

Selektiver Mutismus: Die „Top-5-Mythen“ unter der Lupe



Laura Schaerer



Dr. Sergej Wüthrich

Die Autoren:

Laura Schaerer
 Fellerstraße 22 | 3027 Bern
 Dr. Sergej Wüthrich
 Pädagogische Hochschule Bern
 Fabrikstraße 2a | 3012 Bern

ABSTRACTS

Für viele Menschen, die das erste Mal mit selektivem Mutismus in Kontakt kommen, ist dieses Phänomen gleichermaßen irritierend wie faszinierend. Warum schweigt ein Kind, obwohl es doch sprechen könnte? Wenig überraschend ranken sich zahlreiche Mythen um den selektiven Mutismus: Er wird durch ein traumatisches Erlebnis ausgelöst oder entsteht in zerrütteten Familien. Es gibt ihn gar nicht, das ist alles nur Schüchternheit. Die Kinder schweigen absichtlich, um andere zu kontrollieren. Therapien bringen nichts. Woher kommen diese Mythen? Und steckt im einen oder anderen „Mythos“ nicht doch ein Körnchen Wahrheit? Im folgenden Beitrag wird diesen Fragen nachgegangen.

Schlüsselwörter: selektiver Mutismus – Mythen – Traumata – Ätiologie

For many people who come into contact with selective mutism for the first time, this phenomenon is both irritating and fascinating. Why is a child silent, even though he or she could speak? Not surprisingly, many myths surround selective mutism: it is triggered by a traumatic experience, or it develops in dysfunctional families. It doesn't even exist, it's all just shyness. The children are silent on purpose to control others. Therapies are useless. Where do these myths come from? And isn't there a grain of truth in one or the other „myth“? The following article explores these questions.

Keywords: selective mutism – myths – trauma – etiology

1 Einleitung

Genau eine der folgenden Aussagen ist korrekt, alle anderen sind sogenannte „Mythen“: Wir lernen besser, wenn uns Informationen entsprechend unserem Lerntyp (visuell, auditiv, kinästhetisch) vermittelt werden. Impfungen verursachen Autismus. Unsere Ohren und die Nase wachsen unser Leben lang. Süß, sauer, bitter und salzig nehmen wir jeweils an unterschiedlichen Stellen der Zunge wahr. Antidepressiva machen abhängig.



Abb. 1: Fakten oder Mythen? (© Itummy – Adobe Stock)

Mythen sind falsche Annahmen und Überzeugungen, die weit verbreitet sind und sich hartnäckig halten. Solche Alltagsmythen können harmlos und unterhaltsam sein, manchmal irreführend, und im schlimmsten Fall können sie großen Schaden anrichten. Gerade im Bereich des selektiven Mutismus gibt es zahlreiche solcher Mythen, die immer mal wieder in Elternforen oder anderen sozialen Medien kursieren. Doch woher kommen diese Mythen? Und steckt im einen oder anderen „Mythos“ nicht doch ein Körnchen Wahrheit? In einem kleinen Forschungsüberblick gehen wir einer persönlichen „Top 5“ von häufig anzutreffenden Mythen auf den Grund (s. Abb. 1).

2 Die gängigsten Mythen auf dem Prüfstand

2.1 Mythos Nr. 1: Hinter selektivem Mutismus steckt ein Trauma

Ein Kind, das nicht spricht, hat etwas zu verbergen. Es hütet ein Familiengeheimnis, das nicht an die Öffentlichkeit gelangen darf oder hat etwas Schlimmes erlebt – Schweigen im Sinne von Verschweigen (s. Abb. 2). Auch das äußere Erscheinungsbild, also die erstarrete, spastisch anmutende Körperhaltung und die ausdruckslose Mimik mancher Betroffenen, scheint dafürzusprechen, dass mehr dahinterstecken muss. Die Vermutung eines psychologischen Traumas ist eine einfache wie naheliegende Erklärung. Schließlich erinnern wir uns an die vielen Beispiele aus Film und Literatur: den stark autobiografisch geprägten Roman „Die Erfindung des Lebens“ des Schrift-

