

Kinder, die in Untersuchungs-Situationen nicht sprechen, kennt wohl jeder Arzt und jede Ärztin: Die ungewohnte Situation, fremde Personen, die etwas verlangen oder auch das „Auf-Anhieb funktionieren-Sollen“ können Gründe dafür sein. In der Regel findet sich jedoch ein Weg, der den Zugang zum Kind erlaubt, so dass dieses schließlich –zumindest– Fragen beantwortet.

Was jedoch, wenn auch beim zweiten und dritten Untersuchungstermin (sei es bei der Schul- oder einer anderen Untersuchung) das Sprechen verweigert wird, folglich keine Aussage über die Fähigkeiten des Kindes gemacht und keine Diagnose gestellt werden kann? Wenn Befragungen der Eltern ergeben, dass auch im Kindergarten, der Schule sowie mit Fremden, aber auch bekanntem Besuch zu Hause nicht verbal kommuniziert wird, während das Kind unter anderen Bedingungen sehr wohl zum Sprechen in der Lage ist?

Dann könnte es sich um „Nicht-Sprechen unter bestimmten Bedingungen“, dem sog. selektiven Mutismus handeln. Ein Phänomen, das begrifflich nicht selten mit „Autismus“ verwechselt wird, und welches es von „normaler Schüchternheit“ abzugrenzen gilt.

Was ist selektiver Mutismus?

Selektiver Mutismus „ist ein dauerhaftes, wiederkehrendes Schweigen in bestimmten Situationen (z.B. im Kindergarten, in der Schule) und

gegenüber bestimmten Personen (z.B. gegenüber allen Personen, die nicht zum engsten Familienkreis gehören). Dieses Schweigen tritt auf, obwohl die Sprechfähigkeit (grundsätzlich, Anm.d.Verf.) vorhanden ist. Ebenso ist die Redebereitschaft gegenüber einigen wenigen vertrauten Personen in vertrautem Umfeld gegeben“ (Bahr, 2002, 14). Menschen mit selektivem Mutismus machen von ihren sprachlichen Möglichkeiten nicht in dem Maße Gebrauch, in dem diese entwickelt worden sind. Sprech- und Hörfähigkeit sind vorhanden. Es liegen i.d.R. keine organischen, peripheren oder zentralen Schädigungen der am Sprechen beteiligten Organe, Nerven oder Zentren vor.

In der ICD-10 wird selektiver Mutismus von (reaktiven und enthemmten) Bindungsstörungen unterschieden (F.94.0). Zudem wird zwischen selektivem und totalem Mutismus differenziert. Während Ersterer sich auf bestimmte Bedingungen und Personen bezieht, wird beim totalen Mutismus, der meist als Reaktion auf traumatische Erlebnisse – und sehr selten – entsteht, der sprachliche Kontakt zu allen Menschen eingestellt.

Häufigkeit von selektivem Mutismus

Aktuellen Anglo-amerikanischen Untersuchungen zufolge sind ca. 0,7% aller Kinder vom selektiven Mutismus betroffen (Brown 2005, Schwarz & Shipon-Blum 2005). Darunter sind überproportional viele Mädchen, womit der

selektive Mutismus die einzige Sprach- bzw. Sprechstörung ist, bei der dies der Fall ist (Schoor 1995, Bahr 1996). Im Verhältnis zum – sehr viel bekannteren – Autismus sind knapp doppelt so viele Kinder vom Mutismus betroffen (Brown 2005)! Diese werden häufig aufgrund der terminologischen Ähnlichkeit und der – z.T. ähnlich erscheinenden – Symptome verwechselt. Eine differentialdiagnostische Abklärung ist jedoch dringend notwendig, weil die entsprechenden Diagnosen völlig andere therapeutische Konsequenzen notwendig machen.

Das Schweigen tritt zu 79% im Vorschulalter, in der Regel mit 3 Jahren erstmals auf (wenngleich davon auszugehen ist, dass die den Mutismus bedingenden Umstände bereits früher existieren – oft werden die Strukturen jedoch erstmals mit Kindergarten Eintritt sichtbar). Trotz dieses jungen Erstmanifestationsalters vergehen oft Jahre, bis fachkundige Hilfe gesucht wird. Dies liegt zum Einen daran, dass den Eltern das Problem meist erst spät bewusst wird, da die Kinder zu Hause „normal“ sprechen und zum Anderen daran, dass das Phänomen – in allen Professionen und Bereichen – in Deutschland noch immer wenig bekannt ist bzw. nicht ausreichend ernst genommen wird (im Gegensatz z.B. zu den USA).

