

## Selektiver Mutismus im Kindesalter – Ein Plädoyer für einen integrativen interdisziplinären Behandlungsansatz

*Nitza Katz-Bernstein & Katja Subellok*

### Zusammenfassung:

Selektiver Mutismus (SM) gehört zu den Angststörungen mit Beginn im Kindesalter. Entstehungshintergrund und Komorbiditäten sind komplex, ebenso die Auswirkungen auf die gesamte Entwicklung. Disziplinär zeigen sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie die Logopädie/Sprachtherapie für SM verantwortlich.

In diesem Beitrag wird dafür plädiert, dass nur über ein gut koordiniertes Disziplinen übergreifendes Vorgehen in Diagnostik und Therapie der Komplexität des Phänomens entsprochen werden kann. Skizziert wird ein methodenkombinierter, integrativer und Praxis bewährter Therapieansatz.

### 1. Selektiver Mutismus – was sagt die Fachliteratur?

Heutzutage hat sich der Begriff selektiver Mutismus (SM) etabliert (American Psychiatric Association, 2015). SM wird als konsequentes Schweigen in umschriebenen Situationen oder gegenüber bestimmten Personen definiert, das nicht willentlich zu beeinflussen ist. Häufig tritt das Schweigen in Bildungseinrichtungen wie Kita und Schule oder mit fremden Personen auf. In anderen vertrauten Situationen wie zuhause hingegen können die Kinder ganz unbefangen sprechen. Die Schweigesymptomatik kann interindividuell stark variieren. So sprechen Kinder etwa mit den Großeltern ausschließlich im eigenen Zuhause, nicht aber außerhalb, oder mit ihren Freunden nur außerhalb und niemals in der Kita.

Die **Prävalenz** liegt bei 0,1% - 0,7% der klinisch erfassten Kinder (Bergman et al., 2002), wobei eine hohe Dunkelziffer vermutet werden kann (Starke & Subellok, 2012). Mädchen sind in etwa 1,5 mal häufiger als Jungen betroffen (Dummit et al., 1997). Am häufigsten beginnt die Störung im Alter von drei bis vier Jahren (ebd.; Steinhausen & Juzi, 1996).

Im DSM-5 zählt SM zu den Angststörungen (American Psychiatric Association, 2015). In der Internationalen Klassifikation der Krankheiten ICD-10 (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI], 2020) ist der elektive Mutismus (F94.0) unter den Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend gelistet. In beiden Inventaren wird über die Kernsymptomatik des Schweigens hinaus auf eine Beeinträchtigung der Kinder im sozialen Verhalten und die Auswirkungen der Störung auf alle Entwicklungs- und Lebenskontexte hingewiesen. Außerdem ist von hohen Komorbiditäten mit Angststörungen, insbesondere der sozialen Ängstlichkeit (Viana et al., 2009), und weiteren Entwicklungsauffälligkeiten, besonders Beeinträchtigungen der sprachlichen Entwicklung (30-50 %, Kristensen, 2000; Steinhausen & Juzi, 1996), auszugehen.

Zum multifaktoriellen Entstehungshintergrund von SM werden mehrere **Risikofaktoren** diskutiert (in Anlehnung an Bahrfeck et al., 2017):

- *Disposition für internalisierende Störungen* (genetische Prädisposition): Indikatoren sind Häufungen von Angststörungen, Depressionen, Temperamentsmerkmalen wie Schüchternheit oder auch SM im Familienkontext (Capozzi et al., 2017; Remschmidt et al., 2001) sowie Hinweise auf eine höhere Vulnerabilität von Zwillingen für SM (Subellok et al., 2010).
- *Familiäres Umfeld*: Familien mit mutistischen Kindern leben nicht selten sozial isoliert (Remschmidt et al., 2001; Vecchio & Kearny, 2005). Den Kindern fehlt damit ein basales Modell für die Kommunikation mit der Außenwelt.
- *Migration und Mehrsprachigkeit*: Diese Kinder scheinen ein höheres Risiko für SM zu haben (Elizur & Perednik, 2003). Als bedeutsam haben sich die Einbindung der Familie in die Herkunfts- und Umgebungskultur (Starke, 2018) und ein barrierefreier Zweitspracherwerb herausgestellt.
- *Sprachliche Entwicklung*: Wie bereits erwähnt zeigen bis zu 50% der Kinder mit SM auch sprach-

liche Auffälligkeiten (Kristensen, 2000). Diese können zu Verunsicherungen in der Interaktion führen und einen sozialen Rückzug bewirken, woraus sich ein SM entwickeln kann.

- *Besondere Lebensereignisse:*  
Traumatisierende Erfahrungen (etwa Tod eines Verwandten) bilden in wenigen Fällen den Hintergrund für SM (Black & Uhde, 1995). Doch auch übliche Lebensumstände wie Schulwechsel und Umzug können Auslöser für das Schweigen sein (Kumpulainen et al., 1998).

Alles in allem bedeutet SM mehr, als dass betroffene Kinder (lediglich) in/mit bestimmten Situationen/Personen/Orten nicht sprechen, obwohl sie grundsätzlich dazu in der Lage sind. Die Komorbiditäten und Auswirkungen von SM sind erheblich. Wenn das Schweigen länger persistiert, erhöht sich auch das Risiko für eine weitere psychische Erkrankung wie Angststörung oder Depression (Steinhausen et al., 2006). Deshalb sind eine frühe Identifizierung der Störung und Behandlung essentiell.

## 2. Diagnostische Erfassung

**Zielsetzung** der Diagnostik ist zum einen die möglichst frühe Identifizierung selektiv mutistischer Kinder. Mutismus ist selbst in Fachkreisen noch nicht durchgängig bekannt und wird häufig mit extremer Schüchternheit verwechselt (Starke & Subellok, 2015). Zum anderen hat eine Diagnostik die Beschreibung des individuellen Störungsbildes über die Erfassung therapierrelevanter Daten zum Ziel. Methodisch stehen einige wenige informelle und standardisierte Verfahren und Inventare zur Verfügung. Unverzichtbar ist immer eine Beobachtung der Kinder in verschiedenen sozialen Kontexten sowie Gespräche mit Bezugspersonen, Fachkräften und den (älteren) Kindern selbst.

### 2.1 Identifizierung und Früherkennung

Für die Diagnosestellung in der deutschen krankenkassenfinanzierten Patientenversorgung ist die ICD-10-GM (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI], 2020) bindend. Im DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015) werden folgende Kriterien angeführt:

- a. Normale Sprechflüssigkeit in einigen Situationen, in bestimmten Situationen eine andauernde Unfähigkeit zu sprechen (in denen das Sprechen erwartet wird).

