

Deutscher Mutismus Test (DMT-KoMut) – Erste Ergebnisse

Russische Kinder in Deutschland sind am häufigsten betroffen

Katja Johanssen, Jens Kramer, Julia Lukaschyk

ZUSAMMENFASSUNG. Der Deutsche Mutismus Test (DMT-KoMut) ist im Jahr 2016 auf der Internetseite www.selektiver-mutismus.de veröffentlicht worden, um die Diagnostik des selektiven Mutismus niederschwellig zu erleichtern und auf lange Sicht standardisieren zu können. Es werden anonymisierte Datensätze gesammelt, von denen hier 444 Dateien ausgewertet und analysiert werden. Damit ist diese Studie die derzeit größte durchgeführte und veröffentlichte Studie zum selektiven Mutismus in Deutschland. Die Ergebnisse sind für die Praxis der Mutismustherapie bedeutsam, da bekannte Therapieinhalte bestätigt, andere aber auch relativiert werden.

Schlüsselwörter: Selektiver Mutismus – Diagnostik – Deutscher Mutismus Test – DMT-KoMut – Online-Test – Migration – Geschwisterkonstellationen – Stereotypen – Ableitungen für die Therapie

Einleitung

Als niedrigschwelliges Angebot für Profis, Betroffene und Angehörige entstand 2016 der Deutsche Mutismus Test „DMT-KoMut“ (Johanssen et al. 2016), der auf der Internetseite www.selektiver-mutismus.de veröffentlicht wurde und seitdem zur kostenfreien Nutzung zur Verfügung steht. Mit diesem Online-Test ist es möglich, erste Hinweise zu Kindern und Jugendlichen im Hinblick auf das Störungsbild selektiver Mutismus zu eruieren.

In diesem Artikel werden erste Resultate der bisher datenmäßig größten durchgeführten und veröffentlichten Studie zur Diagnostik des selektiven Mutismus in Deutschland dargestellt. Bevor die Methodik und die Ergebnisse der Studie dargelegt werden, wird im Folgenden kurz auf den Aufbau des DMT-KoMut eingegangen.

Obwohl das Störungsbild des selektiven Mutismus in Deutschland in der Fachöffentlichkeit mittlerweile zunehmend bekannt ist, bestehen noch keine standardisierten Diagnostikmöglichkeiten.

Beiträge zum selektiven Mutismus können in der Fachliteratur gefunden werden (Bahr 1996, Hartmann 1997, Katz-Bernstein 2011, Garbani Ballnik 2009, Feldmann et al. 2012, Starke & Subellok 2015, Kramer 2015, Kramer & Lukaschyk 2017), sodass TherapeutInnen, PädagogInnen und Eltern diverse Möglichkeiten haben, sich über das Störungsbild zu informieren. Meist sind auch Hinweise zur

Anamnese und zu diagnostischen Fragen aufgeführt, doch beruht die eigentliche Diagnose noch auf den subjektiven Einschätzungen der überweisenden Fachleute. Diese orientieren sich in der Regel an Rahmenrichtlinien, wie sie beispielsweise in der ICD-10-WHO Version 2017 zu finden sind. Die Entscheidung für oder gegen und über den Umfang einer Therapie des selektiven Mutismus hängt von der subjektiven Einschätzung der überweisenden Fachleute ab.

StillLeben e.V.

Der Verein StillLeben e.V. Hannover hat seit über zehn Jahren im Fokus, das Störungsbild bei ÄrztInnen, PädagogInnen, TherapeutInnen und allgemein in der Öffentlichkeit bekannter zu machen. Die Initiative setzt sich aus akademischen SprachtherapeutInnen, Atem-, Sprech- und StimmlehrerInnen, LogopädInnen und FörderschullehrerInnen zusammen. Betroffene, Angehörige oder andere mit den Betroffenen in Kontakt stehende Personen können sich z.B. auf der Internetseite www.selektiver-mutismus.de über das Störungsbild informieren oder sich per Mail oder Telefon beraten lassen und so Antworten auf unterschiedliche Fragen erhalten.

Neben der Webpräsenz werden Faltsblätter zur Verfügung gestellt, die kostenfrei zu beziehen sind und mittlerweile auch in weiteren Sprachen wie Englisch, Türkisch, Rus-

Katja Johanssen (M.A.) ist staatl. geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin und beendete 2014 ihr Bachelorstudium der Therapiewissenschaften an der Hochschule Fresenius. 2016 hat sie den Master in Sprechwissenschaft/Sprecherziehung (Schwerpunkt Rhetorische Kommunikation) an der Uni Regensburg erworben. Zurzeit arbeitet sie im Kieler Raum in einer sprachtherapeutischen Praxis (Schwerpunkt Mutismus), als leitende Angestellte des Guts Sophienhof und beim CJD Institut Schlaffhorst-Andersen. Seit 2012 engagiert sie sich neben ihrer beruflichen Tätigkeit ehrenamtlich bei StillLeben e.V.



