



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Selectief mutisme en autisme: een verkenning en aanbevelingen voor de praktijk

Spruijt, A.; Jonge, M. de

Citation

Spruijt, A., & Jonge, M. de. (2023). Selectief mutisme en autisme: een verkenning en aanbevelingen voor de praktijk. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 22(2), 2-18. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/3714629>

Version: Publisher's Version

License: [Licensed under Article 25fa Copyright Act/Law \(Amendment Taverne\)](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/3714629>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Selectief mutisme en autisme: een verkenning en aanbevelingen voor de praktijk

MARETHA DE JONGE, ANDREA SPRUIJT

SAMENVATTING

In de afgelopen jaren is het klinisch beeld van selectief mutisme gestaag verschoven van het moedwillig zwijgen in specifieke situaties en tegen specifieke personen naar angst om te communiceren in sociale situaties. Deze problemen in de sociale communicatie maken selectief mutisme voor klinici soms moeilijk te onderscheiden van autisme. Waar de classificaties autisme en selectief mutisme historisch gezien niet formeel naast elkaar mochten worden gesteld, is de actuele discussie of deze classificaties naast elkaar kunnen bestaan. Dit roept echter ook vragen op voor de klinische praktijk, waaronder wat de implicaties hiervan zijn voor diagnostiek en behandeling. In deze review gaan we in op deze vragen middels een bespreking van de recente literatuur en geven we concrete aanbevelingen voor klinici die met deze vragen worstelen in de praktijk.

SUMMARY

In recent years, the clinical view on selective mutism has shifted from willful silence in specific situations and with specific persons, to being anxious to communicate in social situations. These social communication difficulties make it challenging for clinicians to distinguish selective mutism from autism. Historically, selective mutism and autism could not be formally classified side by side. Currently, however, there is a debate about whether these classifications can co-occur. This raises questions for clinical practice, such as what this means

for the diagnostic and treatment process. In this review we will discuss these issues based on recent literature, and we will provide clinicians with recommendations for clinical practice.

Lia is 3,10 jaar. Thuis speelt ze graag met haar poppenhuis, kletst vrijuit, en kent al cijfers en letters. Op het kinderdagverblijf is ze erg afwachtend en speelt veel alleen of kijkt toe. Ze praat er helemaal niet. De leidsters maken zich zorgen over haar ontwikkeling. Ouders hebben daar thuis helemaal geen zorg over, maar zien wel op tegen de overgang naar school. Lia heeft een oudere broer met autisme.

Frenk van 10 is de jongste van drie. Hij werd aangemeld voor diagnostisch onderzoek, met een vermoeden van selectief mutisme. Thuis praat hij graag over zijn games, maar op school of in andere situaties buitenshuis praat hij niet. Hij heeft weinig aansluiting bij andere kinderen, maar gamet online met zijn oudere broers en online vrienden. Ouders vinden het moeilijk te weten wat er in hem omgaat. Hij vertelt weinig over wat hij meemaakt en heel weinig over zijn emoties.

Ravi is 14. Hij heeft sociale angst en selectief mutisme en er is een vermoeden van een autismespectrumstoornis. Hij heeft op de basisschool wel wat gesproken toen hij bij een fijne meester in de klas zat. Op de middelbare school is hem dat nog niet gelukt. Hij zou graag willen praten met zijn mentor en met een klasgenoot met wie hij op een hobbyclub wel durft te spreken. Ravi werd aangemeld voor behandeling maar raakte teleurgesteld. Het ging steeds over autisme en dat herkent hij maar ten dele bij zichzelf. Hij heeft veel meer last van zijn spreekangst, maar daar werd hij nog steeds niet mee geholpen.

Deze drie kinderen komen nauwelijks tot spreken in bepaalde situaties, maar laten elk een heel ander klinisch beeld zien. Toch is er een belangrijke overlap: zij worden belemmerd door sociale communicatieproblemen, die niet alleen bij mensen met autisme¹ worden teruggezien, maar ook bij andere problematiek voorkomen, waaronder bij selectief mutisme. Dit is een psychische aandoening waarbij mensen niet spreken in bepaalde sociale situaties, bijvoorbeeld op school of werk, maar wel goed in staat zijn om te spreken en dit ook vrijuit doen in andere situaties, veelal thuis. Zij zijn soms jarenlang niet in staat te praten met leerkrachten, met vrienden of soms zelfs met de eigen grootouders. Deze sociale interactieproblemen verschillen van die van kinderen met autisme, hoewel er ook raakvlakken zijn. Zijn deze aandoeningen wel zo verschillend? Is het noodzakelijk om te differentiëren wanneer er veel overlap in symptomen is en kunnen beide niet naast elkaar bestaan? Wat betekent dat voor de diagnostiek en behandeling? Dit zijn vragen waar klinici geregeld tegenaan lopen. In deze review bespreken we de huidige stand van zaken in deze discussie en doen op basis van de literatuur en klinische ervaring aanbevelingen voor de praktijk.

Wat zegt de naam '(S)electief mutisme'?: van moedwillig zwijgen naar spreekangst

Selectief mutisme werd voor het eerst beschreven als 'vrijwillige afasie' in 1877 door Adolf Kussmaul. Lange tijd werd dit tamelijk zeldzame verschijnsel gezien als een moedwillige

keuze. Moritz Tramer introduceerde in 1934 de naam 'electief mutisme', waaronder het later werd opgenomen in de *DSM-III* (American Psychiatric Association, 1980). In de *DSM-IV* (1994) veranderde de naam in 'selectief mutisme'. Daarmee werd het idee verlaten dat het niet-spreken een bewuste keuze zou zijn en kwam de nadruk te liggen op het selecte aantal situaties waarin kinderen niet in staat zijn om te spreken. Voor velen klinkt dit echter nog steeds alsof er sprake is van een bewuste selectie van personen met wie wel of niet gesproken wordt. Maar mensen met selectief mutisme geven zelf aan dat het onvermogen tot spreken hen overvalt in bepaalde situaties. Uit onderzoek blijkt dat jongeren met selectief mutisme sociaal angstige gedachten rapporteren die hen het spreken belemmeren, in combinatie met specifieke sociale triggers door bepaalde personen, plaatsen en/of activiteiten (Schwenck et al., 2022; Vogel et al., 2019). Er wordt geopperd dat 'situationeel mutisme' een betere term zou zijn (Johnson & Wintgens, 2015). In de *DSM-5* (American Psychiatric Association, 2013) werd selectief mutisme ondergebracht bij de angststoornissen, waardoor de rol van sociale angst als verklarende factor voor het niet-spreken werd erkend.

