

Nitza
Katz-Bernstein

Selektiver Mutismus bei Kindern

Erscheinungsbilder,
Diagnostik, Therapie

5. Auflage



 reinhardt

EV reinhardt

Nitza Katz-Bernstein

Selektiver Mutismus bei Kindern

Erscheinungsbilder, Diagnostik, Therapie

5., aktualisierte Auflage

Ernst Reinhardt Verlag München

Prof. Dr. *Nitza Katz-Bernstein*, Beraterin, Supervisorin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (SPV, CH) und Logopädin, leitete das Zentrum für Beratung und Therapie und zusammen mit Dr. Katja Subellok das Sprachtherapeutische Ambulatorium an der Fakultät Rehabilitationswissenschaften der Universität Dortmund. Von der Autorin im Ernst Reinhardt Verlag außerdem lieferbar:

Katz-Bernstein/Meili-Schneebeli/Wyler-Sidler (Hg.): *Mut zum Sprechen finden. Kinder mit selektivem Mutismus in der Therapie* 3. Auflage ISBN 978-3-497-02822-1

Katz-Bernstein/Subellok (Hg.): *Gruppentherapie mit stotternden Kindern und Jugendlichen. Konzepte für die sprachtherapeutische Praxis*. ISBN 978-3-497-01622-8

Hinweis: Soweit in diesem Werk eine Dosierung, Applikation oder Behandlungsweise erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass die Autorin große Sorgfalt darauf verwendet hat, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes entspricht. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen oder sonstige Behandlungsempfehlungen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. – Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnungen nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.

ISBN 978-3-497-02912-9 (Print)

ISBN 978-3-497-61273-4 (PDF-E-Book)

ISBN 978-3-497-61269-7 (EPUB)

5., aktualisierte Auflage

© 2019 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in EU

Reihenkonzeption Umschlag: Oliver Linke, Augsburg

Covergestaltung unter Verwendung von Fotos von Familie Katz-Bernstein, Bülach/Schweiz.

Satz: JÖRG KALIES – Satz, Layout, Grafik & Druck, Unterumbach

Ernst Reinhardt Verlag, Kemnatenstr. 46, D-80639 München

Net: www.reinhardt-verlag.de Mail: info@reinhardt-verlag.de

Inhalt

Eine kleine Vorgeschichte	9
Einleitung	13
Teil I Theoretische Zugänge.....	23
1 Was ist (selektiver) Mutismus?	24
1.1 Definition und Erscheinungsbild	24
1.2 Diagnostische Kriterien	27
1.3 Mutismusarten	28
1.4 Epidemiologie, Co-Morbidität und Risikofaktoren	30
1.5 Beitrag zur Ätiologie: Warum schweigen Kinder? <i>Die Unfähigkeit, die Fremdheit zu überwinden</i>	35
2 Linguistische und entwicklungspsychologische Zugänge <i>Wie sich das Sprechen und das (selektive) Schweigen entwickeln</i>	39
2.1 Warum ein entwicklungspsychologischer Zugang?	39
2.2 Spracherwerb und Sprachentwicklung <i>Sozial-interaktive Position</i>	40
2.2.1 Kommunikations- und Dialogstrukturen <i>Wie lernt man zu kommunizieren?</i>	42
2.2.2 Trianguläre Prozesse <i>Anforderungen meistern können</i>	46
2.2.3 Innere Repräsentation <i>Die Kraft der Vorstellung und der Bewertung</i>	50
2.2.4 Symbolisierung und narrative Organisation <i>Erwerb narrativer Kompetenzen</i>	54
2.2.5 Trennung zwischen innerem und äußerem Dialog <i>Strategien der Konversation</i>	57
2.2.6 Verinnerlichte Wertmaßstäbe <i>Regulierung des eigenen Verhaltens (= Mentalisieren)</i>	59
2.3 Zusammenfassung	62

Teil II Diagnostik und Koordination der Therapie	63
1 Diagnostische Erhebungen	
<i>Wie kann ein (selektiver) Mutismus erfasst werden?</i>	64
2 Setting und „Case Management“	
<i>Wer, was, wo, wann und wozu?</i>	70
3 Erhebung von therapielevanten Daten	73
Teil III Therapeutische Zugänge und Wirkfaktoren	85
1 Therapeutische Haltung	86
1.1 Druck ausüben oder gewähren lassen?	
<i>Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung als</i> <i>„Scaffolding“-Prinzip</i>	87
1.2 Beziehungsgestaltung und Motivation	88
1.3 Modelle, Techniken, Trainingsprogramme	94
1.4 Integrative Prinzipien für die therapeutische Arbeit	95
2 Therapiegestaltung	97
2.1 Klärung des Therapieauftrages	
<i>Umgang mit ambivalenten Botschaften</i>	97
2.2 Trennung von Bezugspersonen	
<i>Mama bleibt draußen!</i>	102
2.3 „Safe Place“	
<i>Der sichere Ort als Ausgangspunkt</i>	106
2.4 Stärkung des „Alter Ego“	
<i>„Beweise mir, dass ich okay bin, so wie ich bin!“</i>	112
2.5 Durchhaltevermögen	
<i>Arbeit ohne Response</i>	117
Teil IV Nonverbal kommunizieren	119
1 Aufbau eines kommunikativen Verhaltens	
<i>„Turn-taking“</i>	120
2 Arbeit mit Puppen und Übergangsobjekten	
<i>Eine Hütte für den Bären</i>	122
3 Das Märchenheft mit den Sprechblasen	
<i>„Jaul, Kabumm, Seufz ...“</i>	126
4 Sprachtherapeutische Maßnahmen	
<i>Sprachaufbau ohne Sprechen</i>	129
5 Symbolisierung und narrative Verarbeitung	
<i>Erzählen ohne Sprache</i>	134

