vastklampen, ineenkrimpen" (APA, 2013). De criteria van selectief mutisme beschrijven geen angstsymptomen en eigenlijk ook geen andere symptomen dan alleen "consequent niet in staat zijn te spreken". Dat laat veel ruimte voor speculaties over wat selectief mutisme precies is. Laten we eens kijken wat we weten op basis van recent onderzoek over drie belangrijke aspecten van diagnostiek: verklarende factoren, classificerende demarcatie en indicerende diagnostiek.

Verklaringen voor het zwijgen: een meervoudige route

Er is de meeste evidentie voor de 'multi pathway-modellen' die het kernsymptoom 'zwijgen in specifieke situaties' verklaren (Elizur & Perednik, 2003; Cohan e.a., 2006). Deze modellen geven de definitie van verschillende risicofactoren die veelal in samenhang bijdragen aan het toestandsbeeld selectief mutisme. De meeste studies die bijdragen aan deze modellen zijn gedaan onder jonge kinderen, omdat selectief mutisme meestal vroeg ontstaat en het meest voorkomt bij kinderen op de basisschool. Selectief mutisme dat ineens ontstaat in de adolescentie is zeer zeldzaam. De belangrijkste verklarende factor lijkt vooralsnog een geïnhibeerd temperament, waarbij een familiaire-aanlegfactor een rol speelt (Chavira e.a., 2007; Gensthaler e.a., 2016b; Muris e.a., 2023). Ouders vertellen vaak dat hun kind erg perfectionistisch is, bang om fouten te maken en niet zo flexibel. Donnellan en Robins (2010) beschreven dergelijke persoonlijkheidstrekken als 'overcontrolled' en dit gaat vaak samen met angst (Gilbert e.a., 2022). Bij kinderen met selectief mutisme lijkt er een freeze-response te ontstaan in situaties die spanning oproepen, die verder gaat dan alleen het bevriezen van hun stem, maar ook leidt tot bevriezen van motoriek en gezichtsexpressie (Vogel e.a., 2022).

Daarnaast blijkt een aanzienlijk deel van de kinderen met selectief mutisme milde ontwikkelingsproblemen te hebben (gehad), op het gebied van motoriek en taal. Naast een taalstoornis wordt selectief mutisme over het algemeen niet geclassificeerd, maar milde taal- en spraakproblemen komen voor bij ongeveer 30 tot 50 procent van de kinderen met selectief mutisme in de ontwikkeling (Kristensen, 2000; Steinhausen & Juzi, 1996; Zhang e.a., 2023). Het zou goed kunnen dat milde ontwikkelingsmoeilijkheden een kind met een overgecon-

troleerde persoonlijkheid zo onzeker maken dat vermijding van risico op falen een gevolg is, waardoor kinderen niet spreken. Iets anders dat kinderen mogelijk onzeker maakt over hun talige vermogens, is immigratie of meertalige opvoeding. Onder meertalige kinderen komt selectief mutisme vaker voor, al is nog niet duidelijk of dit een gevolg is van meertaligheid, immigratie of culturele factoren (Elizur, & Perednik, 2003; Starke, 2018; Zhang e.a., 2023).

Hoewel er enkele gevallen zijn beschreven van plotseling ontstaan (selectief) mutisme na trauma (Anyfantakis, e.a., 2009; Hollifield e.a., 2003), wordt trauma over het algemeen niet gerapporteerd als mogelijke oorzaak van het zwijgen. Er zijn wel aanwijzingen dat kinderen met selectief mutisme meer stressvolle levensgebeurtenissen meemaakten dan kinderen met andere angststoornissen, hoewel niet altijd voorafgaand aan het ontstaan van selectief mutisme (Capozzi e.a., 2018). In Singapore werd recent gevonden dat 41 procent van de kinderen met selectief mutisme ooit in het ziekenhuis was opgenomen, tegen 31 procent in de vergelijkingsgroep. Het is niet bekend of stress van een opname op jonge leeftijd heeft bijgedragen aan angst om te spreken met bepaalde mensen of in specifieke situaties. De auteurs geven aan dat dit nader onderzoek vereist (Zhang e.a., 2023).

Waar eerder werd gedacht dat selectief mutisme een uiting van oppositioneel gedrag of een machtsstrijd was, wordt dit niet langer zo beschouwd. Dwars of koppig gedrag wordt gezien als een uiting van angst en poging tot vermijding van, of ontsnappen aan situaties die angst oproepen (Milic e.a., 2023).

Opvoedingsfactoren zoals *modeling* of overbescherming kunnen een rol spelen bij het ontstaan of in stand houden van selectief mutisme. Ouders van kinderen met selectief mutisme beschrijven zichzelf vaak als wat meer geremd of sociaal angstig dan anderen (Melfsen e.a., 2022). Moeders van kinderen met selectief mutisme bleken sturender te zijn wanneer ze hun kind moesten aanmoedigen iets voor een camera te vertellen, dan ouders in de vergelijkingsgroepen (Edison e.a., 2011). Het is moeilijk te zeggen of dit de oorzaak of het gevolg is van zwijgzame reacties van hun kind. Over het algemeen lijken ouders niet anders te straffen en belonen, meer te beschermen of gedrag van hun kind minder te accepteren dan ouders uit vergelijkingsgroepen (Alyanak e.a., 2013; Cunningham e.a., 2004: Yeganeh e.a., 2006). Een recente studie vond echter dat kinderen met selectief mutisme niet de relatie met hun moeder, maar wel die met hun vader als minder hecht en steunend ervaarden in vergelijking met een controlegroep (Melfsen e.a., 2022).

