

Psychosomatik

Selektiver Mutismus

Dr. med. Karin Trübel, Bern

Selektiver Mutismus

Literatur

Inhaltlich an den Leitlinien orientiert, die aber 2007 abgelaufen und werden seitdem überprüft:

AWMF online



Arbeitsgemeinschaft der
Wissenschaftlichen
Medizinischen
Fachgesellschaften

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

AWMF-Leitlinien-Register Nr. 028/023 Entwicklungsstufe: 1

Zitierbare Quelle:

Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007 - ISBN: 978-3-7691-0492-9, S. 303 - 310

Elektiver Mutismus (F94.0)

1. Klassifikation

1.1 Definition

Beim elektiven Mutismus (selektiven Mutismus nach DSM-IV) handelt es sich um eine emotional bedingte Störung der sprachlichen Kommunikation. Sie ist durch eine andauernde Unfähigkeit

Selektiver Mutismus

Definition

- › emotional bedingte Störung
- › eine mit **Angst** assoziierte Kommunikationsstörung mit Beginn in der frühen Kindheit, die durch *ein konsequentes Schweigen in spezifischen sozialen Situationen* gekennzeichnet ist, obwohl das betroffene Kind über ausreichende Sprachkompetenzen verfügt.
- › Die **Kernsymptomatik des Schweigens** kann personen-, orts- oder situationsabhängig auftreten und interindividuell stark variieren. Sie zeigt sich am häufigsten in Bildungskontexten (Kiga, Schule), mit unbekanntem Menschen oder in neuen Situationen.

Selektiver Mutismus

Diagnostische Einordnung

- › der sozialen Ängstlichkeit des Kindesalters nahestehende **Angststörung**
- › wird ab ICD-11 als eigenständige Angststörung eingeordnet (6B06) und
- › nicht mehr, wie noch im DSM-IV und aktuell noch im ICD-10 (F94.5) unter die Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend eingeordnet

Selektiver Mutismus

Differenzial-/Ausschlussdiagnosen

- › Schwere umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F80)
- › Morphologische oder neurologische Störungen des Sprechapparates
- › Die Störung sollte nicht durch eine andere Kommunikationsstörung (z.B. Stottern) besser erklärbar sein
- › Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84)
- › Schizophrene Störungen (F20), speziell Katatonie (F20.2)

Selektiver Mutismus

Leitsymptome

- › Selektivität des Sprechens
- › Konsistenz bez. der sozialen Situationen
- › Häufiges Einsetzen nonverbaler Kommunikation
- › Dauer mind. 1 Monat

Selektiver Mutismus

Weitere Symptome

- › übermäßige Schüchternheit
 - › Angst vor Befangenheit in sozialen Situationen
 - › soziale Isolierung und sozialer Rückzug
 - › Anhänglichkeit
 - › zwanghafte Verhaltensweisen
 - › Negativismus
 - › Wutanfälle oder leichte oppositionelle Verhaltensweisen
-
- › Kinder mit Selektivem Mutismus erhalten im klinischen Rahmen fast immer zusätzlich die Diagnose einer anderen Angststörung, am häufigsten die Diagnose einer Sozialen Angststörung (Soziale Phobie, F40.1)

Selektiver Mutismus

Untergruppen

1. ängstlich mit leicht oppositionellem Verhalten
 2. ängstlich mit begleitenden sprachlichen Auffälligkeiten
 3. ausschließlich ängstlich
- › 2. Gruppe am häufigsten
 - › deutliche Häufung komorbider Auffälligkeiten, v.a. diverse Formen von Ängstlichkeit und sprachliche Beeinträchtigungen, aber auch Regulationsstörungen von Schlaf, Essen, Ausscheidungsfunktionen oder der Verhaltenskontrolle

Selektiver Mutismus

Häufigkeit

- › < 1% in der Bevölkerung
- › häufiger bei Migrant:innen
- › häufiger bei Mädchen
- › wird meist um das 3. LJ «sichtbar», obwohl die Problematik von Sprachbeginn an bestand, weil die Kinder meist zuhause uneingeschränkt sprechen, und das Problem lange nicht ausreichend ernst genommen wird

