

Potsdamer Zentrum für empirische Inklusionsforschung (ZEIF), 2014, Nr. 1

Selektiver Mutismus bei Grundschulkindern Diagnose und Fördermöglichkeiten



Anja Starke

Universität Potsdam, TU Dortmund

Zusammenfassung: Selektiver Mutismus ist eine relativ seltene Angststörung der frühen Kindheit, bei der Kinder in spezifischen Situationen (z.B. in der Schule) schweigen, obwohl sie über adäquate Sprachkompetenzen verfügen. Aufgrund der Seltenheit und Unscheinbarkeit des Phänomens wird selektiver Mutismus häufig erst spät erkannt. In diesem Beitrag werden Möglichkeiten der Diagnostik im schulischen Kontext vorgestellt. Ein Überblick über mögliche Interventionen im außerschulischen Bereich, sowie erste Hinweise für die Förderung schweigender Kinder in der Schule werden gegeben.

Schlagwörter: Selektiver Mutismus, Schule, Diagnostik, Fördermöglichkeiten

Abstract: Selective Mutism is a relatively rare anxiety disorder in early childhood. Selective mute children don't speak in certain situation (e.g. in school) despite talking in other (e.g. at home). Due to a small prevalence and an unobtrusive behavior of those children selective mutism is often diagnosed rather late. In this article diagnostic options in the school context are presented. An overview of possible interventions and considerations for supporting mute children in school are given.

Keywords: selective mutism, school, assessment, intervention

Sarah, 8 Jahre alt und Schülerin einer zweiten Klasse, ist gerade intensiv damit beschäftigt ihre Rechenaufgaben zu lösen. Ihre Mitschüler und Mitschülerinnen um sie herum diskutieren ange-regt über mögliche Lösungswege – Sarah bleibt für sich alleine. Als ihr Lehrer zu ihr kommt und sie ermuntert, mit den anderen Kindern zu arbei-ten, senkt sie ihren Blick und erstarrt. Auf die Frage, ob sie Hilfe benötige, erhält der Lehrer keine Antwort. Als es zur Pause klingelt, stürmen die Kinder hinaus auf den Hof. Sarah schleicht langsam hinterher. Auf dem Schulhof bleibt sie alleine am Rand stehen und beobachtet das Spiel der anderen. Sarah hat bereits im Kindergarten nicht mit anderen Kindern oder den Erzieherin-nen gesprochen. Kurz vor Schulbeginn wurde bei ihr ein selektiver Mutismus diagnostiziert.

Was ist selektiver Mutismus?

Selektiver Mutismus ist eine Angststörung mit Beginn in der frühen Kindheit, bei der die be-troffene Person in spezifischen sozialen Situatio-nen (wie zum Beispiel in der Schule) schweigt, obwohl sie grundsätzlich fähig ist zu sprechen. Mit einer Prävalenzrate von 0.7 Prozent ist der selektive Mutismus eher selten (Bergman, Pi-acentini & McCracken, 2002), wobei Kinder mit Migrationshintergrund etwa viermal häufiger betroffen sind als Kinder ohne Migrationshinter-ground (Elizur & Perednik, 2003). Das konse-quente Schweigen in bestimmten Situationen ist allen Kindern mit selektivem Mutismus gemein-sam. Graduelle Abstufungen zeigen sich jedoch im Ausmaß des Schweigens und zusätzlichen

Begleiterscheinungen. So gibt es Kinder, die nur mit ihren engen Familienangehörigen sprechen und bereits in Gegenwart naher Verwandter wie den Großeltern schweigen. Diese Kinder zeigen häufig weitere extreme Verhaltensweisen wie das Erstarren in unvertrauten Situationen. Zudem wirken sie übermäßig ängstlich. Andere Kinder sprechen dagegen zuhause mit ihren Spielkame-raden, schweigen jedoch im schulischen Kon-text. Ungeachtet des Schweigens, haben sie häu-fig feste Spielpartner in der Schule, nehmen am sozialen Leben der Klasse teil und können sich nonverbal bereits recht gut mitteilen. Ebenso gibt es Kinder, die nach außen hin eher aggressiv wirken. Bei ihnen wird das Schweigen häufig als Trotzreaktion interpretiert.