stellers Hanns-Josef Ortheil, dessen Mutter vier Söhne verloren hatte und danach verstummte (wie auch er für einige Zeit in seiner frühen Kindheit), Hollywoodfilme wie „Speak“ mit Kristen Stewart über eine 14-Jährige, die an der High School verstummt, nachdem sie vergewaltigt wurde, oder den „auf wahren Begebenheiten“ basierenden Roman der Schriftstellerin Torey L. Hayden („Ghost Girl – The True Story of a Child in Peril and the Teacher who Saved Her“), um nur einige zu nennen. Anders als in Literatur und Filmen dargestellt, ist ein solcher „traumatischer Mutismus“ aber extrem selten und hat nichts mit dem Störungsbild des selektiven Mutismus gemeinsam (Kolvin & Fundudis, 1981). Zwar wurde in frühen Untersuchungen ab den 1950er Jahren vor dem Hintergrund psycho- und familiendynamischer Theorien oftmals die Vermutung geäußert, dass körperlich oder psychisch traumatische Erfahrungen in Zusammenhang mit selektivem Mutismus stehen könnten (Kratochwill et al., 1979). Hinweise darauf waren in den meisten Fällen aber eher anekdotischer Natur und betrafen relativ weit gefasste „Traumata“ wie beispielsweise einen beängstigenden Arztbesuch, einen Generationenkonflikt innerhalb der Familie, eine Trennung von der Mutter oder die Geburt eines „Rivalen“ (Wergeland, 1979).



Abb. 2: Mythos Trauma (© AungMyo – Adobe Stock)

Erst eine spätere, leider sehr häufig zitierte Studie von Hayden (1980), die Typologien von 68 Kindern mit selektivem Mutismus in Minneapolis (USA) untersuchte, schien eine eindeutige Verbindung herzustellen. Die Studienautorin, bei der es sich um die zu Beginn erwähnte Bestsellerautorin Torey L. Hayden handelt (damals eine 29-jährige Sonderschullehrerin), kam zu dem Ergebnis, dass fast 90 % der Kinder dokumentierte oder vermutete Kindesmisshandlungen erlitten hatten, davon jedes dritte Kind sexuellen Missbrauch. Die Studie wurde aufgrund einer fragwürdigen und unzureichend dokumentierten Stichprobe, methodischer Mängel und zahlreicher Ungereimtheiten heftig kritisiert (Kolvin & Fundudis, 1981), der Schaden für die Familien von Kindern mit selektivem Mutismus dürfte aber immens gewesen sein: Sie stellte die Eltern unter den Generalverdacht der Kindesmisshandlung. Substantiellere und gut dokumentierte Untersuchungen in den 1990er Jahren kamen hingegen zu dem Schluss, dass es keine Evidenz für die Traumahypothese gibt. Hinweise über schwerwiegende Traumata wie Kindesmisshandlung gab es nur in den wenigsten Fällen – und wenn, dann standen sie in keinem zeitlichen Zusammenhang mit dem Beginn des selektiven Mutismus (Black & Uhde, 1995). Zumeist fanden Studien nur sehr allgemein berichtete „Traumata“ (z. B. „als Kind in einen Fluss gefallen“ oder „Scheidung der Eltern“; vgl. Brix

Andersson & Hove Thomsen, 1998; Steinhausen & Juzi, 1996) oder gar keine (Dummit et al., 1997). Aufgrund dieser Befunde wird ein psychologisches Trauma als Auslöser für selektiven Mutismus in der heutigen Forschungsliteratur kaum noch ernsthaft diskutiert.

Fazit: Dass der Grund für selektiven Mutismus ein psychologisches Trauma ist, ist ein gefährlicher Mythos, der seit Jahren klar widerlegt ist. Gemäß einer Befragung aus den USA glauben dies dennoch immer noch knapp ein Viertel der Lehrpersonen und sogar fast ein Fünftel der Schulpsychologen und -psychologinnen (Dillon, 2016). Solche und andere Fehlannahmen können sehr belastend für betroffene Familien sein und schwerwiegende Folgen für alle Beteiligten haben. Wird in einer Therapie jahrelang nach einem verborgenen Trauma gesucht, das es nicht gibt, ist das verlorene Zeit. Das erstmalige Auftreten des selektiven Mutismus im Alter von drei bis vier Jahren fällt in eine Zeitspanne, in der Kinder verhältnismäßig viel erleben: Sie durchleben womöglich eine Kinderkrankheit, brechen sich den Arm, ziehen mit der Familie an einen neuen Ort, erleben die Geburt eines Geschwisterchens, der Großvater stirbt, die Eltern lassen sich scheiden. Solche Erlebnisse können aber aufgrund der zeitlichen Nähe als Ursache für den Mutismus missinterpretiert werden, oft auch in der nachträglichen Erinnerung.

