

## SELEKTIVER MUTISMUS

# Ein interdisziplinäres Phänomen

Eine Fachdisziplin allein kann nicht zum Erfolg in der Behandlung von selektivem Mutismus führen. Vielmehr sind es qualitätssichernde Rahmenbedingungen und vernetzte Konstellationen, die den Kindern helfen.

Katja Subellok, Anja Starke

**S**elektiver Mutismus (SM) ist eine eher seltene, mit Angst assoziierte Kommunikationsstörung der frühen Kindheit. Die Prävalenzrate liegt bei circa 0,7 Prozent (1). Obwohl betroffene Kinder über angemessene Sprachkompetenzen verfügen, schweigen sie konsequent in verschiedenen sozialen Situationen (2). Die Kernsymptomatik des Schweigens tritt personen-, orts- oder situationsabhängig auf und variiert von Kind zu Kind, doch liegt immer eine individuelle Systematik zugrunde. Einige Kinder sprechen nur innerhalb ihrer Kernfamilie und schweigen außerhalb, andere hingegen sprechen etwa auch mit Freunden und Verwandten oder kommunizieren nonverbal sehr ausgeprägt. In Bildungskontexten (Kita, Schule) sowie mit unbekanntem Menschen oder in neuen Situationen zeigt sich das Schweigen jedoch am häufigsten (3). Das Auftreten komorbider Auffälligkeiten wird über etliche Studienergebnisse nahegelegt, wobei Formen von Ängstlichkeit und sprachliche Beeinträchtigungen dominieren (3–5). Außerdem sind oftmals Störungen der Regulation von Essen, Schlaf, der Ausscheidungsfunktionen oder des Verhaltens zu beobachten (4).

Erklärungsansätze für SM weisen auf das idiographisch auszumachende Zusammenwirken verschiedener Risikofaktoren bei dem Kind sowie seiner Umwelt hin wie etwa genetische Prädispositionen, soziale Ängstlichkeit, Sprachkompetenzen, kritische Lebensereignisse und familiäre Lernumgebung (6). Unabhängig von individueller Entstehung und Ausprägung des Erscheinungsbildes ist unbenommen, dass sich die Störung gravie-

rend auf Bildungs- und Entwicklungsverläufe sowie die soziale Partizipation auswirken kann. Persistiert das Schweigen bis in die Pubertät oder das Erwachsenenalter, ist von ernstzunehmenden psychopathologischen Problemen auszugehen (7). Dass einem solch komplexen Phänomen mit seiner variantenreichen Symptomatik in der klinischen Praxis nur über die Expertise mehrerer Fachdisziplinen erfolgreich begegnet werden kann, ist deshalb unstrittig.

## Zugänge durch Sprachtherapie und Psychotherapie

Die (differenzial)diagnostische Abklärung fällt seit jeher in die Zuständigkeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie respektive -medizin. Für die Behandlung von SM lassen sich zwei evidente Zugänge ausmachen: Psychotherapie und Sprachtherapie/Logopädie. Im englischsprachigen Raum sind in erster Linie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten mit der Behandlung von SM befasst, wobei hauptsächlich kognitiv-behaviorale Therapiemethoden zum Einsatz kommen (2). Auch existieren sprachtherapeutische beziehungsweise kombinierte Ansätze (etwa [8]). In Deutschland ist es aktuell die sprachtherapeutische Disziplin, von der spezifische Behandlungsansätze für SM im Kindes- und Jugendalter publiziert wurden. Zu nennen sind die Systemische Mutismus-Therapie (SYMUT [9]), die Kooperative Mutismus-Therapie (KoMut [10]) und die Dortmunder Mutismus-Therapie (DortMuT [11]).