Jens Kramer ist Diplom-Sonderpädagog, Medizinischer Sprachheilpädagoge und Förderschullehrer für Kinder mit sprachlichen Beeinträchtigungen sowie für sozial-emotionale Beeinträchtigungen. Er arbeitet als Dozent an der CJD Schule Schlaffhorst-Andersen / Schule für Atem-, Sprech- und Stimbildung in Bad Nenndorf, ist als Dozent für Sprachbehindertenpädagogik und Heilpädagogik tätig und hat Lehraufträge an den Universitäten Hannover, Hamburg, Rostock und Köln in den Bereichen Sprachbehindertenpädagogik, Psychologie der Behinderten bzw. Pädagogik bei körperlichen und motorischen Beeinträchtigungen. Er gehört zu den Gründungsmitgliedern von StillLeben e.V.



Julia Lukaschyk ist staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin. Im Anschluss an die Ausbildung absolvierte sie das Bachelor- und berufsbegleitende Masterstudium im Studiengang Logopädie an der HAWK Hildesheim. Derzeit arbeitet sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Medizinischen Hochschule Hannover und hat einen Lehrauftrag an der HAWK Hildesheim sowie an der Logopädienschule in Hildesheim. Neben der beruflichen Tätigkeit engagiert sie sich ehrenamtlich bei StillLeben e.V.



sich, Arabisch, Polnisch, Vietnamesisch und Chinesisch zur Verfügung stehen. Aufbauend auf der Kooperativen Pädagogik (Jetter et al. 1987) wurde das Konzept der Kooperativen Mutismustherapie (KoMut) entwickelt, das die kooperativen Grundsätze mit Prinzipien der Systemtheorie verbindet (Feldmann et al. 2012). Die Therapie verläuft prozessorientiert und passt sich dem Kontext der jeweilig zu betrachtenden Systeme an. Genutzt werden dazu die sogenannten „Bausteine der Kooperativen Mutismustherapie“. Bundesweit wurden inzwischen etwa 100 Fachleute zu zertifizierten KoMut-TherapeutenInnen ausgebildet.

Deutscher Mutismus Test (DMT-KoMut)

Durch insgesamt 24 Items werden die Informationen bezüglich der Betroffenen gesammelt (Abb. 1). Fragen zur Person werden durch soziodemografische Fragen gestellt, auf die geschlossene Fragen folgen, die mit „ja/nein“ oder „weiß nicht“ beantwortet werden. Hierbei kommen sogenannte Abbruchfragen vor, die bei negativer Beantwortung dazu führen, dass der Test nicht fortgeführt wird. Wenn beispielsweise die Eingewöhnungszeit in Kindergarten oder Schule noch nicht abgeschlossen ist, so wird der Test mit dem Hinweis abgebrochen, dass diese Phase zunächst abgewartet werden sollte. In diesem Fall wird beispielsweise darauf hingewiesen, dass die Eingewöhnungsphase von ca. drei Monaten bei einsprachigen Kindern (Katz-Bernstein 2011) und ca. sechs Monaten bei mehrsprachigen Kindern (Elizur & Perednik 2003) abzuwarten wäre. Als letzter der drei Blöcke erscheinen Fragen, die anhand einer vierstufigen Likert-Skala beantwortet werden. Die Abstufung erfolgt zwischen „nie“ – „selten“ – „manchmal“ und „immer“. Die Auswertung erfolgt aufgrund jedes individuell gewählten Antwortitems und wird dementsprechend zugeschnitten auf die betroffene Person als PDF-Dokument generiert. Dieser automatisiert erstellte Kurzbericht lässt sich in professionellen Kontexten

■ **Abb. 1: Ausschnitt aus dem Online-Test**



als Gesprächsgrundlage nutzen, um im Team förderliche Bedingungen für das betreffende Kind abzustimmen.