Hoewel selectief mutisme met een prevalentie van ca. 1% naar schatting ongeveer even vaak voorkomt als autisme, is het nog relatief onbekend en weinig onderzocht (Muris & Ollendick, 2015). Het wordt beschouwd als een heterogene stoornis met een vaak complex klinisch beeld van cognitieve, sociaal-emotionele en gedragsymptomen dat meer behelst dan uitsluitend niet spreken in specifieke (sociale) situaties (Kearney & Rede, 2021). Symptomen als vermijding van nieuwe (sociale) situaties, vermijden van sensorische prikkels, beperkte flexibiliteit en spraakproblematiek (e.g. Cohan et al., 2008; Kearney & Rede, 2021; Kristensen, 2000; Ludlow et al., 2022; Muris et al., 2021; Sharp et al., 2007) lijken op de symptomatologie van autisme en roepen logischerwijs de vraag op of deze condities naast elkaar kunnen bestaan.

Autisme en selectief mutisme: kan het samengaan?

Lange tijd werden autisme en selectief mutisme als classificaties beschouwd die niet samen gesteld konden worden. In de *DSM-III* (American Psychiatric Association, 1980) stond expliciet vermeld dat electief mutisme niet geassocieerd kon worden wanneer er sprake was van een andere mentale of fysieke stoornis. In de *DSM-IV* en *DSM-5* veranderde dit in: 'de problemen worden niet beter verklaard door communicatiestoornissen (bijvoorbeeld stotteren) en mogen niet uitsluitend voorkomen gedurende het beloop van een autisme-spectrumstoornis of een psychose' (American Psychiatric Association, 1994; 2013). Selectief mutisme werd dus niet geassocieerd wanneer de diagnose autisme al was gesteld. Toch werden er in de literatuur wel af en toe casussen beschreven waarin beide samen voorkwamen. In studies naar kinderen met selectief mutisme had circa 4-9% van de groep ook autisme (Brix Andersson & Hove Thomsen, 1998; Chavira et al., 2007; Kristensen, 2000). Meestal werden deze kinderen vervolgens uitgesloten van deelname aan de rest van de studie, waardoor we nog weinig weten over kinderen met deze dubbele diagnose. De werkelijke prevalentie van het samen voorkomen van autisme en selectief mutisme wordt vertroebeld doordat een classificatie 'selectief mutisme' niet gesteld wordt wanneer de *DSM*-criteria netjes worden gehanteerd. Tegelijkertijd roepen deze criteria bij

clinici veel vragen op, want wat wordt er precies verstaan onder 'niet *uitsluitend* voorkomen *gedurende het beloop* van een autismespectrumstoornis'?

Recent kwam er meer aandacht voor het samengaan van autisme en selectief mutisme en werd beargumenteerd om autisme als exclusiecriteria te verwijderen (Muris & Ollendick, 2021). Voorzichtige schattingen over het samengaan van deze classificaties lopen sterk uiteen en de betrouwbaarheid van het onderzoek hiernaar is nog gering. Zo werd in een Zweedse studie retrospectief dossieronderzoek gedaan bij een groep van 97 kinderen met selectief mutisme die deze diagnose kregen in een gespecialiseerd diagnostisch centrum voor ontwikkelingsstoornissen. Met terugwerkende kracht concludeerden de onderzoekers dat 63% van de kinderen voldeed aan de criteria voor een autismespectrumclassificatie en nog eens 20% vertoonde kenmerken van autisme, maar onvoldoende om aan de classificatiecriteria te voldoen (Steffenburg et al., 2018). Recent onderzoek heeft echter aangetoond dat het retrospectief stellen van een diagnose, enkel op basis van informatie van ouders niet betrouwbaar differentieert tussen een angststoornis en autismespectrumstoornis (Wittkopf et al., 2022). Bovendien werd hier voorbijgegaan aan het oorspronkelijke klinische oordeel, ondanks de ervaring van de klinici op het gebied van selectief mutisme en autisme.

Autisme en angststoornissen in het algemeen komen geregeld samen voor. Naar schatting 40% van de kinderen en jongeren met autisme kreeg tenminste een bijkomende angststoornisclassificatie, van wie circa 17-30% een sociale angststoornis (Zaboski & Storch, 2018). Kinderen met sociale angststoornissen tonen vaak gedragskenmerken die kinderen met autisme ook vertonen, zoals teruggetrokken gedrag, verlegenheid en vermijding van nieuwe (sociale) situaties (voor een meta-analyse, zie Clauss & Blackford, 2012). Sociale angststoornissen en selectief mutisme zijn soms moeilijk van autisme te onderscheiden, ook wanneer er wordt gekeken naar vroege (gedrags)voorlopers. Zo vonden Van Steensel en collega's (2013) in een retrospectief onderzoek dat twaalfjarige kinderen met sociale angst in de vroege kinderleeftijd autismekenmerken vertoonden.

Onderzoek naar de biologische etiologie van selectief mutisme staat nog in de kinderschoenen. In één studie werd een aanwijzing gevonden voor een mogelijke relatie tussen autisme en selectief mutisme. Stein en collega's (2011) vonden een *susceptibility*-gen dat gerelateerd is aan selectief mutisme, autisme en taalproblematiek. Genen komen in verschillende varianten voor, allelen genoemd. Het risico-allel voor selectief mutisme was echter juist het niet-risico-allel voor autisme. Dit suggereert dat er weliswaar een raakvlak zou kunnen zijn tussen autisme en selectief mutisme, maar dat we aan de resultaten van dit onderzoek nog geen conclusies kunnen verbinden.

Naast de overlappende symptomen zijn er ook duidelijke verschillen tussen gedragskenmerken van kinderen met selectief mutisme en autisme. Waar de sociale communicatieproblemen van kinderen met selectief mutisme situatiespecifiek zijn, hebben kinderen met autisme in alle situaties, ook thuis, moeite met sociale communicatie. Daarnaast zijn de nonverbale prosociale communicatievaardigheden (zoals knikken, glimlachen) in niet-stressvolle situaties bij kinderen met selectief mutisme leeftijdsadequaat, in tegenstelling tot hun leeftijdgenoten met autisme (Thom et al., 2020). Iets vergelijkbaars werd gevonden in een studie naar *joint attention*. Jonge kinderen met selectief mutisme

lieten weliswaar weinig joint attention zien, maar uitsluitend tijdens stressvolle situaties (Nowakowski et al., 2011). Wanneer aan hen gevraagd werd een korte presentatie over hun verjaardag voor te bereiden, was er minder joint attention met de aanwezige ouder dan bij kinderen met andere angststoornissen of kinderen zonder angststoornis. Tijdens vrij spel was er echter geen verschil in joint attention met de ouder in vergelijking met kinderen met een andere angststoornis of zonder diagnose. Dit lijkt erop te wijzen dat beperkingen in joint attention bij kinderen met selectief mutisme een uiting van stress zijn in plaats van een gebrek aan joint attention-vaardigheden die in alle situaties voorkomen, zoals bij kinderen met autisme (Meindl & Cannella-Malone, 2011). Ten slotte hebben kinderen met autisme vaak meer moeite in de sociale interactie met leeftijdsgenoten dan met volwassenen (Walters et al., 1990), terwijl dit bij veel kinderen met selectief mutisme precies andersom is (Schwenck et al., 2022).