Uit deze studies blijkt dat selectief mutisme een zeer heterogeen toestandsbeeld kent, waaraan verschillende combinaties van factoren kunnen bijdragen. Er zijn pogingen gedaan om subgroepen te onderscheiden in deze heterogene groep. Daaruit blijkt dat de groep kinderen met alleen angstsymptomen het kleinst is en dat subtypen vaak gekenmerkt worden door aanverwante problemen met taal, leren, emotieregulatie en sensorische gevoeligheid (Cohan e.a., 2008; Diliberto & Kearney, 2016).

Classificerende demarcatie: ontwikkelingsstoornis of angststoornis?

Selectief mutisme als angststoornis

Er is veel onderbouwing voor de classificatie van selectief mutisme als angststoornis, niet alleen omdat selectief mutisme vaak samengaat met andere angststoornissen, maar ook omdat er veel overeenkomsten zijn met sociale angststoornissen (Driessen e.a., 2020). Er zijn echter ook verschillen. Kinderen met selectief mutisme worden gekenmerkt door een sterkere gedragsinhibitie dan kinderen met sociale angststoornissen (Gensthaler e.a., 2016a; Milic e.a., 2020), meer angst en schaamte in situaties die spraak vereisen (Schwenck e.a., 2019; Vogel e.a., 2019), en meer angst op school (Poole e.a., 2021). Adolescenten met selectief mutisme hadden meer sociale problemen, agorafobie en teruggetrokken gedrag dan adolescenten met sociale angststoornissen (Gensthaler e.a., 2016a).

Selectief mutisme als ontwikkelingsstoornis

Bij kinderen met selectief mutisme blijken zich vaak al vroeg ontwikkelingsproblemen voor te doen, zoals complicaties tijdens zwangerschap en geboorte, dysmaturiteit, prematuriteit (Steinhausen & Juzi, 1996; Zhang e.a., 2023), milde ontwikkelingsproblemen op het gebied van motoriek, zindelijkheid en taal-spraak (Kristensen, 2000; Manassis, e.a., 2007; Zhang e.a., 2023). Er zijn dan ook onderzoekers die selectief mutisme liever als ontwikkelingsstoornis beschouwen. De familiaire en mogelijk ook genetische factoren (Stein e.a., 2011), in combinatie met vroege ontwikkelingsproblemen, passen beter bij een ontwikkelingsstoornis dan bij een angststoornis. Deze vroege ontwikkelingsproblemen creëren in samenspel met karakterkenmerken en omgevingsfactoren een cascade waarin het ene ontwikkelingsgebied het andere beïnvloedt (Kearney & Rede, 2021). Niet spreken op jonge leeftijd kan leiden tot sociale problemen, moeite met probleemoplossing en leerproblemen. Hulp en zorg van ouders, leeftijdsgenootjes en leerkrachten kunnen vermijding en afhankelijkheid vergroten en onbedoeld angst versterken. Hierdoor ontwikkelen zelfver-

trouwen, competentiebeleving en eigenwaarde zich onvoldoende, wat sociale problemen en sociale angst vergroot. Dit zou mede verklaren waarom de ernst van de problematiek en de mate van aanverwante problemen zoveel groter zijn bij adolescenten met selectief mutisme dan bij jonge kinderen.

Selectief mutisme en autisme
En dan is er nog de discussie over het wel of niet samengaan van selectief mutisme met autisme. Volgens de DSM mogen selectief mutisme en autisme niet naast elkaar geclassificeerd worden. Daardoor is jarenlang het samengaan van het toestandsbeeld selectief mutisme met autisme onderbelicht gebleven. De laatste jaren komt er steeds meer onderzoek waaruit blijkt dat autisme en selectief mutisme samen kunnen voorkomen (Muris & Ollendick, 2021; Steffenburg e.a., 2018), zoals ook autisme en (sociale) angststoornissen samengaan in naar schatting 40 procent van de kinderen met autisme (Kerns e.a., 2020). Sommigen pleiten ervoor om autisme als exclusiecriterium voor selectief mutisme te verwijderen (de Jonge & Spruit, 2023; Muris & Ollendick, 2021).

Indicerende diagnostiek: wat maakt communiceren zo moeilijk?
Om te kunnen (be)handelen is het belangrijk te weten welke verklarende factoren meespelen bij het ontstaan of in stand houden van de problemen. Dat geeft richting aan de inzet van behandeling en aan inhoud van begeleiding voor kind, ouders en leerkrachten. Factoren zoals sensorische gevoeligheid, mate van bescherming en stimulering, en tal van andere zaken kunnen worden meegenomen om de omstandigheden te optimaliseren en spreken te bevorderen. Maar dan ben je er nog niet. De meeste kinderen hebben specialistische hulp nodig om stapje voor stapje te komen tot spreken in situaties die ze vrezen. De eerste vragen zijn dan: welke situaties zijn dat en wat maakt communiceren zo moeilijk?

Schwenck en collega's (2022) deden onderzoek onder een grote groep kinderen en jongeren met selectief mutisme. Zij vonden dat drie aspecten van een situatie een rol spelen in de ervaren spanning: persoon, plaats en activiteit. Wat betreft de persoon zeiden kinderen de meeste moeite te hebben met mensen die ze dicht op de huid zitten, ofwel die te dichtbij te komen, ofwel die te directief om interactie vragen. Autoriteitsfiguren en mensen die ze niet goed kennen worden als spannend ervaren. Ten slotte spelen bepaalde persoonskenmerken mee, zoals leeftijd en geslacht van hun gesprekspartner en kenmerken als 'gesloten houding' of onvriendelijk voorkomen. Wat de plaats betreft, zijn

onbekende omgevingen spannend, evenals hele drukke omgevingen. Een deel van de kinderen heeft moeite met plaatsen waar ze eerder een negatieve ervaring opdeden en een minderheid heeft last van plaatsen met veel sensorische prikkels.