Die Daten wurden anonymisiert gespeichert und dienen hier als Grundlage für die ersten Auswertungen, die in diesem Artikel vorgestellt werden. Folgende Hypothesen werden in diesem Artikel überprüft:

- Es sind eher Einzelkinder vom selektiven Mutismus betroffen.
- Die Geschwisterkonstellation hat einen wesentlichen Einfluss auf den selektiven Mutismus.
- Kinder mit Migrationshintergrund sind deutlich häufiger betroffen als Kinder ohne Migrationshintergrund.
- Es gibt überproportionale Häufungen bei bestimmten Herkunftsländern.
- Selektiver Mutismus geht häufig mit sprachlichen Auffälligkeiten einher.
- Die Möglichkeit im Kindergarten bzw. der Schule zu essen und auf die Toilette zu gehen ist bei einem Teil der Kinder beeinträchtigt.
- Stereotypen kommen im Zusammenhang mit dem selektiven Mutismus selten vor.

Methodik

Die für die Studie verwendeten Daten wurden im Zeitraum vom 14.3. bis 1.6.2016 über den online zugänglichen Deutschen Mutismus Test (DMT-KoMut) gesammelt. Wie auch dem Ausfüllenden dargelegt, wurden alle in diesem Zeitraum eingegebenen Daten anonymisiert gespeichert. Ein Programm generierte aus dem Datensatz eine Exceltabelle, die in das Statistikprogramm SPSS (Version 24, IBM SPSS Statistics) übertragen und dort ausgewertet werden konnte. In der Auswertung wurden 444 vollständige Datensätze berücksichtigt.

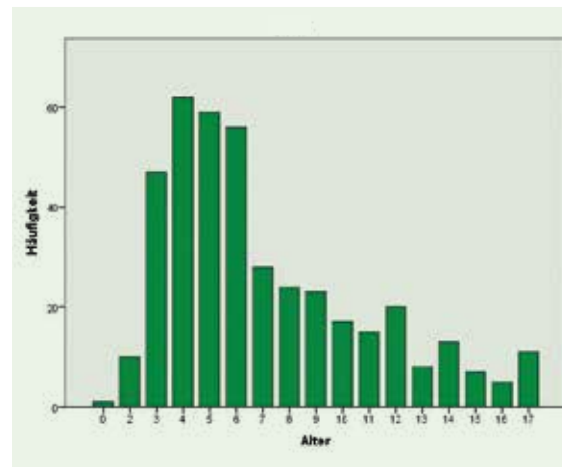
Für die deskriptive Statistik wurde je nach Skalenniveau Modalwert, Median, Mittelwert und das geeignete Streuungsmaß berechnet. Zur Darstellung der Häufigkeit wird die Angabe in Prozent genutzt. Für die Unterschiedsberechnung wurde eine ANOVA gerechnet, dafür wurde Alpha=0,05 festgelegt.

Die Beschreibung der Stichprobe findet sich in den Ergebnissen unter soziodemografischen Daten, da diese einen zentralen Teil der Forschung darstellt.

Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt nach der Einteilung der Antwortmodi des Deutschen Mutismus Tests (DMT-KoMut) in drei Blöcken: Soziodemografische Daten, geschlossene Frage und Fragen, die anhand

■ **Abb. 2: Altersverteilung**



einer vierstufigen Likert-Skala beantwortet werden. Es wird eine Auswahl der Ergebnisse vorgestellt.

Soziodemografische Daten

Die untersuchte Stichprobe umfasste 172 Jungen (39%) und 272 Mädchen (61%). Als Antwortmöglichkeit für das Alter konnte jede Zahl zwischen 1-18 sowie >18 angegeben werden. In die Berechnung des Mittelwertes wurde die Rubrik >18 nicht eingeschlossen. Für n=406 konnte Folgendes berechnet werden: MW=7,1, s=3,78. Im Balkendiagramm lässt sich eine Häufung im Alter zwischen 3-6 Jahren erkennen (Abb. 2).

Beim Geschlecht zeigte sich ein signifikanter Unterschied (F=4,34, p=0,04). Die männlichen Probanden waren im Mittel 6,58 (s=3,71) Jahre alt, die Probandinnen signifikant älter 7,38 (s=3,80) Jahre.

Einzelkinder waren in der untersuchten Stichprobe seltener vertreten (109, 25%). Alle anderen Kinder/Jugendlichen hatten Geschwister (335, 75%).

Nur 57 (13%) der Kinder waren ein Mittelkind, d.h. sie hatten mindestens ein älteres und ein jüngeres Geschwisterkind. Der Großteil der Stichprobe weist nur ein Geschwisterkind auf, wobei keine Häufungen im Hinblick auf ein jüngeres oder älteres Geschwisterkind festzustellen ist.