2.2 Mythos Nr. 2: Selektiver Mutismus ist ein Verweigerungsverhalten

Wenn ein Kind in einer Einzelsituation nach tausend Versuchen und gutem Zureden einfach nicht spricht, obwohl man weiß, dass es zuhause und mit einigen Ausgewählten spricht, wenn ein Kind im Unterricht bei einem Bewegungsspiel nicht mitmacht oder im Kreis nicht aufsteht, während es alle anderen tun, und wenn ein Kind sich nicht so verhält, wie wir es von einem schüchternen, ängstlichen Kind erwarten würden, sondern das Bild zerreißt und die Tür zuknallt: Wie passt das zusammen (s. Abb. 3)? Ist das Kind nicht einfach stur und manipulativ?



Abb. 3: Mythos Verweigerung (© Racle Fotodesign – Adobe Stock)

Der Ursprung der Überzeugung, dass es sich beim selektiven Mutismus um eine bewusste Verweigerungshaltung handelt, findet sich bereits bei der ersten Namensgebung 1877 durch Adolf Kussmaul „Aphrasia voluntaria“ (freiwillige Sprachlosigkeit). Der 1934 durch Moritz Tramer geprägte Begriff „elektiver Mutismus“ wird zwar ebenfalls oft als Andeutung für ein bewusst gewähltes Schweigen missverstanden (z. B. in Dow et al., 1995; Dummit et al., 1997), diese

Interpretation lässt sich aber aus der Arbeit von Tramer nicht ableiten, der einen „frühestinfantilen Abwehrreflex“ als Ursache des selektiven Mutismus vermutete (und ein Reflex ist kein bewusst gesteuertes Verhalten¹). Zwar geriet die Auffassung eines willentlichen Schweigens relativ schnell in den Hintergrund (der neutralere Begriff des selektiven Mutismus wurde stellenweise schon ab den 1960ern verwendet; Kratochwill et al., 1979). Berichte über „negatives, oppositionelles, kontrollierendes“ Verhalten bei selektiv mutistischen Kindern gab es in der wissenschaftlichen Literatur aber trotzdem immer wieder. Diese stützten sich auf Fallberichte und Beobachtungen der Kinder (z. B. Krohn et al., 1992), waren aber meist wenig systematisch, und oft blieb unklar, inwiefern bereits das Schweigen selbst als Manipulation oder Starrköpfigkeit interpretiert wurde. Ab den 1990er Jahren setzte sich schließlich die Auffassung durch, dass es sich beim selektiven Mutismus primär um eine Angststörung handelt (Black & Uhde, 1995), und damit war auch die Willensfrage vom Tisch. Oppositionelles Verhalten ist zwar bei einem Teil der Kinder weiterhin ein Thema, insbesondere auch zuhause (Cohan et al., 2008; Diliberto & Kearney, 2016; Yeganeh et al., 2006), kommt aber meist nur in milden Varianten und im klinisch unauffälligen Bereich vor (Black & Uhde, 1995; Muris & Ollendick, 2015). Nur ein kleiner Teil der Kinder (6–10%) erfüllt die Kriterien für eine oppositionelle Verhaltensstörung (Viana et al., 2009). Dass Kinder das Schweigen gezielt einsetzen und sich weigern zu sprechen, darf also stark bezweifelt werden.

