

# Differenzialdiagnose Mutismus Autismus – ein Abgrenzungsversuch

**Die Autorin:**  
 Laura Schaerer  
 Fellerstr. 22  
 CH-3027 Bern



## ABSTRACTS

Die Autismus-Diagnose ist nach wie vor eine häufige Fehldiagnose bei selektiv mutistischen Kindern. Oberflächliche Gemeinsamkeiten, unter anderem in den Problemen bei der sozialen Kommunikation, können Gründe dafür sein. In der Regel lässt sich der selektive Mutismus aber gut von einer Autismus-Spektrum-Störung abgrenzen. In diesem Beitrag wird ein Kurzscreening zur groben Differenzialdiagnostik vorgestellt, werden Unterschiede zwischen den beiden Störungsmustern beschrieben bzw. anhand des Screenings verdeutlicht und mit Beispielen aus der eigenen Praxis ergänzt.

**Schlüsselwörter:** selektiver Mutismus – Autismus-Spektrum-Störung – soziale Angststörung – Differenzialdiagnostik – Screening

The diagnosis autism is still a common false diagnosis in children with selective mutism. Superficial commonalities, such as problems with social communication, can be reasons for that. Generally, however, selective mutism can be well-differentiated from an autism spectrum disorder. In this article, a short screening for approximate differential diagnostics is presented, differences between both disorder patterns are described and clarified with the help of the screening and complemented with examples from the own practice.

**Keywords:** selective mutism – autism spectrum disorder – social anxiety disorder – differential diagnostics – screening

### 1 Einleitung

Eine frühe Diagnose und Behandlung von selektivem Mutismus (SM) haben einen maßgeblichen Einfluss auf einen erfolgreichen Therapieverlauf. Leider kommen Fehldiagnosen beim Mutismus häufig vor. So berichteten z. B. im Rahmen einer empirischen Untersuchung zur familiären Belastung 22 der 33 befragten Eltern von einer oder mehreren Fehldiagnosen vor der Diagnose des SM (Kristkeitz, 2011). Die häufigste Fehldiagnose stellt die Schüchternheit dar, gefolgt von der Sprechangst und der Autismus-Spektrum-Störung (ASS) (ebd.). Dieser Umstand wird dadurch begünstigt, dass das Störungsbild SM vergleichsweise wenig bekannt ist, sich die oberflächliche Symptomatik bei Schüchternheit, Sprechangst oder ASS aber sehr ähnlich ausprägen kann und komorbide Störungen beim SM relativ häufig auftreten. Eine Verwechslung mit starker Schüchternheit oder Sprechangst als Teil einer sozialen Angststörung ist naheliegend, da der SM den Angststörungen zugeordnet wird, Sprechangst ein Bestandteil des Mutismussyndroms ist und ein beachtlicher Teil der Betroffenen (bis zu 69 %, gemäß einer kürzlichen Meta-Analyse von Driessen et al., 2020) ebenfalls die diagnostischen Kriterien einer sozialen Angststörung erfüllt.

Eine mögliche Verwechslung mit einer ASS erscheint auf den ersten Blick weniger augenfällig. Ähnliche Komorbiditäten wie z.B. das häufige Vorliegen einer sozialen Angststörung (Spain et al., 2018) oder Entwicklungsverzögerungen im kognitiven, sprachlichen oder motorischen Bereich (Kristensen, 2000) sowie Probleme in der sozialen Interaktion durch das Nicht-Sprechen, Nicht-Reagieren und vermeidendes Verhalten können aber den Verdacht auf eine (vermeintliche) ASS nahelegen. Problematisch ist dies vor allem deshalb, weil

die Diagnosekriterien der ICD-10 und des DSM-5 die ASS als Ausschlusskriterium für das Vorliegen eines SM listen. Im Gegensatz zur ASS handelt es sich beim SM aber um eine potenziell transiente bzw. mit entsprechenden therapeutischen Maßnahmen gut behandelbare Angststörung, weshalb eine frühe und umfangreiche Diagnostik besonders wichtig ist. Da es sich beim selektiven Mutismus um ein seltenes Störungsbild handelt, gibt es nur wenige Fachpersonen, die grundlegende Erfahrungen bei der Erfassung und Therapie des Mutismus haben. Eine Mehrheit der selektiv mutistischen Kinder erhält bei der Gesundheitsvorsorge weder eine angebrachte Diagnose noch eine Therapie (Keen u. a. 2008, 839). Verfahren, die die frühe Identifikation des selektiven Mutismus und damit assoziierter Störungsbilder ermöglichen, sind daher wünschenswert.