Aus Deutschland kamen 341 Kinder/Jugendliche. Insgesamt sind Kinder aus 33 anderen Ländern vertreten, die nachfolgend nach ihrer Häufigkeit in absteigender Reihenfolge aufgeführt werden: Türkei (16), Russland (13), Österreich (9), Italien (6), Polen (5), Albanien (5), Marokko (4), Schweiz (4), Afghanistan (3), Australien (3), Finnland (3), China (3), Vietnam (2), Algerien (2), USA (2), Moldawien (2), Kasachstan (2), Ungarn (2), Iran (2), Spanien (2), Belgien (1), Bosnien-Herzegowina (1), Indien (1), Mongolei (1), Portugal (1),

■ **Tab. 1: Antworthäufigkeiten bei geschlossenen Fragen**

	Ja		Nein		Weiß nicht	
Isst das Kind in der Öffentlichkeit?	114	26 %	330	74 %	0	0 %
Benutzt das Kind die Toilette im Kindergarten/Schule?	156	35 %	288	65 %	0	0 %
Gibt es ein ähnliches Verhalten in der Familie?	155	35 %	101	23 %	188	42 %
Gibt es sprachliche Auffälligkeiten?	175	40 %	269	60 %	0	0 %
Lebt das Kind bei den leiblichen Eltern?	420	95 %	23	5 %	1	0 %
Treten Stereotypen auf?	114	26 %	147	33 %	183	41 %
Hat das Kind eine enge Bindung zu einem Elternteil?	256	58 %	46	1 %	142	32 %

Saudi-Arabien (1), Rumänien (1), Libanon (1), Kroatien (1), Irak (1), Pakistan (1), Dominikanische Republik (1), Serbien (1).

Geschlossene Fragen

Zu diesem Fragenblock gehören auch die beiden Abbruchfragen: 1. „Spricht das Kind zu Hause?“ und 2. „Ist das Kind bereits aus der Eingewöhnungsphase in dem KiGa/in der Schule heraus?“ Da nur vollständig ausgefüllte Fragebögen ausgewertet werden, werden die beiden Fragen in Tabelle 1 nicht dargestellt.

Bei den soziodemografischen Daten zeigte sich bereits eine große Vielfalt an Herkunftsländern. Damit verbunden ist häufig auch das Sprechen einer weiteren Sprache. 324 Mal (73 %) wurde angegeben, dass im häuslichen Kontext keine andere Sprache gesprochen wird, bei 120 Personen (27 %) wird eine weitere Sprache gesprochen.

Likert-Skala

Alle sieben im Deutschen Mutismus Test (DMT-KoMut) enthaltenen Fragen, die auf einer vierstufigen Likert-Skala von „nie“ bis „immer“ beantwortet werden können, sind in Tabelle 2 ausgewertet. Dabei handelt es sich um folgende Fragen:

- Wirkt das Kind bei direkter Ansprache außerhalb des Elternhauses wie erstarrt?
- Antwortet das Kind auf Fragen außerhalb der Familie?
- Kann das Kind Begrüßungsrituale außerhalb des Familienkontextes einhalten?

■ **Tab. 3: Antworthäufigkeiten der Fragen mit Likert-Skala**

	Nie		Selten		Meist		Immer	
Erstarren	15	3 %	77	17 %	266	60 %	86	20 %
Antworten geben	95	21 %	266	60 %	81	18 %	2	1 %
Begrüßungsrituale	105	24 %	233	52 %	88	20 %	18	4 %
Gefühle innerhalb	7	2 %	89	20 %	184	41 %	164	37 %
Gefühle außerhalb	81	18 %	267	60 %	80	18 %	16	4 %
mit Fremden	84	19 %	238	54 %	111	25 %	11	2 %
ängstlich	12	3 %	37	8 %	209	47 %	186	42 %

■ **Tab. 2: Wer füllt den Test aus? Verteilung der ausfüllenden Personen**

Therapeutin	83	19 %
Erzieher/Lehrer	100	22 %
Ärzte	3	1 %
Eltern/Angehörige	202	46 %
Selbst betroffen	55	12 %
Gesamt	444	100 %

- Kann das Kind innerhalb der Familie Gefühle zeigen?
- Kann das Kind außerhalb der Familie Gefühle zeigen?
- Kann das Kind zu Hause mit fremden Personen sprechen?
- Ist das Kind im Kontakt mit Fremden ängstlich?

Übersichtshalber wurden in Tabelle 3 nur Schlagwörter verwendet. Tabelle 2 zeigt die Verteilung der Personen, die den Fragebogen ausgefüllt haben.

Diskussion

Das vorliegende Datenmaterial stellt die bisher größte publizierte Erhebung zum selektiven Mutismus im deutschsprachigen Raum dar. Anhand der Daten lassen sich wichtige Hypothesen im Hinblick auf die Forschungslage im Gegenstandsfeld „selektiver Mutismus“ ableiten und in einigen wichtigen Bereichen bestehende auch relativieren.