Eine grundsätzliche Motivation zum Sprechen wird bei allen Kindern angenommen. Kein Kind schweigt konsequent über Jahre hinweg, weil es dies will oder damit etwas durchsetzen möchte. Vielmehr leiden die Kinder unter ihrem Schwei-gen und sind bei Nichtbehandlung langfristig in ihrer schulischen und sozial-emotionalen Ent-wicklung beeinträchtigt (Remschmidt, Poller, Herpertz-Dahlmann, Henninghausen & Guten-brunner, 2001).

Die Seltenheit und Unscheinbarkeit sowie die damit einhergehende Unbekanntheit des Phäno-mens führen dazu, dass der selektive Mutismus häufig erst spät erkannt oder als extreme Form der Schüchternheit interpretiert wird (Schwartz, Freedy & Sheridan, 2006). Obwohl das Schwei-gen durchschnittlich bereits im Alter von drei bis vier Jahren auftritt (Dummit, Klein, Rachel G., Tancer, Nancy K., Asche, Martin & Fairbanks,

1997; Steinhausen & Juzi, 1996), erfolgt eine Zuweisung zu einer spezifischen Therapie erst mit durchschnittlich acht Jahren (Remschmidt, Poller, Herpertz-Dahlmann, Henninghausen & Gutenbrunner, 2001). Bis zu 40 % der Kinder erhält gar keine spezifische Therapie (Black & Uhde, 1995; Dummit et al., 1997).

Identifikation des selektiven Mutismus im schulischen Kontext

Da das Schweigen als Kernsymptom des selektiven Mutismus am häufigsten und deutlichsten in den Bildungseinrichtungen Kindergarten und Schule in Erscheinung tritt (Ford, Sladeczek, Carlson & Kratochwill, 1998), kommt pädagogischen Fachpersonen eine bedeutsame Rolle bei der Identifikation zu. Ein sicheres Erkennen eines selektiven Mutismus erweist sich im schulischen Alltag als schwierig, da zwischen Schüchternheit, Schweigsamkeit und selektivem Mutismus fließende Übergänge bestehen (Starke & Subellok, 2012). Bislang stehen jedoch noch keine geeigneten Instrumente für die Diagnostik eines selektiven Mutismus – insbesondere für die Anwendung im schulischen Kontext – zur Verfügung. Ausnahme bildet der Fragebogen zur Erfassung des selektiven Mutismus (FEM) (Steinhausen, 2010). Dieser liegt in einer Eltern- und einer Schulversion vor und erfasst das Ausmaß des Schweigens sowie die Beeinträchtigung der akademischen und sozialen Funktionsfähigkeit. Es existieren jedoch keine Auswertungsrichtlinien, die Hilfestellung zur Interpretation der Ergebnisse des Fragebogens bieten. Derzeit

wird im Dortmunder Mutismus-Zentrum ein Screeninginstrument für den schulischen Primarbereich entwickelt, mit dessen Hilfe Lehrpersonen das Verhalten von Kindern analysieren und auf die Möglichkeit der Diagnose selektiver Mutismus hin überprüfen können sollen (Starke, Subellok & Käppler, in Vorb.). Das Dortmunder Mutismus-Screening (DortMuS-Schule) besteht aus 18 Items auf zwei Subskalen – (1) Schweigen im Unterricht und (2) Unterstützung und Hilfe einfordern. Neben dem Kernsymptom des Schweigens wird mit diesem Instrument zusätzlich die Fähigkeit des Kindes erfasst, Bedürfnisse in irgendeiner (auch nonverbaler) Weise zu äußern. Signalisiert das Kind beispielsweise gegenüber der Lehrkraft, dass es Unterstützung beim Schuhe binden benötigt oder holt es sich in offenen Unterrichtssituationen Unterstützung von der Lehrkraft oder den Mitschülern. Die Betrachtung dieses Aspektes rührt daher, dass neben dem Schweigen eben auch das seltene Einfordern von Unterstützung und die Schwierigkeit Bedürfnisse zu äußern (z.B. auch das Bescheidgeben vor dem Toilettengang oder bei Durst) typische Probleme selektiv mutistischer Kinder zu sein scheinen (Starke & Subellok, 2012).