Selektiver Mutismus

Meine Geschichte

> <https://www.youtube.com/watch?v=c1SHJxyLO48>

Selektiver Mutismus

Störungsspezifische Diagnostik - Symptomanamnese

- › Beginn, Dauer, Ausmass, Konstanz
- › Mit wem spricht das Kind, mit wem nicht, in welchen Kontexten, wer reagiert wie?
- › Welche nonverbalen Kommunikationsmittel?
- › Fremdanamnese Kiga/Schule/erweiterte Familie/ Freundeskreis
- › Verhaltensbeobachtung in versch. Situationen: im Gespräch, wenn Kind abgelenkt z.B. bei der körperlichen Untersuchung, im Spiel, mit anderen Kindern
- › Körperlich-neurologische Untersuchung mit Augenmerk auf orofaciale Auffälligkeiten
- › Evtl. Videoaufnahme

Selektiver Mutismus

Störungsspezifische Diagnostik - Entwicklungsanamnese

- › Sprachentwicklung (rezeptive, expressive Sprache, Artikulation)
- › Temperament, Primärpersönlichkeit
- › Assoziierte frühkindliche Verhaltensauffälligkeiten
(Kontaktprobleme, Angst, Trennungsängstlichkeit, frühe Regulationsprobleme: Schlaf, Essen, Schreien)

Selektiver Mutismus

Störungsrelevante Rahmenbedingungen

- › Entwicklungsübergänge
- › Migration, Bilingualität, kulturelle Isolation der Familie
- › Mutismus oder Sprech- und Sprachstörungen bei Familienmitgliedern
- › Angst/Ängstlichkeit, auch soziale, bei Familienmitgliedern, v.a. Eltern -> Umgang mit Kind
- › Belastende Lebensereignisse und Traumatisierungen
- › Störungskonzepte der Eltern, Reaktionsweisen, Therapieerwartungen, Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit – gleiches bei Erzieher:innen/Lehrer:innen
- › Integration des Kindes in Klasse und peer group
- › Belastende Bedingungen sowie mögliche Ressourcen in Kiga/Schule

Selektiver Mutismus

Apparative, Labor- und Testdiagnostik

Falls sich **Hinweise** für Schwierigkeiten in diesen Bereichen ergeben:

- › Untersuchung der nicht sprachgebundenen Intelligenz
- › Hör- und Sehtests
- › Sprachentwicklungstests
- › weitere Entwicklungsdiagnostik bez. Motorik, Schreiben und Schriftsprache
-> ggf. differenzierte logopädische Abklärung
- › Bildgebende Diagnostik und EEG sind ohne Vorliegen einer Entwicklungsstörung entbehrlich

Selektiver Mutismus

Diagnostik: Fragebögen

- › Frankfurter Skala zur Erfassung des Selektiven Mutismus (FSSM) (Gensthaler et al. 2016), drei Versionen:
 - Kindergartenkinder (3–7 Jahre)
 - Schulkinder (6–11 Jahre)
 - Jugendliche (12–18 Jahre)

➡ online kostenlos verfügbar: <https://www.uni-giessen.de/fbz/fb06/psychologie/abt/psychologie/psychol/Forschung/selektiver-mutismus/frankfurter-skala-zur-erfassung-des-selektiven-mutismus-fssm>

Selektiver Mutismus

Komorbide Störungen

- › Störung mit sozialer Ängstlichkeit (F93.2)
- › Generalisierte Angststörung (F93.80)
- › Phobische Störungen (F93.1)
- › Emotionale Störung mit Trennungsangst (F93.0)
- › Sonstige Angststörungen (F41)
- › Zwangsstörungen (F42)
- › Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)
- › Depressive Symptomatik (F3)
- › Regulationsstörung von Schlafen, Essen, Schreien, Ausscheidungsfunktionen
- › Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (F91.3)
- › Störungen der motorischen Funktionen (F82)

