

Boris Hartmann und Michael Lange

Mutismus
im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter

Für Angehörige, Betroffene
sowie therapeutische und pädagogische Berufe

RATGEBER

für Angehörige, Betroffene und Fachleute

herausgegeben von
Prof. Dr. Jürgen Tesak †

Boris Hartmann und Michael Lange

Mutismus im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter

**Für Angehörige, Betroffene
sowie therapeutische und pädagogische Berufe**

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek: Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besuchen Sie uns im Internet: www.skvshop.de

9., überarb. Auflage 2024

8., überarb. Auflage 2021

7., überarb. Auflage 2017

6., überarb. Auflage 2013

5., überarb. Auflage 2010

4., überarb. Auflage 2007

3., überarb. Auflage 2005

2., überarb. Auflage 2004

1. Auflage 2003

ISBN Print: 978-3-8248-0506-8

ISBN E-Book: 978-3-8248-0735-2

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2024

Mollweg 2, D-65510 Idstein

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer:

Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Martina Schulz-Kirchner

Lektorat: Doris Zimmermann

Fotos: Miguel Perez und David Klammer

Umschlagentwurf und Layout: Petra Jeck, Susanne Koch

Druck und Bindung:

Plump Druck & Medien GmbH, Rolandsecker Weg 33, 53619 Rheinbreitbach

Printed in Germany

Die Informationen in diesem Buch sind von den Autoren und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der Autoren bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes (§ 53 UrhG) ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar (§ 106 ff UrhG). Das gilt insbesondere für die Verbreitung, Vervielfältigungen, Übersetzungen, Verwendung von Abbildungen und Tabellen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung oder Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Eine Nutzung über den privaten Gebrauch hinaus ist grundsätzlich kostenpflichtig.

Anfrage über: info@schulz-kirchner.de

| Inhalt

Vorwort zur Reihe	7
Einleitung	9
Ein Problem äußert sich	10
Wann tritt das Schweigen erstmals auf?	11
Was ist Mutismus? Eine Begriffsbestimmung	12
Diagnostik – Welche Kriterien gibt es?	13
Differenzialdiagnostische Abgrenzungen	18
Autismus-Spektrum-Störung (ASS) vs. Mutismus	19
Erscheinungsformen des Schweigens und weitere Verhaltenskomponenten	22
Alles unter Kontrolle?	23
Wie reagieren die Eltern auf ihr schweigendes Kind?	25
Wo liegen die Ursachen für das Schweigen?	26
Erklärungsmodelle aus dem psychologischen Bereich	26
Erklärungsmodelle aus dem organischen Bereich	28
Welche Rolle spielen genetische Anlagen?	28
Mutismus im Kindergarten	31
Was können Erzieherinnen und Erzieher tun?	31
Beratungshilfen für den Kindergarten	33
Regelkindergarten, heilpädagogischer oder integrativer Kindergarten?	35
Mutismus in der Schule	36
Sind mutistische Kinder schulreif?	37
Wie lässt sich eine Schulreife feststellen?	38
Regelschule oder Förderschule?	38
Beratungshilfen für die Schule	39
Zur Notwendigkeit einer schulbegleitenden Therapie	40
Wie kann ich als Lehrerin/Lehrer helfen?	41
Mutismus im Erwachsenenalter	44

Therapeutische Möglichkeiten	48
Psychiatrische Behandlung	49
Psychotherapeutische Behandlung.	53
Sprachtherapeutische/logopädische Behandlung	54
Der Mund, der Indikator der Seele	59
Ausblick	61
Abschließend: ein Leserbrief	64
Adressen und weiterführende Hinweise.	66
Grundlage eines Behandlungserfolgs	68

| Vorwort zur Reihe

Die Ratgeber für „Angehörige, Betroffene und Fachleute“ vermitteln kurz und prägnant grundlegende Kenntnisse (auf wissenschaftlicher Basis) und Hilfestellungen zu ausgewählten Themen aus den Bereichen der Medizin, der Sprach- und der Ergotherapie. Die Autor(inn)en der Reihe sind ausgewiesene Fachleute mit langjähriger Erfahrung in Therapie, Beratung und Lehre.

Im vorliegenden Band haben ein erfahrener Therapeut, Dr. Boris Hartmann, und ein Betroffener, Michael Lange, gemeinsam (!) ein fundiertes Werk geschaffen, das Angehörigen und Betroffenen die wichtigsten Informationen über Mutismus liefert. Mutismus ist für die Betroffenen ein tiefgreifendes Problem, und auch die Angehörigen sind oft „mitbetroffen“.