Geschlechterverhältnis

Das Verhältnis von Mädchen zu Jungen wurde lange kontrovers diskutiert (Hartmann 1997, Cline & Baldwin 2003, Kramer & Lukaschyk 2017). Die Ergebnisse der Erhebung im Rahmen des DMT-KoMut zeigen ein Verhältnis von 61 % bei den Mädchen und 39 % bei den Jungen, was einem Verhältnis von 1,6:1 entspricht. Bei Sprachentwicklungsstörungen (SES) wird im Allgemeinen eine Prävalenz im Verhältnis von 1:1,3-3 angenommen (Neumann et al. 2009).

Damit stellt der selektive Mutismus eine Ausnahme bezüglich der Geschlechterverteilung dar und ist die Sprachstörung mit dem höchsten Anteil an Mädchen. Bemerkenswert ist darüber hinaus, dass die Auffälligkeit des selektiven Mutismus bei den Jungen im Mittel 0,8 Jahre eher auftritt als bei den Mädchen. Dies ist möglicherweise mit einer geschlechtsspezifisch divergierenden kommunikativen Erwartungshaltung in den Institutionen Kindergarten, Schule bzw. im Elternhaus zu erklären.

Altersverteilung

Hier ist zu erkennen, dass das Phänomen des selektiven Mutismus in Erscheinung tritt, sobald die gesellschaftlich und entwicklungspsychologisch begründete Trennung vom Elternhaus bzw. das Eintreten in die Institution Kindergarten erfolgt. Gelegentlich wird der Online-Test sehr früh durchgeführt (0-2 Jahre) – in dieser Zeit kann differenzialdiagnostisch noch keine klare Aussage getroffen werden.

Die größte Gruppe ist im Kindergartenalter erkennbar und steht damit in Verbindung mit der Institution, die erstmalig für das Kind eine fremde Welt in größerem Umfang darstellt. Überraschend ist, dass die Zahlen im Übergang zur Schule (6-7 Jahre) nicht höher sind, da gerade Eltern und auch Fachleute unterschiedlicher Professionen diesen Übergang als sehr bedeutungsvoll erleben. Es ist festzustellen, dass der Test zu Beginn der Schulzeit häufiger genutzt wird als im weiteren Verlauf. Dies hängt möglicherweise damit zusammen, dass die Betroffenen inzwischen eher früh erkannt und behandelt werden.

Auffällig ist noch einmal ein Anstieg im Übergang zu den weiterführenden Schulen, der damit zu erklären ist, dass offenbar das Phänomen in dieser Phase noch einmal eine neue gewichtige Bedeutung erhält, z.B. im Rahmen der Zensurerhebung, durch neue Lehrer, eine neue Klassengemeinschaft usw. Zusätzlich steigt die Zahl der durchgeführten Tests im Bereich von 14 Jahren – hier ist ein Zusammenhang mit der Pubertät der Betroffenen denkbar.

Die Erwachsenen, die den Test durchgeführt haben, enthält die Gruppe „> 17 Jahre“. Sie ist erfreulicherweise sehr gering. Dies kann daran liegen, dass Institutionen sich in Bezug auf die Betroffenen mit dem Thema arrangiert und einen Umgang damit gefunden haben.

Geschwisterkonstellation

In der Entwicklung des DMT-KoMut zeigte sich in der Pretest-Phase ein Wert, der darauf hindeutete, dass Einzelkinder wesentlich seltener von selektivem Mutismus betroffen sind als Kinder mit Geschwistern. Das nun vorliegende Datenmaterial kann dies nicht bestätigen. Das Verhältnis im DMT-KoMut von Einzelkindern (25%) zu Geschwisterkindern (75%) entspricht ziemlich genau der tatsächlichen Geschwisterkonstellation von Kindern in Deutschland von 25% zu 75% (Statistisches Bundesamt 2011).

Auch die Vermutung, dass Mittelkinder, also Kinder mit mindestens einem älteren und einem jüngeren Geschwisterkind, besonders betroffen sind, konnte nicht bestätigt werden. Es kann somit nicht gezeigt werden, dass die Geschwisterkonstellation im Hinblick auf die Entstehung eines selektiven Mutismus eine wesentliche Auswirkung hat. Insofern bedeutet dies für die Therapie, dass dieses Thema i.d.R. keine besondere Berücksichtigung finden muss.

Migrationshintergrund

Besonders interessant und auch gesellschaftlich aktuell ist die Frage nach der Bedeutung eines Migrationshintergrundes. Dies wird in der Praxis und in der Literatur mit sehr unterschiedlicher Gewichtung diskutiert (Starke 2017). Es wird z.B. von Elizur & Perednik (2003) davon ausgegangen, dass mehrsprachige Kinder in etwa viermal so häufig betroffen sind.