Fazit: Die ursprüngliche Auffassung vom selektiven Mutismus als bewusster Verweigerungshaltung ließ sich nicht lange aufrechterhalten. Spätestens seit den systematischeren Forschungsarbeiten ab den 1990er Jahren wurde der Zusammenhang mit Angststörungen immer offensichtlicher und wird heute kaum noch bestritten. Dass Kinder mit selektivem Mutismus sprechen könnten, wenn sie nur wollten, ist daher ein Mythos. Das Schweigen geschieht aus einer Blockade heraus, bedarf keiner Willensanstrengung und betrifft oft mehr als die bloße verbale Kommunikation: Das Kind erstarrt gesamthaft, was daher auch nonverbale Handlungen beeinträchtigen kann, die auf den ersten Blick nichts mit dem Mutismus zu tun haben (z. B. das Sitzenbleiben im Kreis, während alle anderen aufstehen). Selektiver Mutismus wird fälschlicherweise auch oft mit Schüchternheit gleichgesetzt. Schüchternheit ist aber ein Persönlichkeitsmerkmal, das längst nicht auf alle Kinder mit selektivem Mutismus zutrifft. Selbstbewusstes oder oppositionelles Verhalten führt deshalb häufig zur Fehlinterpretation, dass das Schweigen willentlich und manipulativ eingesetzt wird, da es eben nicht auf Schüchternheit zurückgeführt werden kann. Verhalten, das als bewusste Verweigerung interpretiert wird, kann aber auch einfach eine Strategie zur Stressbewältigung, Selbstregulation und zum Schutz vor Überforderung sein. Zudem ist es für viele Personen, die einen engeren Kontakt aufgebaut haben und dennoch von dauerhaftem Schweigen betroffen sind – häufig Lehrpersonen, Mitschülerinnen und Mitschüler –, nicht nachvollziehbar, warum sich das Verhalten nicht mit der Zeit verbessert. Die anfängliche Zuversicht weicht zunehmender Frustration. Hier braucht es ein großes Verständnis, um nicht in das Muster des Vorwurfs eines vermeintlich willentlichen Schweigens zurückzufallen.

2.3 Mythos Nr. 3: Kinder mit selektivem Mutismus sind nur sehr schüchtern

Versucht man, außenstehenden Personen das Störungsbild des selek-

tiven Mutismus zu erklären, reagieren viele wohlmeinend mit Aussagen wie: „Das ist doch nicht so schlimm“, „manche sprechen halt einfach nicht so gerne“, oder „ich war als Kind auch sehr schüchtern“ (s. Abb. 4).



Abb. 4: Mythos Schüchternheit (© polya_olya – Adobe Stock)

Während Schüchternheit aber ein relativ harmloses Persönlichkeitsmerkmal ist, handelt es sich beim selektiven Mutismus um ein ernstzunehmendes Störungsbild. Dabei kann jedes Kind selektiven Mutismus entwickeln, unabhängig vom Temperament. Schüchterne Kinder tauen mit der Zeit auf, sobald sie sich an eine Situation oder fremde Personen gewöhnt haben, und beginnen zu sprechen. Selektiv mutistische Kinder tun dies nicht; das Schweigen ist in spezifischen Situationen total und dauerhaft. Im Gegensatz zu selektiv mutistischen Kindern halten schüchterne Kinder die Kommunikation mit vertrauten Personen wie den Eltern auch im Beisein anderer Menschen aufrecht, z. B. durch Flüstern. Sie wirken verlegen, zurückhaltend, reagieren mit Gestik und Mimik auf das Gegenüber. Selektiv mutistische Kinder wirken hingegen blockiert und eingefroren. Im Gegensatz zu Schüchternheit birgt der selektive Mutismus ein hohes Risiko für eine massive Beeinträchtigung der Lebensqualität, des Soziallebens, der Bildungs- und Berufschancen und der Entwicklung weiterer psychischer Erkrankungen wie Angststörungen und Depression im weiteren Verlauf (Steinhausen et al., 2006). Eine frühe Erkennung und Behandlung sind deshalb von zentraler Bedeutung. Leider erfolgen gezielte Abklärungen häufig verspätet. Ein Grund dafür besteht oft im Unwissen und wohlgemeinten, aber falschen Vorstellungen, mit denen Laien auf das Schweigen reagieren, z. B.: „Falls nicht ein Trauma dahintersteckt, wird das Kind mit der Zeit von selbst anfangen zu sprechen“ (Aussage einer Lehrperson aus der Studie von Williams et al., 2021). Dies betrifft aber leider nicht nur Laien: Viele Eltern bekommen ähnliche Sätze auch von Fachpersonen zu hören. So bemerkten Schwartz et al. (2006) in ihrer Befragung von Eltern von 33 Kindern mit selektivem Mutismus in den USA konsterniert, dass die erstabklärenden Kinderärzte „enttäuschend wenig hilfreich“ waren und es in 70% der Fälle verpassten, eine Diagnose zu stellen oder weitere Abklärungen zu veranlassen. Der Grund: Die Kinder seien nur stark schüchtern und „would grow out of it“ (Schwartz et al., 2006, S. 45). Gerade diese Verwechslungsgefahr macht es schwierig: Schüchternheit ist bei Kindern mit selektivem Mutismus nicht immer, aber häufig anzutreffen. Abgesehen vom Schweigen verhalten sich die meisten Kinder in der Schule angepasst und unauffällig. Die Problematik des Schweigens