Als het gaat om activiteiten zijn het nieuwe activiteiten die kinderen moeilijk vinden, net als activiteiten met een motorische component en activiteiten waarbij ze risico lopen op falen. Ook activiteiten waarbij de aandacht op ze gericht is geven spanning, en ten slotte, niet verrassend, activiteiten die spreken vereisen (Schwenck e.a., 2022).

Tegen wie kinderen met selectief mutisme wel of niet spreken, verschilt sterk. Sommige spreken niet tegen een selecte groep (meestal school), maar spreken buiten die groep gemakkelijker, terwijl andere kinderen met selectief mutisme niet durven communiceren met een bredere groep mensen (Cunningham e.a., 2006). Er zijn kinderen die gemakkelijk spreken tegen leeftijdsgenoten, maar niet tegen volwassenen en andersom, hoewel dat laatste minder vaak lijkt voor te komen.

Het is eigenlijk opvallend dat er zo'n grote nadruk ligt op spreken in de definitie van selectief mutisme. De literatuurstudie maakt duidelijk dat motorische *freezing* deel uitmaakt van de angstreactie van kinderen met selectief mutisme. Ook hierin zijn grote verschillen tussen kinderen: sommige bevriezen ook non-verbaal volledig (Østergaard, 2018; Vogel e.a., 2019), terwijl andere non-verbaal communiceren (Kumpulainen e.a., 1998; Yeganeh e.a., 2003). Recent werd onderzocht in hoeverre adolescenten met selectief mutisme gebruikmaken van digitale communicatie (WhatsApp, e-mail, Teams, social media, enzovoort) en of ze daarvan zowel de geschreven (het *appje*) als de verbale varianten (audiobericht, videobellen) gebruiken in verschillende situaties. Jongeren met selectief mutisme bleken alle digitale communicatiemiddelen, geschreven of verbaal, veel minder te gebruiken in contact met leeftijdsgenoten, familie en school. Ze gaven vaak de voorkeur aan live-interactie boven digitale interactie. Geschreven communicatie leverde hun net als verbale communicatie veel spanning op (Nibbering e.a., 2023).

Er zijn mensen met selectief mutisme die ervoor pleiten om de naam te veranderen in situationeel mutisme, omdat zij 'selectief' te veel vinden klinken alsof zij bewust een selectie maken van situaties waarin ze wel of niet kunnen communiceren (Forrester & Sutton, 2015). Dat zou een mooi moment zijn om ook het eerste criterium van de DSM-definitie te veranderen van "een consequent onvermogen te spreken in specifieke situaties" in "een consequent onvermogen te communiceren in specifieke situaties".

Diagnostiek: implicaties voor de praktijk

Voor de klinische praktijk betekent dit dat je een beeld probeert te krijgen van verklarende factoren en indicerende factoren om behandeling en begeleiding op te stoelen, om te komen tot een classificatie. Gezien de grote impact die selectief mutisme heeft op de ontwikkeling is tijdige herkenning en behandeling belangrijk, om de cascade van ontwikkelingsproblemen te onderbreken.

Er zijn diverse aanbevelingen gedaan voor goede, handelingsgerichte diagnostiek (Oerbeck, 2019; Milic e.a., 2023). Een gedragswetenschapper met klinische ervaring op het gebied van angststoornissen zal er altijd informatie van verschillende informanten bij betrekken, onder wie ouders, leerkracht(en) en kind of jongere zelf. Met behulp van een ontwikkelingsanamnese, familieanamnese en pedagogische anamnese worden de eerder genoemde kind- en omgevingsfactoren in kaart gebracht die kunnen verklaren waardoor de problematiek is ontstaan, verergerd, verminderd of in stand gebleven. Het is belangrijk de mate van verbale en non-verbale communicatie, angst en spanning te onderzoeken, evenals de cognitieve, talige en sociaal-emotionele vaardigheden om sterke en minder sterke kanten in beeld te brengen. Ten slotte moeten zintuigelijke oorzaken zoals gehoorproblemen worden uitgesloten. Wanneer dit nog niet gedaan is of hier twijfels over zijn, wordt verwezen naar een audioloog of arts.

Dit alles klinkt eenvoudiger dan het is, met name als het gaat om onderzoek van het kind of de jongere zelf. Om langdurige diagnostische trajecten te voorkomen, is het altijd goed om de volgende twee vragen te stellen: '*Is het betrouwbaar te onderzoeken?*' en '*Moet het nu?*'

Is betrouwbaar onderzoek mogelijk?

Een algemene ontwikkelingsanamnese, familieanamnese en pedagogische anamnese vormen de basis van diagnostiek bij een vermoeden van selectief mutisme. Met behulp van vragenlijsten en/of interviews kunnen specifieke kenmerken met betrekking tot communicatie, angst en spreekgedrag worden uitgevraagd en gekwantificeerd (Rodrigues Pereira e.a., 2021). In Nederland is de *Selectief Mutisme Questionnaire* (SMQ) (Bergman e.a., 2008; Rodrigues Pereira e.a., 2022) betrouwbaar en valide gebleken. Deze vragenlijst telt zeventien items waarmee spreekgedrag in verschillende situaties in kaart wordt gebracht, en zes items waarmee de mate van belemmering van het zwijgen voor kind en gezin wordt gemeten. De *Anxiety Disorders Interview Schedule-Parent version* (ADIS-P) wordt vaak gebruikt om angstklachten en andere mentale problemen uit te vragen (Silverman & Albano, 1996). Behandelaars kunnen ook vragenlijsten gebruiken om aanverwante problemen zoals andere angstklachten, traumaklachten, levensgebeurtenissen of sensorische informatieverwerkingsproblemen te onderzoeken. Met de *Children's Communication Checklist* (CCC-2-NL) kan men taalvaardigheden meten (Geurts, 2007), gerapporteerd door ouders en gebaseerd op communicatie van het kind thuis. Let erop dat screeningslijsten voor autisme niet zo betrouwbaar zijn bij deze groep. Die vragen te veel naar sociale communicatie, zodat kinderen met selectief mutisme er snel (hoog) op scoren, maar waarbij moeilijk te zeggen is of deze score komt door zwijgen en communicatieangst in specifieke situaties of door sociale moeilijkheden die passen bij autisme. Een instrument zoals het *Autisme Diagnostisch Observatie Schema* (ADOS-2) (Lord e.a., 2012; Nederlandse vertaling van de Bildt e.a., 2013) is niet betrouwbaar zolang een kind niet vrijuit durft te spreken. Zie De Jonge en Spruijt (2023) voor een overzicht van de literatuur en aanbevelingen voor de praktijk met betrekking tot selectief mutisme en autisme.