Im Hinblick auf die Frage nach dem Herkunftsland fiel auf, dass die Nutzergruppen diese Frage in sehr unterschiedlichen Quantitäten beantworteten. Während von den ÄrztInnen, ErzieherInnen, LehrerInnen und TherapeutInnen vielfach verschiedene Herkunftsländer außerhalb Deutschlands genannt wurden, war dies bei den Betroffenen, Eltern und Angehörigen kaum der Fall.

Dies lässt sich darauf zurückführen, dass die Betroffenen, Eltern und Angehörige, wenn sie nicht als Primärsprache Deutsch lesen und schreiben, keine oder selten deutsche Websites nutzen und somit den DMT-KoMut eher selten verwenden (können). Aus diesem Grund haben wir für die folgende Analyse ausschließlich die Werte der ÄrztInnen, ErzieherInnen, LehrerInnen und TherapeutInnen einbezogen (n=186).

Es stellt sich heraus, dass im Verhältnis eine deutlich höhere Zahl von Kindern mit Migrationshintergrund von selektivem Mutismus betroffen ist als ohne. Der Anteil von 40% im DMT-KoMut im Verhältnis zu einem Bevölkerungsanteil von nur 21% zeigt, dass diese Kinder doppelt so oft betroffen sind (vgl. Tab. 4). Dass mehrsprachige Kinder viermal so häufig betroffen sind, lässt sich damit nicht bestätigen.

Die Häufigkeit der Nennung des Herkunftslandes (Mutismus) wurde in Bezug zum Bevölkerungsanteil nach Migrationshintergrund (im engeren Sinne nach erweiterter Staatsangehörigkeit in ausgewählten Staaten, Statistisches Bundesamt 2017, Tab. 5) gesetzt. Das Schweigeverhalten mehrsprachiger Kinder wird oft durch die Faktoren sprachliche und soziale Unsicherheit sowie soziale Ängstlichkeit erklärt (Elizur & Perednik 2003, Starke 2017). Eine mögliche weitere Hypothese besteht darin, dass der Grad der Integration der Kinder in die deutsche Gesellschaft bzw. das gelebte familiäre Erziehungskonzept in Bezug zu dem der Kindergärten/Schulen oder weitere kulturelle Unterschiede zu Abweichungen führen.

Es bestätigen sich Häufungen, die in der Praxis vielfach beobachtet werden. In der Bevölkerung mit Migrationshintergrund bilden die Türkischstämmigen mit 15% die größte Gruppe. In der Gruppe der Kinder mit Migrationshintergrund, die von selektivem Mutismus betroffen sind, liegt ihr Anteil mit 18,4% nur geringfügig höher. Die Wahrscheinlichkeit eines türkischstämmigen Kindes, das Störungsbild selektiver Mutismus zu entwickeln, ist folglich nur 1,2-fach höher als bei anderen Kindern mit Migrationshintergrund.

Besonders deutlich sind die Abweichungen bei Kindern aus Russland. In der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland haben die Russischstämmigen einen Anteil von 6,8%. Unter den mehrsprachigen von selektivem Mutismus Betroffenen, deren Daten im Rahmen des DMT-KoMut erhoben wurden, bilden die Kinder russischer Herkunft mit 17,1% einen sehr viel höheren Anteil. Die Wahrscheinlichkeit eines Auftretens von selektivem Mutismus ist 2,5-fach höher, als ihrem Bevölkerungsanteil entspricht.

Es ist noch unklar, womit diese Häufung zu erklären ist. Viele TherapeutInnen sprechen davon, dass sie bei betroffenen russischen Kindern einen Zusammenhang zu einem streng reglementierenden Erziehungskonzept sehen, das die Entstehung des selektiven Mutismus begünstigen könnte.

Russischstämmige Kinder sind im Gegensatz zu türkischen Kindern und auch Kindern anderer Herkunftsländer mit einer deutlich hö-

■ Tab. 4: Ergebnisse DMT-KoMut in Bezug zu Personen mit und ohne Migrationshintergrund (Bundeszentrale für politische Bildung 2017)

	DMT-KoMut	Bevölkerungsanteil
ohne Migrationshintergrund	60 %	79 %
mit Migrationshintergrund	40 %	21 %

■ Tab. 5: Ergebnisse DMT-KoMut Herkunftsland in Bezug zum Bevölkerungsanteil nach Migrationshintergrund im engeren Sinne nach erweiterter Staatsangehörigkeit in ausgewählten Staaten (Stat. Bundesamt 2017)