- b. Die Störung behindert die schulischen oder beruflichen Leistungen oder die soziale Kommunikation.
- c. Die Störung dauert mindestens einen Monat (und ist nicht nur auf den ersten Monat z. B. nach Schulbeginn) beschränkt.
- d. Die Unfähigkeit zu sprechen ist nicht durch fehlende Kenntnisse in der Sprache bedingt oder dadurch, dass sich der Betroffene in dieser Sprache nicht wohl fühlt.
- e. Die Störung kann nicht besser durch eine andere Kommunikationsstörung (z. B. Stottern) erklärt werden und tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, Schizophrenie oder anderen psychotischen Störung auf.

Es fällt auf, dass gerade die Punkte d und e als Ausschlusskriterien unscharf bleiben. Wie oben erwähnt ist empirisch belegt, dass gerade sprachliche Auffälligkeiten sowie Mehrsprachigkeit und Migration oftmals mit SM assoziiert sind und deshalb als Risikofaktoren gelten (Kristensen, 2000; Starke, 2018).

In keinem Fall ist es bei SM ausreichend, sich auf eine einzige Erhebung und einen alleinigen medizinischen (pädiatrischen, psychiatrischen, audiologischen) Befund zu verlassen (Dow et al., 1999). Für die Beurteilung des kindlichen Verhaltens in verschiedenen sozialen Kontexten gibt es mittlerweile einige deutschsprachige informelle und standardisierte Verfahren.

### Standardisierte Verfahren

- *Dortmunder Mutismus Screening-Kita (DortMuS-Kita)* (Starke & Subellok, 2018) (online verfügbar)  
Fragebogen für Erzieher\_innen zur Erhebung von Hinweisen auf das Vorliegen eines SM bei 3;0 bis 5;11-jährigen Kindern
- *Dortmunder Mutismus Screening Schule (DortMuS-Schule)* (Starke & Subellok, 2017, 2016) (online verfügbar)  
Fragebogen für Lehrer\_innen zur Erhebung von Hinweisen auf das Vorliegen eines SM bei 6;0 bis 10;11-jährigen Kindern
- *Dortmunder Mutismus Screening Eltern (DortMuS-Eltern)* (Starke & Subellok, in Vorb.)  
Fragebogen für Eltern zur Erhebung von Hinweisen auf das Vorliegen eines SM bei 3;0 bis 5;11-jährigen Kindern

- *Frankfurter Skala zur Erfassung des Selektiven Mutismus (FSSM)* (Gensthaler et al., 2018)  
Fragebögen für Eltern zur Diagnose von SM und Bestimmung des Schweregrades bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3-7, 6-11 und 12-18 Jahren

### Informelle Verfahren

- *SchweigeKompass* (Braun et al., 2018)  
Fragebogen für Erzieher\_innen, Lehrer\_innen und Therapeut\_innen als Entscheidungshilfe zur Einleitung einer diagnostischen Abklärung bei 4;0-7;6-jährigen Kindern (online verfügbar)
- *Deutscher Mutismus Test (DMT-Komut)* (Johannsen et al., 2016)  
Online-Fragebogen für Erzieher\_innen, Lehrer\_innen, Ärzten, Therapeut\_innen zur Unterstützung der Diagnosestellung (online verfügbar)
- *Diagnostische Fragebögen zum selektiven Mutismus (DiFraMuT)* (Kopf, 2016)  
Fragebögen für Eltern, Fachkräfte, Kinder und Jugendliche u. a. zur Identifizierung des SM
- *Fragebogen zur Erfassung des elektiven Mutismus (FEM)* (Steinhäuser, 2010)  
Fragebögen für Eltern und Lehrer\_innen zur Bestimmung des Schweregrades von SM und der Systematik des Schweigens

## 2.2 Erfassung therapierelevanter Daten

Mit dem dreiperspektivischen Diagnosemodell von Katz-Bernstein & Zaepfel (2004) wird eine gute Orientierung gegeben, die Komplexität des Störungsbildes in seinen individuellen Ausprägungen möglichst umfassend zu erheben: *Symptomdiagnostik, Strukturdiagnostik und Systemdiagnostik* (siehe auch Katz-Bernstein, 2019a, 73ff.)

### Symptomdiagnostik

Jedes Kind kreiert, als Lösungsstrategie für seinen Scham oder sein Unvermögen, adäquat zu sprechen, ein individuelles Schweige- und Sprechmuster. Diese Systematik gilt es zu erfassen. Es ist zu fragen,

- mit welchen Personen (vertraut vs. fremd; Erwachsene vs. Kinder),
- an welchen Orten (privat/vertraut vs. fremd/öffentlich),
- in welchen Situationen (etwa Frontalunterricht vs. Kleingruppenarbeit) und
- bei welchen Gesprächsinhalten (Wissensinhalt vs. persönliche Meinung)

das Kind spricht resp. schweigt (vgl. auch Schwenck & Gensthaler, 2017). Essentiell ist, dass nicht nur die beiden Pole Sprechen oder Schweigen, sondern ebenso Zwischenpositionen (Sprechen nur selten, im Flüsterton, nach einem Warming-up) und nonverbale Äußerungen (Blickkontakt) betrachtet werden. Bei Katz-Bernstein (2019a, 74ff.) sind übersichtliche Tabellen für die Symptomdiagnostik zu finden.

### Strukturdiagnostik

Hypothesengeleitet wird versucht, die Sinnhaftigkeit des Schweigens für das Kind zu ergründen. Hintergrund ist die Annahme, das Schweigen als Coping-Strategie des Kindes für überfordernd erlebte Ereignisse zu verstehen. Etwa könnte sich ein sehr perfektionistisches Kind oder ein Kind mit sozial abweichendem Sprechverhalten mit seinem Schweigen vor etwaigen Fehlern oder Misserfolgen schützen.

### Systemdiagnostik

SM steht in enger Wechselwirkung zu allen sozialen Lebenskontexten. Er ist hier entstanden und wirkt sich unvermeidlich dahin aus. Insofern ist zu fragen, welche Umwelt-, Kultur- und Familienfaktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung des Schweigens womöglich mitspielen.

Alles in allem ist die Mutismusdiagnostik komplex, weil die Symptomatik sehr variabel und die Hintergründe von SM in der Regel vielschichtig sind. Auch müssen immer mehrere soziale Kontexte und ggfs. auch Fachdisziplinen in die Diagnostik einbezogen werden.