Abgesehen davon, dass diesen Kindern viele sprachlich-sprecherische Erfahrungen durch ihr Schweigen entgehen und damit ihre Sprachentwicklung über die kommunikativ-pragmatischen Möglichkeiten hinaus gefährdet ist, steht ihnen die Sprache als Mittel der Er-

kenntnisgewinnung nicht in dem Maße zur Verfügung wie anderen Kindern, die jederzeit Fragen stellen können, so dass auch ihre kognitive Entwicklung bedroht ist. Des Weiteren sind Betroffene auch nonverbal oft wenig handlungsfähig: Viele nehmen an Dialogrunden und anderen Gruppenangeboten sowie Regelspielen nicht teil, vermeiden Spiel- und Gesprächskreise, so dass auch weniger soziale und motorische Erfahrungen gemacht werden können. Da zudem die (nicht nur sprachliche) Identitätsentwicklung gefährdet ist, sind Kinder mit selektivem Mutismus in vielerlei Hinsicht von Behinderung bedroht. In 50–70% der Fälle existieren bei Nicht-Behandlung bis ins Erwachsenenalter hinein Kommunikationsstörungen, Sprechängste und Rückzugstendenzen (Esser 2003, 289). Zudem ist die Dauer des mutistischen Verhaltens Prädiktor für die weitere Entwicklung und Remissions-Chancen. Dabei gilt eindeutig die Regel: Je früher interveniert wird, desto größer die Chancen auf eine Rückbildung der pathologischen Strukturen (Esser 2003, 289; Brown 2005, 4).

Symptome, Merkmale und Ursachen des selektiven Mutismus

Um die Symptome des selektiven Mutismus zu beschreiben, ist zunächst die Differenzierung zwischen verbalen und non-verbalen Mitteln der Kommunikation notwendig. Verbale Kommunikationsmittel betreffen die „Sprache im engeren Sinne“, also die Sprechsprache mit

ihren Modalitäten. Non-verbale Mittel bezeichnen „Sprache im weiteren Sinne“, d.h. Gestik, Mimik, Blickkontakt und aufeinander bezogene Bewegung.

Bei selektiv mutistischen Kindern sind in der Regel (unter spezifischen Bedingungen) beide Ebenen der Kommunikation betroffen.

Im Folgenden werden zwei Kardinalsymptome aufgeführt, die erkennbar sein müssen, wenn vom Störungsbild des selektiven Mutismus gesprochen wird. Des Weiteren wird eine Auswahl bedeutender Sekundärmerkmale dargestellt, die häufig im Zusammenhang mit selektivem Mutismus beobachtet werden, nicht jedoch auftreten müssen (vgl. Bahr 1996a; Kramer 2004, 50).

Kardinalsymptome:

1. **Nicht-Sprechen unter bestimmten Bedingungen** („Sprache im engeren Sinne“)
2. **Kommunikationsabbruch unter bestimmten Bedingungen** („Sprache im weiteren Sinne“)

Sekundärmerkmale:

- Isolation des Kindes
- Hinweise in der Familienbiografie
- Risikofaktoren während der Geburt / genetische Prädisposition
- Migration / Mehrsprachigkeit
- Trennungserlebnisse / traumatische Erlebnisse
- Motorische Auffälligkeiten

- Störungen im Bereich der Sprachentwicklung (Aussprache, Grammatik, Wortbedeutungsentwicklung)
- Dominierende bzw. unter drückende Kommunikationsstrukturen in der Familie
- Innerfamiliäre Spannungen / Konflikte mit dem mutistischen Kind als Symptomträger
- Symbiose zwischen Elternteil und Kind
- Bereits kleine Veränderungen bedeuten Stress
- Geringes Selbstvertrauen

Dabei kann nicht von monokausalen Zusammenhängen zwischen Kardinalsymptomen und Sekundärmerkmalen ausgegangen werden. Es ist in der Regel nicht eindeutig bestimmbar, ob beispielsweise eine Sprachentwicklungsverzögerung Ursache oder Folge des Nicht-Sprechens ist. In der Regel bedingen diese Faktoren einander wechselseitig bzw. sind durch die zurückliegende Entwicklung nicht mehr eindeutig voneinander zu trennen. Fakt ist jedoch, dass neben den kommunikativ-pragmatischen Fähigkeiten in 50% der Fälle (Kolvin/Fundudis 1981. In: Esser) noch andere Bereiche der Sprachentwicklung (Aussprache, Grammatik und /oder Wortbedeutungsentwicklung) auffällig sind, so dass dies genauer zu erfragen wäre.