Mit dieser Thematik habe ich mich im Rahmen meiner Bachelorarbeit während meines Studiums zur Logopädin auseinandergesetzt, insbesondere mit der Abgrenzung von SM und ASS. Ich habe dazu etablierte Fragebogenskalen zur Erfassung von SM, ASS und sozialer Angst (SA) verwendet und diese von Eltern von Kindern und Jugendlichen mit vorhandener SM- oder ASS-Diagnose sowie klinisch unauffälligen Kindern und Jugendlichen bearbeiten lassen. Anhand der Ergebnisse der verschiedenen Stichproben habe ich anschließend ein kombiniertes Screening entwickelt, welches eine möglichst hohe Sensitivität (Erfassung auffälliger Merkmale) sowie Spezifität (im Sinne einer Abgrenzung zu den anderen Störungsbildern) ermöglichen sollte. Bei diesem Screening handelt es sich weder um ein ausreichend validiertes noch ausreichend diagnostisches Instrument, sondern lediglich um eine erste Orientierungshilfe beim Vorliegen von Auffälligkeiten in der sprachlichen Kommunikation, das sich für mich in der Praxis aber

durchaus als nützlich erwiesen hat. In diesem Beitrag möchte ich die wichtigsten Unterscheidungskriterien des SM und der ASS erläutern, das Screening kurz vorstellen und anschließend die erwähnten Unterschiede anhand der Ergebnisse des Screenings aufzeigen.

## 2 Abgrenzung zur ASS

Der Begriff des „Spektrums“ in der ASS bezieht sich auf die Tatsache, dass Syndrome in ihrem Schweregrad und der Ausprägung einzelner Symptome immer variieren. Obwohl die Störungsbilder des SM und der ASS auf den ersten Blick verschieden erscheinen, ist eine Abgrenzung in der Abklärung doch nicht immer einfach. Eine ASS lässt sich als lebenslang bestehende, schwere soziale Kommunikationsstörung charakterisieren, die sich einerseits durch Schwierigkeiten in der Kommunikation und im Verstehen von komplexen sozialen Zusammenhängen sowie andererseits durch ein beschränktes Aktivitäts- und Interessensrepertoire auszeichnet (Poustka, 2009; Charman, 2008). Autistische und mutistische Kinder können sich vom äußeren Erscheinungsbild her ähneln und die Bezeichnungen beider Störungsbilder liegen nahe beieinander (Kramer, 2006, 281). Der Beginn der tiefgreifenden Entwicklungsstörung ASS liegt vor dem Ende des 3. Lebensjahres (beim frühkindlichen Autismus, aber nicht zwingend beim atypischen Autismus). Im Gegensatz zum mutistischen Syndrom tritt die Störung vorwiegend bei Jungen auf. Das Verhältnis von Jungen zu Mädchen schwankt zwischen 4:1 bis 8:1, wobei aber das Verhältnis mit steigendem IQ ungleich bis 10:1 zunimmt (Charman, 2008). Die Prävalenz ist seit den 1980er Jahren von ursprünglich 4–5 pro 10.000 auf 0,5–1 % gestiegen. Verbesserte Klassifikationsinstrumente und die Verbreitung der Beschreibungen Aspergers mögen dazu beigetragen haben (Poustka, 2009).

Das Gemeinsame beider Störungsbilder liegt nicht zuletzt im Schweigen, das viele Menschen mit Autismus genauso kennzeichnet, und in der Verslossenheit und der Angst, die wir bei beiden Personengruppen finden (Bahr, 2006). Das partielle oder totale Verstummen autistischer Kinder ist, anders als bei mutistischen Kindern, Teil einer Kommunikationsbarriere, die Ausdruck einer Beziehungsstörung ist (Schoor, 2003). Auch Ängste und Depressionen treten häufig in Verbindung mit der ASS auf. Rund 70 % der 10- bis 14-Jährigen haben komorbide Störungen. Meistens handelt es sich dabei um Angststörungen (insbesondere die Sozialphobie), Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) und Störungen des Sozialverhaltens (oppositionelle Störungen) (Simonoff et al., 2008). Die Störung zeigt einen kontinuierlichen Verlauf und dauert lebenslang an (Sass et al., 2003). Poustka (2009) unterscheidet bei der ASS folgende drei Störungsbereiche:

- qualitative Auffälligkeiten der gegenseitigen sozialen Interaktion
- qualitative Auffälligkeiten der Kommunikation und Sprache sowie
- begrenzte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten.