## 2.3 Erstdiagnostik

Für die Diagnosestellung wird folgendes Vorgehen als förderlich erachtet:

- In der Regel kontaktieren besorgte Eltern zuerst den *Kinderarzt*. Es wird empfohlen, diese Sorge ernst zu nehmen. Jegliches Vertrösten „Das Kind ist nur scheu, das Sprechen kommt schon noch!“ ist eher kontraproduktiv, da in jungen Jahren die Überwindung des Schweigens viel leichter erfolgt und mit einer gezielten Unterstützung seiner Manifestation vorgebeugt wird. Es sollte bei Verdacht auf SM die Expertise einer *spezialisierten Fachperson* eingeholt werden.
- Wichtig ist die Identifizierung etwaiger *Komorbiditäten*: Hier ist die *Kinder- und Jugendpsychiatrie* die zuständige Disziplin. Gerade wenn depressive Symptome, Suizidalität sowie Zwänge oder tiefgreifende Entwicklungsstörungen vermutet werden, ist ein kinderpsychiatrisches Gutachten unverzichtbar. Auch bei etwaigen Traumata oder psychischen Auffälligkeiten (auch bei Eltern) ist der Einbezug einer psychiatrischen Fachperson wichtig. Werden Sprachprobleme vermutet, kann die *Logopädie/Sprachtherapie* hinzugezogen werden. Produktive Sprachauffälligkeiten sind bei schweigenden Kindern schwer zu identifizieren. Doch können die rezeptiven Leistungen eingeschätzt werden. Für mehrsprachige Kinder ist eine Beurteilung ihrer Sprachkompetenzen in der Herkunfts- und Umgebungssprache erschwert. In manchen Fällen kann die *Pädaudiologie* zur Abgrenzung von einer (funktionellen) Hörstörung einbezogen werden.
- Wenn sich im Einzelfall empfiehlt, die *Meinung mehrerer Fachpersonen* zu hören, so sind zwei Aspekte ratsam: Zum einen ist auf die Expertise der Fachperson mit SM zu achten. Zum anderen ist das Verhältnis von medizinischer Erfordernis und Belastung für die Kinder abzuwägen. Günstiger wäre, zunächst Vertrauen zu einer verlässlichen (therapeutischen) Fachperson aufgebaut zu haben, um dann weitere Expertise einzuholen.

Die Diagnosestellung SM erfolgt immer durch die Medizin, gegebenenfalls als Resultat des interdisziplinären Austauschs. Es ist dann gemeinsam zu klären, welche Unterstützung das Kind, die Familie und auch Kita/Schule benötigen, welche Fachdisziplin sich dafür anbietet und welche spezialisierte Person dafür regional zur Verfügung steht.

## 3. Therapeutische Zugänge: Wer, wie, was?

### 3.1 Wer ist zuständig?

Primäre disziplinäre Zuständigkeiten sind für SM nur schwer auszumachen. Zeigten sich früher maßgeblich die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie für SM zuständig, ist heute auch die Sprachtherapie/Logopädie mit ihren Mutismus spezifischen Behandlungsansätzen zum Aufbau von Kommunikation und Sprache international anerkannt (u. a. Hartmann, 2019; Katz-Bernstein, 2019a; Johnson & Wintgens, 2016; Feldkamp et al., 2012; Smith & Sluckin, 2015; Subellok et al., 2012). Als grobe Kriterien für disziplinäre Zuständigkeiten können gelten (in Anlehnung an Katz-Bernstein & Subellok, 2009; Subellok & Starke, 2015b; Bahrfeck et al., 2017, 503ff.):

- *Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*  
Die Psychotherapie zeigt sich für emotionale, kognitive, soziale und systemische Auffälligkeiten zuständig. Wegen der Komorbiditäten von SM ist es ratsam zu klären, welche Problematik im Vordergrund steht und ob die Therapie hier ihren Schwerpunkt haben soll. Sofern Traumata, Vernachlässigung, Gewalterfahrungen offensichtlich sind, so soll diese Berufsgruppe adressiert werden. Auch empfiehlt sich eine Überweisung bei massiven systemischen Problemen oder psychisch kranken Eltern, ebenso bei Verdacht auf psychopathologische Störungen. Jedoch ist auch hier nicht jede /jeder Psychotherapeut\*in für diese Vielfalt von Maßnahmen ausgebildet. Daher sind eine Spezialisierung und Erfahrung mit dem Störungsbild sowie Supervision wichtig!
- *Sprachtherapie/Logopädie*  
Wenn Sprech- und Sprachauffälligkeiten den Hintergrund von SM bilden, empfiehlt sich der Einbezug einer spezialisierten Therapeutin. Bei entsprechender Expertise kann sie auch alleine für die Therapie zuständig sein (vgl. auch Katz-Bernstein (2020), Melfsen & Walitza 2017). Dieser Berufsgruppe fällt es leicht, eine erfolgreiche, gegebenenfalls nonverbale Kommunikation mit nichtsprechenden Kindern aufzubauen, die dann sukzessive in Richtung Sprechen erweitert werden kann. Auch für diese Berufsgruppe sind Spezialisierung, Erfahrung im Umgang mit der Störung, begleitende Supervisionen sowie eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit weiteren Fachpersonen unverzichtbar.



- *Kinder- und Jugendpsychiatrie*

Diese Disziplin ist von Anfang an für die diagnostische Feststellung von Art und Prägung des Störungsbilds sowie für die Überweisung an andere Fachpersonen zuständig. Für ein bei SM notwendiges interdisziplinäres Netzwerk ist sie unverzichtbar. Immer ist die Expertise dieser Disziplin im Verlauf einer Therapie dann erforderlich, wenn sich der Verdacht auf Suchtgefahr, Depression, Suizidalität zeigt. Auch ist sie alleine für eine medikamentöse Therapie (etwa Antidepressiva) zuständig (Manassis et al., 2016).

Mit diesem groben Überblick soll nicht vermittelt werden, dass entweder sprachliche oder psychische Probleme den Hintergrund für SM bilden. Sie stehen eher in gegenseitiger Abhängigkeit. Für das Kind und die Familie wäre es wünschenswert, wenn idealtypisch eine einzelne Fachperson die erforderlichen Expertisen für die Behandlung von SM aufbringen würde. Umso wichtiger sind, wie oben erwähnt, professionelle interdisziplinäre Netzwerke zur gegenseitigen Unterstützung und supervisorischen Begleitung.