Ook op het gebied van beperkte interesses of activiteiten, en zich herhalende gedragspatronen, zijn er verschillen. Kenmerken die we bij kinderen met autisme zien, zoals stereotiep spel of spraak, repetitieve motorische bewegingen, zeer intense interesses of ongewone zintuigelijke interesses, zien we niet bij kinderen met selectief mutisme. Ondergevoeligheid voor zintuigelijke prikkels wordt ook niet gezien, maar overgevoeligheid wel. Uit eerder onderzoek bleek dat, in tegenstelling tot overgevoeligheid, alleen ondergevoeligheid voor prikkels specifiek is voor kinderen met autisme (Baranek et al., 2006). Ouders rapporteren verder vaak dat kinderen met selectief mutisme graag vasthouden aan bekende situaties en nieuwe situaties liever uit de weg gaan. Bij mensen met sociale angst, met én zonder autisme, werd 'intolerantie van onzekerheid' en sensorische ondergevoeligheid vaak gevonden (Carleton, 2012; Pickard et al., 2020).

Classificerende diagnostiek: mogelijkheden en valkuilen

Het naast elkaar classificeren van autisme en selectief mutisme kan nuttig zijn om recht te doen aan beide en te zorgen dat beide in het interventiebeleid de aandacht krijgen die ze verdienen. Wanneer een van beide ten onrechte niet goed onderkend wordt, kan dat een gunstige ontwikkeling in de weg staan. Als selectief mutisme, bijvoorbeeld, onterecht wordt toegeschreven aan communicatieproblemen behorend bij autisme, kan dat ertoe leiden dat (spreek)angst onbehandeld blijft. Verschillende auteurs waarschuwen dan ook voor een te snelle diagnose autisme bij kinderen met kenmerken van selectief mutisme (Simms, 2017; Snyder et al., 2008). Ook wanneer er sprake is van beide stoornissen, kan het miskennen van een angststoornis maken dat behandeling van angstklachten uitblijft. Angstklachten kunnen de kwaliteit van leven van mensen met autisme sterk verlagen. De behandeling van angstsymptomen is dan ook belangrijk. Er is evidentie dat (aangepaste) cognitieve gedragstherapie helpt om angst te verminderen bij kinderen met autisme, met name wanneer ouders betrokken worden, hoewel de wetenschappelijke onderbouwing nog altijd zeer dun is (voor reviews, zie Danial & Wood, 2013; Linden et al., 2022; Zaboski & Storch, 2018).

Het omgekeerde kent ook risico's. Wanneer beperkte communicatie volledig wordt toegeschreven aan selectief mutisme of angst en onderliggend autisme onvoldoende wordt gezien, kan dat maken dat er te veel en te lang wordt geoefend met sociale communicatie

waarvoor een kind of jongere onvoldoende vaardigheden heeft. Bij de behandeling van selectief mutisme wordt gebruikgemaakt van *gradual exposure* en cognitieve herstructurering middels cognitieve gedragstherapie (voor een review, zie Østergaard, 2018). Als kinderen onvoldoende in staat zijn sociale situaties te snappen, of eigen en andermans gedachten en emoties goed te begrijpen, kunnen deze exposure-oefeningen leiden tot overvraging of overprikkeling. Omgevingsaanpassingen en het inzetten van alternatieve communicatiemiddelen heeft dan prioriteit, waarna gericht geoefend kan worden met (specifieke) communicatie over behoeften die kwaliteit van leven, positieve gezondheid en zelfredzaamheid vergroten.

Maar hoe kunnen we autisme en selectief mutisme betrouwbaar van elkaar onderscheiden of verantwoord naast elkaar classificeren? Diagnostiek met behulp van betrouwbare en valide instrumenten en op basis van informatie en observatie in meerdere settings en uit meerdere bronnen is van wezenlijk belang. Voor het diagnosticeren van selectief mutisme is de bron en de setting extra belangrijk omdat de selectiviteit van communicatieproblemen de kern van de stoornis is. Leerkrachten zien kinderen met selectief mutisme bijvoorbeeld vooral in situaties waarin kinderen niet durven spreken en hun sociale communicatie dus zeer beperkt is. Hoge scores op screenende vragenlijsten liggen dan voor de hand. Voor ouders is het moeilijk deze vragenlijsten in te vullen, omdat hun kind in de ene situatie zo anders communiceert dan in de andere. Dat beperkt de validiteit van deze vragenlijsten en roept de vraag op of de specificiteit van deze vragenlijsten hoog genoeg is om een betrouwbaar onderscheid te maken tussen selectief mutisme en autisme. Onderzoek met screenende vragenlijsten voor autisme toont dan ook aan dat kinderen met selectief mutisme er vaak hoog op scoren (bijvoorbeeld Klein et al., 2019; Suzuki et al., 2020). Dat is niet verrassend omdat deze vragenlijsten altijd een groot beroep doen op sociaal communicatief gedrag in dagelijkse situaties. Zo vonden Cholemkery en collega's (2014) dat de Social Responsiveness Scale (SRS, Constantino & Gruber, 2005) differentieert tussen kinderen met autisme en kinderen zonder diagnose, maar niet geschikt is om in de klinische praktijk te differentiëren tussen kinderen met autisme en kinderen met overlappende symptomen, die verklaard kunnen worden door andere problematiek zoals angst bij selectief mutisme. Ook de veelgebruikte diagnostische instrumenten voor autisme, de ADI-R (Lord et al., 1994) en de ADOS-2 (Lord et al., 2000), moeten met voorzichtigheid gehanteerd worden. Het interview met ouders, ADI-R, is slechts beperkt valide en betrouwbaar gebleken om angststoornissen te onderscheiden van autisme (Wittkopf et al., 2022). In combinatie met een gestandaardiseerde observatie met de ADOS-2 neemt de betrouwbaarheid toe, maar is nog altijd beperkt. Zo blijkt dat repetitief/stereotiep gedrag, zoals gemeten met de ADI-R en ADOS-2, niet specifiek is voor autisme en niet goed differentieert tussen autisme en angststoornissen. Een uitzondering hierop vormt het item 'stereotiep taalgebruik'. De auteurs beschrijven een combinatie van acht items (vijf van de ADOS-2 en drie van de ADI-R) die de sensitiviteit en specificiteit van deze instrumenten bij differentiaal-diagnostiek tussen angststoornissen en autisme verhogen (Wittkopf et al., 2022). Al met al kunnen we dus zeggen dat deze instrumenten in ieder geval in combinatie gebruikt moeten worden, maar dat voorzichtigheid bij de interpretatie van een groot deel van de items geboden is.