Sachliche Information ist ein erster Weg, um Betroffenen und Angehörigen den Weg aus dem Schweigen zu ermöglichen. Erfreulicherweise erscheint der vorliegende Ratgeber bereits in mehreren überarbeiteten Auflagen. Wir freuen uns über die hohe Akzeptanz des Werkes und hoffen, einigen den „Weg aus dem Schweigen“ ermöglicht zu haben.

Prof. Dr. Jürgen Tesak †
(Herausgeber)

| Einleitung

Die Sprache und das Sprechen sind wohl die wichtigsten Kommunikationsmittel des Menschen. Aufwachsen, in die Schule gehen, lernen, das alltägliche Leben meistern und zwischenmenschliche Beziehungen knüpfen, all das funktioniert hauptsächlich über das Medium Sprache – und Sprechen.

Manchen Menschen „fehlt“ aber die Möglichkeit, dieses Medium zu nutzen. Sie sprechen nicht, obwohl sie es organisch gesehen (Ausnahme: akinetischer Mutismus) eigentlich könnten. Diese Menschen leiden unter der **Kommunikationsstörung Mutismus**.

Es ist uns ein Anliegen dabei zu helfen, schweigende Menschen besser zu verstehen, Problemstellungen im alltäglichen Leben mit diesem Phänomen aufzuzeigen, Beratungs- und Therapiehilfen anzubieten und vor allem: schweigenden Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zwischen *menschlich* und im Hinblick auf ihre Fähigkeiten gerecht zu werden, damit Betroffene und ihre Angehörigen, aber auch Außenstehende das Schweigen und seine Konsequenzen bewältigen können.

Wir hoffen ebenfalls, mit diesem Ratgeber die oft vorhandenen Vorurteile, unter denen Menschen mit Mutismus zu leiden haben, abzubauen. Familienangehörige, Schweigende sowie Personen aus therapeutischen und pädagogischen Berufen finden hier wertvolle Hinweise, wie Mut und Selbstvertrauen für ein Miteinander durch Sprechen entstehen bzw. vermittelt werden können und welche therapeutischen Wege es gibt, um eine Zukunftsperspektive außerhalb von Angst und Isolation zu entwickeln.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass der vorliegende Ratgeber nicht den Gang zum Sprachtherapeuten/Logopäden, Psychotherapeuten oder Psychiater ersetzen kann. Auch ist von einer Selbstmedikation dringend abzuraten. (Internet-)Adressen und weiterführende Hinweise können dem letzten Kapitel entnommen werden.

| Ein Problem äußert sich

„Ihr Kind spricht nicht bei uns und vermeidet häufig den Blickkontakt. Ist bei Ihnen in der Familie irgendetwas passiert?“



Abb. 1: Ein Blickkontakt ist oft nicht möglich

Der erste Hinweis auf einen sprachlichen Rückzug ihres Kindes scheint die Eltern unerwartet zu treffen, sie reagieren überrascht. Es ist in den meisten Fällen die Zeit des Kindertageeintritts, die erste regelmäßige Loslösung vom gewohnten elterlichen Haus, von der Mutter. Die besorgte Kindergärtnerin macht die Mutter auf ein besonderes Verhalten ihres Kindes aufmerksam, das sich von den Verhaltenskomponenten der anderen Kinder auffallend unterscheidet: Sobald die elterliche Bezugsperson den Kindergarten verlässt, erstarrt das Kind sowohl körpersprachlich als auch mimisch – aber vor allem: Es schweigt. Jeder Versuch, von außen an das Kind heranzutreten, es zu lautsprachlichen Reaktionen zu bewegen, scheitert und bleibt als unbeantwortete Wunschäußerung am Erwachsenen, verwirrend und Ratlosigkeit erzeugend, haften.

Die Schilderung einer Mutter: „Im Kindergarten ist unsere Tochter sehr zurückgezogen und spielt nicht mit anderen Kindern. Es fällt ihr sehr schwer, Kontakt zu anderen bzw. fremden Personen aufzunehmen. Sind wir irgendwo zu Besuch, kommuniziert sie nur über uns. Selbst bei Personen, die sie seit ihrer Geburt kennt. Zu Hause hat sie unzählige Rituale, vor allem am Abend. Mittlerweile sind wir alle ziemlich am Ende. Nadine selbst scheint auch nicht glücklich zu sein. Sie hat vor vielen Sachen Angst, alleine auf die Toilette zu gehen und Ähnliches. Fahrrad fahren und anderes macht sie aber mit großer Freude. Die Widersprüche lassen uns manchmal verzweifeln. Das ganze Familienleben dreht sich um sie.“

| Wann tritt das Schweigen erstmals auf?