Eine weitere Möglichkeit zur Einschätzung des Vorliegens eines selektiven Mutismus ist die einfache Verhaltensbeobachtung und zusätzliche Befragung der Eltern. Folgende Kriterien (Subellok & Starke, 2012, S. 244) können als Grundlage für eine Verdachtsdiagnose dienen. Überwiegen die Verdachtskriterien, sollte eine weiter-

führende medizinische, sprach- und/oder psychotherapeutische Abklärung folgen.

Gegen einen selektiven Mutismus spricht:

- Das allgemeine Verhalten des Kindes ist eher unbeschwert.
- Das Kind befindet sich in der Eingewöhnungsphase (4-6 Wochen nach Einschulung/Schulwechsel).
- Es gibt Situationen, in denen das Kind entspannt ist.
- Das Kind nimmt am allgemeinen Klassengeschehen teil.
- Das Kind kommuniziert nonverbal (Nicken, Kopfschütteln, Zeigen, Schriftsprache).
- Auf Ansprache reagiert das Kind nonverbal.
- Das Kind schweigt nur in bestimmten Situationen (z.B. nur im Erzählkreis, in Einzelsituationen).
- Es ist eine zunehmende Entwicklung in Richtung Entspannung, Teilnahme und Sprechen zu beobachten.

Für den Verdacht auf selektiven Mutismus spricht:

- Das Verhalten des Kindes ist eher zurückhaltend und gehemmt.
- Das Kind befindet sich nicht mehr in der Eingewöhnungsphase.
- Das Kind wirkt die meiste Zeit des Schultages angespannt.
- Das Kind entzieht sich dem Klassengeschehen und wirkt häufig teilnahmslos.
- Das Kind lacht nicht und vermeidet es Geräusche zu erzeugen.

- Das Kind kommuniziert nicht oder nur selten nonverbal.
- Bei Ansprache erstarrt das Kind oder senkt den Blick.
- Eine Systematik des Schweigens ist erkennbar (z.B. konsequentes Schweigen gegenüber bestimmten Personen, an bestimmten Orten oder in bestimmten Situationen).
- Es ist keine Entwicklung in Richtung Entspannung, Teilnahme und Sprechen beobachtbar.

Diagnostik

Bei der Diagnosestellung greifen medizinische, sprach- und psychotherapeutische Fachpersonen auf die Kriterien des Diagnostischen Manuals für psychische Erkrankungen (DSM 5, American Psychiatric Association, 2013) zurück.

1. Andauernde Unfähigkeit, in bestimmten Situationen zu sprechen (in denen das Sprechen erwartet wird, z.B. in der Schule).
2. Die Störung behindert die schulischen oder beruflichen Leistungen oder die soziale Kommunikation.
3. Die Störung dauert mindestens einen Monat (und ist nicht auf den ersten Monat nach Schulbeginn beschränkt).
4. Die Unfähigkeit zu sprechen ist nicht durch fehlende Kenntnisse der gesprochenen Sprache bedingt, die in der sozialen Situation benötigt werden oder dadurch, dass der Betroffene sich in dieser Sprache nicht wohl fühlt.

5. Die Störung kann nicht besser durch eine Kommunikationsstörung (z.B. Stottern) erklärt werden und tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung auf (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003, S. 73f).