Betrouwbaar onderzoek van een kind of jongere zelf is lastiger. Belangrijk is in ieder geval om de situatie zo veilig mogelijk te maken en de kans op freezing te minimaliseren en communiceren met kinderen en jongeren, op welke manier ook, mogelijk te maken. Zie het kader met suggesties voor diagnostisch onderzoek, op pagina 50.

Moet het nu?

Diagnostisch onderzoek leert ons veel over beïnvloedende factoren en helpt keuzes te maken voor behandeling en begeleiding. Tegelijkertijd kan je soms niet alles betrouwbaar onderzoeken. Onderzoek naar autisme, maar ook naar actieve taalvaardigheden, of (non-verbale) cognitie is niet altijd valide. Door de situatiespecifieke problematiek meet je met een onderzoek in een bepaalde situatie, of met een algemene vragenlijst, al gauw gedrag dat situatiegebonden is. Daardoor kunnen kinderen met selectief mutisme in bijzijn van de onderzoeker bijvoorbeeld veel kenmerken van autisme laten zien die eigenlijk door angst of freezing komen. Taalvaardigheden of non-verbale tests geven om dezelfde reden niet altijd een goed beeld van de capaciteiten van een kind en meten dan niet wat het instrument beoogt te meten. Vaardigheden, sociale wederkerigheid en systemische interacties, zoals ouder-kindinteracties en pedagogiek, worden beter zichtbaar wanneer je met elkaar aan het werk gaat, dan je met vragenlijsten kan meten.

De vraag is in hoeverre uitgebreid onderzoek en zelfs differentiaaldiagnostiek nodig is om de belangrijkste klacht – zwijgen, blokkeren en angst – te be-

handelen. Procesdiagnostiek tijdens behandeling kan in betrekkelijk korte tijd veel informatie opleveren, terwijl je tegelijkertijd psycho-educatie geeft over angst en spanning, de eerste stappen zet in de angsthiërachie, ouders begeleidt, de omgeving informeert en contextuele aanpassingen kan doen. Tijdens de behandeling kan je je observaties en gedeelde ervaringen gebruiken om samen met de jongere en zijn ouders steeds meer te ontdekken over factoren die de problemen in stand houden of die ermee samengaan.

Behandeling: van zwijgen naar spreken

De beste evidencebased behandeling voor selectief mutisme is gebaseerd op cognitieve gedragstherapeutische principes: shaping, fading, graduele exposure, cognitieve herstructurering en relaxatie. Er zijn verschillende gedragstherapeutische programma's waarvoor in kleine, gecontroleerde onderzoeksgroepen positieve resultaten zijn gevonden ten opzichte van een wachtlijstconditie (Bergman e.a., 2013; Catchpole e.a., 2019; Cornacchio e.a., 2019; Klein e.a., 2016; Oerbeck e.a., 2014, 2018). De meeste studies betrekken ouders intensief bij de behandeling en een ervan vond plaats in groepsverband (Cornacchio e.a., 2019). In Nederland zijn twee gedragstherapeutische programma's beschikbaar: 'Spreekt voor Zich' (de Jonge e.a., 2013) en 'Praten op school, een kwestie van doen' (Rodrigues Pereira e.a., 2020; Wippo & Güldner, 2003). Beide programma's maken gebruik van de cognitieve gedragstherapeutische principes: shaping, fading en graduele exposure, en hebben een speelse, actieve aanpak. Het programma 'Spreekt voor Zich' is bedoeld voor jonge kinderen (van 4 tot 8 jaar) en is systemisch-gedragstherapeutisch van aard. Ouders worden er nauw bij betrokken, er wordt geoefend in meerdere situaties – waaronder op school buiten en binnen de klas – en het programma besteedt aandacht aan psycho-educatie voor kind en ouders, cognitieve herstructurering en relaxatie. Het programma 'Praten op school, een kwestie van doen' is geschikt voor een bredere leeftijdsgroep, wordt uitgevoerd door een therapeut of logopedist met het kind op school, waarbij de nadruk ligt op exposure, en veel minder op de systemische ouder-kindinteractie.

Er is ook empirische ondersteuning voor medicamenteuze behandeling van selectief mutisme, voornamelijk met selectieve serotonine heropnameremmers (SSRI's) (Østergaard, 2018). Die wordt bij voorkeur pas ingezet bij wat oudere kinderen, als cognitieve gedragstherapie niet voldoende geholpen heeft of als de angst zo groot is dat behandeling helemaal niet lukt. Medicamenteuze behandeling wordt dan gecombineerd met psychologische behandeling.

In aanvulling op cognitieve gedragstherapie kunnen therapeuten andere vormen van behandeling inzetten om aanverwante problemen te verminderen, bijvoorbeeld logopedie als er taalproblemen zijn. De timing ervan is belangrijk en logopedie wordt soms uitgesteld tot een kind in meer situaties durft te spreken. Motorische therapie kan helpen om lichamelijke freezing te verminderen, emoties of sensorische prikkels te leren reguleren of het zelfvertrouwen op motorisch gebied te versterken. Er is evenwel geen empirische onderbouwing voor de effectiviteit van deze therapieën voor het behandelen van het kernsymptoom van selectief mutisme: het zwijgen.