5.1	Das Symbolspiel als therapeutische Intervention	134
5.2	Die Aktualität des therapeutischen Symbolspiels	136
5.3	Die therapeutische Rolle beim Symbolspiel	138
5.4	Exkurs: Entwicklungsdiagnostik des Symbolspiels	142
6	Aggressionen zähmen im Symbol- und Rollenspiel	146
Teil V	Aufbau der verbalen Kommunikation	153
1	Lärmend kommunizieren	154
2	Erste Worte	157
2.1	Das erste Wort des Vorschulkindes <i>Die Kunst der Unterstellung</i>	157
2.2	Das erste Wort des Schulkindes <i>Hierarchie des Ortes, der Personen und der Sprechweise</i> . .	162
3	Arbeit mit dem Tonband	170
4	Schattensprechen und Zugzwänge	172
5	Die Arbeit mit „Ego-States“, „inneren Stimmen“ oder „Introjekten“	176
6	Hausaufgaben	180
7	Transfer: Die Generalisierung des Sprechen-Könnens	185
8	Krise und Widerstand	188
9	Ende der Therapie: Evaluation und Abschied	193
Teil VI	Zusammenarbeit mit Angehörigen und Fachleuten	197
1	Familie und Schweigen	198
2	Die Zusammenarbeit mit Eltern und Angehörigen	202
2.1	Grundsätze für die Arbeit mit Eltern	202
2.2	Besonderheiten in der Zusammenarbeit	204
2.3	Themen, die Eltern oft beschäftigen	206
2.3.1	Umgang mit Wutausbrüchen und aggressivem Verhalten des Kindes	207
2.3.2	Beratung bezüglich einer begleitenden Medikation	212
2.3.3	Wenn Gewalt oder Missbrauch vermutet wird	215
3	Mutismus und Schule	217
4	Zusammenarbeit mit weiteren Fachleuten	219

Teil VII Fallbericht	225
Lui, die Klasse und ich	
<i>Der gemeinsame Weg aus dem Schweigen</i>	
Von Ruth Marosi	226
Zusammenfassung der Fallbeispiele	236
Literatur	244
Sachregister	259

Eine kleine Vorgeschichte

Als ich meine therapeutische Arbeit nach 22 Jahren zugunsten der Arbeit an der Universität Dortmund aufgab, nahm ich mir vor, ein Buch über die Therapie von (selektiv) mutistischen Kindern zu schreiben. Zu sehr hat mich die Arbeit mit ihnen beeindruckt, geprägt und fasziniert, um nicht die Erfahrungen weitergeben zu wollen. Die Arbeit in Dortmund nahm mich sehr in Anspruch. Neben der Routine der Hochschule musste das Sprachtherapeutische Ambulatorium umziehen und der neue, modularisierte Diplomstudiengang „Pädagogik und Rehabilitation bei Sprach-, Kommunikations- und Hörstörungen“ musste etabliert werden. Durch Kooperationen mit dem Ausland kamen neue Forschungen und Projekte zustande.

Seit Beginn meiner Leitung des Sprachtherapeutischen Ambulatoriums begleitete mich der Traum, eine Anlaufstelle für Kinder mit (selektivem) Mutismus zu verwirklichen. Ich wusste, dass es für diese Kinder zu wenig informierte und spezialisierte Stellen gibt. Ich wusste aber auch, wie anspruchsvoll und intensiv sich die Therapie der Kinder und die Zusammenarbeit mit Angehörigen und Therapeuten gestaltet.

Einige Erhebungen von Lehramtskandidatinnen über die Verbreitung des Mutismus in öffentlichen Schulen in NRW brachten einen neuen Aufschwung mit sich. Der Bedarf an Informationen und Therapien war offensichtlich. Daraufhin veranstalteten wir an der Universität Dortmund im Rahmen des Sprachtherapeutischen Ambulatoriums einen Informationsabend für Fachleute und betroffene Eltern. Es erreichten uns erste gezielte Anfragen nach Informationen und Therapie. Die Zeit war reif, motivierte und geschulte Mitarbeiterinnen waren da, und so wurde die Anlaufstelle „Mutismus-Netz“ im Ambulatorium gegründet. Mittlerweise kann das Sprachtherapeutische Ambulatorium der Universität Dortmund bis ins Jahr 2019 auf eine therapeutische und beraterische Tätigkeit bei über 400 Fällen von selektivem Mutismus bei Kindern und Jugendlichen und eine rege Forschungstätigkeit zurückblicken. Viele der therapeutischen Bausteine, die in diesem Buch beschrieben werden, wurden in Weiterbildungen und Supervisionen an die zuständigen Therapeuten vermittelt und fließen nun in die praktische Arbeit mit den Kindern ein. Das Konzept wurde weiterentwickelt, „DortMuT“ entstand.

Als ich einer Schulpsychologin von dem entstehenden Buch berichtete, erzählte sie mir begeistert von einer Lehrerin, die durch pädagogisch geschickte Interventionen ein selektiv mutistisches Kind bei sich in der Klasse zum Reden brachte. Diesen Bericht wollte ich unbedingt in mein Buch aufnehmen, da er meine interdisziplinäre Einstellung in Bezug zum Mutismus auf die beste Weise unterstützte und zeigte, dass ein geschickter

Umgang mit pädagogischen Maßnahmen zum Ziel führen kann. Den Bericht von Frau Marosi finden Sie am Ende dieses Buches. An dieser Stelle möchte ich Frau Marosi sehr danken. Ein ganz besonderer Dank gebührt der Leiterin des Ambulatoriums PD Dr. Katja Subellok, Kerstin Bahrfeck-Wichitill sowie Anja Starke und dem gesamten Team, die die Arbeit mit selektiv-mutistischen Kindern und Jugendlichen in Forschung, Lehre, Therapie und Beratung mit Engagement und Begeisterung auch ohne mich weiterführen, da ich in der Zwischenzeit seit über zehn Jahren im Ruhestand bin.

Seit 2005, dem Erscheinungsjahr der 1. Auflage dieses Buches, hat sich im Bereich des selektiven Mutismus viel getan. Ein aktuelles Thema in der Forschung bezieht sich auf die Frage, ob selektiver Mutismus als ein Phänomen zu betrachten ist, das zur Gruppe der sozialen Phobien oder Angststörungen gezählt werden kann. Hierzu werden in der vorliegenden 3. Auflage aktuelle Literaturquellen mit einbezogen. Rege internationale Forschungstätigkeit ist zu verzeichnen, die sich Fragen der Co-Morbidität, der Differentialdiagnostik, des familiären und kulturellen Hintergrunds bei Selektivem Mutismus annimmt (Starke 2018). Zu vermerken ist auch die Mitgestaltung von zwei Fachzeitschriften zum Thema durch Katja Subellok und Anja Starke (2017).

Die hier vertretene therapeutische Intention, selektiv-mutistische Kinder in Handlungen, Rollen und Interaktionen einzubinden, wird durch neuere Spracherwerbstheorien, wie sie von Tomasello (2009; 2010) und Pellegrini (2009; 2010) sowie im deutschsprachigem Raum von Andresen (2002; 2005) vertreten werden, weiter bekräftigt.

Eine weitere erfreuliche Nachricht: Die 3. Auflage dieses Buches ist auch in englischer Sprache erhältlich. Damit ist dieses Werk für weitere Sprachräume zugänglich.