### 3.2 Wie und welches Vorgehen?

Spezifische Therapieansätze sind in den o. a. Fachdisziplinen verortet. Allerdings gibt es aufgrund der geringen Prävalenzen von SM bislang kaum randomisierte Studien und deshalb nur wenige *empirische Wirksamkeitsnachweise* für einzelne Methoden. Pionek Stone et al. (2002) analysierten systematisch kontrollierte Einzelfallstudien. Demzufolge zeigen sich verhaltenstherapeutische Methoden bei SM wirksam. Auch ist ein früher Behandlungsbeginn effektiver als ein späterer. Die meisten weisen jedoch, wie oben dargelegt, auf die hohe Bedeutung einer engen Kooperation aller Beteiligten hin (Bahrfeck et al., 2017).

Weil also spezifische Wirksamkeitsnachweise noch fehlen, bleiben auch Indikationen für eine jeweilige Maßnahme nur vage (Melfsen & Warnke, 2017). Allerdings wird man sich bei der Behandlung von SM ohnehin nicht nur auf eine einzelne therapeutische Methode – also etwa die „wirksame“ (kognitiv-) behaviorale – beschränken können. Gefragt ist ein *methodenkombiniertes Vorgehen*, das der Komplexität des Störungsbildes gerecht wird (Cohan et al., 2006). Aus unserer Sicht sind fünf Elemente resp. Vorgehensweisen zu kennzeichnen, die je nach Alter des Kindes, Zielsetzung, Therapiephase und Profession miteinander kombiniert und unterschiedlich gewichtet zum Ein-

satz kommen (Katz-Bernstein & Subellok, 2009; Starke & Subellok, 2015; Bahrfeck et al., 2017):

- *Psychodynamisches Vorgehen*  
zur Beziehungsgestaltung und um die Sinnhaftigkeit des Schweigens (als dysfunktionale Coping-Strategie) in der Lebensgeschichte zu verstehen und über die Verarbeitung der Thematiken seine Bedeutung resp. Funktion zu beeinflussen (Katz-Bernstein, 2019a)
- *Entwicklungspsychologisches und pädagogisches Vorgehen*  
um kooperative (Spiel-)Handlungen mit einer gemeinsamen Intention zwischen Kind und Therapeutin als Voraussetzung und Basis für das Sprechen zu kreieren (Tomasello, 2010)
- *(Kognitiv-)Behaviorales Vorgehen*  
zur Angstreduktion und direkten Arbeit an der Schweigesymptomatik (Überblick bei Melfsen & Warnke, 2017)
- *Sprachtherapeutisches Vorgehen*  
zum systematischen Aufbau pragmatischer Kompetenzen, beginnend mit nonverbaler Kommunikation, und zum sukzessivem Ausbau von Sprechfähigkeit mit weiteren Personen sowie zur Behandlung etwaiger Sprachentwicklungsstörungen
- *Systemisches/familientherapeutisches Vorgehen*  
zur Beeinflussung verursachender und aufrechterhaltender Faktoren für das Schweigen

Wie unsere langjährige Erfahrung zeigt, wird schlussendlich für den Erfolg einer Therapie nicht eine einzelne, vielleicht evidente Methode oder auch die spezielle Profession der Fachkraft verantwortlich sein. Immer werden es das Kind, die Ausprägung der Störung und ihre aufrechterhaltenden Faktoren sein, die die Passung eines integrativen methodischen Vorgehens einfordern. Und es wird von der Erfahrung, Persönlichkeitsdynamik und Sozialkompetenz der therapeutischen Fachkraft abhängig sein, methodenflexibel zu agieren, die Lernsituation nicht bedrohlich, sondern verspielt zu gestalten, und vor allem gelingende Interaktionsprozesse über die Beziehungsgestaltung zu kreieren. Die aktuelle Psychotherapieforschung ist genau an diesem Punkt angelangt, nämlich bei der Erforschung der Beziehungsprozesse (Wampold et al., 2018).

### 3.3 Was genau? Fünf resp. vier Dimensionen integrativer therapeutischer Zugänge

Aufbauend auf den Therapieansatz von Katz-Bernstein (2019a, erstmals 2005) haben wir an der TU Dortmund die Dortmunder Mutismus Therapie (DortMuT) (Subellok, et al., 2012) entwickelt. Methodisch versteht sich DortMuT als integratives resp. interdisziplinäres Konzept, in dem die oben beschriebenen behavioralen, psychodynamischen, entwicklungspsychologischen, sprachtherapeutischen und systemischen Zugänge kombiniert werden. Der Einsatz der (ohneinicht strikt zu trennenden) Methoden erfolgt nicht additiv oder alternierend, sondern ist je nach individuellen Bedürfnissen der Kinder, ihrem Entwicklungsstand, den Risikofaktoren und Bedingungen des Umfeldes so gewichtet, dass eine integrative Kombination gewährleistet ist.

#### Beziehungsgestaltung, therapeutisches Bündnis und Haltung: Psychodynamische Dimension

Motivationsarbeit, Zuversicht auf Erfolg, Vertrauen und Passung zwischen Patient\*in und Therapeut\*in sind heute in der Psychotherapie als Erfolgsfaktoren evident (Wampold et al., 2018). Es gilt, bereits beim Vorschulkind Vertrauen aufzubauen, Ziele, Tempo, Vorgehen als kooperative Schritte abzustimmen, seine Mitbestimmung immer wieder einzuholen und mit ihm gemeinsam die Zuversicht auf Erfolg und das Erreichen der Therapieziele zu teilen. Dazu gehört auch der „Safe Place“ als Grundhaltung (Katz-Bernstein, 1996): Das Kind, seine Eigenheiten, seine Ressourcen und Vorlieben, sein eigener Weg der Beziehungsaufnahme werden als Interaktionsangebote willkommen geheißen. Nicht die Störung steht also zunächst im Vordergrund, sondern das erlebte Vertrauen und die Zuversicht der/des Therapeut\*in. Über diese wird das Kind wiederum selbst Zuversicht erlangen, an sich selbst glauben, sich Fortschritte selbst zutrauen und Transferschritte in den Alltag aktiv gestalten.