Trotz einiger Unterschiede bedienen sich diese Konzepte allesamt – unter anderem – kognitiv-behavioraler Vorgehensweisen. Nur für die-

se gibt es bislang einige wenige empirische Wirksamkeitsnachweise (12–14). Ansonsten ist die Mutismusforschung noch in den Anfängen und ein Beleg für Evidenzen einzelner Behandlungskonzepte steht noch aus. Eine qualitätssichernde Orientierung für die klinische Arbeit liefern derzeit die von Berufsverbänden, Arbeitsgemeinschaften oder Fachverbänden formulierten Rahmenempfehlungen und Richtlinien für die Mutismustherapie, worüber eine jeweilige Standortbestimmung und Klärung des Therapieverständnisses erfolgt. Für SM gibt es in Deutschland drei solcher Empfehlungen:

- Am bekanntesten ist die von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie publizierte AWMF-Leitlinie ([15] wird derzeit überprüft).
- Die Stuttgarter Rahmenempfehlungen zur Mutismus-Therapie (SRMT) (16) wurden von der Mutismus-Selbsthilfe formuliert, für deren Gründung im Jahr 2001 die Fachdisziplin der Sprachtherapie eine treibende Kraft war (17).
- Die IMF-Leitlinien zur Mutismustherapie (18) gehen aus der Arbeit des Interdisziplinären Mutismus-Forums IMF, einer Kooperation von Mutismus-Experten/-innen aus Psychotherapie, Sprachtherapie und Sonderpädagogik, hervor.

## Zuständigkeit der Disziplinen

Empfehlungen und Leitlinien können orientieren, doch klären sie keine disziplinären Zuständigkeiten. Unbestritten ist, dass alle drei genannten Fachdisziplinen, also Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychotherapie und Sprachtherapie, für die klinische Versorgung

von mutistischen Kindern und Jugendlichen gebraucht werden. In Anlehnung an Katz-Bernstein und Subellok (17) werden allgemeine Kriterien zur Beurteilung einer jeweiligen Zuständigkeit vorgeschlagen.

Eine **psychiatrische Konsultation** ist bei tiefgreifenden Entwicklungsstörungen etwa aus dem Autismusspektrum, bei (prä)psychotischen Erscheinungen und/oder psychosomatischen Phänomenen unverzichtbar. Auch ist diese bei Verdacht auf Depression, Suizidalität, Suchtgefahr oder Misshandlung erforderlich. Eine etwaige medikamentöse Behandlung wird ausschließlich ärztlich verordnet und begleitet.

**Psychotherapie** ist zu empfehlen, wenn Traumata, massive Vernachlässigung, Gewalterfahrung, Misshandlung oder gravierende systemische Phänomene – etwa psychisch kranke Eltern – den Hintergrund für SM bilden. Auch wird bei psychopathologischen Problemen und Störungen der Emotions- und Verhaltensregulation eher eine psychotherapeutische Behandlung nahegelegt.

**Sprachtherapie/Logopädie** ist angesagt, wenn sprachliche Auffälligkeiten den Hintergrund für SM bilden. Dies ist bei circa 50 Prozent aller betroffenen Kinder der Fall (4). Die Behandlung fokussiert einen systematischen, angstreduzierenden Aufbau der (non)verbalen Kommunikationsfähigkeit. Auch werden die negativen Folgeerscheinungen eines langandauernden Schweigens im Bereich der pragmatischen und diskursiven Kompetenzen berücksichtigt.

Diese allgemeinen Kriterien können grob als Therapieindikationen herangezogen werden und auf Schwerpunkte, die aktuell in der Behandlung anstehen, hinweisen. Sofern sie allerdings suggerierten, dass ein monodisziplinärer Zugang dem Phänomen SM gerecht werden könnte, wäre das eindeutig zu kurz gegriffen. In der klinischen Praxis zeigen sich nur sehr selten schweigende Kinder, bei denen ausschließlich etwa sprachliche Auffälligkeiten den Hintergrund für SM bilden. Wesentlich häufiger sind Kombinationen mehrerer Bedingungsfaktoren. Würde sich eine

Disziplin nur für den eigenen Bereich zuständig erklären und andere Probleme delegieren, wäre das für die mit Ängstlichkeit assoziierte Kommunikationsstörung SM nicht zielführend. Im Extremfall würde eine Odyssee nicht koordinierter Einzelmaßnahmen für das Kind und seine Familie anstehen, die Therapieerfolge konterkarieren könnten.