Grundlegende Erkenntnisse führen das Entwicklungsrisiko von selektiv-mutistischen Kindern deutlich vor Augen und bestätigen sowohl, die Sprachtherapie als zuständige Fachdisziplin einzubeziehen, als auch den hier vertretenen interdisziplinären und integrativen Ansatz, den wir im Team des Sprachtherapeutischen Ambulatoriums der Technischen Universität Dortmund seit 1995 praktizieren. Diesen Ansatz haben wir kürzlich auf *DortMuT* getauft – *Dortmunder Mutismus-Therapie* (Subellok et al. 2011). In unserem fallbezogenen Buch „Mut zum Sprechen finden“ (Katz-Bernstein et al. 2018) wird diese interdisziplinäre Ausrichtung konkretisiert.

Im Ambulatorium an der Technischen Universität Dortmund, seit meinem Ruhestand nun unter der Gesamtleitung von PD Dr. Katja Subellok, hat sich das *Netzwerk-Mutismus* für Forschung, Weiterbildung und Therapie unter der Leitung von Kerstin Bahrfeck-Wichitill stark ausgeweitet und etabliert.

Auch in Fachkreisen, mit denen wir in Dortmund in Verbindung ste-

hen, sind erfreuliche Entwicklungen zu verzeichnen; Studienstätten integrieren vermehrt den selektiven Mutismus in ihre Studienprogramme, Studienstätten und Praxen verzahnen sich in Forschungs- und Weiterbildungsaktivitäten. Eine beachtliche Zahl neuerer, deutschsprachiger Literatur ist erschienen (Brand 2009; Garbani 2009; Hartmann 2019 u. a.), eine neue Fachzeitschrift „*Mutismus.de*“ für Therapie, Forschung und Selbsthilfe der Mutismus Selbsthilfe Deutschland e. V. (www.mutismus.de) wird herausgegeben, federführend durch B. Hartmann und M. Lange. Auch in der Schweiz hat sich die IG-Mutismus (unter www.mutismus.ch erreichbar, unter der Leitung von Sandra Melliger und Beat Schweizer) gut etabliert. Dazu kommen weitere Übersichten zu unterschiedlichen Ländern im Heft *mutismus.de*, 2014/6. All diese Entwicklungen tragen zu neuen Erfahrungswerten bei und verankern den selektiven Mutismus im Handlungsfeld der Sprachtherapie im Einklang mit internationalen Entwicklungsbestrebungen als unverzichtbare Fachdisziplin neben Psychotherapie und Psychiatrie (Übersicht dazu im Cleator 2015).

Zuletzt noch zwei Bemerkungen: Die Literatur der Wirkfaktoren in der Psychotherapie, mit der ich mich in den letzten Jahren intensiv beschäftigte, kann meine langjährigen therapeutischen Erkenntnisse sowie die Entwicklungs- und Spracherwerbstheorien, auf die ich mich stütze, auf faszinierende Weise bestätigen. Deshalb habe ich vor manchen Kapiteln Zitate aus der Literatur zu aktuellen Wirkfaktoren der therapeutischen Beziehungsgestaltung eingestreut, um den Zusammenhang mit selektivem Mutismus zu verdeutlichen und mit therapeutischen Erfahrungen zu vernetzen.

Die zweite Bemerkung betrifft die Berufsbezeichnungen: Ich verwende die weibliche Form im Text, wenn mehr Frauen in dem Beruf arbeiten, die männliche Form, wenn mehr Männer in einem Beruf tätig sind. Ist die Verteilung gleich, verwende ich die weibliche und die männliche Form abwechselnd.

Zürich, im Mai 2019
Nitza Katz-Bernstein

Einleitung

Dieses Buch hat den Anspruch, allgemeine Informationen über (selektiven) Mutismus bei Kindern zu vermitteln. Sein Hauptanliegen ist es aber, Therapeuten unterschiedlicher Fachrichtungen und Pädagoginnen, die mit (selektiv) mutistischen Kindern verschiedener Altersstufen therapeutisch arbeiten bzw. diese unterrichten oder betreuen, vielfältige, konkrete therapeutische und rehabilitative Zugänge und Arbeitsinstrumente zu eröffnen. Es erläutert Therapiebausteine, Prozesse sowie störungsbildbezogene Spezifitäten. Je nach individuellem Bedarf und Indikation des Kindes, gemäß den erworbenen Kompetenzen, Möglichkeiten und Zuständigkeiten des Psychotherapeuten, Logopäden oder Sprachtherapeuten sowie der Erzieherin oder der Lehrerin, die für das Kind zuständig ist, soll die Therapie bzw. Förderung abgestimmt werden können.

Für Therapeutinnen und Therapeuten mit mehr Erfahrung soll das Buch eine Erweiterung ihrer eigenen Zugänge, oder aber eine Bestätigung, Vertiefung und/oder Einordnung der eigenen Interventionen ermöglichen. Denn wie Hartmann (2007), Bahr (2015, 2016) und Schoor (2002) betonen, sind die Kasuistik und die Einzelfall-Dokumentation bei dieser Störung besonders wichtig und wertvoll. Nur sie können das therapeutische Vorgehen konkretisieren und zur Überwindung von Ratlosigkeit, Rückschritten und Stagnation, die in der Natur des therapeutischen Weges mit diesen Kindern liegen, beitragen.

Jahrelange praktische Erfahrung, die in diesem Buch zum Ausdruck kommt, sowie supervisorische Begleitung und Beratung von Therapeuten, Erzieherinnen und Lehrern bei ihren therapeutischen und pädagogischen Bemühungen zeigen, wie krisen- und störanfällig sich die Arbeit mit diesen Kindern gestalten kann. Daher sind gesicherte Informationen sowie eine fachliche Begleitung und Unterstützung zumindest dann, wenn wenig Erfahrung mit der Arbeit mit (selektiv) mutistischen Kindern vorhanden ist, unerlässlich. Dieses Buch soll einen Baustein einer solchen fachlichen Begleitung bilden.

Darüber hinaus soll dieses Buch ein Beispiel für integrative Zugänge sein über jeglichen Schulenstreit und über unterschiedliche Fachkompetenzen hinaus (im Sinne von Miller et al. 2000; Metzmacher et al. 1996; Wampold et al. 2018; Schwarz/Fink 2019). Der (selektive) Mutismus als konkretes Störungsbild im Kindesalter meldet in seiner Vielschichtigkeit und Komplexität einen Handlungsbedarf an, an dem die Notwendigkeit der Integration deutlich wird.

Meine langjährige therapeutische und supervisorische Arbeit mit Kindern mit (selektivem) Mutismus ließ in mir die Überzeugung wachsen, dass diese Kinder spezifische Zugänge brauchen. Die folgenden Faktoren sprechen dafür.