Im Vorfeld der sprach- oder psychotherapeutischen Diagnostik ist eine kinderärztliche Untersuchung notwendig, um die Gesamtentwicklung des Kindes zu betrachten und bestimmte Störungsbilder auszuschließen. In einer anschließenden Diagnostik bei einer/m Sprach- oder PsychotherapeutIn werden gemeinsam mit den Eltern und dem Kind die Systematik des Schweigens und mögliche Ursachen sowie aktuell vom Kind nutzbare Kommunikationskanäle beleuchtet. Darauf aufbauend kann eine individuell passende Intervention ausgewählt werden.

Therapiemöglichkeiten außerhalb der Schule

Wurde die Diagnose selektiver Mutismus gestellt, stehen Eltern und betreuende Fachpersonen vor der Entscheidung, welche Therapieform nun die „Richtige“ für das Kind ist. In Deutschland ist die Therapielandschaft bei selektivem Mutismus mittlerweile sehr vielfältig, wobei sprach- und psychotherapeutische Behandlungen hervorzuheben sind. Sie sind spezifisch auf das Störungsbild fokussiert und werden von den Krankenkassen finanziert. Eine sprachtherapeutische Behandlung ist vor allem bei Kindern mit zusätzlichen sprachlichen Auffälligkeiten (ca. 30

– 50 % der Kinder mit selektivem Mutismus, siehe dazu etwa Kristensen, 2000) oder mehrsprachigen Kindern angezeigt. Sprachliche Unsicherheiten können zum Aufrechterhalten des Schweigens beitragen und sollten somit in der Intervention berücksichtigt werden. Eine psychotherapeutische Behandlung ist insbesondere dann ratsam, wenn das Kind massive Ängste zeigt oder komplexe familiäre Konstellationen im Hintergrund stehen. Unabhängig davon ist das zentralste Element bei der Auswahl einer Therapie jedoch die Fachkompetenz und Erfahrung der jeweiligen Fachperson mit der Behandlung des selektiven Mutismus.

Fördermöglichkeiten im Unterricht

Bedeutsame Grundlage im Umgang mit selektiv mutistischen Kindern im schulischen Kontext ist zunächst die eigene Einstellung zum Kind und seinem Schweigen. Lehrpersonen sollten das Schweigen niemals persönlich nehmen – auch wenn das Kind mit Lehrerin X, aber Lehrer Y nicht spricht. Die Akzeptanz des Schweigens ist ein wichtiger erster Schritt hin zum Sprechen (Katz-Bernstein, 2011). Häufig hilft dazu auch der Austausch mit einer erfahrenen Fachperson. Die Zusammenarbeit von behandelnden Therapeuten und Therapeutinnen, Eltern und Lehrkraft bildet eine bedeutsame Grundlage in der Entwicklung zum Sprechen.

Weiter ist es wichtig, dass sich das Kind im schulischen Kontext wohlfühlt. Angstreduzierende Maßnahmen und die Stärkung der sozialen Kontakte innerhalb der Klasse sind zentrale erste

Schritte. Darauf aufbauend kann langsam und in Abstimmung mit dem/der behandelnden Therapeut/in der Aufbau der (non-)verbalen Kommunikation in der Schule fokussiert werden (siehe dazu auch Subellok & Starke, 2012). Abschließend werden einige Fördermöglichkeiten im schulischen Kontext skizziert.

Angstreduzierende Maßnahmen

- Zwingen Sie das Kind nicht zum Sprechen.
- Haben Sie selbst keine Angst vor dem Schweigen. Versuchen Sie so gelassen wie möglich zu bleiben.
- Binden Sie das Kind in möglichst viele Gruppenaktivitäten ein.

Stärkung der sozialen Interaktion

- Fördern Sie Kontakte zu anderen Kindern, die angstfrei mit dem Schweigen umgehen.
- Geben Sie den Kindern gemeinsame Aufgaben, die sie über Teamarbeit lösen können.
- Lassen Sie das Kind Aufgaben in der Klasse (z.B. Tafeldienst) übernehmen.