So kann der Einsatz von nonverbalem Verhalten deutlich beeinträchtigt sein; Mimik, Gestik und Tonfall sind monoton, direkte Blickkontakte sind selten und abweichend. Weitere, bei anderen Kindern normalerweise häufig eingesetzte interaktive Verhaltensweisen, wie soziales Lächeln, subtiles, interaktionsbegleitendes Mienenspiel und der mimische Ausdruck von Gefühlen, fehlen zumeist. Beziehungen zu Gleichaltrigen sind dadurch stark beeinträchtigt.

Kinder mit ASS zeigen kaum Interesse an anderen Kindern und an Fantasiespielen mit Gleichaltrigen. Reaktionen auf Annäherungsversuche anderer fehlen weitgehend. Fähigkeiten wie Freundschaften einzugehen, in einem Dialog Gemeinsamkeiten mit anderen herzustellen, Interessen zu teilen oder andere zu trösten, sind kaum oder nicht vorhanden (ebd.). Die Sprache ist oft repetitiv und stereotyp. Betroffene haben Probleme, eine Konversation zu beginnen und aufrechtzuerhalten; die emotionale Gestimmtheit anderer Leute zu erkennen und sich entsprechend verhalten zu können, ist ebenfalls eingeschränkt. Bei den unter 4-Jährigen fällt der Mangel am spontanen Imitieren von Handlungen auf. Sie entwickeln kaum fantasievolles (Symbol-)Spiel. Deutliche Probleme zeigen sich darin, ein fehlendes Sprachvermögen durch Mimik oder Gestik zu ersetzen. Ebenfalls auffallend und charakteristisch sind stark gesteigerte Interessen bzw. das Festhalten an bestimmten Themen. Dysfunktionale Routinen und Rituale können ebenso vorkommen wie repetitive, stereotype motorische Manierismen (wie z. B. Drehen oder Flackern der Finger vor den Augen, Schaukeln sowie Auf- und Abhüpfen) (ebd.).

Die am häufigsten untersuchte Besonderheit beim Autismus ist die gering ausgeprägte *Theory of Mind* (ToM). Eine Schwäche der ToM führt zur bedeutsamen Einschränkung der sozialen Kompetenz. Dabei werden Mimik, Gestik, Tonfall und Haltung nicht soweit erkannt, dass eine Einstellung bzw. eine angemessene Reaktion darauf erfolgen kann (z. B. werden Absichten, Vorstellungen, Ideen, Gefühle, Gedanken, Wünsche nicht erkannt oder verstanden). Da die Bedeutung der Mimik bei argumentativ interagierenden Personen nicht erfasst wird, irren die Blickbewegungen autistischer Personen oft auf irrelevante Stellen ab (statt zur Augenpartie auf den Körper oder einen Bildhintergrund) (ebd.).

Laut Hartmann & Lange (2021) äußert sich der Unterschied zwischen der ASS und dem Mutismus darin, dass es sich beim SM a) um eine Angststörung und nicht um eine tiefgreifende Entwicklungsstörung handelt, b) der SM im Gegensatz zur ASS überwindbar ist, c) sich der SM im Gegensatz zur ASS nicht als konstante, gleichbleibende Zurückgezogenheit äußert, d) Kinder mit SM im Gegensatz zu Kindern mit ASS den emotionalen Kontakt suchen und aufbauen, e) beim SM im Gegensatz zur ASS die Sprachentwicklung meist nicht auffällig ist und f) die bei der ASS häufig beobachtbaren Verhaltensstereotypen beim SM nicht vorhanden sind. Beim Aspekt der Konstanz fügen sie den wichtigen Punkt an: „Menschen mit ASS verhalten sich gleich bleibend zurückgezogen, kontaktarm und abwehrend gegenüber Wahrnehmungsreizen des Umfeldes und bevorzugen selbststimulierende visuelle und auditive Stereotypen, während Mutisten zwei völlig unterschiedliche „Gesichter“ zu haben scheinen: hier der introvertierte, gehemmte Schweiger, dort der gelöste, anhängliche Lebhaft“ (Hartmann & Lange, 2021, 19). Entscheidend ist also, dass das selektiv mutistische Kind – je nach Setting – sowohl auffällig als auch unauffällig ist, während sich das autistische Kind – was die Symptome anbelangt – durchweg auffällig verhält, zu Hause wie außerhalb des Elternhauses (Hartmann, 2019). Menschen mit einer ASS bauen nur schwer einen gefühlsmäßigen Kontakt – selbst zu ihren Eltern und Geschwistern – auf. Mutisten können dagegen in den Situationen, in denen sie sich ungehemmt verhalten und lebhaft sprechen, überaus emotional sein und geradezu einen äußerst engen Kontakt zu einem Elternteil suchen (Hartmann & Lange, 2021). Selektiv mutistische Kin-