1. Komorbidität, Komplexität und daher Interdisziplinarität der Störung
2. Ansiedlung der therapeutischen Maßnahmen zwischen Psychiatrie, Psychotherapie, Sprachtherapie, Sonder- und/oder Integrativer Pädagogik
3. Notwendige Berücksichtigung unterschiedlicher theoretischer Ansätze für die Therapie
4. Erforderlicher Einsatz von besonderen therapeutischen Medien
5. Arbeit mit dem fast immer vorhandenen Widerstand
6. Spezieller Umgang mit kindlichen Angststörungen und Ambivalenzen
7. Besonderheit sprachtherapeutischer Diagnostik und sprachaufbauender Arbeit mit nicht-sprechenden Kindern
8. Notwendigkeit von „idiographischen“, interaktiven, psychodynamisch sowie verhaltensmodifikatorisch-orientierten Zugängen
9. Gestaltung bzw. Abgrenzung der Arbeit mit Eltern und Angehörigen, der Hilfen bei Milieuwechsel, bei Heim- oder stationärer Unterbringung

1. Komorbidität, Komplexität und daher Interdisziplinarität der Störung: (Selektiver) Mutismus liegt an der Schnittstelle von Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Sprach- und Kommunikationstherapie, Pädagogik, Sonderpädagogik, Sozialpädagogik und Sozialarbeit (Hartmann 2007; Sharkey/McNicholas 2008). Die jeweilige Entscheidung, welche therapeutischen, pädagogischen und/oder psychiatrischen Interventionen vorgenommen werden sollen, wie sie zu konkretisieren und zu koordinieren sind, bedarf eines abgestimmten Case Managements. Sein Fehlen vermindert wesentlich die Chancen für Rehabilitation und Therapieerfolg, die als Prävention vor der Pubertät von großer Bedeutung sind (Melfsen/Walitzka 2017; Schwenk/Gensthaler 2017).

2. Ansiedlung der therapeutischen Maßnahmen zwischen Psychotherapie, Sprachtherapie, Sonder- und/oder Integrativer Pädagogik: Eine der Schwierigkeiten in der Gestaltung der Therapie liegt in der Abgrenzung zwischen den Fachdisziplinen, die als rehabilitative und therapeutische Maßnahmen zu wählen sind. Der Kinder- und Jugendpsychiater, bei dem ein (selektiv) mutistisches Kind vorstellig wird, ist darauf angewiesen, mit unterschiedlichen Fachleuten zusammenzuarbeiten. In einem weiteren Schritt ist der Arzt darauf angewiesen zu wissen, ob der Therapeut sich eine Arbeit mit dem (selektiv) mutistischen Kind und seinen Angehörigen zutraut und ob er bereit ist, die Verantwortung zu übernehmen. Dazu kommen Schwierigkeiten bei der Diagnose. Zu Beginn der Therapie eines Psychotherapeuten ist eine Diagnostik notwendig, die den Stand der Sprachentwicklung und/oder des Sprachverständnisses ermittelt durch Befragung der Eltern und/oder häusliche Aufnahmen. Eine genaue Diagnostik und Abgrenzung der Störung ist meistens schwierig und bedarf oft des Einbezugs eines Sprachtherapeuten. Damit neben dem

(selektiven) Mutismus eine zusätzliche Sprachentwicklungsverzögerung oder/und eine andere Sprachstörung diagnostiziert werden kann, was laut unterschiedlicher Quellen häufig der Fall sein kann (Rösler 1981; Lempp 1982; Kristensen 2000; Cunningham 2004; McInnes 2004; Manassis et al. 2007; Sharkey/McNicholas 2008), ist die Berücksichtigung des sprachtherapeutischen Aspekts während der Psychotherapie unerlässlich.

Die Sprachtherapeutin hingegen sieht sich mit psychischen und entwicklungspsychologischen Besonderheiten und Auffälligkeiten konfrontiert, die sie in diesem Ausmaß und Schweregrad selten therapeutisch zu berücksichtigen hat. Auch die systemische Arbeit, d. h. der Einbezug der Eltern, Erzieherinnen und Lehrpersonen, stellt die Sprachtherapeutin vor besondere, transdisziplinäre Ansprüche. Gegebenenfalls muss sie die Beratungsarbeit mit den Eltern abgeben (siehe dazu Katz-Bernstein/Subellok 2009; Subellok et al. 2012).

Um ein (selektiv) mutistisches Kind in der Schule optimal fördern zu können, sind die zuständigen Schulbehörden und Lehrkräfte auf die oben genannte, psychologische und sprachtherapeutische Diagnostik angewiesen. Ohne eine aktive, abgestimmte Zusammenarbeit mit den Lehrern ist es undenkbar, das Symptom anzugehen oder die in der Therapie erungenen, kommunikativen und sprachlichen Verhaltensmuster zu manifestieren und zu generalisieren. Daher sind der gegenseitige Informationsaustausch und vor allem die Koordination von kontinuierlichen Interventionen sowie die Aneignung von Spezialwissen aus anderen Fachdisziplinen nicht zu umgehen. Eine neuere Publikation aus dem angloamerikanischen Raum zeigt erweiterte Möglichkeiten der schulischen Betreuung dieser Kinder auf (Kearney 2010).

3. Notwendige Berücksichtigung unterschiedlicher theoretischer Ansätze für die therapeutischen Methoden: Anders als bei vielen anderen Störungen muss die Therapie von Kindern mit (selektivem) Mutismus unterschiedliche Bausteine umfassen, um erfolgreich zu sein (Katz-Bernstein 2002; Teil III–VI dieses Buch). Ungeachtet der fachlichen Zuständigkeiten sollen mögliche Therapieebenen vorgestellt werden, damit die Erwägungen für Therapie- und pädagogischen Alltag sowie Fördermaßnahmen gezielter vorgenommen werden können.

In diesem Buch sollen therapeutische Bausteine integriert werden, die sowohl unterschiedlichen psychotherapeutischen Schulen als auch unterschiedlichen Fachdisziplinen wie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als auch der Logopädie/Sprachheilpädagogik entstammen. Eine solche Integration wird heute, angesichts des Standes der Forschung von psychotherapeutischen Wirkfaktoren, fortwährend propagiert (Miller et al. 2000; Wampold et al. 2018). Dabei wird kein Plädoyer für Kurztherapien gehalten, da diesen modern gewordenen Therapieformen keine wissenschaftliche Überlegenheit gegenüber anderen Methoden, was zeitliche

Ressourcen betrifft, nachgewiesen werden konnte (Miller et al. 2000, 24). Für die Therapien von (selektiv) mutistischen Kindern bleibt zu hoffen, dass sie der Forderung nach immer kürzeren Interventionen standhalten können.

Vielmehr strebt dieses Buch durch unterschiedliche Zugänge und gezielte Methodenintegration an, eine möglichst hohe Effizienz der Therapie zu erreichen.