Selektiver Mutismus

Ursachen

- › Genetik
- › Neurobiologie
- › Familiendynamische Aspekte

Selektiver Mutismus

Ursachen: Genetik

- › Der generelle Einfluss genetischer Faktoren bei *Angststörungen* ist mittlerweile gut belegt, Heritabilität 30-67%.
- › genetische Faktoren wirken mit zahlreichen Umweltfaktoren in einem komplex-genetischen Modell zusammen

Selektiver Mutismus

Ursachen: Genetik

Studie	Befunde	Häufigkeit (in Prozent)	
		Familien mit SM	Kontrollfamilien
Kolvin/Fundudis 1981 (n = 24 Familien)	■ Starke Schüchternheit oder schwere Aggressionsstörungen	33,0	k. A.
	■ Schwere Neurose oder Depression	33,0	k. A.
Black/Uhde 1995 (n = 54 Familien)	■ Sozialphobie und/oder Ängstlich-Vermeidende Persönlichkeitsstörung auf mind. einer Elternlinie	70,0	-
	■ Selektiver Mutismus	15,0	-
Steinhausen/Adamek 1997 (n = 76 Eltern/ 134 erstgradige Verwandte)	■ Schweigsamkeit bei mind. einem Elternteil	23,7	9,7
	■ Selektiver Mutismus bei mind. einem Elternteil	3,9	0
	■ Psychiatrische Störungen bei mind. einem Elternteil	10,5	1,6
Kristensen 2000 (n = 54 Familien)	■ Exzessive Schüchternheit innerhalb der Familie	72,2	19,0
Kristensen/Torgersen 2001 (n = 54 Familien)	■ Sozialphobie/Schüchternheit bei mind. einem Elternteil	70,4	4,6
	■ Selektiver Mutismus bei mind. einem Elternteil	9,3	k. A.
Dobslaff 2005 (n = 24 betroffene Schüler)	■ Mutismus oder mutistische Züge bei mind. einem Elternteil	33,0	k. A.
	■ „Hereditäre Disposition“	52,2	k. A.
Chavira et al. 2007 (n = 140 Eltern)	■ Depression	29,0	26,6
	■ Sozialphobie	37,0	14,1
	■ Angststörungen	10,2	3,1
	■ Ängstlich-Vermeidende Persönlichkeitsstörung	17,5	4,7
Hartmann 2011 (n = 238 Familien)	■ Gehemmtheit bei mind. einem Elternteil	95,8	-
	■ Ängste/Depressionen bei mind. einem Elternteil	74,79	-
Oerbeck et al. 2014 * (n = 24 Familien)	■ selektiver Mutismus bei Familienangehörigen	41,6	41,6
Smith/Sluckin 2007/2015 (n = 53 Familien)	■ Schüchternheit innerhalb der Familie	88,67	-

Tab. 1: Übersicht der Merkmale Schüchternheit/Gehemmtheit, Angst, Depression und Mutismus bei Familienangehörigen von mutistischen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen (Krein 2012, Hartmann 2016)

k.A. = keine Angabe

- = keine Kontrollgruppe

* = beide Gruppen mit mutistischen Verwandten, da hier Therapieeffekte untersucht wurden

Selektiver Mutismus

Ursachen: Neurobiologie


- › Ergebnisse der Angstforschung stehen heute im Zentrum der Forschung bez. Sel. Mutismus
- › **Corpus amygdaloideum** bei Menschen mit einem Selektiven Mutismus u/o Sozialer Phobie niederschwellig auslösbar
- › aufgrund einer abgeschwächten Wirkung des Präfrontalen Cortex ist die, für die Regulation von Angstgefühlen wesentliche Funktion des **Hippocampus** eingeschränkt: Abgleich der einschliessenden Angstsinhalte mit bewussten (corticalen) Erfahrungen
- › auch der **Frontallappen** hat grosse Bedeutung bei der Steuerung und Reduktion von Angst, v.a. bez. kognitiver Kontrolle von Ängsten

Selektiver Mutismus

Ursachen: familiendynamische Aspekte

Siehe Folie 13:

- › Mutismus oder Sprech- und Sprachstörungen bei Familienmitgliedern
- › Angst/Ängstlichkeit, auch soziale, bei Familienmitgliedern, v.a. Eltern
- › Belastende Lebensereignisse und Traumatisierungen
- › Störungskonzepte der Eltern, Reaktionsweisen, Therapieerwartungen, Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit

 ...sind die Themen für die Arbeit mit den Eltern oder der Familie und die Erarbeitung bez. des Umgangs mit dem Kind und seiner Problematik im Alltag

Selektiver Mutismus

Ursachen: familiendynamische Aspekte

- › Familiäre Häufung von Selektivem Mutismus und Sozialer Phobie spielt oft erhebliche Rolle bei der Aufrechterhaltung der Symptomatik, bei scheinbarer Stagnation der Behandlung oder Verschlechterung an bestimmten Entwicklungsschwellen

➡ bedenken, wenn z.B. Eltern nicht zu vereinbarten Terminen erscheinen oder die Umsetzung vereinbarter Interventionen zuhause scheinbar nicht gelingen!

Selektiver Mutismus

Behandlung

- › Zwei Säulen:
 1. Psychotherapie
 2. Sprachtherapie/Logopädie

- › meist kombinierte Ansätze,
im deutschsprachigen Raum z.B.:
 - Systemische Mutismus Therapie (SYMUT; Hartmann, 2013)
 - Kooperative Mutismus Therapie (KoMut; Feldmann, Kopf, & Kramer, 2011)
 - Dortmunder Mutismus Therapie (DortMuT; Subellok, Katz-Bernstein, Bahrfeck-Wichitill, & Starke, 2012)

Selektiver Mutismus

Behandlung

- Je nachdem, wie die zugrundeliegende Problematik des Kindes gelagert ist, sollte es eine **koordinative Fachperson /Behandler:in** geben, die
 - die psychotherapeutische Behandlung durchführt
 - bei Bedarf Unterstützung der anderen Fachdisziplinen initiiert
 - die gemeinsame Unterstützung des Kindes im Netzwerk mit Familie / Kiä / Kiga / Schule etc. koordiniert.

Selektiver Mutismus

Weitere Infos

- › <https://www.selektiver-mutismus.de/downloads/> ->
Flyer und Infoblätter für Eltern wie Ärzt:innen/ Behandler:innen, in verschiedenen Sprachen
- › <https://www.mutismus-schweiz.ch/> ->
Interview mit Prof Dr. Nitza Katz-Bernstein (3:52 min):
<https://www.mutismus-schweiz.ch/causes/schweigen-und-sprechen-im-system-prof-dr-nitza-katz-bernstein>

Selektiver Mutismus

Leitlinien

- › **AWMF** (*Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften*):
Für den selektiven Mutismus werden die Leitlinien derzeit überprüft.
- › **IMF** (*Interdisziplinäre Mutismus Forum*)