Ten slotte bepleit ik het belang van contextgerichte of systemische behandeling. De ouder-kindinteractie is van groot belang, evenals de impact van het zwijgen op gezin en familie. Oefenen doe je bij voorkeur in meerdere contexten. Wanneer er aanverwante problemen zijn op sociaal, academisch en emotioneel gebied is inzetten van bijvoorbeeld coaching en extra voorzieningen op school belangrijk om de cascade van ontwikkelingsproblemen te stoppen en om oefenen in meerdere contexten te faciliteren. Behandeling van selectief mutisme is teamwork, waarbij het kind zelf en de omgeving, gezinsleden en school actief betrokken worden en samenwerken.

Conclusie

Selectief mutisme lijkt als toestandsbeeld vrij gemakkelijk vast te stellen, maar de groep kinderen en jongeren met selectief mutisme is heel divers. Dat vraagt om gedegen diagnostiek naar onderliggende, aanverwante of in stand houdende factoren. Het gesprek met kind of jongere is vanzelfsprekend niet altijd gemakkelijk of zelfs mogelijk, maar er zijn verschillende manieren om ook 'de stem' van het kind of de jongere te horen, verbaal of op een alternatieve manier. Diagnostische instrumenten kunnen helpen de symptomen van selectief mutisme in kaart te brengen en om andere problemen of sterke kanten in beeld te brengen. Tegelijkertijd is het belangrijk je bewust te zijn van de betrouwbaarheid en validiteit van diagnostische instrumenten. Omdat de specifieke problemen met spreken zo contextgebonden en persoonsafhankelijk zijn, kan procesdiagnostiek nodig zijn om een goed beeld te vormen. Tijdens de behandeling, die bij voorkeur systemisch is en waarin de ouders en het kind samen de angst de baas leren worden en in stand houdende patronen veranderen, is deze procesdiagnostiek van grote waarde.

Suggesties voor diagnostisch onderzoek

Alle kinderen en jongeren
- Geef uitleg en leg geen nadruk op spreken. Het kan helpen om direct te vertellen dat spreken mag, maar niet hoeft.
- Toon begrip voor zwijgen. Vertaal opmerkingen over het kind ('hij wil niet praten') in: 'misschien wil hij het wel, maar lukt het nog niet'. Laat merken dat het oké is dat een kind nog niet spreekt en dwing het niet af. Bekrachtig vooral wat een kind wel durft of doet.
- Stel (aanvankelijk) gesloten vragen waarop een kind ook non-verbaal kan antwoorden en reageer op elke vorm van communicatie positief, maar niet overdreven.
- Test waar mogelijk non-verbaal en maak gebruik van een spanningswijzer, emotiethermometer of emotiekaartjes.
- Stel niet te veel vragen. Hoe stiller een kind, hoe meer je geneigd bent vragen te stellen, waardoor een kind steeds faalt en nog stiller wordt. Vertel liever zelf wat, of 'ondertitel' wat je doet of denkt.
- Neem wat afstand en kijk een kind niet rechtstreeks aan. Veel kinderen spreken makkelijker als je niet naar ze kijkt of als je allebei met iets bezig bent.

Jonge kinderen
- Ontvang ouders en kind in een spelkamer en begin met een gezamenlijk spelletje.
- Beperk keuzes door een spelletje klaar te leggen in plaats van een kind te laten rondkijken en zelf te laten kiezen. Veel kinderen hebben moeite met kiezen, waardoor ze direct blokkeren. Rondkijken durven ze vaak pas wat later.
- Zorg voor actieve activiteiten (kegelen, sjoelen, bellenblazen, enzovoort) om te voorkomen dat je te dicht bij elkaar aan tafel blijft zitten. In beweging komen kinderen vaak wat sneller los.
- Laat het kind en de ouders zo nodig even alleen, om rond te kijken. Soms komen kinderen dan wat sneller los.
- Verras of betrap kinderen niet als ze spreken. Bekijk geen filmpjes van het kind waar het kind bij is, luister niet af bij de deur.

Oudere kinderen
- Bewegingsspel helpt niet altijd bij eerste ontmoeting en leidt tot ongemakkelijkheid. Een wandelingetje of samen wat drinken halen is soms makkelijker.
- Toon begrip voor het zwijgen en ga samen kijken welke vormen van communicatie wel lukken: antwoorden opschrijven, een vragenlijst invullen, een foto of filmpje tonen, antwoorden door middel van kaartjes of een stressmeter.
- Geef vragenlijsten mee of laat ze online invullen.
- Deze jongeren komen, mede door het zwijgen, vaak wat jonger over. Let op dat je hen niet te kinderlijk aanspreekt.
- Bekijk geen filmpjes van jongeren thuis en observeer niet vanachter een spiegel of video zonder de expliciete toestemming van de jongere zelf.