Die *prozessualen Erhebungen von diagnostischen Daten* umfassen sowohl Daten aus Beobachtungen in der Schulklasse, als auch solche, die durch schulärztliche, schulpyschologische, psychotherapeutische oder logopädische Fachpersonen erhoben werden.

Das *Case Management* kann in einem interdisziplinären Team verwirklicht werden. Die *Klärung des Therapieauftrages, die Beziehungs- und Kommunikationsgestaltung* beinhaltet Elemente aus der systemisch-orientierten Psychotherapie. Sie wird jedoch in ein prozesshaftes, dialogisches Geschehen eingebaut und dadurch tiefenpsychologisch fundiert.

Der *Safe Place* ist eine Therapietechnik, die auf dem Konzept des „Sicheren Ortes“ beruht. Sie stammt aus einer Übung, die durch Violet Oaklander bekannt geworden ist (1981), stützt sich auf die Theorie des intermediären Raumes von Winnicott (2002) und wurde als Konzept für die Arbeit von schwer traumatisierten Patienten ausgearbeitet (Reddemann 2017; Tinker/Wilson 2006). Das Konzept des „Safe Place“ wurde bei ängstlichen, mutistischen Kindern und/oder bei Kindern mit Sprachstörungen eingesetzt und für die Integrative Kinderpsychotherapie praxeologisch ausgearbeitet (Katz-Bernstein 1995).

Die *Stärkung des „Alter Ego“* ist der Individualpsychologie Adlers (1974) entlehnt, die die „Ermutigung“ als wichtigen Teil der therapeutischen Arbeit erachtet.

Der *Aufbau eines kommunikativen Verhaltens* ist eine direktiv-übende, kognitiv-behaviorale, jedoch nichtverbale Art der Therapie, wie sie seit langen Jahren in der sprachtherapeutischen Arbeit mit sprachverzögerten (Franke 1996) oder mit stotternden Kindern erprobt worden ist (Katz-Bernstein 1982; 2003b).

Die *Arbeit mit Puppen und Übergangsobjekten* (Petzold 1983, Tarr Krüger 1995) entstammt der „Integrativen Therapie“ und wurde für die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen entwickelt (Petzold/Ramin 1991). Die neuen Spieltheorien bestätigen ihre Effizienz (Pellegrini 2010). Sie ist vor allem einsetzbar bei Kindern im Vorschulalter und in der unteren Primarschulstufe.

Die *sprachtherapeutischen Maßnahmen* entstammen der logopädischen Arbeit mit sprachentwicklungsverzögerten Kindern. Eine tiefenpsychologisch fundierte Sicht aus der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen ermöglicht den Einbezug der Ebene der *Symbolisierung und eine narrative Verarbeitung* (Schröder et al. 2014; Katz-Bernstein/Schröder

2017). Auf diese Weise kann die Therapeutin zentrale Themen des schweigenden Kindes mit Hilfe des Symbolspiels deuten, psychodynamisch in das Geschehen eingreifen und behutsam zu einer dialogischen Interaktion mit dem Kind gelangen.

Der Aufbau der verbalen Kommunikation (inkl. Transfer), die sich Schritt für Schritt des Symptoms annimmt, entstammt den kognitiv-behavioral orientierten Therapierichtungen und bedient sich beispielsweise der Erstellung von Sprech- und Schweigehierarchien, Desensibilisierungsübungen, u. a. m.

Die Arbeit mit inneren Stimmen ist eine Technik aus der Gestalttherapie (Perls 2002), (Watkins/Watkins 2003). Vorwiegend für Menschen mit traumatischen Erfahrungen wurde die Arbeit mit *Ego-States* entwickelt (Fritzsche/Hartman 2010). Durch den Einsatz von kreativen Medien wird diese Technik kindgemäß und spielerisch und kann in der therapeutischen Arbeit mit (selektiv) mutistischen Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden.

Die Arbeit der *Geführten Imagination* ist eine Technik von Leuner, bekannt als „katatymes Bilderleben“ (1986). Sie wird in der systemisch-orientierten Hypnotherapie mit Kindern (Mrochen 2001) sowie in der Integrativen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Katz-Bernstein 2003b) angewandt.

Die *Zusammenarbeit mit Angehörigen und Fachpersonen* leitet sich wiederum aus den systemisch-orientierten Strategien ab und zeigt sowohl Ideen und Besonderheiten in der Arbeit mit Eltern mutistischer Kinder, als auch die Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit Lehrern und Sozialpädagogen, ärztlichen und behördlichen Fachpersonen (dazu Katz-Bernstein 2010b, Subellok/Katz-Bernstein 2006).

Andere Ideen und Anregungen stammen aus der eigenen langjährigen Arbeit mit Kindern sowie aus supervisorischer Arbeit, die mir Einblicke in hunderte von Therapien verschaffte. Sie entstanden auf der Suche nach Zugängen zu schwierig zu erreichenden Kindern. Viele dieser Anregungen wurden gemeinsam innerhalb von Supervisionsgruppen, die ich viele Jahre in mehreren Ländern und Kulturen leitete, erarbeitet. Die Supervisionsgruppen betrafen die Bereiche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Logopädie/Sprachtherapie sowie Bewegungs- und Musiktherapie.

All diese Facetten, Techniken und Anregungen sind hier weniger additiv gemeint und sollen nicht zu einem mechanistischen, fragmentierten Vorgehen führen. Der sorgfältige Einbezug der kognitiven, behavioralen und emotionalen Prozesse der Therapeuten soll die Arbeit psychodynamisch-fundiert werden lassen. Dies soll den einzelnen Bausteinen der Therapie zu einem verbindenden und verbindlichen Rahmen verhelfen.

4. Einsatz von besonderen therapeutischen Medien: Die Arbeit mit einem sprachverweigernden Kind stellt einen Anspruch, der sowohl für Psy-

chotherapeuten als auch für Sprachtherapeuten oft (noch) ungewöhnlich ist. An Fallbeispielen soll dem Leser der Einsatz von speziellen Medien und Techniken verdeutlicht werden.

5. Spezielle Arbeit mit dem fast immer vorhandenen Widerstand: Ein Therapeut, der mit (selektiv) mutistischen Kindern arbeitet, befindet sich oft in schwierigen Gemütsverfassungen, die aus der Resonanz („Gegenübertragung“) eines körpersprachlichen Widerstands und der Verweigerung, die durch das Kind kommuniziert wird, entstehen. Um diese Interaktionsmuster und Prozesse zu erkennen und zu verstehen, sind besondere therapeutische Qualitäten notwendig, die zum großen Teil lernbar sind. Durch Literatur, Kasuistik und Supervision kann die Sensibilität für den Umgang mit diesen Kommunikationsmustern entwickelt werden. Ich erachte die Berücksichtigung dieser Ebene im Umgang mit mutistischen Kindern als unerlässlich.