1 Wir danken Dr. Boris Hartmann für diesen Hinweis.

wird daher leicht übersehen und viel stärker toleriert als störendes oder aggressives Verhalten. Oftmals sehen Lehrpersonen deshalb keinen dringenden Handlungsbedarf (Williams et al., 2021). Selektiven Mutismus als bloße Schüchternheit anzusehen und zu erwarten, dass das Kind das Schweigen mit der Zeit von selbst überwindet, birgt aber die Gefahr, dass sich die Symptomatik weiter verfestigt. In einigen Fällen scheint sich der selektive Mutismus zwar tatsächlich von selbst „auszuwachsen“, in der Regel dauert die Symptomatik aber oftmals Jahre an (Ford et al., 1998). Steinhausen et al. (2006) berichteten in einem Fünftel der Fälle von Kindern mit selektivem Mutismus über ein Fortbestehen der Symptomatik bis ins frühe Erwachsenenalter. Zudem hatte die Hälfte der untersuchten Fälle im Verlauf eine weitere Angststörung entwickelt – also auch ein Teil jener Fälle, bei denen der selektive Mutismus nicht mehr akut vorhanden war.

Fazit: Schüchternheit und selektiver Mutismus sind zwei verschiedene Dinge, auch wenn sich das Erscheinungsbild auf den ersten Blick ähneln mag. Kinder mit selektivem Mutismus können ebenfalls schüchtern sein, nicht wenige sind es aber auch nicht. Das Schweigen an sich hat nichts mit Schüchternheit zu tun: Es ist kein Hindernis, das Überwindung braucht, sondern eine Blockade, die durchbrochen werden muss.

2.4 Mythos Nr. 4: Kinder mit selektivem Mutismus stammen aus dysfunktionalen Familien

Die Hypothese, dass die Eltern schuld am selektiven Mutismus sind, etablierte sich relativ früh ab den 1950er Jahren und stammt aus einer familiendynamischen Perspektive (z. B. Salfeld, 1950). Darin wird selektiver Mutismus als Reaktion des Kindes auf gestörte innerfamiliäre Beziehungen zurückgeführt (s. Abb. 5). Prototypische Beispiele, vorwiegend aus Einzelfallanalysen, sind Beschreibungen einer unreifen, dominanten oder überfürsorglichen Mutter sowie eines strengen, passiven oder häufig abwesenden Vaters (Dow et al., 1995).

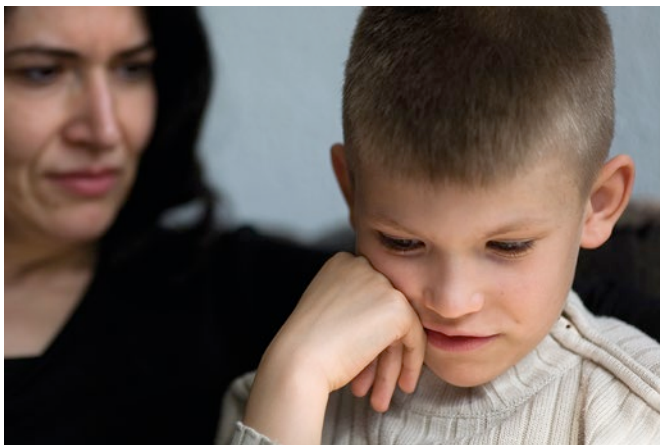


Abb. 5: Mythos dysfunktionale Familie (© alephnull – Adobe Stock)

