

(S)elektiver Mutismus (F94.0)

Definition

Elektiver/Selektiver* Mutismus ist eine Unfähigkeit, in bestimmten Situationen zu sprechen, obwohl die Kinder die Fähigkeit zu sprechen besitzen.

Die Störung hält mindestens einen Monat an.

„totaler Mutismus“ (selten): es fehlen sämtliche phonische Leistungen (auch z. B. Lachen und Husten)

*Die Begriffe „elektiv“ und „selektiv“ werden oft synonym genutzt. Aber: In der Fachliteratur hat sich in den letzten Jahren ein Übergang vom Begriff des elektiven zum selektiven Mutismus vollzogen. Der Begriff „elektiver Mutismus“ suggeriert eine Freiheit der Wahl, in welchen Situationen geschwiegen bzw. gesprochen wird. Beim Begriff des „selektiven Mutismus“ ist eine solche Entscheidungsfreiheit nicht gegeben, es wird keine willentliche Kontrolle suggeriert. (Lehrbuch der Verhaltenstherapie, 2019)

Geschichte

„Mutismus“ leitet sich aus dem Lateinischen ab (mutus= stumm).



Adolf Kußmaul (1822-1902)

Quelle: www.wikipedia.org/wiki/Adolf_Kussmaul

- A. Kussmaul (1877) „aphasia voluntaria“ (willentliches Schweigen)
- M. Tramer (1934) „elektiver Mutismus“
- Hesselmann (1983) „selektiver Mutismus“

„Der Betroffene spricht in einigen Situationen fließend, in anderen bleibt er jedoch stumm oder fast stumm.“ (Hartmann, 1992)

Klassifikation

Leitsymptome nach ICD-10 (F94.0) (*Elektiver Mutismus*)

- Selektivität des Sprechens: In einigen sozialen Situationen spricht das Kind fließend, in anderen sozialen Situationen bleibt es jedoch stumm oder fast stumm
- Vorhersehbarkeit bezüglich der sozialen Situationen, in denen gesprochen bzw. nicht gesprochen wird
- Häufiges Einsetzen nicht-sprachlicher Kommunikation (in der Außenwelt) wie z.B. Mimik, Gestik
- Dauer der Störung über mindestens einen Monat
- Altersentsprechende Kompetenz im sprachlichen Ausdruck, Sprachverständnis und die Fähigkeit zu Sprechen soll vorhanden sein

Klassifikation

Leitsymptome nach DSM-5 (*Selektiver Mutismus*)

- Andauernde Unfähigkeit, in bestimmten Situationen zu sprechen, wobei in anderen Situationen wiederum normale Sprechfähigkeit besteht
- Die Störung behindert die schulischen oder beruflichen Leistungen oder die soziale Kommunikation
- Die Störung dauert mindestens einen Monat (und ist nicht auf den ersten Monat nach der Einschulung beschränkt)
- Die Unfähigkeit zu sprechen ist nicht durch fehlende Kenntnisse der gesprochenen Sprache bedingt oder dadurch, dass der Betroffene sich in dieser Sprache nicht wohl fühlt

Diagnose - Kriterien für (s)elektiven Mutismus nach ICD-10 und DSM-5

ICD-10 [] = nur ICD-10

DSM-5 { } = nur DSM-5

Andauernde Unfähigkeit, in bestimmten Situationen zu sprechen (in denen das Sprechen erwartet wird, z.B. in der Schule), wobei in anderen Situationen das Sprechen möglich ist.

Die Störung beruht nicht auf fehlenden Kenntnissen der gesprochenen Sprache, die in der sozialen Situation benötigt wird {oder darauf, dass der Betroffene sich in dieser Sprache nicht wohlfühlt}.

Die Störung dauert länger als einen Monat.

Die Störung dauert mindestens einen Monat (und ist nicht auf den ersten Monat nach Schulbeginn beschränkt).

Sprachausdruck und Sprachverständnis, beurteilt in einem individuell angewandten standardisierten Test, liegen innerhalb von 2 Standardabweichungen entsprechend dem Alter des Kindes.

Die Störung behindert die schulischen oder beruflichen Leistungen oder die soziale Kommunikation.