6. Wissen, wie man mit kindlichen Ängsten und Ambivalenzen umzugehen hat: (Selektiver) Mutismus wird in der vorhandenen Literatur auch als Angststörung bezeichnet (Spasaro/Schaefer 1999) bzw. als deren comorbides Symptom (DIMDI 2014; DSM 2013; Muris/Ollendick 2015; Chavira et al. 2007; Cunningham et al. 2006; Gensthaler et al. 2016; Kearney 2010; Kristensen 2000; Manassis et al. 2007; Melfsen/Walitzka 2017; Steinhausen et al. 2006; Vecchio/Kearney 2005; Yeganeh et al. 2003). Der Umgang mit Angststörungen bedarf eines therapeutischen Wissens sowie besonderer therapiedidaktischer Zugänge. Es handelt sich immer wieder um eine Ambivalenz zwischen dem Befreit-werden-Wollen von dem Symptom und dem Verharren-Wollen im eigenen, vertrauten Verhaltensmuster. Denn dieses eingespielte, vertraute Verhalten stellt eine Angstbewältigungsstrategie dar, eine Lösung für Entwicklungsanforderungen, die das Kind nicht anders zu lösen weiß (Perednik 2011). Durch detaillierte Fallvignetten und Beispiele sollen Möglichkeiten zum therapeutischen Umgang mit den Ängsten und Ambivalenzen, die in der Natur dieses Phänomens liegen, nachvollziehbar werden.

7. Besonderheit sprachtherapeutischer und sprachaufbauender Arbeit mit nicht-sprechenden Kindern: Die Sprachdefizite, Sprachentwicklungsverzögerungen und -störungen, die, wie die Forschung auch immer wieder belegt, oft hinter einem mutistischen Verhalten stehen können (Bar-Haim et al. 2004; Cohan et al. 2006; Kearney 2010), bedürfen einer Spezialisierung, die Ähnlichkeiten mit der Arbeit mit nicht-sprechenden Menschen (AAC – Alternative Augmentative Communication) aufweist. Anders jedoch als bei nicht-sprechende Menschen mit ausgeprägten körperlichen oder kognitiven Einschränkungen, erfordert die sprachtherapeutische Arbeit mit mutistischen Kindern, eine eigene Ausprägung und

eine besondere therapeutische Didaktik, die in diesem Buch besprochen und exemplarisch ausgeführt werden soll.

Zu erwähnen ist die Ermittlung von Grad und Umfang des Sprachverständnisses, des passiven (und aktiven) Wortschatzes, des Stands der syntaktisch-morphologischen Entwicklung, des Redeflusses und der Artikulation. Ebenso sind die Symbolisierungs- und Erzählfähigkeit zu prüfen. Diese „Diagnostik unter verlängerten, erschwerten Bedingungen“ ist notwendig, um Wesen und Umfang der Störung festzustellen und um therapeutische Interventionen zwischen unterschiedlichen Fachleuten zu koordinieren.

Jede sprachliche Entwicklungsverzögerung und -störung kann primärer oder potenzierender Faktor für diese sekundäre Störung sein (vgl. Kearney 2010). Ist eine sprachliche Auffälligkeit ermittelt worden, so kann die sprachliche Förderung ein wichtiger Baustein zur Überwindung des Mutismus werden. Bei solch einer Kommunikations-, Symbolisierungs- und Sprachförderung ist zunächst mit wenig Response zu rechnen, und sie wird erst einmal „ins Leere“ vorgenommen. Es bedarf daher einer nicht-direktiven Art der Sprachförderung, die mit anderen Bausteinen der Therapie verbunden wird.

8. Notwendigkeit von „idiographischen“, integrativen, sowohl kognitiv-behavioralen als auch interaktiven und psychodynamisch orientierten Zugängen: (Selektiver) Mutismus ändert sich ständig durch gegebene, äußere Faktoren, durch interne, entwicklungsbedingte Verläufe sowie durch die Wechselwirkung zwischen ihnen. Daher ist eine „idiographische“ (Motsch 1992), einzelfallorientierte Vorgehensweise (Grohnfeldt 1996; auch Petermann 1996) fast unumgänglich. Diese verlangt den Einbezug von quantifizierenden, objektivierenden Kriterien, die mit Kriterien und Verläufen qualifizierender Art in Verbindung gebracht werden müssen. Dies kann bedeuten, dass eine fortwährende Reflexion und eine kontinuierliche Adaptierung der Therapieplanung vorgenommen werden muss. In den meisten Fällen ist es sinnvoll, einen verhaltensmodifikatorischen Plan zu verfolgen und den Kindern eine Struktur anzubieten, wie sie aus dem Schweigen herausfinden können, Schritt für Schritt und ganz konkret. Die Schritte werden mit den Kindern vorbesprochen, abgestimmt und durch sie reguliert. Um beispielsweise unterscheiden zu können, ob eine flexible Änderung oder ob Beharrlichkeit und Durchhaltevermögen therapeutisch sinnvoller sind, bedarf es jedoch fallbezogener Einblicke in individuelle Fallverläufe, die ein solches, differenziertes Vorgehen veranschaulichen und in der Beziehungsgestaltung der Therapie ihren Niederschlag finden (siehe dazu Katz-Bernstein 2008; Bennett et al. 2013; Bergmann et al. 2013; Kristensen/Oerbeck 2013).

9. Gestaltung bzw. Abgrenzung der Arbeit mit Eltern und Angehörigen, der Hilfen bei Milieuwechsel, bei Heim- oder stationärer Unterbringung:

Die Berücksichtigung der Angehörigen und der systemischen Dimension ist bei dieser Störung unerlässlich (Chavira et al. 2007; Kristkeitz 2011).

Der nicht gelungene, soziale Übergang des Kindes vom Elternhaus zum sozialen Kontext des Kindergartens und/oder der Schule kann selten ohne Unterstützung der Eltern und den Einbezug der Lehrpersonen aufgehoben werden. Wenn dieser Umstand für die meisten psychisch bedingten Störungen sowie für Sprachstörungen gültig ist, so verlangen die Spezifität und die Komplexität des (selektiven) Mutismus sowie seine folgeträchtigen Konsequenzen besondere Zugänge zu den Angehörigen (Katz-Bernstein 1993; 2000; Katz-Bernstein/Subellok 2009). Im idealen Fall kann eine kooperative und gelungene Zusammenarbeit die Therapie bedeutend positiv beeinflussen.