Viele Familien wurden auch als still und zurückgezogen beschrieben (Wergeland, 1979). Auch die umstrittene Studie von Hayden (1980) schien dies zu bestätigen. Hier waren dysfunktionale Familien jedenfalls omnipräsent: Fast ausnahmslos alle Fälle stammten aus Scheidungsfamilien, und in den meisten kamen Kindesmisshandlungen vor. Die Kinder hatten jeweils eine starke symbiotische Beziehung mit der Mutter, die konsequent alle Bedürfnisse des Kindes erfüllte und gemäß Hayden eifersüchtig auf andere Beziehungen des Kindes war. Der Vater war hingegen passiv, wortkarg und häufig abwesend. Spä-

tere Studien fanden jedoch keine Hinweise auf eine derart hohe Zahl von negativen Familienmerkmalen (Black & Uhde, 1995; Ford et al., 1998; Steinhausen & Juzi, 1996). Was sich aber feststellen ließ, war ein signifikant häufigeres Auftreten von Sozialphobien und ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörungen innerhalb der Familien (Black & Uhde, 1995; Chavira et al., 2007), was stark für eine genetische Komponente des selektiven Mutismus spricht. Solche Vermutungen wurden bereits früher geäußert (Kolvin & Fundudis, 1981). Die Hypothese, dass Kinder mit SM hauptsächlich aus dysfunktionalen Familien stammen, lässt sich damit also nicht rechtfertigen. Eine Studie von Alyanak et al. (2013) zeigte, dass sich die Erziehungsstile in Familien von Kindern mit und ohne SM nicht unterscheiden. Eltern von Kindern mit SM scheinen zwar mehr Kontrolle auszuüben und sind eher überfürsorglich, dieser Zusammenhang wird aber durch die erhöhte Ängstlichkeit von Eltern und Kindern erklärt (Edison, 2011). Ein Umstand, der sich auch bei anderen Angststörungen beobachten lässt (Muris, 2015).

Fazit: Dass eine dysfunktionale Familie der Grund für selektiven Mutismus ist, ist ein Mythos. Eltern trifft hier definitiv keine Schuld, und die frühen familiendynamischen Perspektiven müssen als fehlgeleitet betrachtet werden. Allerdings können ungünstige Interaktionsmuster der Eltern und des sozialen Umfelds (z. B. die Schule) eine Rolle bei der Aufrechterhaltung des Mutismus spielen: Überfürsorglichkeit, eine Akzeptanz und Normalisierung des Schweigens sowie die Übernahme der Kommunikation für das Kind sind zwar gut gemeint, unterstützen aber das Schweigeverhalten. Jede angstausslösende Situation, die das Kind meiden kann / die ihm abgenommen wird, nährt die Angst und das Gefühl des Kindes, es nicht selbst schaffen zu können. Aus diesem Grund setzen moderne systemisch-orientierte Ansätze, die aus der familiendynamischen Perspektive entstanden sind, an diesen Punkten an und beraten Familien und Schulen dabei, wie sie das kommunikative Verhalten des Kindes unterstützen können.

2.5 Mythos Nr. 5: Therapien sind bei selektivem Mutismus nutzlos

Die Behandlung von selektivem Mutismus galt lange Zeit als schwierig bis unmöglich (Yates, 1970; Dow, 1995). Psychodynamisch orientierte Therapien erwiesen sich zum Beispiel häufig als langwierig (eine Behandlung ging teils über Jahre) und wenig erfolgversprechend (s. Abb. 6). So konnten Erfolge in den Therapien häufig nicht auf andere Situationen, z. B. in die Schule, übertragen werden, und Studien, die die behandelten Kinder Jahre später wieder untersuchten, zeigten oft keine nachhaltigen Behandlungseffekte (Kratochwill, 1979).