Professor dr. Maretha V. de Jonge is hoogleraar orthopedagogiek aan de Faculteit der Sociale Wetenschappen, bij het Instituut Pedagogische Wetenschappen – Neuropedagogiek en Ontwikkelingsstoornissen van de Universiteit Leiden. Ze is gespecialiseerd in de diagnostiek en behandeling van kinderen en jongeren met ontwikkelingsstoornissen, in het bijzonder autismespectrumstoornissen en selectief mutisme. m.v.de.jonge@fsw.leidenuniv.nl

Literatuur

Alyanak, B., Kilinçaslan, A., Harmanci, H. S., Demirkaya, S. K., Yurtbay, T., & Vehid, H. E. (2013). Parent adjustment, parenting attitudes and emotional and behavioral problems in children with selective mutism. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(1), 9-15. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.10.001

Anstendig K. D. (1999). Is selective mutism an anxiety disorder? Rethinking its DSM-IV classification. *Journal of anxiety disorders*, *13*(4), 417-434. https://doi.org/10.1016/s0887-6185(99)00012-2

Anyfantakis, D., Botzakis, E., Mplevrakis, E., Symvoulakis, E.K., & Arbiros, I. (2009). Selective mutism due to a dog bite trauma in a 4-year-old girl. *Journal of medical case reports*, *3*, 100. https://doi.org/10.1186/1752-1947-3-100

American Psychiatric Association (APA). (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Association. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Bergman, R. L., Gonzalez, A., Piacentini, J., & Keller, M. L. (2013). Integrated behavior therapy for selective mutism: A randomized controlled pilot study. *Behaviour Research and Therapy, 51*(10), 680-689. https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.07.003

Bergman R. L., Keller M. L., Piacentini J., & Bergman A. J. (2008). The development and psychometric properties of the selective mutism questionnaire. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*(2), 456-464. https://doi.org/10.1080/15374410801955805

Bergman, R. L., Piacentini, J., & McCracken, J. T. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(8), 938-946. https://doi. org/10.1097/00004583200208000000 12

de Bildt A. A., Greaves-Lord K., de Jonge M. V. (2013). *ADOS-2. Autisme diagnostisch observatieschema. Nederlandse Handleiding*. Hogrefe.

Bufferd, S. J., Dougherty, L. R., Carlson, G. A., & Klein, D. N. (2011). Parent-reported mental health in preschoolers: Findings using a diagnostic interview. *Comprehensive Psychiatry, 52*, 359-369. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2010.08.006

Capozzi, F., Manti, F., Di Trani, M., Romani, M., Vigliante, M., & Sogos, C. (2018). Children's and parent's psychological profiles in selective mutism and generalized anxiety disorder: a clinical study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *27*(6), 775-783. https://doi.org/10.1007/s00787-017-1075-y

Catchpole, R., Young, A., Baer, S., & Salih, T. (2019). Examining a novel, parent child interactional therapy-informed, behavioral treatment of selective mutism. *Journal of Anxiety Disorders, 66*, 102112. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102112

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 & Adolescent Psychiatry*, *46*(11), 1464-1472. https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318149366a

Cohan, S. L., Chavira, D. A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Roesch, S. C., & Stein, M. B. (2008). Refining the classification of children with selective mutism: a latent profile analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *37*(4), 770-784. https://doi.org/10.1080/15374410802359759

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*(4), 341-355. https://doi.org/10.1097/00004703-200608000-00011

Cornacchio, D., Furr, J. M., Sanchez, A. L., Hong, N., Feinberg, L. K., Tenenbaum, R., Del Dusto, C., Bry, L., Poznanski, B., Miguel, E., Ollendick, T. H., Kurtz, S. M. S., & Comer, J. S. (2019). Intensive group behavioral treatment (IGBT) for children with selective mutism: A preliminary randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 87*(8), 720-733. https://doi.org/10.1037/ccp0000422

Cunningham, C. E., McHolm, A. E., & Boyle, M. H. (2006). Social phobia, anxiety, oppositional behavior, social skills, and self-concept in children with specific selective mutism, generalized selective mutism, and community controls. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *15*(5), 245-255. https://doi.org/10.1007/s00787-006-0529-4

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. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*(8), 1363-1372. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00327.x

Diliberto, R. A., & Kearney, C. A. (2016). Anxiety and oppositional behavior profiles among youth with selective mutism. *Journal of Communication Disorders,* 59, 16-23. https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2015.11.001

Driessen, J., Blom, J. D., Muris, P. M., Blashfield, R. K., & Molendijk, M. L. (2020). Anxiety in children with selective mutism: A meta-analysis. *Child Psychiatry and Human Development, 51*, 330-341. https://doi.org/10.1007/s10578-019-00933-1

Donnellan M. B., & Robins R. W. (2010). Resilient, overcontrolled and undercontrolled personality types: Issues and controversies. *Social and Personality Psychology Compass, 4*(11), 1017-1083. https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00313.x

Edison, S. C., Evans, M. A., McHolm, A. E., Cunningham, C. E., Nowakowski, M. E., Boyle, M., & Schmidt, L. A. (2011). An investigation of control among parents of selectively mute, anxious and non-anxious children. *Child Psychiatry and Human Development, 42*, 270-290. https://doi.org/10.1007/s10578-010-0214-1

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*(12), 1451-1459. https://doi.org/10.1097/00004583-200312000-00012

Ezpeleta, L., de la Osa, N., & Doménech, J. M. (2014). Prevalence of DSM-IV disorders, comorbidity and impairment in 3-year-old Spanish pre-schoolers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49*, 145-155. https://doi.org/10.1007/s00127-013-0683-1

Forrester, C., & Sutton, C. (2015). *Selective mutism in our own words: Experiences in childhood and adulthood*. Jessica Kingsley Publishers.

Gensthaler, A., Khalaf, S., Ligges, M., Kaess, M., Freitag, C. M., & Schwenck, C. (2016a). Selective mutism and temperament: the silence and behavioral inhibition to the unfamiliar. *European Child & Adolescent Psychiatry, 25*(10), 1113-1120. https://doi.org/10.1007/s00787-016-0835-4

Gensthaler, A., Maichrowitz, V., Kaess, M., Ligges, M., Freitag, C. M., & Schwenck, C. (2016b). Selective Mutism: The Fraternal Twin of Childhood Social Phobia. *Psychopathology*, *49*(2), 95-107. https://doi.org/10.1159/000444882

Gilbert, K., Sudit, E., Fox, N. A., Barch, D. M., & Luby, J. L. (2022). Child-

hood behavioral inhibition and overcontrol: Relationships with cognitive functioning, error monitoring, anxiety and obsessive-compulsive symptoms. *Research on child and adolescent psychopathology*, *50*(12), 1629-1642. https://doi.org/10.1007/s10802-022-00953-x

Geurts, H. M. (2007). CCC-2-NL: Children's communication checklist-2. *Nederlandse versie*.