### Disziplinübergreifende Perspektive

Für die spezifische Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit SM ist ein variantenreiches und methodenkombiniertes Interventionsangebot von möglichst nur einer fachlichen Instanz vorzuhalten (17), welches folgende Elemente beinhalten sollte:

- Kognitiv-behaviorale Verfahren zur Angstreduktion und direkten Arbeit am Kernsymptom des Schweigens,
- psychodynamische Verfahren zur Verarbeitung von Ängsten oder Aggressionen und zum Aufbau von Copingstrategien,
- systemische Verfahren zur Zusammenarbeit mit Eltern und weiteren Lebenskontexten und
- sprachtherapeutische Verfahren zum systematischen Aufbau von präverbalen und sprachlichen Kompetenzen sowie zur Behandlung sprachlicher Auffälligkeiten.

Mit diesem Anforderungskatalog wird offensichtlich, dass sich jede Fachperson – unabhängig von ihrer disziplinären Grundqualifikation – auf die komplexe Behandlung von SM wird spezialisieren und weiterqualifizieren müssen. Sprachtherapeuten stellen sich psychotherapeutisch auf und umgekehrt erweitern Psychotherapeuten ihre Expertise um Verfahren zum systematischen Aufbau der Kommunikationsfähigkeit. Gleichwohl bedeutet dies nicht, dass sie die anspruchsvolle Behandlungsaufgabe alleine zu bewältigen haben. Jede Fachperson benötigt als Begleitung ein gesichertes Netz von Mutismus-Experten, um über einen disziplinübergreifenden fachlichen Austausch Unterstützung zu erfahren und die Qualität der eigenen klinischen Arbeit abzusichern. Sofern im Einzelfall dennoch eine weitere Fachdisziplin in die Behandlung einbezogen

werden sollte, ist ein koordinierendes Case-Management unverzichtbar.

In Deutschland gibt es derzeit nur wenige spezialisierte Einrichtungen oder Therapeutennetzwerke für SM, die für Fachkräfte eine derartige Begleitung vorhalten. Im Sprachtherapeutischen Ambulatorium (SpA) der Technischen Universität Dortmund hat sich das deutschlandweit agierende Dortmunder Mutismus Zentrum (DortMuZ) etabliert ([www.zbt.tu-dortmund.de](http://www.zbt.tu-dortmund.de)). Neben Forschung und klinischen Tätigkeiten bietet es Fachkräften aller Disziplinen unter anderem Fallbegleitungen, Beratungen, Fort- und Weiterbildungen und über sein Netzwerk (DortMuN) auch eine Austauschplattform für Therapeuten/-innen. Aktuell hat das überwiegend in der Sprachtherapie (ST) verortete Dortmunder Team eine Kooperation mit dem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-innen-Kompetenznetz Westfalen-Lippe (KKJP WL; [www.kjpwil.de/index.php?id=3](http://www.kjpwil.de/index.php?id=3)) initiiert. Zeitnahe Perspektive ist die intervisorisch arbeitende Mutismus-Gruppe „KJP meets ST“ mit regelmäßigen Treffen zum fachlichen Austausch, zur Fallbesprechung und/oder zur gegenseitigen Fortbildung. Auch konzeptuelle Weiterentwicklungen etwa kombinierter Behandlungsmethoden sind angedacht. Wünschenswert wären weitere solcher disziplinübergreifender Ansätze. Denn es wird niemals eine Fachdisziplin für sich sein, die zum Erfolg in der Behandlung von selektivem Mutismus führt. Vielmehr sind es qualitätssichernde Rahmenbedingungen und vernetzte Konstellationen, innerhalb derer sich die Disziplinen respektive Fachpersonen abzusichern haben. „KJP meets ST“ ist dafür ein Anfang.

■ Zitierweise dieses Beitrags:  
PP 2015; 13(10): 455–6

**Anschrift der Verfasserinnen:**  
Priv.-Doz. Dr. paed. habil. Katja Subellok,  
Dr. phil. Anja Starke  
Technische Universität Dortmund,  
Fakultät Rehabilitationswissenschaften,  
Fachgebiet Sprache und Kommunikation,  
Sprachtherapeutisches Ambulatorium,  
Emil-Figge-Straße 50, 44227 Dortmund,  
[katja.subellok@tu-dortmund.de](mailto:katja.subellok@tu-dortmund.de),  
[anja.starke@tu-dortmund.de](mailto:anja.starke@tu-dortmund.de)

 **Literatur im Internet:**  
[www.aerzteblatt.de/pp/lit1015](http://www.aerzteblatt.de/pp/lit1015)

## LITERATURVERZEICHNIS PP 10/2015, ZU:

## SELEKTIVER MUTISMUS

# Ein interdisziplinäres Phänomen

Eine Fachdisziplin allein kann nicht zum Erfolg in der Behandlung von selektivem Mutismus führen. Vielmehr sind es qualitätssichernde Rahmenbedingungen und vernetzte Konstellationen, die den Kindern helfen.