Das Schweigen, auch **Mutismus** genannt, wird in der Regel beim Eintritt in den Kindergarten erstmals offensichtlich. Es kann sich aber auch erst beim Schuleintritt, in der Pubertät oder im Erwachsenenalter äußern und über die kommunikative Hemmung hinaus mit einer Unfähigkeit zum kollektiven motorischen, emotionalen und sozialen Mitschwingen verbunden sein. Erste Tendenzen für ein sozialphobisches Rückzugsverhalten sind jedoch bereits in der Krabbelgruppe zu erkennen.

Die Entdeckung des Phänomens Schweigen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter bedeutet – obwohl in seiner Deutlichkeit nicht zu übersehen – für die Betroffenen und Angehörigen fast immer den Beginn einer – mitunter jahrelangen – Odyssee der Suche nach einer zutreffenden Diagnose, einzelfallbezogenen Ursachenforschung und geeigneten Therapieform. Nicht selten werden die betroffenen Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen schon bei der ersten ärztlichen Konsultation sofort zu einer psychiatrischen Klinik überwiesen. Mehrwöchige bis mehrmonatige Aufenthalte (selbst bei jungen Kindern) werden in Kauf genommen in der Hoffnung, durch die Trennung vom familiären Schutzraum und mit Hilfe psychotherapeutischer Maßnahmen eine sich von selbst ergebende kommunikative Öffnung herbeizuführen, was sich häufig aber nicht bewahrheitet. Beide Seiten geben dann irritiert, ernüchtert, schließlich resigniert auf. Die Suche der Angehörigen wird fortgesetzt.

Ist aber der Weg in eine klinisch-stationäre Therapie unvermeidbar? Wird nicht bei einem stationären Aufenthalt die tatsächliche Chance des Milieuwechsels durch die eher Angst erzeugende Krankenhausatmosphäre wieder zunichtegemacht? Ist bei ängstlich-gehemmten Kindern die Trennung von denjenigen Personen, zu denen sie noch eine Vertrauensbeziehung aufrechterhalten – den Eltern –, wirklich sinnvoll? Gibt es Fälle, wie z. B. den plötzlich eintretenden totalen Mutismus im Erwachsenenalter, in denen nicht doch die Überweisung in eine psychiatrische Klinik angeraten ist?

Die sich ergebenden Fragen bei der Suche nach der adäquaten Therapieform machen eine Darstellung der mutismusrelevanten Erscheinungsformen, Ursachen, Beratungs- sowie Therapieangebote erforderlich, um eine Unterstützung in der einzelfallbezogenen Fokussierung des Betroffenen anzubieten und Ihnen bei der Beantwortung der Frage behilflich zu sein, ob eine stationäre Behandlung sofort und in jedem Fall unerlässlich ist und welche Alternativen es gibt, Betroffenen den Weg (zurück) in die kommunikative und soziale Gemeinschaft zu ermöglichen.

| Was ist Mutismus? Eine Begriffsbestimmung

Als Mutismus (lat. mutus = stumm) bzw. **elektiver Mutismus** (ICD-10-GM: F94.0) oder **selektiver Mutismus** (ICD-11: 6B06; DSM-5: F94.0) wird das Schweigen nach vollzogener Sprachentwicklung bei vorliegender Sprach- und Sprechfähigkeit bezeichnet, das in bestimmten Situationen (z. B. Kindergarten, Schule, Arbeitsplatz) oder gegenüber stressbesetzten Personen (Erzieherinnen, Lehrkräfte, Vorgesetzte, Fremde) auftritt. Eine neurologische Störung der Sprachzentren, Nervenbahnen oder Sprechwerkzeuge liegt nicht vor. **Ausschlusskriterien nach der ICD-11 sind:**

- Schizophrenie (6A20)
- Autismus-Spektrum-Störung (6A02) und
- vorübergehender Mutismus als Teil von Trennungsangst bei jungen Kindern (6B05).

Bei den Attributen elektiv bzw. selektiv könnte davon ausgegangen werden, dass der Schweigende selbst darüber willentlich bestimmt bzw. bestimmen kann, mit wem er redet. Das ist aber in der Regel nicht der Fall.

Nicht der Betroffene bestimmt darüber, in welcher Situation er redet, sondern die Situation selbst diktiert es.