der nutzen durchaus eine adäquate Gestik, befolgen sprachliche Anweisungen, kommunizieren, sofern es ihnen möglich ist, auch schriftsprachlich und beteiligen sich am Gruppengeschehen, wenn auch in einer eher passiv vermeidenden Rolle (Schoor, 2003). Sie besitzen eine wesentlich bessere soziale Wahrnehmung bzw. zeigen deutlich bessere averbale Reaktivitäten von Mimik, Gestik und Blickkontakt. Die Situationen, in denen Auffälligkeiten gezeigt werden, sind dabei eben nur selektiv (Poustka, 2009).

Zusammenfassend sollten sich Unterschiede zwischen SM und ASS also unter anderem

- im Sozialverhalten (z. B. Interesse und Beteiligung am sozialen Geschehen, wenn auch nur passiv; vorhandene Empathiefähigkeit und Verstehen sozialer Konventionen),
- im Sprechverhalten (selektives, vorhersagbares Schweigen in bestimmten Situationen, unauffälliges Kommunikationsverhalten in anderen) sowie
- in Bezug auf repetitive, stereotype Verhaltensweisen und isolierte Interessen (bei SM generell nicht der Fall) zeigen.

Betont werden sollte, dass es innerhalb der ASS viele unterschiedliche Ausprägungen und Schattierungen gibt und dass es sich auch beim SM um ein durchaus heterogenes Störungsbild mit unterschiedlichen Komorbiditäten handeln kann. Betrachtet werden sollten daher nicht Einzelsymptome, sondern immer das Gesamtbild der Ausprägungen.

### 3 Differenzialdiagnostisches Screening

Um die Frage zu beantworten, inwiefern sich Kinder und Jugendliche mit SM von Kindern und Jugendlichen mit einer ASS unterscheiden lassen, habe ich auf die Übersetzung des etablierten Selective Mutism Questionnaire (SMQ) von Bergman (2002) durch Steinhausen (2005) zurückgegriffen und dies mit Fragen aus dem Childhood Asperger Syndrome Test (CAST; Scott et al., 2002) sowie mit Fragen aus der Subskala zur sozialen Angststörung des von Birmaher (1997) entwickelten und Steinhausen (2005) übersetzten Screen for Anxiety related disorders (SCARED) ergänzt. Den für Eltern konzipierten Gesamtfragebogen habe ich den Eltern von insgesamt 34 Kindern und Jugendlichen vorgelegt, die ich aus dem persönlichen Umfeld und über erweiterte Kontakte rekrutiert hatte. Darunter befanden sich die Eltern

- von 12 Kindern und Jugendlichen mit der Diagnose SM,
- von 8 Kindern und Jugendlichen mit der Diagnose ASS sowie
- von 14 Kindern und Jugendlichen ohne Diagnose.

Die Ergebnisse der verschiedenen Subgruppen und Fragebogenskala unterschieden sich deutlich und in erwarteter Richtung: Selektiv mutistische Kinder und Jugendliche erzielten auf der SM-Skala einen mittleren Wert von 37.3 Punkten (Std 9.7; min. 20, max. 50) im Vergleich zu 23.6 (Std 7.9; min. 8, max. 33) bei Kindern und Jugendlichen mit einer ASS bzw. 9.4 (Std 7.2; min. 0, max. 23) bei Kindern und Jugendlichen ohne Auffälligkeiten.