	DMT-KoMut		Bevölkerungsanteil
Türkei	14	18,4 %	15,0 %
Russland	13	17,1 %	6,8 %
Italien	5	6,6 %	4,8 %
Polen	4	5,3 %	10,4 %
Albanien	4	5,3 %	1,6 %
Marokko	4	5,3 %	1,1 %
China	3	3,9 %	0,8 %
Vietnam	2	2,6 %	0,9 %
Algerien, Ägypten, Tunesien	2	2,6 %	0,9 %
Österreich	2	2,6 %	1,5 %
Afghanistan	2	2,6 %	1,3 %
Finnland	2	2,6 %	k.A.
Schweiz	2	2,6 %	k.A.
Iran	2	2,6 %	0,9 %
Kasachstan	2	2,6 %	5,2 %
Ungarn	2	2,6 %	1,3 %
Belgien	1	1,3 %	k.A.
Bosnien-Herzegowina	1	1,3 %	1,3 %
USA	1	1,3 %	0,8 %
Indien	1	1,3 %	0,6 %
Mongolei	1	1,3 %	k.A.
Saudi-Arabien	1	1,3 %	k.A.
Rumänien	1	1,3 %	4,3 %
Libanon	1	1,3 %	k.A.
Kroatien	1	1,3 %	2,4 %
Irak	1	1,3 %	1,1 %
Pakistan	1	1,3 %	0,5 %
Gesamt	76	100,0 %	63,5 %

heren Wahrscheinlichkeit von selektivem Mutismus betroffen. Hohe Werte ergeben sich auch für Kinder mit dem Migrationshintergrund Albanien, Marokko und China. Kinder mit dem Migrationshintergrund Italien weisen ebenfalls einen leicht erhöhten Wert auf.

Bemerkenswert ist, dass polnische Kinder und solche aus Kasachstan eher selten betroffen sind bzw. im Hinblick auf selektiven Mutismus weniger auffallen. Ihnen gelingt der Übergang von der „Zu-Hause-Welt“ in die „Fremde-Welt“ offenbar leichter als anderen Kindern mit Migrationshintergrund.

Offensichtlich sind Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund sehr unterschiedlich stark betroffen und es deutet sich an, dass die Gründe dafür stark divergieren. Als Konsequenz könnte es sinnvoll sein, den DMT-KoMut für weitere Sprachen zugänglich zu machen. Vorzugsweise sollte der Zugang zunächst für jene erleichtert werden, die von den ÄrztInnen, ErzieherInnen, LehrerInnen und TherapeutInnen als besonders relevante Bevölkerungsgruppen genannt wurden. Der übersetzte Test könnte dann auch auf Partner-Websites anderer Länder angeboten werden. Darüber hinaus sollten mehr Informationsfaltblätter in weiteren, relevanten Sprachen entwickelt werden (Türkisch, Russisch, Vietnamesisch, Chinesisch, Englisch, Arabisch und Polnisch liegen bereits vor).

Essen in der Öffentlichkeit und Toilettengänge im Kindergarten / in der Schule

Bei den *geschlossenen Fragen* (Tab. 6) wurde der Fokus auf die Antworten der ÄrztInnen, ErzieherInnen, LehrerInnen und TherapeutInnen gelegt (n=186). In diesem Kontext ist die Fachkompetenz, wie z.B. beim Fachterminus für Stereotypien, zentral, um die Fragen korrekt beantworten zu können.

Nur jeweils ein Drittel aller betroffenen Kinder ist in der Lage, in den Institutionen zu essen bzw. auf Toilette zu gehen. Dies ist deutlich mehr, als erwartet wurde. Bei den Tätigkeiten der Nahrungsaufnahme und -abgabe handelt es sich um solche, bei denen – wie auch beim Sprechen – ein Austausch mit der Umwelt besteht. Somit scheint das „Austauschproblem“ nicht nur auf sprachlicher Ebene zu bestehen. Im Sinne des Verstehenden Ansatzes werden so zentrale Lebensthemen dargestellt, die über die gesprochene Sprache hinausgehen und somit

in der Intervention entsprechend thematisiert werden sollten (Seewald 2007).

Vor allem die Schwierigkeit, nicht auf Toiletten gehen zu wollen bzw. zu können, dürfte viele Kinder zusätzlich zum Schweigen massiv beeinträchtigen. Wenn der Harndrang steigt, so hat dies starke Auswirkungen. Es wird gerade für die Kinder, die längere Zeit z.B. im Kindergarten verweilen müssen, schwierig sein, sich mit anderen Dingen als ihrem Bedürfnis und zugleich der Unmöglichkeit des Toilettenganges zu beschäftigen. Sie werden dann zunehmend weniger Möglichkeiten haben, sich auf die Außenwelt zu beziehen.