IMF-Leitlinien für die Mutismustherapie bei Kindern und Jugendlichen

1.	Verständnis von selektivem Mutismus Selektiver Mutismus wird als eine Strategie zur Regulation der zwischenmenschlichen Kommunikation verstanden. Das Schweigen ist Ausdruck eines – subjektiv sinnvollen – Umgangs mit Konflikten, Ängsten oder Belastungen, für die aktuell keine wirksameren Handlungsalternativen zur Verfügung stehen.
2.	Bedingungshintergründe des Schweigens Bei der Entstehung und Aufrechterhaltung des Schweigens spielen entwicklungsbedingte, lebensgeschichtliche und/oder systemische Faktoren (z. B. familiäre oder schulische Situation) eine Rolle.
3.	Ausgangsposition: Positive Unterstellung Es wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass Kinder/Jugendliche mit selektivem Mutismus – wie alle Menschen – sprechen und mit anderen erfolgreich kommunizieren möchten, da dies ein soziales Grundbedürfnis ist.
4.	Möglichst frühe therapeutische Maßnahmen Je länger das Schweigen besteht, desto fester ist es in der Identität des Kindes/Jugendlichen verankert. Interventionen im Kindergartenalter sind besonders Erfolg versprechend und wirken präventiv Langzeitfolgen wie zum Beispiel Depressionen und generalisierten Angststörungen entgegen.
5.	Interaktions- und Kommunikationskompetenz als Basis für das Sprechen Nonverbale Kommunikationswege bilden die Basis für das Sprechen und sind damit impliziter Bestandteil einer Mutismustherapie. Sie stehen zu Beginn einer Therapie im Fokus, damit die Kinder/Jugendlichen grundlegende kommunikative Prozesse erweitern und festigen. Darauf kann Verbalität aufgebaut werden.
6.	Druck nehmen und entlasten In der Anfangsphase der Therapie wird zunächst der Druck zu sprechen genommen. Der jeweilige Ist-Zustand wird akzeptiert. Die Kinder/Jugendlichen werden darin unterstützt, die eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen, um darüber dem späteren Sprechen den Weg zu bahnen.
7.	Therapeutische Vorgehensweisen Bei Vorschulkindern wird das Schweigen nicht zwingend thematisiert und ihnen bewusst gemacht. Vielmehr kommen kleine Kinder oftmals intuitiv im gemeinsamen Spiel über gezielte therapeutische Beziehungs- und Entwicklungsangebote ins Sprechen. Spätestens ab dem Schulalter wird das Schweigen immer mit den Kindern/Jugendlichen thematisiert. Über ein methodenintegrierendes therapeutisches Vorgehen wird mit ihnen ein systematischer Aufbau des Sprechens angestrebt.
8.	Mitbestimmung Wege und Ziele der Therapie werden gemeinsam mit den Kindern/Jugendlichen abgestimmt und ausgehandelt. Der/die TherapeutIn ist ExpertIn für Ideen und Vorschläge auf dem Weg zum Sprechen; das schweigende Kind, die/der schweigende Jugendliche ist wiederum ExpertIn für sich und kann nur selbst entscheiden, welche Schritte es/sie in welchem Tempo gehen will.
9.	Identitätsbildung Selektiver Mutismus beeinflusst auch immer die Identitätsentwicklung. Im Rahmen der Therapie soll sich das Kind, die/der Jugendliche von ihrer/seiner vom Schweigen bestimmten Identität hin zu einer kommunikativ kompetenten Person entwickeln. Ziel ist ein selbstbestimmtes und situationsangemessenes Sprechen.
10.	Respekt vor dem Entwicklungstempo Jedes Schweigen hat seine individuelle Entwicklungsgeschichte und jeder Therapieprozess ebenso. Der Weg zum Sprechen braucht Zeit und kann auch von Innehalten und Umwegen bestimmt sein.
11.	Interdisziplinäre Zusammenarbeit Ergänzende (medizinische, psychologische) Fachdiagnosen können notwendig sein, um den selektiven Mutismus von anderen Störungen abzugrenzen oder Komorbiditäten aufzudecken sowie entsprechende therapeutische Maßnahmen einzuleiten. Eine Beteiligung verschiedener Fachdisziplinen am Therapieprozess erfordert ein aufeinander abgestimmtes Vorgehen.
12.	Kooperation mit Eltern Selektiver Mutismus zeigt sich im Spannungsfeld zwischen dem System der Familie und dem Außenkontext. Die Eltern werden ressourcenorientiert und kooperativ am Therapieprozess beteiligt.
13.	Einbezug aller Kontexte und Systeme Der Einbezug aller Fachpersonen (Erzieherinnen, Lehrkräfte, weitere TherapeutInnen) ist wichtige Grundlage jeder Mutismustherapie. Anfangs wird ein gemeinsames Verständnis des Schweigens hergestellt, um auf dieser Basis die Rollen einzelner Personen im Therapieprozess zu vereinbaren. Eine Vernetzung mit der Schule impliziert das gemeinsame Abwägen eines etwaigen Nachteilsausgleichs.
14.	Qualifikation von TherapeutInnen Fachpersonen unterschiedlicher Disziplinen können für eine spezifische Therapie des selektiven Mutismus zuständig sein (v. a. SprachtherapeutInnen, LogopädInnen, Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, HeilpädagogInnen). Entscheidend für die Qualität des therapeutischen Angebotes sind eine Spezialisierung auf das Störungsbild sowie eine supervisorische Begleitung der Fachpersonen.