Dazu ein Beispiel aus einer Supervision: Paula (12 J.) erscheint zur ersten Therapiestunde mit einer Brechtüte, setzt sich der Therapeutin gegenüber, wirkt verschreckt und meidet Blickkontakt. Die Brechtüte nimmt sie laut Mutter überall mit, weil sie bei Begegnungen mit fremden erwachsenen Personen befürchtet, sich zu übergeben. Es war vorangekündigt, dass die Mutter draußen bleibt. Die Therapeutin sagt zu ihr, dass sich alle wünschen, dass Paula bei ihr lernt, auch mit Fremden zu sprechen. Sie wünsche sich jedoch,

Paula und ihre Vorlieben zunächst kennen zu lernen. Dazu habe sie ein Spiel ausgedacht: Man schaut sich zusammen ein Werbeprospekt mit Menüs aus einem Take-Away-Restaurant an. Diese werden mit der Schere ausgeschnitten. Dabei muss Jede zu jeder Speise raten, ob die andere Person die Speise sehr gerne (3 Smileys), mittel (zwei Smileys) oder aber zum Würgen findet (ein oder kein Smiley), und die Abbildung dann auf eine Pappe mit der entsprechenden Anzahl mit Smileys legen. Dazu werden für die Treffer Punkte vergeben. Der Bericht in der nächsten Supervisionssitzung: Paula geht darauf ein, zunächst noch halb abgewandt und mit starrer Miene, später wird die Kommunikation immer lockerer, ein Lächeln huscht über Paulas Gesicht, als sich die Therapeutin bei „Kalbsleber“- richtig von ihr geraten mit null Smileys - vor Ekel schüttelt.

Diese Einladung zur Beziehungsgestaltung setzt folgende Signale:

- Ich interessiere mich für Dich, Deine Vorlieben und Abneigungen.
- Ich will mit dir spielen, kooperieren, gemeinsam Spaß haben.
- Ich habe nicht vor dich zu überfordern oder Ansprüche zu stellen, vor denen du Angst haben musst.
- Ich will mit dir in Kommunikation treten, die nicht bedrohlich, sondern für dich machbar ist.
- Ich respektiere zunächst deinen dir eigenen Weg der Kontaktgestaltung als Bewältigungsstrategie, wir bleiben jedoch nicht dabei!
- Ich unterstelle, dass auch du grundsätzlich mit mir kommunizieren willst, auch wenn es dir jetzt vielleicht noch nicht (umfänglich) möglich ist.

Als Therapieziel ist hier der erste Schritt zum Aufbau einer alltäglichen Kommunikation mit einer (noch) fremden Person geleistet. Vermittelt als durchgängige Haltung wird so eine tragfähige therapeutische Beziehung als Basis für neue Kommunikationserfahrungen etabliert.

#### Aktiv werden – Kooperieren, kreative Ressourcen pflegen, Erzählen: Entwicklungspsychologische und pädagogische Dimension

Gerade Kinder mit SM wollen häufig den Erwartungen der Umwelt gerecht werden oder haben hohe Anforderungen an sich selbst. Die eigenen Ressourcen, Vorlieben und Begabungen zu entdecken, diese gemeinsam mit der

Therapeut\*in zu einer kontinuierlichen Handlung zu steuern und zu einem „Projekt“ mit einem gemeinsamen Ziel/Produkt werden lassen, ist für viele eine ganz neue Erfahrung. Dies könnte eine Vorbereitung für eine Zaubervorstellung, Rollenspiele zur Bezähmung des feuerspeienden Drachens oder das Malen/Aufschreiben einer gemeinsamen Geschichte wie etwa über die Reise des „Plafferfroschs“ und seiner Freundin, die Schildkröte „Schweigi“, sein (Katz-Bernstein, 2019a; vgl. „narrativer Zugang“, Katz-Bernstein & Schröder, 2017). In solche Narrationen wird oft die eigene biographische Geschichte implementiert, was zu deren Verarbeitung und Bewältigung beiträgt. Das Sprechen wird hier als Notwendigkeit gesehen, um gemeinsam über Ziele, Erzählungen und Handlungen, die den Interessen des Kindes entsprechen und auf ein Projekt der Wahl ausgerichtet sind, zu verhandeln. Dieses kooperative, interaktive Vorgehen wird als Grundlage des Sprechens angesehen (Tomasello, 2010). Kooperation, Kreativität, Strukturierung und Durchhalten über Frustrationen hinaus, bis zur Vollendung des „Produkts“, eignen sich als natürlicher Rahmen für eine erste, zielgerichtete Kommunikation und den sprachlichen Austausch.

Als erste Hürde werden kleine Schritte zur Angstreduktion und zum sukzessiven Aufbau des Sprechens im geschützten Therapieraum genommen. Der Sprechtransfer nach Außen erfolgt erst später. Im Übergang dazu wird als nächste Hürde eine weitere Sprechleistung etwa bei einem „Projekt“ geleistet.

Bewährte Beispiele für solche Projekte sind:

- *Safe Place: Das Kind lernt, Distanz und Nähe zu regulieren, Nähe wird eigenkontrolliert und ist dadurch nicht bedrohlich*  
Kindern, die besonders abweisend oder eingefroren auf Angebote reagieren, wird zunächst gemeinsam ein Versteck, ein Häuschen aus Kissen und Seilchen im Raum gebaut, wo das Kind die Tür zunächst geschlossen halten kann. Das Kind kann beim Angebot immer selbst entscheiden, wie dieses Haus aussehen soll: Wo? Wie groß? Welche Materialien? Ausstattung? Immer wieder wird das Kind ermuntert, sein Versteck aktiv mitzugestalten (Katz-Bernstein, 2019a, 1996) und gegen etwaige Eindringlinge (wie Handpuppen) zu verteidigen.
- *Narrativer Ansatz: „Das Symbolspiel ist eine Basis für den Weg zur Sprache, um über sich zu erzählen, zu berichten und zu kommunizieren“ (Quasthoff et al. 2013)*  
Eine Szene im Sand wird aufgestellt, die zu einer Geschichte und dann dokumentiert wird, zunächst durch Fotos oder Zeichnungen, dann mit

Überschriften und Kommentaren. Die spielenden Figuren erhalten Namen und Eigenschaften, Handlungen werden inszeniert und durchgeführt. Schritt für Schritt werden diese in einem Heft dokumentiert und strukturiert. Das Kind erlebt das Entstehen (s)einer Geschichte, die durch Strukturierungshilfen gestützt wird.