Hollifield, M., Geppert, C., Johnson, Y., & Fryer, C. (2003). A Vietnamese man with selective mutism: the relevance of multiple interacting 'cultures' in clinical psychiatry. *Transcultural Psychiatry*, *40*(3), 329-341. https://doi.org/10.1177/13634615030403002

de Jonge, M., de Pagter, J. D., & van Braam van Vloten-Hairwassers, H. M. W. (2013). Dapper worden in het luiderslot. Cognitieve gedragstherapie voor jonge kinderen met selectief mutisme. *Kind en Adolescent Praktijk* 12, 122-129. https://doi.org/10.1007/s12454-013-0038-9

de Jonge M. V. & Spruijt, A. (2023). Selectief mutisme en autisme: een verkenning en aanbevelingen voor de praktijk. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme, 22*(2), 2-18. https://www.wta.nu/in-editie-2-2023--selectief-mutisme-en-autisme--meer/1031649

Kearney, C.A., & Rede, M. (2021). The Heterogeneity of Selective Mutism: A Primer for a More Refined Approach. *Frontiers in psychology, 12*, 700745. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.700745

Kerns, C. M., Rast, J. E., & Shattuck, P. T. (2020). Prevalence and Correlates of Caregiver-Reported Mental Health Conditions in Youth With Autism Spectrum Disorder in the United States. *The Journal of Clinical Psychiatry, 82*(1), 20m13242. https://doi.org/10.4088/JCP.20m13242

Klein, E. R., Armstrong, S. L., Skira, K., & Gordon, J. (2016). Social Communication Anxiety Treatment (S-CAT) for children and families with selective mutism: A pilot study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 22*(1), 1-19. https://doi.org/10.1177/1359104516633497

Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *39*(2), 249-256. https://doi.org/10.1097/00004583-200002000-00026

Kumpulainen, K., Räsänen, E., Raaska, H., & Somppi, V. (1998). Selective mutism among second-graders in elementary school. *European Child & Adolescent Psychiatry, 7*(1), 24-29. https://doi.org/10.1007/s007870050041

Lord C., Rutter M., DiLavore P. C., Risi S., Gotham K., & Bishop S. L. (2012). *Autism diagnostic observation schedule, Second Edition (ADOS-2). Manual (Part I)*. Western Psychological Services.

Manassis, K., Tannock, R., Garland, E. J., Minde, K., McInnes, A., & Clark, S. (2007). The sounds of silence: language, cognition, and anxiety in selective mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46(9)*, 1187-1195. https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318076b7ab

Melfsen, S., Jans, T., Romanos, M., & Walitza, S. (2022). Family Relationships in Selective Mutism – A Comparison Group Study of Children and Adolescents. *Children, 9*(11), 1634. https://doi.org/10.3390/children9111634

Milic, M. I., Carl, T., & Rapee, R. M. (2020). Similarities and differences between young children with selective mutism and social anxiety disorder. *Behaviour research and therapy, 133*. https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103696

Milic, M. I., Carl, T., Rapee, R. M. (2023). Understanding Selective Mutism: A Comprehensive Guide to Assessment and Treatment. In J. L. Matson (Red.), *Handbook of Clinical Child Psychology. Autism and Child Psychopathology Series* (pp. 1107-1125). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-24926-6_51

Muris, P., Büttgens, L., Koolen, M., Manniën, C., Scholtes, N., & van Dooren-Theunissen, W. (2023). Symptoms of Selective Mutism in Middle Childhood: Psychopathological and Temperament Correlates in Non-clinical and Clinically Referred 6-to-12-year-old Children. *Child Psychiatry & Human Development*, advance online publication. https://doi.org/10.1007/s10578-023-01512-1

Muris, P., & Ollendick, T. H. (2021). Selective mutism and its relations to social anxiety disorder and autism spectrum disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review, 24*(2), 294-325. https://doi.org/10.1007/s10567-020-00342-0

Nibbering, N., de Jonge, M. V., Brand, I., & van der Voort, A. (2014). It's About More Than Just Talking; Exploring Computer-Mediated Communication in Adolescents with Selective Mutism. Accepted for publication.

Nibbering, N., de Jonge, M. V., Brand, I., van der Voort, A. (2023). It's About More Than Just Talking; Exploring Computer-Mediated Communication in Adolescents with Selective Mutism [ingediend]. *Journal of Communication Disorders*.

Oerbeck, B., Stein, M. B., Pripp, A. H., & Kristensen, H. (2014). Selective mutism: Follow-up study 1 year after end of treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry, 24*, 757-766. https://doi.org/10.1007/s00787-014-0620-1

Oerbeck, B., Overgaard, K. R., Stein, M. B., Pripp, A. H., & Kristensen, H. (2018). Treatment of selective mutism: a 5-year follow-up study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *27*(8), 997-1009. https://doi.org/10.1007/s00787-018-1110-7

Oerbeck, B., Manassis, K., Overgaard, K.R., & Kristensen, H. (2019). Selective mutism. In J. M. Rey (Red.), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. https://iacapap.org/_Resources/Persistent/ce1f18caee0900792b4ed2cc3b8ac2bbffa3a1fa/F.5-MUTISM-UPDATE-2019.pdf