Mit dem zunehmenden Wissen in den letzten Jahrzehnten über das Störungsbild hat sich die Kombination von verhaltenstherapeutischen und systemischen Therapieansätzen mittlerweile klar durchgesetzt, und die meisten Studien in diesen Bereichen berichteten über gute Behandlungserfolge (Zakszeski & DuPaul, 2017). Viele Studien in diesen Bereichen waren zwar methodisch wenig überzeugend, arbeiteten z. B. nur mit Einzelfallstudien, ohne Kontrollgruppen und mit schlecht dokumentierten und standardisierten Behandlungsmethoden (Cohan et al., 2006), weshalb eindeutige Evidenz für die Wirksamkeit von Therapien von selektivem Mutismus fehlte. Dies änderte sich aber in den letzten Jahren zunehmend, und inzwischen gibt es mehrere randomisiert-kontrollierte Studien (dem Gold-Standard für die Prüfung der Wirkung psychotherapeutischer Interventionen), die eine sehr gute Wirkung von systemisch-verhaltenstherapeutischen Therapien bei



Abb. 6: Mythos wirkungslose Therapie (© DmitryStock – Adobe Stock)

selektivem Mutismus nachweisen. Zentral ist auch die Beobachtung, dass die Prognose der Behandlung umso besser ist, je früher die Therapie begonnen wird (Lang et al., 2016; Oerbeck et al., 2015).

Fazit: Tatsächlich galt die Behandlung von selektivem Mutismus lange Zeit als schwierig. Dank dem zunehmenden Wissen über das

Störungsbild und der Weiterentwicklung empirisch fundierter Therapieansätze ist selektiver Mutismus heute aber gut behandelbar, insbesondere bei frühzeitiger Erkennung und Therapie.

3 Schlusswort: Den Mythen mit Aufklärung entgegenwirken

Es gibt nach wie vor viele Mythen, die sich um den selektiven Mutismus ranken. Einige dieser Mythen konnten im Laufe der Zeit dank systematischer Forschungen widerlegt werden, sind aber immer noch im Umlauf. Sie sind meist nicht böse gemeint und verbreiten sich gerne dort, wo Faszination und Halbwissen aufeinandertreffen. Unreflektiert weitergegeben können sie aber großen Schaden anrichten. Das ist beim selektiven Mutismus häufig der Fall. Umso wichtiger ist es deshalb, die Gesellschaft über selektiven Mutismus aufzuklären, und dass sich Angehörige, Lehrpersonen und das Umfeld am besten direkt bei Fachpersonen informieren.

PS: Ohren und die Nase wachsen tatsächlich unser Leben lang. Bei den anderen Aussagen zu Beginn des Artikels handelt es sich um weit verbreitete Mythen. Sie können diesen gerne auf den Grund gehen, wenn Sie Lust dazu haben – weiterverbreiten sollten Sie diese aber nicht. ■

Literatur

- Black, B. & Uhde, T. W. (1995). Psychiatric Characteristics of Children with Selective Mutism: A Pilot Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(7), 847–856. <https://doi.org/10.1097/00004583-199507000-00007>
- Brix Andersson, C. & Hove Thomsen, P. (1998). Electively mute children: An analysis of 37 Danish cases. *Nordic Journal of Psychiatry*, 52(3), 231–238. <https://doi.org/10.1080/08039489850139157>
- Chavira, D. A.; Shipon-Blum, E.; Hitchcock, C.; Cohan, S. & Stein, M. B. (2007). Selective Mutism and Social Anxiety Disorder: All in the Family? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1464–1472. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318149366a>
- Cohan, S. L.; Chavira, D. A.; Shipon-Blum, E.; Hitchcock, C.; Roesch, S. C. & Stein, M. B. (2008). Refining the Classification of Children with Selective Mutism: A Latent Profile Analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(4), 770–784. <https://doi.org/10.1080/15374410802359759>
- Cohan, S. L.; Chavira, D. A. & Stein, M. B. (2006). Practitioner Review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: a critical evaluation of the literature from 1990–2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(11), 1085–1097. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01662.x>
- Diliberto, R. A., & Kearney, C. A. (2016). Anxiety and oppositional behavior profiles among youth with selective mutism. *Journal of Communication Disorders*, 59, 16–23. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2015.11.001>
- Dillon, J. R. (2016). An examination of school professionals' knowledge of selective mutism [St. John's University]. <https://www.proquest.com/openview/81bcff4af86065235540058711ca586e/1>
- Dow, S. P.; Sonies, B. C.; Scheib, D., Moss, S. E. & Leonard, H. L. (1995). Practical Guidelines for the Assessment and Treatment of Selective Mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(7), 836–846. <https://doi.org/10.1097/00004583-199507000-00006>
- Dummit, E. S.; Klein, R. G.; Tancer, N. K.; Asche, B., Martin, J. & Fairbanks, J. A. (1997). Systematic Assessment of 50 Children With Selective Mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(5), 653–660. <https://doi.org/10.1097/00004583-199705000-00016>
- Ford, M. A.; Sladeczek, I. E.; Carlson, J. & Kratochwill, T. R. (1998). Selective mutism: Phenomenological characteristics. *School Psychology Quarterly*, 13(3), 192–227. <https://doi.org/10.1037/h0088982>
- Hayden, T. L. (1980). Classification of Elective Mutism. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 19(1), 118–133. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)60657-9](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)60657-9)
- Kolvin, I. & Fundudis, T. (1981). Elective Mute Children: Psychological Development and Background Factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22(3), 219–232. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1981.tb00548.x>
- Kratochwill, T. R.; Brody, G. H. & Piersel, W. C. (1979). Elective Mutism in Children. In: Lahey, B. B. & Kazdin A. E. (Hrsg.), *Advances in Clinical Child Psychology* (S. 193–240). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-9802-8_7
- Lang, C.; Nir, Z.; Gothelf, A.; Domachevsky, S.; Ginton, L.; Kushnir, J. & Gothelf, D. (2016). The outcome of children with selective mutism following cognitive behavioral intervention: A follow-up study. *European Journal of Pediatrics*, 175(4), 481–487. <https://doi.org/10.1007/s00431-015-2651-0>
- Muris, P. & Ollendick, T. H. (2015). Children Who are Anxious in Silence: A Review on Selective Mutism, the New Anxiety Disorder in DSM-5. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18(2), 151–169. <https://doi.org/10.1007/s10567-015-0181-y>
- Oerbeck, B.; Stein, M. B.; Pripp, A. H. & Kristensen, H. (2015). Selective