- *Gemeinsame Aktionen: Kekse backen: Kooperation beim gemeinsamen Handeln ist der Weg zur sprachlichen Kommunikation, wie aktuelle Spracherwerbtheorien nahelegen (Tomasello 2010)*  
Verschiedene Rezepte werden per Interview bei der Großmutter, Tante oder Erzieher\*in erfragt (als Transferschritt). Nach gemeinsamer Entscheidung für ein Rezept werden die Kekse gemeinsam gebacken. Zuvor werden die Produkte und Arbeitsschritte abgestimmt, aufgeschrieben und weitere Schritte für das nächste Mal abgesprochen. Später kann man die Kekse schön verpacken und an ausgesuchte Personen verschenken.
- *(Rollen-)Spiele planen, z. B. Autorennen oder Friseur: Eine aktive Annäherung an Alltagssituationen wird angebahnt; diese werden nachgestellt, um Sprachsituationen zunächst fiktiv aufzubauen und zu üben.*  
Tolle Autos sammeln, mitbringen, Route bestimmen, Tribünen einstreuen, Schiedsrichterrolle einüben; mit Schulkindern Autos und Route in einem schönen Heft malen lassen und dazu Headlines entwickeln sowie Text schreiben, diktieren, den Eltern / Freunden / der Klasse vorlesen. *Friseur-Salon* einrichten, malen, schöne und abstoßende Frisuren aus Katalog aussuchen und gegenseitig raten, was man schön und hässlich findet, Prospekt gestalten, als Rollenspiel durchführen usw.

Über solche Projekte fühlen sich die Kinder in ihren Interessen „abgeholt“. In einem derart natürlichen, kreativen Kommunikationsrahmen zeigen sie erfahrungsgemäß eine hohe Motivation zur Kommunikation und sprachlicher Verständigung. Alle weiteren Maßnahmen der Symptomarbeit (s. u.) können im Rahmen dieses einvernehmlichen gemeinsamen Handelns erlebt werden.

### **Angstreduktion und Aufbau verbaler Kommunikation (Symptomarbeit): Verhaltenstherapeutische und sprachtherapeutische Dimension**

Verhaltens- und sprachtherapeutische Vorgehensweisen verlaufen Hand in Hand und werden deshalb hier zusammengefasst.

Etwa werden Freunde oder die Lehrperson in die Therapie eingeladen, um sich am Projekt zu beteiligen, als Zuschauer einer Zirkusvorstellung bei-



zuwohnen oder sich frisieren zu lassen. Später kann dann ein Besuch der Therapeut\*in in Schule und Kita erfolgen, um mit einer kleinen Gruppe ausgewählter Kinder ein Spiel mit kleiner Sprechanforderung zu spielen, bevor das Sprechen in der Großgruppe oder Schulklasse angegangen wird. Wichtig bei allen diesen Schritten ist, dass das Kind aktiv diese Situationen plant, es die Spiele und Vorgehensweisen bestimmt, sein grundsätzliches Einverständnis für die Besuche anderer Personen in die Therapie oder der Therapeut\*in in die Schule/Kita gibt, um nicht hilflos einer neuen Situation ausgesetzt zu sein. Ein solch sorgsames Vorgehen spiegelt unser Verständnis einer verhaltenstherapeutischen Arbeit wider: es ist ressourcenorientiert und niemals überstülpend, sondern orientiert sich am Machbaren.

Ein solcher gleitender Übergang zum normalen Sprechverhalten hat sich bewährt. Älteren Kindern werden Sprechziele vorgeschlagen, die von ihnen als leicht, mittel oder schwerer bewertet werden und sie entscheiden sich selbst für einen nächsten Sprech-Schritt (etwa in der Pause der Lehrerin auf eine Frage „JA“ antworten). Ist der Schritt nicht gelungen, wird über ein „noch nicht!“ entlastet und gemeinsam ein Zwischenschritt ausgedacht. Wir haben unsere Methode zur Symptomarbeit „interpersonelle, interaktive Verhaltenstherapie“ genannt und gute Erfahrungen damit gemacht, weil beim Kind Motivation und Selbstwirksamkeit bestens aktiviert werden, die heute als therapeutische Wirkfaktoren bekannt sind (Wampold et al., 2018).

### **Familie, Umwelt, Netz, Transfer: Systemische Dimension**

Systemische Faktoren sind bei SM bekannt (Capozzi et al., 2017). *Elternarbeit* wird bei uns hoch geschätzt, doch ist sie keine zwingende Bedingung für die Arbeit mit dem Kind. Hier unterscheidet sich DortMuT von (früheren) systemischen Ansätzen. Nicht jede Psycholog\*in, Logopäd\*in oder Heilpädagog\*in, die sich therapeutisch des Kindes annimmt, ist gleichzeitig eine systemisch geschulte, geeignete Begleiter\*in von Eltern. Zielführender für eine optimale Versorgung der Kinder und Familien ist für uns, mit medizinischen Fachpersonen, Familien- und Paartherapeut\*innen und sonstigen Fachkräften etwa aus Kita/Schule ein Netz zu bilden und uns über Ziele, Verläufe und Entwicklungen kontinuierlich abzustimmen (Subellok & Bahrfeck-Wichitill, 2016). Auch daher betrachten wir unsere methodenplurale Arbeit als interdisziplinär.

In der Arbeit mit Familien erleben wir oftmals als schwierig:

- Verleugnung des Problems oder Schuldzuweisung („Mit uns spricht er ja, diese komische Lehrerin, was sie von unserem Kind will!“)
- Wahrnehmung und Anerkennung eigener Kommunikationsängste oder mutistischer Verhaltensweisen wie auch kulturelles Fremdheitsempfinden
- Überbehütung gepaart mit Druckausübung und hohen Ansprüchen an sich selbst und an das Kind
- problematische Paar- und Familienkonstellationen sowie Gewalt oder Suchtverhalten, drohende oder erlebte Trennungen von Bezugspersonen.

Dennoch, unser Ansatz vermittelt dem Kind Normalität, Aktivität, Mitbestimmung und Kreativität im „Safe Place“ der Therapie (Katz-Bernstein 2019a), welche der externen Ohnmacht in Umgang mit SM und der der Familie wichtige eigene soziale Erfahrungen entgegensetzt.

Weitere systemische Anforderungen zeigen sich in der *Transferarbeit*, denn hier ist eine Zusammenarbeit mit (pädagogischen) Fachpersonen in Schule und Kita unverzichtbar (Bahreck-Wichitill & Subellok, 2016). Nur darüber kann ein Sprechschritt (etwa im Unterricht bei einer Aufgabe aufzeigen, drangenommen werden und eine kurze Antwort sprechen) gleitend, konsequent und abgestimmt vom Therapieraum in den Alltag geleistet werden. Die Erfahrung zeigt, wie dankbar und wohltuend es für alle Beteiligten ist, wenn für die Fachpersonen in Schule und Kita eine Fachberatung und Begleitung der Maßnahmen gewährleistet ist. Dies ist genau im Sinne einer neuen Pädagogik, die in für eine vernetzte Autorität plädiert, um Auffälligkeiten von Kindern erfolgreich zu begegnen (Omer & Lebowitz 2012).