Kinder und Jugendliche mit ASS erzielten dagegen auf der ASS-Skala einen mittleren Score von 28.4 (Std 7.3; min. 15, max. 40) im Vergleich zu 11.5 (Std 5.8; min. 4, max. 24) bei selektiv mutistischen Kindern und Jugendlichen bzw. 7.2 (Std 4.7; min. 0, max. 14) bei Kindern und Jugendlichen ohne Auffälligkeiten. Schließlich erzielten selektiv mutistische Kinder und Jugendliche auf der SA-Skala einen mittleren Score von 17 (Std 6.3; min. 4, max. 21), Kinder und Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störung 14.5 (Std 4.7; min. 4, max. 21) und Kinder und Jugendliche ohne Auffälligkeiten 9.5 (Std 6.3; min. 0, max. 21).

Anhand dieser Ergebnisse, einer inhaltlichen Prüfung der einzelnen Fragen und faktorenanalytischen Analysen habe ich den Fragebogen auf diejenigen Fragen reduziert, die insgesamt am sensitivsten auf das Vorliegen von SM oder ASS hinwiesen und gleichzeitig am besten zwischen den Störungsbildern unterschieden. Das daraus resultierende Kurzscreening bestand aus 10 SM-spezifischen Fragen (z. B. „Mein Kind antwortet auf Fragen der Lehrperson“ oder „Wenn es angebracht ist, spricht mein Kind mit seinem Arzt oder Zahnarzt“), 9 ASS-spezifischen Fragen (z. B. „Hat größtenteils die gleichen Interessen wie Gleichaltrige“ oder „Macht ungewöhnliche und wiederholte Bewegungen“) sowie 7 Fragen zur sozialen Angststörung („Mein Kind fühlt sich nervös bei Menschen, die es nicht gut kennt“ oder „Mein Kind ist ungerne mit Menschen zusammen, die es nicht gut kennt“). Anhand dieses Kurzscreenings ließen sich alle drei Gruppen deutlich und in erwarteter Weise voneinander unterscheiden (vgl. Abb. 1–3; rosa markiert sind Werte, die leicht erhöht sind bzw. mehr als 1 Stan-

Diagnose	Geschlecht	Alter	Auffälligkeiten	SM-Skala	ASS-Skala	SA-Skala
Keine	Junge	6		0/30	1/27	0/21
Keine	Junge	11		0/30	2/27	1/21
Keine	Mädchen	6		2/30	2/27	5/21
Keine	Junge	15	Lernbehinder.	9/30	9/27	16/21
Keine	Junge	15		1/30	5/27	8/21
Keine	Junge	10	St. schüchtern	7/30	0/27	21/21
Keine	Mädchen	11		3/30	5/27	14/21
Keine	Junge	13		1/30	6/27	7/21
Keine	Junge	7		9/30	2/27	10/21
Keine	Mädchen	7		4/30	0/27	14/21
Keine	Junge	11		4/30	4/27	14/21
Keine	Mädchen	13		8/30	4/27	14/21
Keine	Mädchen	6		0/30	0/27	7/21
Keine	Mädchen	14		0/30	0/27	2/21

Abb. 1: Punktwerte auf den SM/ASS/SA-Skalen bei Kindern und Jugendlichen ohne Diagnose

Diagnose	Geschlecht	Alter	Auffälligkeiten	SM-Skala	ASS-Skala	SA-Skala
SM	Junge	8		28/30	5/27	21/21
SM	Mädchen	13		25/30	1/27	9/21
SM	Junge	8		25/30	4/27	21/21
SM	Junge	7		28/30	1/27	21/21
SM	Mädchen	10		25/30	0/27	21/21
SM	Mädchen	6		27/30	1/27	21/21
SM	Mädchen	17		8/30	5/27	16/21
SM	Mädchen	11	Schielen	17/30	1/27	8/21
SM	Mädchen	6		25/30	8/27	21/21
SM	Mädchen	14		23/30	4/27	20/21
SM	Mädchen	13		21/30	5/27	4/21
SM	Mädchen	5		28/30	3/27	21/21

Abb. 2: Punktwerte auf den SM/ASS/SA-Skalen bei Kindern und Jugendlichen mit Diagnose SM

Diagnose	Geschlecht	Alter	Auffälligkeiten	SM-Skala	ASS-Skala	SA-Skala
ASS	Junge	8		17/30	14/27	13/21
ASS	Junge	13	Feinmotorik	16/30	15/27	14/21
ASS	Junge	8		14/30	19/27	19/21
ASS	Junge	7		7/30	17/27	19/21
ASS	Junge	10		8/30	24/27	14/21
ASS	Junge	6	Motorik	2/30	6/27	13/21
ASS	Junge	17		11/30	17/27	5/21
ASS	Junge	11		14/30	14/27	19/21

Abb. 3: Punktwerte auf den SM/ASS/SA-Skalen bei Kindern und Jugendlichen mit Diagnose ASS

dardabweichung über den Werten der Referenzgruppe ohne Diagnose liegen, rot markiert sind Werte > 2 Standardabweichungen).