Aufbau der nonverbalen Kommunikation

- Nutzen Sie Symbolkarten, Gesten oder andere Zeichen für bedeutsame Aspekte des Alltags

(z.B. für den Toilettengang oder das Einfordern von Hilfe).

- Fördern Sie Kleingruppensituationen. In diesen fällt es schweigenden Kindern häufig leichter aktiv zu werden.

Aufbau der lautsprachlichen Kommunikation

- Der Aufbau der lautsprachlichen Kommunikation erfolgt in Absprache mit dem Kind; das Kind bestimmt, wann, wie und mit wem es bereit ist zu sprechen.
- Der Aufbau des Sprechverhaltens erfolgt strukturiert von der kleinsten (z.B. Geräusche machen oder einen Laut sagen) bis zur größten Anforderung (z.B. Satz vor der Klasse sagen).
- Stellen Sie Situationen her, in denen das Kind mit seiner Sprechaufgabe nicht im Mittelpunkt steht. Bewegungsspiele (z.B. Verstecken) helfen Anspannung zu lockern.
- Ein Aufnahmegerät (Diktiergerät, Aufnahme-funktion eines Mobiltelefons) kann eine Brücke zum Sprechen in der Klasse bilden. Lassen Sie das Kind Aufnahmen von eigenen Erzählungen oder vom Vorlesen zuhause oder in einem separaten Raum in der Schule anfertigen. Nach Absprache mit dem Kind darf die Klasse die Aufnahme hören.

Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Bergman, L. R., Piacentini, J. & McCracken, J. T. (2002). Prevalence and Description of Selective Mutism in a School-Based Sample. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 938–946.

- Black, B. & Uhde, T. W. (1995). Psychiatric Characteristics of Children with Selective Mutism: A Pilot Study. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (7), 847–856.
- Dummit, S. E., Klein, Rachel G., Tancer, Nancy K., Asche, B., Martin, J. & Fairbanks, J. A. (1997). Systematic Assessment of 50 Children With Selective Mutism. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (5), 653–660.
- Elizur, Y. & Perednik, R. (2003). Prevalence and Description of Selective Mutism in Immigrant and Native Families: A Controlled Study. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (12), 1451–1459.
- Ford, M. A., Sladeczek, I. E., Carlson, J. & Kratochwill, T. R. (1998). Selective Mutism: Phenomological Characteristics. *School Psychology Quarterly*, 13 (3), 192–227.
- Katz-Bernstein, N. (2011). *Selektiver Mutismus bei Kindern. Erscheinungsbilder, Diagnostik, Therapie* (3. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Remschmidt, H., Poller, M., Herpertz-Dahlmann, B., Henninghausen, K. & Gutenbrunner, C. (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* (251), 284–296.
- Schwartz, R. H., Freedy, A. S. & Sheridan, M. J. (2006). Selective Mutism: Are Primary Care Physicians Missing the Silence? *Clinical Pediatrics*, 45, 43–48.
- Starke, A. & Subellok, K. (2012). KiMut NRW: Eine Studie zur Identifikation von Kindern mit selektivem Mutismus im schulischen Primarbereich. *Empirische Sonderpädagogik* (1), 63–77.
- Steinhausen, H.-C. & Juzi, C. (1996). Elective Mutism: An Analysis of 100 Cases. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (5), 606–614.
- Steinhausen, H.-C. (2010). Fragebogen zum elektiven Mutismus (FEM). In H.-C. Steinhausen (Hrsg.), *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie* (7. Aufl.). München: Elsevier.
- Subellok, K. & Starke, A. (2012). Selektiver Mutismus. In S. Niebuhr-Siebert & U. Wiecha (Hrsg.), *Kindliche Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen. Gezielte Elternberatung* (1. Aufl., S. 219–237). München: Elsevier.