### **4. Fazit**

Grabenkämpfe zwischen Fachdisziplinen, wie für SM vereinzelt beobachtet, sind weder in der Sache förderlich noch helfen sie betroffenen Kindern und Familien. Unser Plädoyer für eine Disziplinen übergreifende Perspektive bei SM zielt übergreifend auf Wissenschaft, fachliche Community und klinische Praxis. Das ist für die Praxis ein hoher und nicht immer realisierbarer Anspruch, zumal in Einrichtungen vernetzende und koordinierende Instanzen,



wie etwa ein Case-Management, nicht fest verankert sind. Eine solche Instanz bzw. Person behielte den Überblick, sie wüsste um Vorgänge, wäre Ansprechpartnerin für ärztliche, psychologische und pädagogische Fachpersonen und Betroffene. An der TU Dortmund sind wir im Zentrum für Beratung und Therapie (ZBT) der Fakultät Rehabilitationswissenschaften in der glücklichen Lage, über ein solches Case-Management zu verfügen. Für das dort angesiedelte Dortmunder Mutismus Zentrum (DortMuZ) (Subellok et al., 2017) leistet es unverzichtbare Koordinierungsfunktionen. In der Schweiz ist ein Netzwerk von Fachpersonen, die sich therapeutisch auf das Thema Selektiver Mutismus spezialisiert haben, unter [www.mutismus-schweiz.ch](http://www.mutismus-schweiz.ch) zu finden.

Wir möchten klinische Fachpersonen diverser Fachdisziplinen ermutigen, sich über Weiterbildungen und supervisorische Begleitung mit den Besonderheiten von SM vertraut zu machen und sich zu qualifizieren. Es werden noch viele spezialisierte Fachpersonen für SM gebraucht, die sich für dieses komplexe Störungsbild verantwortlich zeigen!

## Literatur

- American Psychiatric Association* (2015): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen – DSM-5®. Hogrefe, Göttingen.
- Bahrfeck, K., Subellok, K. & Starke, A. (2017): Selektiver Mutismus. In A. Mayer & T. Ulrich (Hrsg.), Sprachtherapie mit Kindern (S. 472-511). München: Reinhardt.
- Bahrfeck-Wichitill, K. & Subellok, K. (2016): Mutismus verstehbar machen - Tobias (14) outet sich in seiner Klasse. *Praxis Sprache*, 61, 201-210.
- Bergman, L. R., Piacentini, J., McCracken, J. T. (2002): Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 41 (8), 938-946.
- 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.
- Braun, W.G., Hunziker, F. & Iten, I. (2018): ICF-orientierte Entscheidungshilfe für Fachpersonen zur Früherkennung von selektiv mutistischen Kindern im Alter von 4;0 bis 7;6 Jahren. Zürich: HfH. Verfügbar unter [file:///E:/Documents/SM-Literatur\\_3/SchweigeKompass\\_2018/HfH\\_SchweigeKompass\\_Mappe\\_2018\\_nb.pdf](file:///E:/Documents/SM-Literatur_3/SchweigeKompass_2018/HfH_SchweigeKompass_Mappe_2018_nb.pdf).
- Capozzi, F., Manti, F., Di Trani, M., Romani, M., Vigliante, M. & Sogos, C. (2017): Children's and parent's psychological profiles in selective mutism and generalized anxiety disorder: a clinical study. *European Child & Adolescent Psychiatry* 27, 775-783.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI]* (2020): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. German Modification. Version 2020. <https://www.dimdi.de>.

- [de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/block-f90-f98.htm#F94](https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/block-f90-f98.htm#F94) (25.05.2020).
- Dow, S.P., Sonies, B.C., Scheib, D., Moss, S.M., Leonard, H.L. (1999): Practical Guidelines for the Assessment and Treatment of Selective Mutism. In: Spasaro, S.A., Schaefer, Ch.E.:(Hrsg): *Refusal to Speak. Treatment of Selective Mutism in Children*. Northwale, N.Jersey, London: J. Aronson Inc. 19-44
- Dummit, S., Klein, R., Tancer, N., Asche, B., Martin, J., Fairbanks, J. (1997): Systematic assesment of 50 children with selective mutism. *Journal of the American Academy of Child & 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 Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 42 (12), 1451-1459
- Feldmann, D., Kopf, A., Kramer, J. (2012): Das Konzept der Kooperativen Mutismustherapie (KoMut). Eine systemisch-handlungsorientierte Therapie für Kinder mit Selektivem Mutismus. *Forum Logopädie* 26 (1), 14-20.
- Gensthaler, A., Dieter, J., Raisig, S., Hartmann, B., Ligges, M., Kaess, M., Freitag, Ch. M. & Schwenck, Ch. (2018): Evaluation of a Novel Parent-Rated Scale for Selective Mutism. *Assessment* (Epub), 1-9, doi: 10.1177/1073191118787328
- Hartmann, B. (Hrsg.) (2019): *Gesichter des Schweigens. Die systemische Mutismustherapie /SYMUT als Therapiealternative*. 5. Auflage. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Johanssen K., Kramer J. & Lukaschyk J. (2016): Deutscher Mutismus Test (DMT-KoMut). *Forum Logopädie*, 30 (1), S. 2-6.
- Johnson, M. & Wintgens, A. (2016): *The Selective Mutism Resource Manual*. Oxon: Speechmark.
- Katz-Bernstein, N. (1996): Das Konzept des „Safe Place“ – ein Beitrag zur Praxeologie Integrativer Kinderpsychotherapie. In: Metzmacher, B., Petzold, H., Zaepfel, H. (Hrsg): *Praxis der Integrativen Kindertherapie*. Bd 2, Paderborn, Junfermann 111-142
- Katz-Bernstein, N. (2019a): Selektiver Mutismus bei Kindern. *Erscheinungsbilder, Diagnostik, Therapie*. 5.Auflage. München: Reinhardt.
- Katz-Bernstein, N. (2019b): Beziehungsgestaltung bei Kindern mit Förderbereich Sprache. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 35, 3, 41-47.
- Katz-Bernstein, N. (in Druck): Selektiver Mutismus: Für welche Fachgruppe eine Herausforderung? Warum Logopädie? *SAL Bulletin, Fachzeitschrift Logopädie*
- Katz-Bernstein, N. & Schröder, A. (2017): Erzählen – Eine Aufgabe für Sprachtherapie und Sprachförderung?! Das Dortmunder Therapiekonzept zur Interaktions- und Narrationsentwicklung (DO-TINE). *Sprachtherapie aktuell: Forschung – Wissen – Transfer: Schwerpunktthema: Intensive Sprachtherapie* (4)1: e2017-10; doi: 10.14620/stadbs171110
- Katz-Bernstein, N. & Subellok, K. (2009): Selektiver Mutismus bei Kindern: Ein Thema für die Sprachtherapie? *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 78, 308-320.
- Katz-Bernstein, N., Zaepfel, H. (2004): Ali und sein Schweigen – aus der Gestalt-Integrativen Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychotherapie. In: Hochgerner, M., Hoffmann-Widhalm, H., Nausner, L., Wildberger, E. (Hrsg.), 369-390