#### 4 Zur Unterscheidbarkeit von SM und ASS

Anhand des Screenings lässt sich erkennen, dass sich die drei Gruppen (SM, ASS, ohne Diagnose) relativ deutlich voneinander trennen lassen. Weiter lassen sich interessante Merkmale feststellen, die trotz der Trennbarkeit auf Zusammenhänge zwischen den einzelnen Symptomatiken verweisen: So erzielten die Kinder und Jugendlichen mit SM durchweg sehr hohe Werte auf der SM-Skala (bis auf eine 17-jährige Jugendliche, deren ursprüngliche SM-Symptomatik wohl im Verlauf der Jahre zurückgegangen ist); sie zeigten in den meisten Fällen aber auch deutlich auffällige Werte auf der SA-Skala, was die klinische Nähe zur sozialen Angststörung verdeutlicht. Hingegen lassen sich kaum erhöhte Werte auf der ASS-Skala ausmachen.

Im Gegensatz dazu erzielten Kinder und Jugendliche mit einer ASS entsprechend hohe Werte auf der ASS-Skala (mit Ausnahme eines 6-jährigen Jungen), vereinzelt aber auch deutlich auf der SM-Skala und etwas geringer auf der SA-Skala. In diesen Fällen ist die ASS-Symptomatik aber bei allen jeweils deutlicher ausgeprägt als die SM-Symptomatik, wenn man die standardisierten Werte berücksichtigt. Kinder und Jugendliche mit einer ASS weisen teilweise also durchaus eine SM-ähnliche Symptomatik auf, die Auffälligkeiten im Kommunikationsverhalten anzeigen, gleichzeitig überwiegen aber erweiterte ASS-spezifische Merkmale bzw. steht die ASS-Symptomatik klar im

Vordergrund. Umgekehrt ist dies bei Kindern und Jugendlichen mit SM mit den geringen Werten auf der ASS-Skala nicht der Fall.

In Bezug auf die Ergebnisse sollte kritisch angemerkt werden, dass es sich bei den meisten Fällen von SM und ASS (aufgrund der vorhandenen Diagnose) wohl um relativ eindeutige bzw. trennscharfe Fälle handelte. Es gibt durchaus aktuellere Forschungsbefunde, die auf eine Nähe von SM zu ASS bzw. eine Überschneidung von SM mit ASS-spezifischen Symptomen hinweisen (vgl. Muris & Ollendick, 2021). Weitere Forschungsarbeiten sind hier sicherlich aufschlussreich.

Zwei Faktoren sollten aber meiner Meinung nach dabei mitberücksichtigt werden: Einerseits können eben auch Kinder und Jugendliche mit ASS SM-ähnliche Symptome aufweisen. Andererseits handelt es sich beim SM um eine Angststörung mit relativ häufig auftretenden komorbiden Störungen (v. a. im Bereich der Angststörungen), und längerfristige Einschränkungen im Kommunikations- und Sozialverhalten durch den SM können auch zu einem ASS-ähnlichen Verhaltensphänotyp führen. So weist z. B. ein Kind aus meiner Praxis ein Verhalten in Form teils repetitiver, ritualisierter und rigider Handlungsmuster auf. Dies kann einerseits Ausdruck einer ASS-Symptomatik sein, andererseits aber auch Ausdruck einer Zwangsstörung. In einem anderen Fall weist ein Jugendlicher ein deutlich eingeschränktes Sozialverhalten und ein stark gesteigertes Interesse/ausgeprägtes Detailwissen in spezifischen Themenbereichen auf. Auch dies kann als Ausdruck einer ASS-Symptomatik gedeutet werden, kann aber auch

einfach Ausdruck mangelnder sozialer Kompetenzen und der damit einhergehenden Selbstbeschäftigung als Folge der jahrelangen SM-Symptomatik sein. In beiden Fällen steht der SM aber als Hauptsymptomatik klar im Vordergrund, und nach meiner Erfahrung sind die meisten Fälle von Kindern und Jugendlichen mit diagnostiziertem SM relativ eindeutige Fälle und therapeutisch gut behandelbar.