Betrouwbaar classificeren van angststoornissen bij kinderen en jongeren met autisme is eveneens moeilijk. Vragenlijsten zijn soms moeilijk in te vullen voor jongeren zelf. De psychometrische kwaliteiten van de Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorder-71 (SCARED-71, Bodden et al., 2009) werden adequaat bevonden in een Nederlandse onderzoeksgroep, maar de discriminante validiteit was matig, waardoor een verhoging van de cutoffscores werd voorgesteld (Van Steensel et al., 2013). Voor het klinisch interview, de Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS, Silverman & Albano, 1996) werd een apart supplement ontwikkeld om autisme en angststoornissen beter van elkaar te kunnen onderscheiden (Kerns et al., 2017). Dit instrument is echter nog niet in Nederland beschikbaar.

Al met al is het een uitdaging om autisme en selectief mutisme betrouwbaar van elkaar te onderscheiden of naast elkaar te classificeren met behulp van beschikbare diagnostische instrumenten. Het grote verschil in gedrag van kinderen en jongeren in verschillende specifieke situaties maakt informatie uit meerdere bronnen en in meerdere situaties nog belangrijker dan gewoonlijk. Voor de klinische praktijk kunnen de adviezen zoals weergegeven in Box 1 wellicht behulpzaam zijn:

Box 1. Klinische adviezen

- Gebruik diagnostische instrumenten met voorzichtigheid en neem daarbij de wetenschappelijke bevindingen t.a.v. de betrouwbaarheid, validiteit en/of item-selectie en cutoffaanpassingen mee.
- Bij vragenlijsten over autisme gerelateerd gedrag: Vraag ouders en/of kinderen/jongeren eenzelfde vragenlijst in te vullen voor verschillende situaties: een veilige situatie waarin een kind vrijuit spreekt, bijvoorbeeld thuis, en een situatie waarin een kind niet volledig vrijuit durft te spreken. Zo ontstaat er een beter beeld van de situatiespecifiteit van eventuele sociaal-cognitieve of sociaal-communicatieve moeilijkheden.
- Kinderen/jongeren met selectief mutisme vinden het vaak heel moeilijk om antwoorden op te schrijven in het bijzijn van een onderzoeker. Geef gelegenheid deze vragenlijsten, desgewenst samen met ouders, in te vullen zonder aanwezigheid van een derde persoon.
- Gebruik non-verbale en visuele middelen om vragen te beantwoorden of keuzes aan te geven, zoals voorgedrukte kaartjes, schalen (0-10, kleuren, smileys) of ja/nee opties.
- Observeer altijd in meerdere situaties (ook thuis) of maak gebruik van videobeelden van thuis, om er zeker van te zijn dat je het kind/de jongere ook ziet in voor hem/haar 'veilige' situaties.
- Bij jonge kinderen kan observatie vanachter een onewayscreen helpend zijn. Ouders kunnen met hun kind spelen, terwijl de onderzoeker zich, met medeweten van kind en ouders, achter het screen bevindt. Voor jonge kinderen is het soms makkelijker om zich minder bewust te voelen van de

aanwezigheid van de onderzoeker. Voor oudere kinderen is dit vaker juist stressverhogend en geen aanrader.

- Neem bij een eerste bezoek bij voorbaat spanning weg door goed te vertellen wat het kind te wachten staat en te vertellen dat er geen verbale communicatie gevraagd zal worden. Een speelse of ontspannen aanpak met voorspelbaarheid en vertrouwen dat spreken niet nodig is, kan ervoor zorgen dat een kind veel beter in staat is tot non-verbale communicatie. Dat maakt een observatie van het niet-verbale gedrag en van sociale interactie, kansrijker.

Handelingsgerichte diagnostiek en procesdiagnostiek

Veel belangrijker nog dan classificatie, is het in kaart brengen van gedrag dat het meest belangrijk en het meest kansrijk is om te veranderen. Handelingsgerichte diagnostiek richt zich op de eerste stappen die genomen kunnen worden om (spreek)angst te verlagen, bijvoorbeeld in het aanpassen van de omgeving, in het inzetten van alternatieve manieren van communiceren en in het opstellen van een angsthiërarchie om gewenst gedrag te oefenen. Ook hierbij geldt dat informatie uit meerdere bronnen en in meerdere situaties belangrijk is om gedragsmoeilijkheden, sterke kanten, compensatiemechanismen en ingangen tot verandering te inventariseren.

De eerder besproken instrumenten zoals de SRS differentiëren weliswaar niet betrouwbaar tussen autisme en angststoornissen, maar kunnen wel worden ingezet om de mate van ernst van sociaalcommunicatieve moeilijkheden in kaart te brengen (Korzeniewski et al., 2017). De Selective Mutism Questionnaire (SMQ) is een veelgebruikt en betrouwbaar instrument om de mate van ernst van niet-spreken in verschillende situaties te inventariseren (Rodrigues Pereira et al., 2022). Deze vragenlijst wordt ingevuld door ouders. Een goede vragenlijst voor school ontbreekt nog grotendeels. De SMQ heeft weliswaar een verkorte versie van zes vragen die door de leerkracht kan worden ingevuld, maar deze vragen geven slechts een zeer beperkt beeld van het communicatief gedrag in verschillende situaties op school. Er is ook behoefte aan de ontwikkeling van goede observatie en zelfrapportage-instrumenten voor kinderen en jongeren met selectief mutisme, om een beeld te krijgen van hun verbale, non-verbale en digitale communicatie (Rodrigues Pereira et al., 2021). Daarbij is het belangrijk rekening te houden met het feit dat angst om te communiceren zich vaak ook manifesteert in geschreven en digitale communicatie (De Jonge et al., *submitted*). Wanneer jongeren de tijd krijgen om op hun eigen moment en zonder toeschouwers concrete antwoorden op te schrijven, lukt het hen vaak beter.