Manchen Eltern mutistischer Kinder fällt es schwer, die Therapie des Kindes durch eine Mitarbeit zu unterstützen. Sie benötigen Geduld und Zeit seitens des Therapeuten. Dieser muss sich neben der guten Zusammenarbeit mit kooperativen, motivierten und besorgten Eltern, in manchen Fällen mit einer minimalen Mitarbeitsbereitschaft begnügen und sich dennoch uneingeschränkt dem Kind widmen. Manche Eltern lassen sich durch unvermutete Fortschritte des Kindes zur Mitarbeit ermuntern.

Die Gefahr der Enttäuschung angesichts idealtypischer, systemisch-familiärer Interventionen, für die in vielen systemisch orientierten Konzepten plädiert wird, ist in der Arbeit mit Familien von (selektiv) mutistischen Kindern beachtlich. Häufig gehören die Eltern einer anderen Kultur oder sozialen Schicht an, bei der der Umgang mit der Störung und deren Bedeutung eine andere Relevanz haben als die öffentlich-institutionale Norm. Es ist auch möglich, dass die Eltern die Landessprache nur dürftig beherrschen. Dies kann die Einstellung zur Therapie beeinflussen oder zu Missverständnissen und gegenseitigem Argwohn bezüglich Erwartungen und Abmachungen führen. Auch sind Fragen der schulischen Förderung, die Wahl des geeigneten Förderorts zu klären, in seltenen Fällen auch eine Heimeinweisung oder ein stationärer Aufenthalt des Kindes zu empfehlen und mit den Angehörigen abzustimmen. Vor allem wird hier auf die kindzentrierte, therapiebegleitende Zusammenarbeit eingegangen (Katz-Bernstein 2000; Subellok/Katz-Bernstein 2006). Diese Art der Zusammenarbeit scheint die häufigste, oft die einzig mögliche und realisierbare Art, um mit den Eltern umzugehen.

Wie schon erwähnt, sind in diesem Buch sowohl die verhaltensmodifikatorische, als auch die interaktive, psychodynamische Dimension berücksichtigt worden. Das Aufgreifen der körpersprachlich kommunizierten, psychodynamischen Strategien gehört zum integrativen, therapeutischen

Selbstverständnis, das hier präsentiert wird (Katz-Bernstein et al. 2002). Der Einbezug dieser Strategien ist anspruchsvoll und nicht immer einfach, benötigt Übung und Erfahrung, um nicht additiv, sondern integrativ zu wirken. Er ist aber dennoch m. E. trainierbar. Für die Therapie von (selektiv) mutistischen Kindern scheint mir eine solche Kombination in den meisten Fällen sinnvoll und angebracht. Es wäre ein Verlust, wenn eine Treue zu gewissen „psychotherapeutischen Ideologien“ die Sicht auf Zugänge zu den Kindern verstellen würde (Miller et al. 2000; Fiedler 2000; Schwarz/Fink 2019).

Teil I

Theoretische Zugänge

1 Was ist (selektiver) Mutismus?

1.1 Definition und Erscheinungsbild

Das Wort „Mutismus“ stammt von „mutus“ (lat.) und bedeutet Schweigen. Für das seit langem bekannte Phänomen des beharrlichen Schweigens findet man in der Fachliteratur folgende Bezeichnungen:

Aphasia Voluntaria (Kussmaul 1877)
 Freiwillige Stummheit (Gutzmann 1894)
 Totaler / elektiver Mutismus (Tramer 1934)
 Elektiver Mutismus (ICD-10, F94.0)
 selective mutism (SM) – Selektiver Mutismus (DSM-IV)
 Partielles / Universelles Schweigen (Schoor 2002)

Mutistische Kinder besitzen meist die Fähigkeit zu sprechen. Sie setzen diese jedoch in für sie fremden Situationen, an bestimmten Orten und/oder gegenüber einem bestimmten Personenkreis nicht ein. Sie verstummen, erstarren oder verständigen sich ausschließlich und konsequent mittels Gesten, Mimik oder schriftlichen Mitteilungen (Hartmann 2007).

„Selektiver Mutismus ist eine Störung der Kindheit, die als eine umfassende Sprachlosigkeit in mindestens einer spezifischen Situation auftritt, trotz der Fähigkeit, in anderen Situationen zu sprechen.“ (Dow et al. 1999, 19, Übersetzung v. d. Autorin)

In den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die folgende Definition gegeben:

„Beim elektiven Mutismus handelt es sich um eine emotional bedingte Störung der sprachlichen Kommunikation. Sie ist durch selektives Sprechen mit bestimmten Personen oder in definierten Situationen gekennzeichnet. Artikulation, rezeptive und expressive Sprache der Betroffenen liegen in der Regel im Normbereich, allenfalls sind sie – bezogen auf den Entwicklungsstand – leicht beeinträchtigt.“ (Castell, Schmidt 2003)

Hartmann (2007 gestützt auf Tramer 1934; Böhme 1983) unterscheidet zwischen *totalem Mutismus* und *elektivem Mutismus*. Beim totalen Mutismus besteht eine völlige Verweigerung der Lautsprache bei erhaltenem Hörvermögen, die jedoch öfter als sekundäres Symptom von psychotischen Erkrankungen, schweren depressiven Störungen u. a. auftritt. Jegliches Sprechen sowie Geräusche, die im Mund erzeugt werden, wie

Räuspern, Husten oder Niesen wird gegenüber allen Personen vermieden. Totaler Mutismus tritt bei Kindern äußerst selten auf. Beim elektiven Mutismus (Tramer 1934) werden bestimmte, fest umschriebene Personen oder Kontexte gewählt, mit denen bzw. in denen nicht gesprochen wird (Friedman/Karagan 1973; Biesalski 1983).

Der elektive Mutismus ist die häufigere und geläufigere Störung, bei dem „eine nach vollzogenem Spracherwerb erfolgte Verweigerung der Lautsprache gegenüber einem bestimmten Personenkreis“ erfolgt (Hartmann 2007, 57). Castell und Schmidt empfehlen, da der totale Mutismus selten vorkommt, ihn nicht als eine Sondergruppe, sondern als eine besondere *Ausprägung* des Mutismus gelten zu lassen (2003).

In diesem Buch wird vor allem von Kindern mit selektivem Mutismus die Rede sein. Um Kinder mit einem totalen Mutismus nicht auszuschließen, wird fast durchgehend von (selektivem) Mutismus die Rede sein, wobei bei Wiederholungen lediglich der Begriff „Mutismus“ verwendet wird.

Der Übergang vom elektiven zum selektiven Mutismus, der sich in der Fachliteratur in den letzten vierzig Jahren vollzogen hat (Hartmann 2007, 22f) bedarf einer zusammenfassenden Erklärung.