Ausschlusskriterien:

- Tiefgreifende Entwicklungsstörung

Ausschlusskriterien:

- Tiefgreifende Entwicklungsstörung
- Schizophrenie / andere psychotische Störung
- durch Kommunikationsstörung (z.B.Stottern) besser erklärbar.

Prävalenz

- Häufigkeit liegt unter 1% in der Bevölkerung, bei Migranten häufiger
- Geschlechterrate eher ausgeglichen, vereinzelt in Studien Dominanz von Mädchen (1,2-2,1:1 Mädchen:Jungen)
- Beginn: im Vorschul- oder Einschulalter
- Durchschnittliche Störungsdauer von 5,3-5,7 Jahren (Dummit et al., 1996; Black & Uhde,1995)
- Vorübergehende mutistische Phasen in Schwellensituationen (z.B. Einschulung) sind bei Kindern häufig

Klinisches Bild

- Ein elektiver Mutismus entwickelt sich in der Regel langsam und kontinuierlich.
- Die Persönlichkeit der Kinder ist oft schon vor Beginn der Störung durch Scheu, Zurückhaltung und Abkapselung gekennzeichnet.
- In der Anamnese häufig Hinweise auf Sprachentwicklungsverzögerungen.
- **Frühsymptome:**
 - Kommunikative Unsicherheit, ausgeprägte Kontaktscheu, zeitlich begrenzte Sprechverweigerung, Instabilität von Äußerungsweisen
 - Verarmung von Ausdrucksmitteln, Verkürzung der Äußerungslänge
 - Sprachrhythmische und sprachmelodische Monotonie – anhaltende Flüsterphasen

Klinisches Bild - Typischer Störungsverlauf

- Beginn: auffälliges Kommunikationsverhalten, häufig in Übergangssituationen, z. B. vom Elternhaus in den Kindergarten und die Grundschule
- Instabilitätsphase: Wechsel zwischen normaler und ausschließlich nonverbaler Kommunikation
- Nonverbale Phase: ausschließlich nonverbale Kommunikation möglich, z. B. mittels Gesten, Zeichnungen
- Phase des vollständig ausgeprägten Störungsbildes: in spezifischen sozialen Situationen keine Kommunikation mehr möglich, wie erstarrt wirken Mimik und Körperbewegungen, veränderte Wahrnehmung der eigenen Stimme

Komorbide Störungsbilder

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

Ätiologie

- **Biologische Prädisposition:** oft Angststörungen/Schüchternheit/ in der Familie
- **Temperament bzw. Primärpersönlichkeit:** Schüchternheit, Gehemmtheit, Angst
- **Psychosoziale Faktoren:** Bilingualität, Migration
- **Umweltstressoren** (z. B. Schuleintritt) können als Auslöser dienen
 - → Überforderungshypothese: Die sprachlichen Anforderungen, die an das Kind gestellt werden, sind kognitiv, kommunikativ und sozial sehr anspruchsvoll, während das Kind jedoch über unzureichende Erfahrungen (z. B. verbale Kompetenzen, Dialogregeln) verfügt.
- **Lernerfahrungen:**
 - „Schweigen als Modell“ → Durchsetzungsstrategie für soziale Konfliktsituationen
 - Soziale Isolierung → soziale Kontakte fehlen
 - Beziehungsdynamik innerhalb der Schulklasse (z. B. andere Kinder antworten für das Kind)
- **Traumatische Lebensereignisse:** in Einzelfällen, Schweigen als Bewältigungsstrategie
- Mutismus kann nicht nur als Angstreaktion, sondern auch als unwillkürliche **Überlastungsreaktion auf Reizüberflutung** gesehen werden

Diagnostik

- **Anamnese:**

- aktuelle Krankheitsgeschichte (Beginn, Auslöser, Dauer, Ausmaß, sozialer Kontext und Verlauf des mutistischen Verhaltens)
- Biographie (körperliche, kognitive und soziale Entwicklung; Lebensgewohnheiten und Freizeitgestaltung)
- Familienanamnese (soziale, allgemein medizinische, psychiatrische und neurologische Familienvorgeschichte)
- Fremdanamnese (Information aus Kindergarten/ Schule)