Procesdiagnostiek is vaak een goede keuze als niet direct duidelijk is of er sprake is van autisme, selectief mutisme of allebei. Het beloop en de prognose van selectief mutisme en een stoornis binnen het autismespectrum laten vaak verschillen zien. De sociale communicatieproblemen bij autisme komen al vroeg in de ontwikkeling tot uiting in de meeste situaties en houden levenslang aan. De impact van deze problemen kan echter wel veranderen gedurende verschillende ontwikkelingsfasen (Barendse et al., 2018; Thom et al., 2020). Bij selectief mutisme worden geen sociale problemen gerapporteerd in de thuissituatie, maar vallen sociaalcommunicatieve moeilijkheden met mensen buiten het

gezin vaak voor het eerst op tussen de twee en drie jaar. Meestal worden deze moeilijkheden pas als probleem ervaren wanneer het kind naar school gaat. Het kernsymptoom (niet spreken in specifieke situaties) vermindert vaak sterk of volledig na de leeftijd van ongeveer acht jaar (voor een review, zie Thom et al., 2020). Desondanks ervaart een deel van de kinderen met selectief mutisme op latere leeftijd nog problemen gerelateerd aan een sociale angststoornis, waaronder sociale communicatieproblemen (Remschmidt et al., 2001; Steinhausen et al., 2006).

Uit een recente studie naar kinderen met selectief mutisme en kinderen met de dubbelbeldiagnose selectief mutisme en autisme bleek dat de aanverwante autisme-classificatie samenhangt met een hogere mate van zintuigelijke informatieverwerkingsproblemen en dat deze kinderen vaker een vertraagde taalontwikkeling doormaakten (Ludlow et al., 2022). Bovendien was de mate van ernst van de selectiefmutismeproblematiek en sociale angstkenmerken groter bij de kinderen die ook een autisme-classificatie hadden, dan bij kinderen waarbij alleen sprake was van selectief mutisme. Voor de handelingsgerichte of procesdiagnostiek betekent dit bijvoorbeeld dat het belangrijk is om te verkennen of vermijding van zintuigelijke prikkels vooral samenhangt met sociale angst in drukke situaties of voorkomt in allerlei prikkelrijke situaties.

Interventie

Psycho-educatie over angst is een van de eerste interventies die kunnen worden ingezet bij kinderen met selectief mutisme met of zonder aanverwant autisme. Psycho-educatie geeft de gelegenheid tot procesdiagnostiek en legt de basis voor een cognitief gedragstherapeutische interventie. CGT wordt geadviseerd als de interventiemethode van eerste keuze bij kinderen met selectief mutisme, evenals bij kinderen met autisme en angst. Dit kan zo nodig worden ondersteund met farmacologische behandeling met een *selective serotonin reuptake inhibitor* (SSRI), wanneer de angst te hoog blijft en behandeling te weinig effect heeft. Naar de effectiviteit van een behandeling met SSRI's is echter zowel bij autisme als bij selectief mutisme meer onderzoek nodig (NICE, 2021; Oerbeck et al., 2019). CGT bestaat over het algemeen uit graduele exposure, cognitieve herstructurering en ontspanningstechnieken. Dit zouden eerste aanknopingspunten kunnen zijn voor behandeling.

Eerder beschreven we al dat enige voorzichtigheid geboden is bij het inzetten van exposure bij kinderen met selectief mutisme als er ook sprake is van autisme. Er bestaat een risico op overvraging als de sociaalcommunicatieve problemen niet alleen voortkomen uit sociale angst, maar ook uit informatieverwerkingsproblemen of beperkingen in sociale, emotionele of communicatieve vaardigheden (Ludlow et al., 2022). Dat betekent zeker niet dat graduele exposure om communicatie te faciliteren en angst te verlagen niet moet worden gebruikt. Onze therapeutische methoden zijn echter vaak erg talig en vragen reflectie op gedachten en gevoel. Dat is niet alleen moeilijk voor mensen met autisme, maar ook voor mensen met selectief mutisme, mogelijk omdat ze hun eigen binnenwereld niet goed hebben leren kennen of verwoorden, en mogelijk omdat ze hun gevoel niet durven delen uit angst voor wat een ander daarvan vindt. Het is dan ook belangrijk de eisen aan productieve taal, emotionele reflectie en initiatiefname in het contact laag te houden, zeker in de eerste fase van interventie. Dit alles maakt de behandeling van met name jongeren met

selectief mutisme, met of zonder autisme erbij, niet eenvoudig en vraagt om aanpassingen op de reguliere cognitief-gedragstherapeutische technieken voor sociale angst. De suggesties zoals beschreven in Box 2 kunnen daar wellicht bij helpen.

Box 2. Suggesties voor jeugdigen met selectief mutisme met of zonder autisme

- Stel een angsthiërarchie op met behulp van kaartjes of post-its die op volgorde geplakt kunnen worden.
- Maak keuzes concreet door mogelijke gedachten/gevoelens van anderen in een vergelijkbare situatie voor te leggen.
- Geef de gelegenheid tot non-verbale antwoorden door mate van stress aan te wijzen op een schaal/thermometer, kaartjes of voorwerpen te gebruiken om situaties te visualiseren en/of gesloten vragen te stellen. Let er daarbij wel op dat schrijven voor veel jongeren met selectief mutisme ook stressvol is, evenals het gebruik van digitale communicatie (zoals appen, chat, mailen)
- Laat opdrachten thuis (af)maken of aanvullen.
- Betrek ouders en gezinsleden om het verband tussen gedachten, gevoel en gedrag te verduidelijken.
- Bereid exposure-oefeningen goed voor, maak kleine stapjes en zorg voor veel structuur en voorspelbaarheid.
- Gebruik *social stories* om sociale situaties voor te bereiden.
- Maak gebruik van alternatieve communicatiemiddelen of technieken waar nodig. Voor vertellen in de kring kan het kind bijvoorbeeld foto's tonen, waarop andere kinderen vragen kunnen stellen die met ja/nee (verbaal of non-verbaal) te beantwoorden zijn. Zo ontstaat er communicatie en oefent het kind met 'in de belangstelling staan' zonder dat nog verbale antwoorden nodig zijn. Om hulp te vragen kan een schriftje worden ingezet waarin ook thuis kan worden geschreven.

Ten slotte is de betrokkenheid van het systeem van groot belang. Dat geldt zowel voor ouders en het gezinssysteem als voor de leerkracht en de klas op school. Ouders staan voor de moeilijke taak hun kind te helpen in situaties, waar zij voor een deel niet bij aanwezig zijn. In situaties waar zij wel bij zijn, zijn ze getuige van een gedragsverandering bij hun kind, die pijnlijk is en machteloos maakt. Ouders reageren daarop met beschermend gedrag (spreken voor hun kind) of directieve aanmoedigingen (Edison et al., 2011). Daarbij komt dat een deel van de ouders van kinderen met selectief mutisme zelf ook psychopathologie heeft (Koskela et al., 2020). Een recente studie vergeleek ouders van kinderen met selectief mutisme met ouders van kinderen met gegeneraliseerde angststoornissen en vond dat moeders van kinderen met selectief mutisme vaker obsessief-compulsieve gedragskenmerken hadden, terwijl vaders vaker angstsymptomen hadden (Capozzi et al., 2018).