Der Begriff *elektiv* suggeriert eine Freiheit der Wahl, mit welchen Personen, in welchen Situationen und an welchen Orten geschwiegen bzw. gesprochen wird. Beim *selektiven* Mutismus ist, subjektiv gesehen, eine solche Entscheidungsfreiheit nicht gegeben. Wenn ein Vorschulkind oder ein Grundschulkind einer Situation begegnet, in der es als „Bewältigungsstrategie“ (Bahr 1996) konsequent das Sprechen verweigert und schweigt, dann kann nicht von einer Freiwilligkeit im herkömmlichen Sinne gesprochen werden (Spasaro/Schaefer 1999, 2). Es bedarf oft beachtlicher Anstrengungen, tagtäglich gegen die Verlockungen des Sprechens anzukämpfen, um das Schweigen durch- und auszuhalten. Auch kann beim Frühmutismus (4–6 Jahren) und beim Spätmutismus (6–8 Jahren) nicht von einer bewussten Wahl einer Verhaltensstrategie gesprochen werden, sondern eher von einer intuitiven Lösung. In der fremden sozialen Situation wird gemäß des zur Verfügung stehenden Verhaltensrepertoires (i. S. v. Roth 2001; Roth et al. 2010), das generalisiert worden ist, reagiert. Daher könnte der Name *elektiv* zur Verharmlosung der Hartnäckigkeit und des Schweregrades der Störung führen. Bei Erzieherinnen, Lehrern und Angehörigen löst diese Ohnmacht angesichts des eisernen Schweigens Ärger aus (Kearney 2010). Dieser Ärger führt in der Regel eher zu einer Verstärkung und Aufrechterhaltung des Verhaltens.

Die Frage der Freiwilligkeit wird in neueren Literaturquellen aus dem angloamerikanischen Raum auch mit einer Angststörung in Form einer sozialen Phobie, einer kindlichen Depression oder einer Zwangshandlung beantwortet (Hayden 1980; Dow et al. 1999; Kristensen 2000; Hartmann/Lange 2010; Yeganeh et al. 2003; Sharp et al. 2007; Carbone et al. 2010). Bei dieser Art von Störungen stehe das Kind wie unter einem „Bann“ bzw. unter dem

Zwang, das Sprechen an bestimmten Orten oder in bestimmten Situationen einzustellen und keinen Laut von sich zu geben. Ein solcher Zwang scheint nicht zugänglich für eine willentliche Kontrolle zu sein.

Des Weiteren wird in der neuen angloamerikanischen Literatur ein neurologischer Aspekt diskutiert, weshalb für eine therapiebegleitende medikamentöse Behandlung plädiert wird. Dabei handelt es sich um Medikamente aus der Gruppe der antidepressiven, zwang- und angstlösenden Mittel wie beispielsweise „Clomipramine“, „Fluvoxamine“ und „Prozac®“ (Black/Uhde 1994; Rapoport 1989; Wright et al. 1999). Die Notwendigkeit einer medikamentösen Therapie sowie ihre Langzeitfolgen sind umstritten. Es bedarf sicherlich weiterer, verantwortungsbewusster Forschung, auch über Langzeitwirkungen, um diese Zusammenhänge weiter zu klären (vgl. dazu Manassis et al. 2016).

Was ist demnach selektiver Mutismus? Folgende Definition ist im ICD-10 zu finden (Dilling/Freyberger 2014, 331):

F94.0: elektiver Mutismus

Dieser ist durch eine deutliche, emotional bedingte Selektivität des Sprechens charakterisiert, so dass das Kind in einigen Situationen spricht, in anderen definierbaren Situationen jedoch nicht. Diese Störung ist üblicherweise mit besonderen Persönlichkeitsmerkmalen wie Sozialangst, Rückzug, Empfindsamkeit oder Widerstand verbunden.

Dazugehöriger Begriff:

➤ selektiver Mutismus

Ausschluss:

- passagerer Mutismus als Teil einer Störung mit Trennungsangst bei jungen Kindern (F93.0)
- Schizophrenie (F20)
- tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84)
- umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F80)

(Entsprechend Dilling/Freyberger 2014, 331: Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend)

In der aktuellen Literatur wird der Mutismus vermehrt den Angststörungen und den sozialen Phobien zugeordnet (Aktuelle Übersicht in Smith/Sluckin 2015, 21).

1.2 Diagnostische Kriterien

- a. Andauernde Unfähigkeit, in bestimmten Situationen zu sprechen (in denen das Sprechen erwartet wird, z.B. in der Schule), obwohl Sprechen in anderen Situationen möglich ist.
- b. Es kommt zu Beeinträchtigungen in Ausbildung, Beruf oder sozialer Kommunikation durch die Störung.
- c. Die Störung dauert mindestens einen Monat (und ist nicht auf den ersten Monat nach Schulbeginn beschränkt).
- d. Die Störung kann nicht besser durch eine Sprechstörung (wie Stottern) erklärt werden, ist nicht durch fehlende Kenntnisse der gesprochenen Sprache bedingt und tritt nicht im Zusammenhang mit Autismus-Spektrums-Störungen, Schizophrenie oder weiteren psychotischen Störungen auf.

DSM-5 (312, 23)

Häufige Begleiterscheinungen zum selektiven Mutismus sind soziale Phobien sowie Angststörungen.

Komorbiditäten:

- Störungen des Sozialverhaltens, mit oppositionellem Verhalten
- Phobische Störungen
- Sonstige Angststörungen
- Anpassungsstörungen als Reaktionen auf schwere Belastungen
- Depressive Symptomatik
- Regulationsstörungen wie Schlaf, Essen, Ausscheidungsfunktionen

Wie im DSM-IV erwähnt, sehen wir oft Kinder, deren andere Sprachstörungen vom Mutismus überlagert werden. Der Stand der Forschung lässt, wie schon erwähnt, keine lineare, klar abgegrenzte Ätiologie zu. Vielmehr werden organische und neurologische Komponenten (Rapport 1989), Alterationen prä-, peri- und postnataler Natur, sowie exogene Faktoren, Modelllernen, Traumata und/oder Kulturwechsel sowie Erschwerungen des Spracherwerbs als sich gegenseitig beeinflussende, potenzierende und begünstigende Risikofaktoren der Störung angenommen (Hartmann 2007; Bahr 2006; Dow et al. 1999; Schoor 2002; Spasaro/Schaefer 1999; Kristensen 2000; Manassis et al. 2007; Nowarowski et al. 2009; Starke 2018).

Betrachtet man die drei Formen der kindlichen Ängste, nämlich Trennungsangst (extreme Angst vor der Trennung von vertrauten Be-