In den meisten Fällen kennen Eltern das Problem extremer Schüchternheit oder Angst (bis hin zu Panikattacken) aus der eigenen Kindheit oder Jugend, womit eine weitere diagnostische Fragestellung Hinweise auf die Existenz des selektiven Mutismus geben kann. Die Stress-

Symptomatik lässt sich erkennen an einem allgemeinen Hypertonus, der sich insbesondere im Bereich des Rumpfes und /aber der Arme und Hände manifestieren kann. Auch einer „starrten Mimik“, fehlendem oder auch sehr intensivem Blickkontakt kann die Stress-Symptomatik entnommen werden. Ein große Gruppe der Kinder mit selektivem Mutismus stammt aus Immigrantenfamilien und wächst zwei- oder mehrsprachig auf (vgl. Bradley & Sloman 1975, bzw. Kracht/Schümann 1997). Auch wenn der Migrationshintergrund und die häufig nicht ausreichende Wertschätzung gegenüber den Muttersprachen dieser Kinder einen nicht unbedeutenden Teil des Ursachengefüges des Mutismus aus- und eindeutig auch andere pädagogische Konzepte erforderlich machen, die den vielerorts vorherrschenden (multikulturellen) Bedingungen gerecht werden (vgl. Kracht/Schümann 1997),

StillLeben
e.V. Hannover



Alter Mühlenkamp 2
D-30659 Hannover

e-mail: info@selektiver-mutismus.de

www.selektiver-mutismus.de

handelt es sich doch um „behandlungsbedürftigen“ Mutismus, dem durch professionelle Beratung und Therapie entgegengewirkt werden kann und sollte.

Die häufig beobachtbare symbiotische Mutter-Kind-Bindung kann ebenfalls Folge des mutistischen Verhaltens oder aber Folge eines „Kulturschocks“ infolge der Immigration, einer schlechten sozio-ökonomischen Lage oder anderer Bedingungen und damit eine Ursache des selektiven Mutismus darstellen. In jedem Fall kann sie zunächst dazu dienen, selektiven Mutismus zu erkennen.

Ein weiteres diagnostisch interessantes Faktum ist, dass viele der betroffenen Kinder aus ländlichen Regionen stammen (vgl. Rösler 1981). Ein dominanter Sprechstil der Mutter bzw. innerhalb der Familie kann ebenfalls als Folge oder Ursache des Mutismus fungieren. Auch dieser ist beobachtbar.

In 50-70% der Fälle gibt es keine (mehr oder minder spontane) Remission. Diese von den „potentiell chronischen“ zu differenzieren ist wohl nur in der Retrospektive sicher möglich. Belegt ist jedoch, dass es Möglichkeiten gibt, „Risikokinder“ zu erkennen und die Gefahr einer Manifestation der Kommunikationsstörung samt all ihrer Folgen für die Sprach- und Identitätsentwicklung z.T. schon durch einige Beobachtungs- und Beratungsstunden deutlich zu reduzieren.

Alle oben genannten und weitere Merkmale des selektiven Mutismus sind in Form einer „Checkliste für Ärzte“ zu beziehen unter u.g. Adresse.