- mutism: Follow-up study 1 year after end of treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(7), 757–766. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0620-1>
- Salfield, D. J. (1950). Observations on Elective Mutism in Children. *Journal of Mental Science*, 96(405), 1024–1032. <https://doi.org/10.1192/bjp.96.405.1024>
- Schwartz, R. H.; Freedy, A. S. & Sheridan, M. J. (2006). Selective Mutism: Are Primary Care Physicians Missing the Silence? *Clinical Pediatrics*, 45(1), 43–48. <https://doi.org/10.1177/000992280604500107>
- Steinhausen, H.-C. & Juzi, C. (1996). Elective Mutism: An Analysis of 100 Cases. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(5), 606–614. <https://doi.org/10.1097/00004583-199605000-00015>
- Steinhausen, H.-C.; Wachter, M.; Laimbock, K. & Metzke, C. W. (2006). A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(7), 751–756. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01560.x>
- Viana, A. G.; Beidel, D. C. & Rabian, B. (2009). Selective mutism: A review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review*, 29(1), 57–67. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.09.009>
- Wergeland, H. (1979). Elective mutism. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 59(2), 218–228. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1979.tb06962.x>
- Williams, C. E.; Hadwin, J. A. & Bishop, F. L. (2021). Primary teachers' experiences of teaching pupils with selective mutism: A grounded theory study. *Educational Psychology in Practice*, 37(3), 267–283. <https://doi.org/10.1080/02667363.2021.1920372>
- Yeganeh, R.; Beidel, D. C. & Turner, S. M. (2006). Selective mutism: More than social anxiety? *Depression and Anxiety*, 23(3), 117–123. <https://doi.org/10.1002/da.20139>
- Zakszeski, B. N. & DuPaul, G. J. (2017). Reinforce, shape, expose, and fade: A review of treatments for selective mutism (2005–2015). *School Mental Health*, 9(1), 1–15. <https://doi.org/10.1007/s12310-016-9198-8>



SM vs. ASS

**Endlich in einer Ausgabe:
die differenzialdiagnostische
Abgrenzung zwischen dem
selektiven Mutismus und der
Autismus-Spektrum-Störung**

Heft 24, 48 Seiten, 14,00 EUR (UvP)

Bestellung: Schulz-Kirchner Verlag,
Mollweg 2, D-65510 Idstein
Telefon +49 6126 9320-0
Telefax +49 6126 9320-50
info@schulz-kirchner.de
www.skvshop.de

Mutismus ist kein Autismus!