Betrokkenheid van ouders bij interventie is van belang voor kinderen met selectief mutisme en voor kinderen met autisme, om langetermijneffecten te vergroten en generalisatie te bevorderen (Manassis et al., 2014). Modeling tijdens therapie sessies en mediatietechnieken kunnen ouders helpen hun kind in spannende situaties te stimuleren, zonder te resulteren in overbescherming of overvraging (DeVries et al., 2022; Frank et al., 2022). Voor leerkrachten is het begeleiden van een kind met selectief mutisme vaak lastig. Het gebrek aan communicatie en contact maakt ook hen onmachtig (Longobardi et al., 2019). Psycho-educatie is belangrijk om de leerkracht te ondersteunen, vooral wanneer deze een rol gaat spelen in exposure-oefeningen in de klas. Ten slotte is het belangrijk de systemische aspecten in de klas in ogenschouw te nemen bij de behandeling. Veel kinderen met selectief mutisme worden geholpen door klasgenoten. Sociale angst voor de reacties van medeleerlingen vormt een enorme belemmering voor een kind om de stap te nemen te gaan spreken. Klasgenoten kunnen worden meegenomen in graduele exposure, maar het kan ook helpen met de klas te bespreken op welke manieren zij wel of beter niet kunnen helpen of reageren. Vaak kunnen leerlingen met selectief mutisme daar over meedenken, bijvoorbeeld thuis met hun ouders. Als de oefensituaties op school en de reacties van anderen meer voorspelbaar zijn, kan dat leerlingen met selectief mutisme, zeker wanneer er ook sprake is van autisme, erg helpen.

CONCLUSIE

Selectief mutisme is een vorm van een angststoornis, maar gaat wellicht vaker samen met autisme dan eerder werd gedacht. Het onderzoek naar prevalentie van deze dubbel diagnose staat nog in de kinderschoenen. Het grootste deel van de studies wijst op een klein percentage (minder dan 10%) van kinderen met selectief mutisme, die ook een classificatie autisme hebben. Een groter deel van de kinderen met selectief mutisme heeft gedragskenmerken die ook gezien worden bij kinderen met autisme, zoals zintuiglijke informatieverwerkingsproblemen of beperkte flexibiliteit in dagelijkse sociale situaties. Deze gedragskenmerken zijn echter vaak milder of komen alleen in specifieke sociale situaties voor. Er zijn ook duidelijke verschillen tussen kinderen met selectief mutisme en kinderen met autisme, bijvoorbeeld op het gebied van non-verbale communicatie, sociale motivatie en joint attention in 'veilige' situaties (veelal thuis).

De meeste diagnostische instrumenten zijn onvoldoende betrouwbaar en valide om goed te differentiëren tussen selectief mutisme en autisme. Screenende vragenlijsten bedoeld voor diagnostiek naar autisme, maar ook diagnostische interviews of observatie-instrumenten, meten sociaalcommunicatief gedrag. Voor ouders, leerkrachten en kinderen met selectief mutisme zelf zijn deze vragen lastig te beantwoorden omdat het sociaalcommunicatieve gedrag zo situatie-afhankelijk is. Hoewel er aanbevelingen te geven zijn (zie Box 1), is handelingsgerichte en procesdiagnostiek in geval van twijfel raadzaam.

Zo werden bij Lia, de 3,10-jarige peuter, veel kenmerken van autisme gezien op het kinderdagverblijf, maar ouders herkenden dit thuis niet. Het feit dat hun oudste zoon autisme had, maakte hen echter wel alert. Bij Lia werd procesdiagnostiek ingezet en de overgang

naar school begeleid. Er werd veel aandacht besteed aan de voorbereiding, voorspelbaarheid en kennismaking met de juf. Zij speelde al een aantal keer met haar ouders en broer in een leeg klaslokaal. In de eerste schoolmaanden werden de leerkracht en de ouders begeleid. Lia ging geleidelijk aan spreken in de klas en hoewel zij wat angstig bleef in grote groepen of onverwachte situaties, bleek er uiteindelijk van autisme geen sprake.

Frenk daarentegen vertoonde veel kenmerken van autisme. Bij hem leek het niet-spreken veel meer samen te hangen met sociale beperkingen in het delen van interesses, gedachten en emoties met anderen. Ook thuis had hij daar moeite mee. In plaats van interventie die uitsluitend gericht was op het verminderen van spreekangst werden ook interventies ingezet om sociale vaardigheden te vergroten en emoties te leren herkennen. Spreken met de leerkracht werd geoefend, maar daarbij werd getracht zo concreet mogelijke opdrachten te bedenken die aansloten bij Frenks interesses. Sociale communicatie of hulp vragen bleek voor Frenk zo moeilijk dat daarvoor extra hulp werd geboden en alternatieve communicatiemiddelen werden ingezet.

Bij Ravi was ook sprake van autisme, maar hij raakte gefrustreerd omdat de interventie zich zo sterk op psycho-educatie over autisme richtte dat zijn eigen wens om te durven spreken met enkele belangrijke mensen in zijn omgeving ondergesneeuwd raakte. Ravi was heel gemotiveerd toen een CGT-behandeling werd ingezet, al moesten sommige onderdelen concreter gemaakt worden omdat hij minder kon met cognitieve herstructurering en rapportage van emoties.

We kunnen concluderen dat de overeenkomsten en verschillen tussen selectief mutisme en autisme nog veel meer onderzoek vragen. De suggestie van Muris en Ollendick (2021b) om autisme als exclusie criterium te verwijderen uit de *DSM*-classificatie ondersteunen wij. Dat zal onderzoek naar het samengaan van deze beide classificaties bij een deel van de kinderen en jongeren bevorderen. Toekomstig onderzoek is nodig om het diagnostisch instrumentarium te verbreden en verbeteren en om interventies naar de behandeling van selectief mutisme en sociale angst, soms in combinatie met autisme, te verbeteren.

Auteursgegevens

Prof. dr. Maretha V. De Jonge is verbonden aan de Universiteit Leiden

Dr. Andrea M. Spruijt is onderzoeker aan de Universiteit Leiden

Noot

1. Ten behoeve van de leesbaarheid wordt er in het vervolg van de tekst gebruikgemaakt van de term 'autisme', waarmee het hele spectrum wordt bedoeld. Over de voorkeur van de formulering 'autistische kinderen' versus 'kinderen met autisme' wordt momenteel veel gediscussieerd. Op basis van de voorkeur van de meerderheid van ouders en mensen met autisme in Nederland (Buijsman et al., 2022) werd gekozen voor 'mensen met autisme/selectief mutisme'.

Referenties

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.) (DSM-III). Washington, DC: American Psychiatric Association.

- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.) (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.) (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association. doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596
- Barendse, E.M., Hendriks, M.P.H., Thoonen, G., Aldenkamp, A.P., & Kessels, R.P.C. (2018). Social behaviour and social cognition in high-functioning adolescents with autism spectrum disorder (ASD): two sides of the same coin? *Cognitive Processes*, 19, 545–55. https://doi.org/10.1007/s10339-018-0866-5
- Baranek, G.T., David, F.J., Poe, M.D., Stone, W.L., & Watson, L.R. (2006). Sensory Experiences Questionnaire: discriminating sensory features in young children with autism, developmental delays, and typical development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 591–601. 10.1111/j.1469-7610.2005.01546.x
- Bodden, D.H.M., Bögels, S.M., & Muris, P. (2009). The diagnostic utility of the screen for child anxiety-related emotional disorder-71 (SCARED-71). *Behaviour Research and Therapy*, 47, 418–25. https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.015
- Brix Andersson, C. & Hove Thomsen, P. (1998). Electively mute children: an analysis of 37 Danish cases. *Nordic Journal of Psychiatry*, 52, 231–8. doi.org/10.1080/08039489850139157
- Buijsman, R., Begeer, S., & Scheeren, A.M. (2022). ‘Autistic person’ or ‘person with autism’? Person-first language preference in Dutch adults with autism and parents. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 13623613221117914. Advance online publication. doi.org/10.1177/13623613221117914
- 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 and Adolescent Psychiatry*, 27, 775–83.
- Carleton R.N. (2012). The intolerance of uncertainty construct in the context of anxiety disorders: theoretical and practical perspectives. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12, 937–47. doi.org/10.1586/ern.12.82
- 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, 1464–72. doi.org/https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318149366a
- Cholemkery, H., Mojica, L., Rohrmann, S., Gensthaler, A., & Freitag, C.M. (2014). Can autism spectrum disorders and social anxiety disorders be differentiated by the social responsiveness scale in children and adolescents? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 1168–82. doi.org/10.1007/s10803-013-1979-4
- Clauss, J.A. & Blackford, J.U. (2012). Behavioral inhibition and risk for developing social anxiety disorder: a meta-analytic study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, 1066–75.e1061. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.08.002
- 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 and Adolescent Psychology*, 37, 770–84. https://doi.org/10.1080/15374410802359759

- Constantino, J. & Gruber, J. (2005). *Social Responsiveness Scale (SRS). Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Danial, J.T. & Wood, J.J. (2013). Cognitive behavioral therapy for children with autism: review and considerations for future research. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 34, 702-15. doi: 10.1097/DBP.0b013e31829f676c
- De Jonge, M.V., Nibbering, N., Brand, I., & van der Voort, A. (...). *It's about more than just talking: exploring computer-mediated communication in adolescents with selective mutism*. Submitted for publication.
- DeVries, L., Pickard, K., Boles, R., Blakeley-Smith, A., Duncan, A., Keefer, A., et al. (2022). The role of maternal anxiety in treatment response for youth with ASD and co-occurring anxiety. *Child Psychiatry and Human Development*, 1-10. doi: 10.1007/s10578-022-01381-0
- Edison, S.C., Evans, M.A., McHolm, A.E., Cunningham, C.E., Nowakowski, M.E., Boyle, M., et al. (2011). An investigation of control among parents of selectively mute, anxious, and non-anxious children. *Child Psychiatry and Human Development*, 42, 270-90. doi.org/10.1007/s10578-010-0214-1
- Frank, H.E., Kagan, E.R., Storch, E.A., Wood, J.J., Kerns, C.M., Lewin, A.B., et al. (2022). Accommodation of anxiety in youth with autism spectrum disorder: results from the TAASD study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 51, 219-29.
- Johnson, M. & Wintgens, A. (2015). Viewing selective mutism as a phobia of talking: the importance of accurate conceptualisation for effective clinical and parental management. In C.L. Essau and J.L. Allen (Eds.), *Making parenting work for children's mental health* (pp. 61-71). doi.org/10.13056/OP33.j
- Kearney, C.A. & Rede, M. (2021). The heterogeneity of selective mutism: a primer for a more refined approach. *Frontiers in Psychology*, 12, 700-45. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.700745>
- Kerns, C.M., Renno, P., Kendall, P.C., Wood, J.J., & Storch, E.A. (2017). Anxiety disorders interview schedule-autism addendum: reliability and validity in children with autism spectrum disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 46, 88-100. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1233501>
- Klein, E.R., Ruiz, C.E., Morales, K., & Stanley, P. (2019). Variations in parent and teacher ratings of internalizing, externalizing, adaptive skills, and behavioral symptoms in children with selective mutism. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 4070. <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/21/4070>
- Korzeniewski, S.J., Joseph, R.M., Kim, S.H., Allred, E.N., O'Shea, T.M., Leviton, A., et al. (2017). Social Responsiveness Scale assessment of the preterm behavioral phenotype in 10-year-olds born extremely preterm. *Journal of Developmental Behavioral Pediatrics*, 38, 697-705. <https://doi.org/10.1097/dbp.0000000000000485>
- Koskela, M., Chudal, R., Luntamo, T., Suominen, A., Steinhausen, H.-C., & Sourander, A. (2020). The impact of parental psychopathology and sociodemographic factors in selective mutism – a nationwide population-based study. *BMC Psychiatry*, 20, 1-13.
- 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, 249-56. doi.org/10.1097/00004583-200002000-00026