Was ist zu tun? Intervention / Therapie

Um die pathologischen Kommunikationsstrukturen aufzubrechen bzw. um deren Fortentwicklung zu vermeiden, ist die Verordnung von Sprachtherapie so früh wie möglich indiziert. Dies ist angezeigt, wenn das Schweigen länger als 4 Wochen, bzw. länger als 8 Wochen bei mehrsprachigen Kindern besteht. Dabei kann es sich zunächst um einige Beobachtungs- und Beratungsstunden handeln oder um explizite Therapie der kommunikativ-pragmatischen Fähigkeiten des betroffenen Kindes im Zusammenhang mit umfassender Beratung des Umfeldes. Inwiefern ergänzend eine Psychotherapie notwendig ist, hängt von den Entstehungsbedingungen des Mutismus ab. In den wenigsten Fällen liegt dem Nicht-Sprechen jedoch ein traumatisches Erlebnis zugrunde. Dies einzuschätzen ist Aufgabe des Arztes, kann jedoch auch nach einigen Sitzungen mit dem Sprachtherapeuten reflektiert werden.

Die kommunikativ-pragmatischen Fähigkeiten stellen eine von vier Bezugsebenen der Sprache und ihrer Entwicklung dar. Folglich gehört der selektive Mutismus zu den Sprachentwicklungsstörungen (vgl. Braun 1999, 286). Auf der Verordnung (Formblatt 14) muss der Indikationsschlüssel SP1 angegeben werden. In der Regel werden zunächst 10 sprachtherapeutische Sitzungen verordnet. Dies ist bis zu 60 Sitzungen ohne weitere Diagnostik möglich. Es ist jedoch auch möglich, zunächst nur 2-5 Sit-

zungen für eine genaue differentialdiagnostische Abklärung und erste Beratung zu verordnen.

Es sind verschiedene Modelle der Intervall-Therapie oder der phasenweisen Begleitung möglich. Allerdings sind Hausbesuche in diesem Fall i.d.R. unabdingbar, da die Beobachtung und Begleitung bzw. Therapie in verschiedenen Kontexten notwendig ist.

Inhalte der Therapie sind nach differenzierter kompetenzorientierter, förderungsrelevanter Diagnostik i.d.R. die Förderung der nonverbalen Möglichkeiten des Kindes bis hin zur systematischen Förderung einfacher verbaler Mittel mit zunehmender Komplexität für das jeweilige Kind.

Einen großen Teil der sprachtherapeutischen Intervention macht die Beratung von Eltern und anderen Familienangehörigen, ErzieherInnen und/oder LehrerInnen aus sowie die Bildung einer tragfähigen und vertrauensvollen Beziehung zwischen Kind und Therapeut.

Was den Einsatz von Psychopharmaka angeht, gibt es Berichte über den Einsatz von Fluoxetin, doch – wie in der Therapie kindlicher Verhaltensstörungen allgemein – sollte der Einsatz von Medikamenten aufgrund der Nebenwirkungen, Gewöhnungseffekte und vor allem in Anbetracht vorhandener Behandlungs-Alternativen stets kritisch hinterfragt, vor allem jedoch niemals ohne begleitende sprach- oder verhaltenstherapeutische Interventionen und zeitliche Begrenzung erwogen werden!

Hinweise für den Umgang mit Kindern mit selektivem Mutismus bzw. Anregungen für Eltern sind im „Faltblatt für Eltern“, im „Faltblatt für Erzieherinnen“ und im „Faltblatt für LehrerInnen“ enthalten, die ebenfalls auf dieser Seite heruntergeladen werden können. In größeren Mengen können Sie auch unter u.g. Adresse bestellt werden.

Des Weiteren zu bestellen:

- è Elternfragebogen (für Sprach- und PsychotherapeutInnen)
- è Beobachtungsbogen für Erzieherinnen (für Sprach- und PsychotherapeutInnen)
- è Checkliste für ÄrztInnen, die eine effektive differentialdiagnostische Abgrenzung zu anderen Störungsbildern ermöglicht.

Weiterführende Literatur:

Bahr, Reiner: Wenn Kinder schweigen. Redehemmungen verstehen und behandeln. Ein Praxisbuch. Düsseldorf 2002

Katz-Bernstein, Nitza: Selektiver Mutismus bei Kindern – Erscheinungsbilder, Diagnostik, Therapie. München 2005

Kramer, Jens: Das Nicht-Sprechen verstehen – Diagnostische Anknüpfungspunkte einer bewegungsorientierten Sprachförderung für ein Kind mit selektivem Mutismus. Motorik, Schorndorf 27 (2004) Heft 1, S.49-54.

Das Nicht-Sprechen verstehen ...

schüchtern oder
selektiv mutistisch?

– Faltblatt für Ärzte –