## LITERATUR

1. Bergman LR, Piacentini J, McCracken JT: Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2002; 41: 938–46.
2. Starke A, Subellok K: Wenn Kinder nicht sprechen – Selektiver Mutismus – Basisartikel. *Sprachförderung und Sprachtherapie* 2015; 4: 2–7.
3. Ford MA, Sladeczek IE, Carlson J, et al.: Selective mutism: phenomenological characteristics. *School Psychology Quarterly* 1998; 13: 192–227.
4. Kristensen H: Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/ delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2000; 39: 249–56.
5. Cohan SL, Chavira DA, Shipon-Blum E, et al.: Refining the classification of children with selective mutism: a latent profile analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychiatry* 2008; 37: 770–84.
6. Cohan SL, Chavira DA, Stein MB: Practitioner review: psychosocial interventions for children with selective mutism: a critical evaluation of the literature from 1990–2005. *J Child Psychol Psychiatry*; DOI: 10.1111/j.1469–7610.2006.01662.x
7. Steinhausen H, Wächter M, Laimböck K, et al.: A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *J Child Psychol Psychiatry*; DOI: 10.1111/j.1469–7610.2005.01560.x
8. Smith BR, Sluckin A (eds.): *Tackling selective mutism*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers 2015.
9. Hartmann B: *Gesichter des Schweigens. Die systemische Mutismus-Therapie SYMUT*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag 2013.
10. Feldmann D, Kopf A, Kramer J: Das Konzept der Kooperativen Mutismustherapie (KoMut): Eine systemisch-handlungsorientierte Therapie für Kinder mit Selektivem Mutismus. *Forum Logopädie* 2012; 26: 14–20.
11. Subellok K, Katz-Bernstein N, Bahrfeck-Wichitill K, et al.: DortMuT (Dortmunder Mutismus-Therapie): eine (sprach-)therapeutische Konzeption für Kinder und Jugendliche mit selektivem Mutismus. *L.O.G.O.S. interdisziplinär* 2012; 20: 84–96.
12. Oerbeck B, Stein MB, Pripp AH, et al.: Selective mutism: follow-up study 1 year after end of treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry*; DOI: 10.1007/s00787–014–0620–1
13. Oerbeck B, Johansen J, Lundahl K, et al.: Selective mutism: a home- and kindergarten-based intervention for children 3–5 years: a pilot study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*; DOI: 10.1177/1359104511415174
14. Bergman RL, Gonzalez A, Piacentini J, et al.: Integrated behavior therapy for selective mutism: a randomized controlled pilot study. *Behav Res Ther*; DOI: 10.1016/j.brat.2013.07.003
15. Döpfner M, Schmidt MH, Steinhausen H.: *Elektiver Mutismus (F94.0)*. In: Eschenbeck H, Heim-Dreger U, Kohlmann CW, (eds.): *Beiträge zur Gesundheitspsychologie*. Schwäbisch Gmünd: Gmünder Hochschulreihe Band 29; 2007: 303–10.
16. Hartmann B, Kaiser M, Kauffhold U, et al.: *Stuttgarter Rahmenempfehlungen zur Mutismus-Therapie (SRMT)*. *Mutismus.de* 2013; 10: 4–6.
17. Katz-Bernstein N, Subellok K: *Selektiver Mutismus bei Kindern: Ein Thema für die Sprachtherapie*. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete* 2009; 78: 308–20.
18. Subellok K, Starke A: *Leitlinien des Interdisziplinären Mutismus-Forums (IMF) für die Mutismustherapie*. *Logos* 2015; 23: 106–9.