- Kussmaul, A. (1877). *Die Störungen der Sprache: Versuch einer Pathologie der Sprache*. Leipzig: F.C.W. Vogel.
- Linden, A., Best, L., Elise, F., Roberts, D., Branagan, A., Tay, Y.B.E., et al. (2022). Benefits and harms of interventions to improve anxiety, depression, and other mental health outcomes for autistic people: a systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *Autism*, 27. <https://doi.org/10.1177/13623613221117931>
- Longobardi, C., Badenes-Ribera, L., Gastaldi, F.G.M., & Prino, L.E. (2019). The student-teacher relationship quality in children with selective mutism. *Psychology in the Schools*, 56, 32–41. <https://doi.org/10.1002/pits.22175>
- Lord, C., Risi, S., Lambrecht, L., Cook, E.H., Leventhal, B.L., DiLavore, P.C., Pickles, A., et al. (2000). The autism diagnostic observation schedule–generic: a standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 205–23.
- Lord, C., Rutter, M., & Le Couteur, A. (1994). Autism diagnostic interview—revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 659–85. <https://doi.org/10.1007/BF02172145>
- Ludlow, A.K., Osborne, C., & Keville, S. (2022). Selective mutism in children with and without an autism spectrum disorder: the role of sensory avoidance in mediating symptoms of social anxiety. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05674-0>
- Manassis, K., Lee, T.C., Bennett, K., Zhao, X.Y., Mendlowitz, S., Duda, S., et al. (2014). Types of parental involvement in CBT with anxious youth: a preliminary meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 1163–72.
- Meindl, J.N. & Cannella-Malone, H.I. (2011). Initiating and responding to joint attention bids in children with autism: a review of the literature. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 1441–54. [doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.02.013](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.02.013)
- Muris, P., Monait, N., Weijsters, L., & Ollendick, T.H. (2021). Symptoms of selective mutism in non-clinical 3- to 6-year-old children: relations with social anxiety, autistic features, and behavioral inhibition. *Frontiers in Psychology*, 12, 669907. doi.org/10.3389/fpsyg.2021.669907
- Muris, P. & Ollendick, T.H. (2015). Children who are anxious in silence: a review on selective mutism, the new anxiety disorder in DSM-5. *Clinical Child and Family Psychological Review*, 18, 151–69. doi.org/10.1007/s10567-015-0181-y
- 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, 294–325. doi.org/10.1007/s10567-020-00342-0
- NICE (2021). *Autism spectrum disorder in under 19s: support and management*. Available from: [nice.org.uk/cg142](https://www.nice.org.uk/cg142).
- Nowakowski, M.E., Tasker, S.L., Cunningham, C.E., McHolm, A.E., Edison, S., Pierre, J., et al. (2011). Joint attention in parent-child dyads involving children with selective mutism: a comparison between anxious and typically developing children. *Child Psychiatry and Human Development*, 42, 78–92. doi.org/10.1007/s10578-010-0208-z

- Oerbeck B., Manassis K., Overgaard, K.R., & Kristensen, H. (2019). Selective mutism. In J.M. Rey and A. Martin (Eds.), *J.M. Rey's IACAPAP e-textbook of child and adolescent mental health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Østergaard, K.R. (2018). Treatment of selective mutism based on cognitive behavioural therapy, psychopharmacology and combination therapy – a systematic review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72, 240–50. doi.org/10.1080/08039488.2018.1439530
- Pickard, H., Hirsch, C., Simonoff, E., & Happé, F. (2020). Exploring the cognitive, emotional and sensory correlates of social anxiety in autistic and neurotypical adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61, 1317–27. doi.org/10.1111/jcpp.13214
- Remschmidt, H., Poller, M., Herpertz-Dahlmann, B., Hennighausen, K., & Gutenbrunner, C. (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European Archive of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251, 284–96. doi.org/10.1007/pl00007547
- Rodrigues Pereira, C., Ensink, J.B.M., Güldner, M.G., Kan, K.J., De Jonge, M., Lindauer, R.J.L., et al. (2022). The validation of the selective mutism questionnaire for use in the Dutch population. *Child Psychiatry and Human Development*. doi.org/10.1007/s10578-022-01387-8
- Rodrigues Pereira, C., Ensink, J.B.M., Güldner, M.G., Lindauer, R.J.L., De Jonge, M., & Utens, E.M.W.J. (2021). Diagnosing selective mutism: a critical review of measures for clinical practice and research. *European Child and Adolescent Psychiatry*. doi.org/10.1007/s00787-021-01907-2
- 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 and Adolescent Psychiatry*, 31, 141929. doi.org/10.1007/s00787-021-01777-8
- Sharp, W.G., Sherman, C., & Gross, A.M. (2007). Selective mutism and anxiety: a review of the current conceptualization of the disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 568–79. doi.org/https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.07.002
- Silverman, W.K. & Albano, A.M. (1996). *The anxiety disorders interview schedule for children (ADIS-C/P)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Simms, M.D. (2017). When autistic behavior suggests a disease other than classic autism. *Pediatric Clinics of North America*, 64, 127–38.
- Snyder, D.M., Miller, K., & Stein, M.T. (2008). It looks like autism: caution in diagnosis. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 29, 47–50. doi.org/10.1097/DBP.0b013e318164f462
- Steffenburg, H., Steffenburg, S., Gillberg, C., & Billstedt, E. (2018). Children with autism spectrum disorders and selective mutism. *Neuropsychiatry Diseases and Treatment*, 14, 1163–9. doi.org/10.2147/ndt.S154966
- Stein, M.B., Yang, B.Z., Chavira, D.A., Hitchcock, C.A., Sung, S.C., Shipon-Blum, E., et al. (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, 825–31. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.11.008

- Steinhausen, H.C., Wachter, M., Laimböck, K., & Metzke, C.W. (2006). A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*, 751–6. doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01560.x
- Suzuki, T., Takeda, A., Takadaya, Y., & Fujii, Y. (2020). Examining the relationship between selective mutism and autism spectrum disorder. *Asian Journal of Human Services*, *19*, 55–62. doi.org/10.14391/ajhs.19.55
- Thom, R.P., Keary, C.J., Kramer, G., Nowinski, L.A., & McDougale, C.J. (2020). Psychiatric assessment of social impairment across the lifespan. *Harvard Review of Psychiatry*, *28*, 159–78.
- Tramer, M. (1934). Elektiver Mutismus bei Kindern. *Zeitschrift für Kinderpsychiatrie*, *1*, 30–5.
- van Steensel, F.J., Deutschman, A.A., & Bögels, S.M. (2013). Examining the Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorder-71 as an assessment tool for anxiety in children with high-functioning autism spectrum disorders. *Autism*, *17*, 681–92. doi.org/10.1177/1362361312455875
- van Steensel, F.J.A., Bögels, S.M., & Wood, J.J. (2013). Autism spectrum traits in children with anxiety disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *43*, 361–70. doi.org/10.1007/s10803-012-1575-z
- Vogel, F., Gensthaler, A., Stahl, J., & Schwenck, C. (2019). Fears and fear-related cognitions in children with selective mutism. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *28*, 1169–81. doi.org/10.1007/s00787-019-01281-0
- Walters, A.S., Barrett, R.P., & Feinstein, C. (1990). Social relatedness and autism: current research, issues, directions. *Research of Developmental Disabilities*, *11*, 303–26. doi.org/10.1016/0891-4222(90)90015-z
- Wittkopf, S., Stroth, S., Langmann, A., Wolff, N., Roessner, V., Roepke, S., et al. (2022). Differentiation of autism spectrum disorder and mood or anxiety disorder. *Autism*, *26*, 1056–69. doi.org/10.1177/13623613211039673
- Zaboski, B.A. & Storch, E.A. (2018). Comorbid autism spectrum disorder and anxiety disorders: a brief review. *Future Neurology*, *13*, 31–7. doi.org/10.2217/fnl-2017-0030