- Kopf, A. (2016): Diagnostische Fragebögen zum selektiven Mutismus (DiFraMut). Prolog, Köln
- Kristensen, H. (2000): Selective mutism and comorbidity with developmental disorder / delay, anxiety disorder and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 2, 249–256.
- Kumpulainen, K., Räsänen, E., Raaska, H., Somppi, V. (1998): Selective mutism among second-graders in elementary school. *European Child & Adolescent Psychiatry* 37 (7), 24–29.
- Manassis, K., Oebeck, B. & Overgaard, K. R. (2016): The use of medication in selective mutism: a systematic review. In: *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25, 571–578.
- Melfsen, S. & Walitza, S. (2017): Behandlungsmethoden des selektiven Mutismus. *Sprache, Stimme, Gehör*, 41 (2), 91–97.
- Omer, H., Lebowitz, E. (2012): Ängstliche Kinder unterstützen. Die elterliche Ankerfunktion. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- 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 (6), 284–296.
- Pioneke Stone, B., Kratochwill, T. R., Sladeczek, I. E., Serlin, R. C. (2002): Treatment of selective mutism: A best-evidence synthesis. *School Psychology Quarterly* 17 (2), 168–190.
- Quasthoff, U., Fried, L., Katz-Bernstein, N., Lengning, A., Schröder, A., Stude, J. (2011): (Vor)Schulkinder erzählen im Gespräch: Kompetenzunterschiede systematisch erkennen und fördern. Das Dortmunder Beobachtungsinstrument zur Interaktions- und Narrationsentwicklung (DO-BINE) und der Dortmunder Förderansatz (DO-FINE). Hohengehren: Schneider.
- Schwenk, Ch. & Gensthaler, A. (2017): Die Psychopathologie des selektiven Mutismus. *Sprache, Stimme, Gehör*, 41 (2), 72–77.
- Smith, B.R. & Sluckin, A. (2015): *Tackling Selective Mutism. A Guide for Professionals and Parents*. London: JKP.
- Starke, A. (2018): Effects of anxiety, language skills, and cultural adaptation on the development of selective mutism. *Journal of Communication Disorders*, 74, 45–60.
- Starke, A. & Subellok, K. (2018): Dortmunder Mutismus Screening DortMuS-Kita. Manual. Verfügbar unter: <http://www.sk.tu-dortmund.de/dortmus/DortMuS-Kita.pdf>
- Starke, A. & Subellok, K. (2017): Identifizierung selektiv mutistischer Kinder im schulischen Primarbereich. *Entwicklung und Evaluation von DortMus-Schule*. *Sprache, Stimme, Gehör*, 41 (2), 84–90.
- Starke, A., Subellok, K. (2016): Dortmunder Mutismus Screening DortMuS-Schule. Verfügbar unter: <http://sk.tu-dortmund.de/dortmus/DortMuS-Schule.pdf>
- Starke, A., Subellok, K. (2015): Wenn Kinder nicht sprechen - Selektiver Mutismus - Basisartikel. *Sprachförderung und Sprachtherapie* 4 (1), 2–7
- Starke, A., Subellok, K. (2012): KiMut NRW: Eine Studie zur Identifikation von Kindern mit selektivem Mutismus im schulischen Primarbereich. *Empirische Sonderpädagogik* 4 (1), 63–77.

- Steinhausen, H.-C. (2010): Fragebogen zur Erfassung des Elektiven Mutismus (FEM). In H.-C. Steinhausen (Hrsg.), *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen* (7. Aufl., S. 558–560). München: Elsevier.
- Steinhausen, H.-C. & Juzzi, C. (1996): Elective Mutism. An analysis of 100 Cases. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 606–614.
- 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, and allied Disciplines* 47 (7), 751–756.
- Subellok, K. & Bahrfeck-Wichitill, K. (2016): Selektiver Mutismus im sozialen Kontext – Vernetzungsarbeit in der Dortmunder Mutismus Therapie (DortMuT). *Praxis Sprache*, 61, 163–170.
- Subellok, K., Katz-Bernstein, N., Bahrfeck-Wichitill, K., & Starke, A. (2012): DortMuT (Dortmunder Mutismus-Therapie): Eine sprachtherapeutische Konzeption für Kinder und Jugendliche mit selektivem Mutismus. In: *L.O.G.O.S. interdisziplinär*, 20, 84–96.
- Subellok, K., Kresse, A., Bahrfeck-Wichitill, K. (2010): Gemeinsam Schweigsam: Selektiver Mutismus bei Zwillingen. Teil I: Spezifische Risikofaktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung des Schweigens. *Die Sprachheilarbeit* 55 (3), 110–120.
- Subellok, K., Starke, A. (2015b): Selektiver Mutismus. Ein Interdisziplinäres Phänomen. *Deutsches Ärzteblatt PP* 13 (10), 455–456
- Subellok, K., Starke, A., Bahrfeck, K., Winterfeld, I., Cornelißen-Weghake, J. & Slickers, D. (2017): Das Dortmunder Mutismus Zentrum (DortMuZ) – Alles unter einem Dach! *Mutismus.de*, 9(18), 23–29.
- Tomasello, M. (2010): *Warum wir kooperieren*. Berlin: Suhrkamp.
- Tramer, M. (1934): Elektiver Mutismus bei Kindern. *Zeitschrift für Kinderpsychiatrie*, 1, 30–35.
- Vecchio, J. L., Kearney, C. A. (2005): Selective mutism in children: comparison to youths with and without anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 27 (1), 31–37.
- 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.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E. & Flückiger, Ch. (2018): *Die Psychotherapie Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht*. Bern: Hogrefe.

### Autorinnen:

Prof. Dr. Nitza Katz-Bernstein  
TU Dortmund (em.), Florastr. 58, CH 8008 Zürich

Priv.-Doz. Dr. habil. Katja Subellok  
Fakultät Rehabilitationswissenschaften  
Sprache und Kommunikation  
TU Dortmund, D 44221 Dortmund