Das Screening und die gleichzeitige Erfassung mehrerer unterschiedlicher, in ihren Ausprägungen ähnlich erscheinender Störungsbilder von SM, ASS und SA bietet entsprechend einen Mehrwert und kann

im Sinne einer ersten groben Orientierung von Nutzen sein, um im Verdachts- und Zweifelsfall eine professionelle und umfassendere Abklärung einzuleiten. In meiner Praxis kommt es ab und zu vor, dass insbesondere Lehrpersonen Schweigen und passives, teils auch rigides Verhalten von Kindern mit SM als ASS (miss-)interpretieren, was aufgrund der größeren Bekanntheit der ASS und oberflächlicher Gemeinsamkeiten nicht verwunderlich ist. In solchen Fällen kann ein niederschwelliges Screening helfen, den Fokus auf (klinisch) relevante Aspekte im Vorfeld der Abklärung zu setzen und diese gezielter zu unterstützen. ■

## Literatur

- Bahr, R. (2006): Wenn Kinder schweigen. Redehemmungen verstehen und behandeln. Ein Praxisbuch. 3. Aufl. Düsseldorf: Walter.
- Bergman, L. R.; Piacentini, J. & McCracken, J. T. (2002): Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41, 938–946.
- Birmaher, B.; Khetarpal, S.; Brent, D.; Cully, M.; Balach, L.; Kaufman, J. & McKenzie Neer, S. (1997): The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): scale construction and psychometric characteristics. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36, 545–553.
- Charman, T. (2008): Autism spectrum disorders. In: *Psychiatry* 7, 331–334.
- Driessen, J.; Blom, J. D.; Muris, P. et al. Anxiety in Children with Selective Mutism: A Meta-analysis. *Child Psychiatry Hum Dev* 51, 330–341 (2020).
- Hartmann, B. (Hrsg.) (2019): Gesichter des Schweigens – Die Systemische Mutismus-Therapie/SYMUT® als Therapiealternative. 5. Auflage. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Hartmann, B. & Lange, M. (2021): Mutismus im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. 8. überarbeitete und ergänzte Auflage. Idstein: Schulz-Kirchner. In Vorbereitung.
- Keen, D. V.; Fonseca, S. J. & Wintgens, A. (2008): Selective mutism: a consensus based care pathway of good practice. In: *Archives of Disease in Childhood* 93, 838–844.
- Kramer, J. (2006): Vergleich des selektiven Mutismus mit dem frühkindlichen Autismus. In: *L.O. g.O.S. Interdisziplinär* 14, 280–281.
- Kristensen, H. (2000): Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39, 249–256.
- Kristkeitz, B. (2011): Die familiäre Belastung im Alltag mit mutistischen Kindern. In: *Mutismus.de* 3/5, 5–9.
- Muris, P. & Ollendick, T. H. (2021): Selective Mutism and Its Relations to Social Anxiety Disorder and Autism Spectrum Disorder. In: *Clinical child and family psychology review*.
- Poustka, F. (2009): Autistische Störungen. In: Schneider, Silvia; Margraf, Jürgen (Hrsg.): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Bd. 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter. Heidelberg: Springer, 332–350.
- Sass, H.; Wittchen, H.-U.; Zaudig, M. & Houben, I. (2003): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV-TR. Deutsche Bearbeitung und Einführung. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe.
- Schoor, U. (2003): Mutismus. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie*. Bd. 2; 3. Aufl.: Erscheinungsformen und Störungsbilder. Stuttgart: Kohlhammer, 193–207.
- Scott, F. J.; Baron-Cohen, S.; Bolton, P.; Brayne, C. (2002): The CAST (Childhood Asperger Syndrome Test): Preliminary development of a UK screen for mainstream primary-school age children. In: *Autism* 6, 9–31.
- Simonoff, E.; Pickles, A.; Charman, T.; Chandler, S.; Loucas, T. & Baird, G. (2008): Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: Prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 47, 921–929.
- Spain, D.; Sin, J.; Linder, K. B.; McMahon, J. & Happé, F. (2018). Social anxiety in autism spectrum disorder: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 52, 51–68.
- Steinhausen, H.-C. & Bergman, L. (2005): Fragebogen zur Erfassung des Elektiven Mutismus – Elternversion (FEM-E).