Die Familie ermöglicht in den meisten Fällen eine Kommunikation – jedoch nur im engsten familiären Kreis (Eltern, Geschwister), während häufig schon bei den Großeltern eine verbalsprachliche Kontaktaufnahme unmöglich erscheint. Darüber hinaus gibt es, wenngleich auch seltener, die Möglichkeit, dass sich der (s)elektive Mutismus gerade bei den nächsten Bezugspersonen äußert und außerhalb der Familie nicht in Erscheinung tritt.

Neben dem (s)elektiven Mutismus kann in schweren Fällen auch eine völlige Kommunikationshemmung eintreten, hier liegt der so genannte **totale Mutismus** vor. Weder innerhalb noch außerhalb der Familie wird gesprochen. Die totale Form des Schweigens kann sich entweder als dramatische Verlaufsvariante eines in der Kindheit begonnenen partiellen Schweigens entwickeln oder ausgelöst durch ein seelisches Trauma bzw. im Rahmen einer psychiatrischen Grunderkrankung (Bsp.: Psychose, endogene Depression) plötzlich entstehen. Eine völlige Sprechhemmung stellt die seltenere Form des Schweigens dar. Ein totaler Mutist redet mit niemandem. Häufig fehlen Lautäußerungen jeglicher Art (Husten, Niesen, Räuspern, Atemgeräusche). Da jeder lautsprachliche Kontaktversuch von außen fehlschlägt, werden totale Schweiger oft für geistig zurückgeblieben oder autistisch gehalten.

Das partielle oder totale Schweigen geht in der Regel mit einem sozialen Rückzug einher, d. h. die betroffenen Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen scheuen den gemeinschaftlichen Kontakt zu anderen Menschen, entziehen sich, scheinen die soziale Isolation als „kleineres Übel“ der „Verpflichtung zur sozialen Integration“ vorzuziehen.



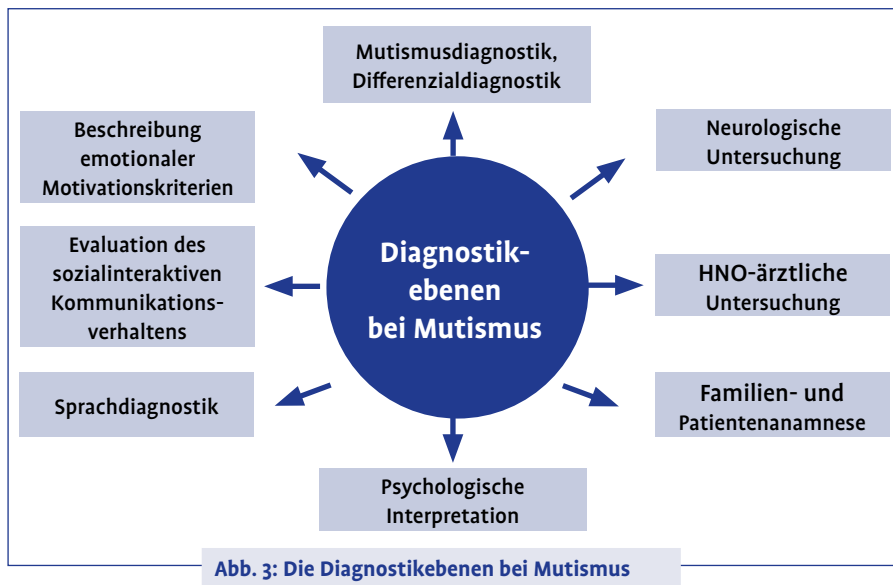
Abb. 2: Das Schweigen als soziales Rückzugsphänomen

Hinsichtlich der Prävalenzrate liegen keine gesicherten Zahlen vor. Sie ist, je nach Studie, sogar stark abweichend und reicht von 0,02 %-0,05 % (Goodman et al. 2007)¹ über 0,18 % (Kopp & Gillberg 1997)² bis 2,0 % (Kumpulainen et al. 1998)³.

Diagnostik – Welche Kriterien gibt es?

Gehen Eltern selektiv oder total schweigender Kinder bzw. Jugendlicher zum Arzt, wird häufig die Fehldiagnose **Autismus-Spektrum-Störung (ASS)** gestellt. Dies zeigt sich auch in den sprachtherapeutischen/logopädischen Praxen, in denen die Therapeuten als Erstes mit der Aufgabe der adäquaten Diagnosestellung konfrontiert werden, was sich in der Regel als interdisziplinäres Aufgabenfeld entwickelt (s. Abb. 3).