Østergaard, K. R. (2018). Treatment of selective mutism based on cognitive behavioural therapy, pharmacology and combination therapy – A systematic review. *Nordic Journal of Psychiatry, 72*(4). https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1439530

Poole, K. L., Cunningham, C. E., McHolm, A. E., & Schmidt, L. A. (2021). Distinguishing selective mutism and social anxiety in children: a multi-method study. *European Child & Adolescent Psychiatry, 30*(7), 1059-1069. https://doi.org/10.1007/s00787-020-01588-3

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*(6), 284-296. https://doi.org/10.1007/pl00007547

Rodrigues Pereira, C., Ensink, J. B. M., Güldner, M. G., Kan, K. J., de Jonge, M. V., Lindauer, R. J. L., & Utens, E. M. W. J. (2020). Effectiveness of a behavioral treatment protocol for selective mutism in children: Design of a randomized controlled trial. *Contemporary clinical trials communications*, *19*, 100644. https://doi.org/10.1016/j.conctc.2020.100644

Rodrigues Pereira, C., Ensink, J. B. M., Güldner, M. G., Lindauer, R. J. L., de Jonge, M. V., & Utens, E. M. W. J. (2021). Diagnosing selective mutism: a critical review of measures for clinical practice and research. *European Child & Adolescent Psychiatry*, advance online publication. https://doi.org/10.1007/s00787-021-01907-2

Rodrigues Pereira, C., Ensink, J. B. M., Güldner, M. G., Kan, K. J., de Jonge, M. V., Lindauer, R. J. L., & Utens, E. M. W. J. (2022). The Validation of the Selective Mutism Questionnaire for Use in the Dutch Population. *Child psychiatry and human development,* advance online publication. https://doi.org/10.1007/s10578-022-01387-8

Schwenck, C., Gensthaler, A., & Vogel, F. (2019). Anxiety levels in children with selective mutism and social anxiety disorder. *Current Psychology, 40,* 6006-6013. https://doi.org/10.1007/s12144-019-00546-w

Schwenck, C., Gensthaler, A., Vogel, F., Pfeffermann, A., Laerum, S., & Stahl, J. (2022). Characteristics of person, place, and activity that trigger failure to speak in children with selective mutism. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *31*(9), 1419-1429. https://doi.org/10.1007/s00787-021-01777-8

Sharkey, L., & McNicholas, F. (2012). Selective Mutism: A prevalence study of primary school children in the Republic of Ireland. *Irish Journal of Psychological Medicine*, *29*(1), 36-40. https://doi.org/10.1017/S0790966700017596

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*(4), 568-579. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.07.002

Silverman, W. K., & Albano, A. M. (1996). *The anxiety disorder interview schedule for DSM-IV: Child interview schedule.* Graywind.

Starke A. (2018). Effects of anxiety, language skills, and cultural adaptation on the development of selective mutism. *Journal of Communication Disorders*, *74*, 45-60. https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2018.05.001

Steffenburg, H., Steffenburg, S., Gillberg, C., & Billstedt, E. (2018). Children with autism spectrum disorders and selective mutism. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 14*, 1163-1169. https://doi.org/10.2147/ndt.S154966

Stein, M. B., Yang, B. Z., Chavira, D. A., Hitchcock, C. A., Sung, S. C., Shipon-Blum, E., & Gelernter, J. (2011). A common genetic variant in the neurexin superfamily member CNTNAP2 is associated with increased risk for selective mutism and social anxiety-related traits. *Biological psychiatry, 69*(9), 825-831. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.11.008

Steinhausen, H. C., & Juzi, C. (1996). Elective mutism: an analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *35*(5), 606-614. https://doi.org/10.1097/00004583-199605000-00015

Steinhausen, H. C., Wachter, M., Laimböck, K., & Metzke, C. W. (2006). A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*(7), 751-756. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01560.x

Vogel, F., Gensthaler, A., Stahl, J., & Schwenck, C. (2019). Fears and fear-related cognitions in children with selective mutism. *European Child & Adolescent Psychiatry, 28*(9), 1169-1181.

https://doi.org/10.1007/s00787-019-01281-0
Vogel, F., Reichert, J., & Schwenck, C. (2022). Silence and related symptoms in children and adolescents: a network approach to selective mutism. *BMC Psychology*, *10*(1), 271. https://doi.org/10.1186/s40359-022-00956-9
Wippo, E., & Güldner, M. (2003). Praten op school, een kwestie van doen. *Kind en Adolescent Praktijk,* 2, 88-94. https://doi.org/10.1007/BF03059477
Yeganeh, R., Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2006). Selective mutism: More than social anxiety. *Depression and Anxiety, 23*(3), 117-123. https://doi.org/10.1002/da.20139
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 clinical psychopathology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*(9), 1069-1075. https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000070262.24125.23
Zhang, Y., Mascarenhas, S. S., Tan, S. M. K., & Daniel, L. M. (2023). Demographic and clinical profiles of preschool children with selective mutism in Singapore. *Singapore medical journal*, advance online publication. https://doi.org/10.4103/singaporemedj.SMJ-2020-525

vereniging voor kinder-
en jeugdpsychotherapie

De Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie (VKJP) is de wetenschappelijke en specialistische vereniging voor kinder- en jeugdpsychotherapie. De vereniging staat voor de kwaliteit en ontwikkeling van het vak kinder- en jeugdpsychotherapie en daarmee voor toegankelijke, deskundige hulp aan jeugdigen met psychische problemen. Al meer dan vijftig jaar brengt de VKJP vakgenoten samen uit verschillende therapeutische scholen en met diverse achtergronden. Kind en gezin staan centraal. Het belangrijkste doel van de vereniging is het bevorderen van de ontwikkeling en het bewaken van de kwaliteit van de psychotherapie voor kinderen, jeugdigen en hun omgeving.