- **Befund:**

- Psychopathologischer Befund (Verhaltensbeobachtung)
- Körperlicher Befund (Internistisch-neurologische Untersuchung, EEG, HNO-ärztliche Untersuchung)
- Testpsychologischer Befund (Intelligenzdiagnostik, ausführliche Sprachdiagnostik; Fragebögen für Eltern (z.B. Elternfragebogen «Selective Mutism Questionnaire» (SMQ) von Bergman et al. (2001)) und Lehrer)

Voraussetzungen für die Diagnose

- normales oder nahezu normales Niveau des Sprachverständnisses
- sprachliche Ausdruckskompetenz, die für eine soziale Kommunikation ausreicht
- Belege für unauffälliges Sprachverhalten in spezifischen Situationen

Differentialdiagnosen

- Aphasie
- hirnorganische Erkrankungen
- Audimutitas (Hörstummheit)
- Gehörlosigkeit oder eingeschränkte Hörfähigkeit
- passagerer Mutismus
- Schizophrenie
- tiefgreifende Entwicklungsstörungen
- umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache

Therapie

- **Frühzeitige Intervention** aufgrund der Neigung zu Chronifizierung
- **Multimodale Behandlung:**
 - Aufklärung und Beratung
 - Ein ursächliches Trauma erfordert vorrangige Therapie
 - Verhaltenstherapeutische Maßnahmen
 - Begleitende Pharmakotherapie nur bei begl. Angststörung (Fluoxetin)
 - Behandlung komorbider Störungen
 - Logopädische Behandlung
 - Aufbau sozialer Kompetenzen, Abbau von sozialen Ängsten
 - Interventionen in der Familie
 - Interventionen im Kindergarten/Schule

Therapie

Bei den **kognitiv-behavioralen Interventionsmethoden** gibt es verschiedene Ansätze zur Behandlung, die häufig miteinander kombiniert werden:

- **Kontingenzmanagement** (Veränderung des mutistischen Verhaltens durch seine Konsequenz; Verstärkung für verbales Verhalten (Loben, Belohnen))
 - shaping (Aufbau komplexer Verhaltensmuster in kleinen Schritten)
- **Modelllernen** (Vermittlung von normalen Kommunikationsstrategien)
 - Vormachen – Nachmachen; Förderung sozialer Kontakte
 - Audiofeedforward (geschnittene Aufnahme vorspielen, in dem das Kind spricht)
- **Expositionsverfahren** (häufiges Fordern auf erfüllbarem sprech-kommunikativen Niveau)
 - stimulus-fading (in Sprechsituationen schrittweise „fremde“ Elemente einbauen)

Struktur verhaltenstherapeutischer Interventionen

Therapie				
Vorbereitung	Imitation	Situationsüberblendung (fading)	Verbale Kommunikation	Generalisierung
Verstärkersuche, Sitzenbleiben, Blickkontakt	Grob-, Fein, Mundmotorik, Phoneme, Silben, Wörter, Sätze	In Sprechsituationen Elemente anderer Situationen einbauen; zunehmend komplexer bzw. ‚fremder‘	Benennen, beschreiben, antworten, Äußerungen, Fragen	Aufträge, Verstärkung von Eigeninitiative
Begleitende Maßnahmen				
Erziehungsstil			Kommunikation im Alltag	
Reduktion von Verwöhnung und Strenge Strukturierter Tagesablauf Gemeinsame Aktivitäten			Keine Aufforderungen zum Sprechen Kommunikationsdruck (therapieadaptiert) Sprachspiele Verstärkung von Sprechen	

Prognose

- Je früher die Störung erkannt und behandelt wird, umso besser die Prognose
- Nur etwas mehr als die Hälfte der Kinder mit elektivem Mutismus sprechen langfristig unbefangen und frei.
- Ein Drittel der Kinder behält eine gehemmte Kommunikation und oft auch Beziehungsstruktur bei.

Zum Weiterlesen

Selektiver Mutismus

- Melfsen, S., Warnke, A. & Walitza, S. (2019). *In: S. Schneider, J. Margraf (eds.) Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 3.* Berlin: Springer Verlag

Selektiver Mutismus: Ein interdisziplinäres Phänomen

- Subellok, K., & Starke, A. (2015). *Deutsches Ärzteblatt PP, 13(10), 455-456.*

Überblick zur Behandlung des Selektiven Mutismus

- Melfsen, S., & Warnke, A. (2007). Überblick zur Behandlung des selektiven Mutismus. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 35(6), 399-409.*