- 1 Goodman, R.; Scott, S. & Rothenberger, A. (2007): Kinderpsychiatrie kompakt. Darmstadt: Steinkopff.
- 2 Kopp, S. & Gillberg, C. (1997): Selective mutism: A population-based study: A research note. Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied Disciplines 38/2, 257-262.
- 3 Kumpulainen, K.; Räsänen, E.; Raaska, H. & Somppi, V. (1998): Selective mutism among second-graders in elementary school. European Child and Adolescent Psychiatry 7/1, 24-29.



Mutismusdiagnostik (Schritt eins): Ein elektiver oder selektiver Mutismus ist vorhanden – beide Begriffe werden parallel verwendet und beinhalten keinen Unterschied –, wenn Sie folgende Fragen mit „Ja“ beantworten können:

- 1.) Liegt eine abgeschlossene Sprachentwicklung im Sinne einer kommunikativen Grundfähigkeit vor?
- 2.) Ist das Sprachverständnis altersentsprechend?
- 3.) Lässt sich ein Unterschied im kommunikativen Verhalten feststellen: hier der Schweigende, dort der Redselige?
- 4.) Gibt es eine Voraussagbarkeit dieses unterschiedlichen Kommunikationsverhaltens, d. h., können Sie Situationen nennen, in denen Sie im Voraus wissen, dass geschwiegen wird?

Der zweite bzw. dritte diagnostische Schritt besteht in der **neurologischen und HNO-ärztlichen Untersuchung** des schweigenden Kindes, Jugendlichen oder Erwachsenen. Hier müssen zum einen hirnorganische Erkrankungen wie z. B. Aphasien neurovaskulärer, tumorbedingter, hirntraumatischer oder hirnatrophischer Genese sowie progrediente (fortschreitende) Sprachregressionen etwa beim Landau-Kleffner-Syndrom ausgeschlossen werden. Zum anderen sollte der Tatsache Rechnung getragen werden, dass

bereits minimale Hörstörungen oder der Ausfall bestimmter Frequenzbereiche zu einer veränderten Kommunikationsbereitschaft führen können.

Die Erhebung der Familien- und Patientenanamnese (Schritt 4) intensiviert die wichtige Suche nach ursächlichen (dispositionellen) Faktoren (Freeload von drei Diagnostikbögen unter www.boris-hartmann.de).

Hierzu wurde der Kölner Mutismus Anamnesebogen (K-M-A) entwickelt (Hartmann 2016)⁴, mit dessen Hilfe Risikofaktoren bei den Familienangehörigen und den Betroffenen dokumentiert werden können, die für die Entstehung einer mutistischen Symptomatik relevant sein können. Die Familienanamnese (Teil 1) erfasst die mütterliche und die väterliche Linie getrennt. Gefragt wird nach dem

- Merkmal Temperament: Verbalverhalten der Eltern im Unterrichtskontext, sozialinteraktive Bindung in der Schulzeit, Wesensmerkmale der Geschwister und eigenen Eltern sowie nach den
- Merkmalen aus dem klinischen Bereich: Soziale Angststörung, weitere Phobien, generalisierte Angststörung, Panikstörung, Depression, Zwangsstörung/OCD, Suchterkrankung (Alkohol-, Drogenabusus) und sonstige psychiatrische Diagnosen.

In der Patientenanamnese (Teil 2) wird die persönliche Entwicklung der von Mutismus Betroffenen beschrieben:

- Komplikationen bei der Schwangerschaft und/oder Geburt, HNO-Befunde, Klinikaufenthalte, Mehrsprachigkeit, Diagnosen aus dem Bereich der Sprachtherapie/Logopädie, erste Signale für ein Rückzugsverhalten, Mutismus und ein singuläres Ereignis, bisherige Therapien in der chronologischen Reihenfolge, jetziges Sprechverhalten, Begleitphänomene wie Manipulation, Pavor nocturnus, Enuresis, Enkopresis, Pedanterie und Zwänge.

Bei der anschließenden **psychologischen Interpretation** können anhand nichtsprachlicher (nonverbaler) projektiver Zeichentests und Fragebögen (Paper-Pencil-Tests) Persönlichkeitsmerkmale und familiäre Beziehungsstrukturen aufgedeckt werden. Als mögliche Testverfahren können genannt werden: Der Baumtest, Der Mann-Zeichen-Test, Familie in Tieren, Kinder-Angst-Test (KAT II), das Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ) und die Skalen zur Sozialen Angststörung (SOZAS). Darüber hinaus helfen

4 Hartmann, B. (2016): Kölner Mutismus Anamnesebogen (K-M-A). Praxis Sprache 3/16, 200-205.