Ähnliches Verhalten in der Familie und enge Bindung zu einem Elternteil

In diesem Bereich gibt es bei den Ausfüllenden eine sehr große Gruppe, die sich bezüglich der Antwort nicht sicher ist. Dies ist auch bei den Datensätzen der Betroffenen und Angehörigen sehr ähnlich. Es fällt auf, dass bei mindestens einem Drittel der Kinder ein ähnliches Verhalten im weiteren Familienkreis bekannt ist, sodass davon ausgegangen werden kann, dass das Kind vorgelebtes Verhalten nachahmt und deshalb das Familiensystem in der Therapie mitbeachtet werden sollte.

Knapp die Hälfte der betroffenen Kinder hat ein enges Verhältnis zu einem Elternteil, 46% konnten hierzu keine Angabe machen und nur 7% waren sich sicher, dass kein enges Verhältnis zu einem Elternteil vorliegt. Es ist zu vermuten, dass von den benannten 46% eher der größere Teil ein enges Verhältnis zu einem Elternteil hat und damit bei dem allergrößten Teil der betroffenen Personen eine enge Bindung zu einem Elternteil vorliegt. Allerdings stellt sich die Frage, ob die Bindungen der Betroffenen als so sicher erlebt werden, dass aus ihnen heraus ein notwendiges Explorationsverhalten möglich ist. Da vielfach davon ausgegangen wird, dass der selektive Mutismus einen Ursprung in der nicht ausreichend vollzogenen Trennung des Kindes von seinen Eltern hat (Zollinger 2010, Kramer 2015), ist dieser Aspekt therapeutisch besonders beachtenswert.

Sprachliche Auffälligkeiten

Dass die Hälfte der Betroffenen über den Mutismus hinaus eine sprachliche Beeinträchtigung hat, wurde bereits vorab angenommen. Das Ergebnis bestätigt die Hypothese, dass mindestens bei der Hälfte der betroffenen Kinder der Mutismus mit weiteren sprachlichen Beeinträchtigungen einhergeht. In Fachkreisen wird u.a. davon ausgegangen, dass der selektive Mutismus eine kommunikativ-pragmatische Sprachstörung ist und folglich auch als Sprachstörung behandelt werden sollte (Katz-Bernstein 2011, Kramer 2007). Mindestens bei der Hälfte der Kinder, die von selektivem Mutismus betroffen sind, scheint diese Hypothese durch die Zahlen unterstützt zu werden. Der Sachverhalt sollte daher auch in einer ausführlichen Diagnostik und Therapie Platz finden.

Stereotypien

Im Allgemeinen wurde in der Vergangenheit davon ausgegangen, dass Kinder mit selektivem Mutismus eher selten oder keine Stereotypien aufweisen (Kramer 2006). Im Rahmen dieser Erhebung konnte nun gezeigt werden, dass dies bei mindestens 32% der Kinder der Fall ist. Zu etwa einem Drittel der Kinder konnte hierzu keine Aussage getroffen werden, weshalb davon auszugehen ist, dass die Zahl möglicherweise deutlich größer ist.

Stereotypien erscheinen i.d.R. unter Bedingungen der Isolation und stellen einen aktiven, aber nicht persönlichkeitsförderlichen Lösungsprozess dar (Kutscher 2013). Da sich selektiv mutistische Kinder unter spezifischen Bedingungen isoliert fühlen, reagieren sie entsprechend und stabilisieren sich dadurch, sind aber unter diesen Bedingungen nicht oder nur sehr reduziert in der Lage, Kontakt zur Außenwelt herzustellen (Kramer 2015).

In der Therapie wäre es demnach hilfreich, nach Bedingungen zu suchen, unter denen die Betroffenen keine Stereotypien aufweisen, da dann davon auszugehen ist, dass sie in solchen Situationen die Möglichkeit haben, sich – auch sprachlich – auf ihre Mitmenschen zu beziehen.

Likert-Skala – alle

Verschiedene Phänomene, die bei selektiv mutistischen Kindern oft in Erscheinung treten, wurden in einer vierstufigen Likert-Skala zusammengefasst (Tab. 3). Insgesamt bestätigen sich viele Aspekte, die bereits bekannt sind, wobei bemerkenswert ist, dass es z.T. erhebliche Variationen gibt.

■ Tab. 6: Geschlossene Fragen – Fachleute

	Ja		Nein		Weiß nicht	
Isst das Kind in der Öffentlichkeit?	59	32 %	127	68 %	0	0 %
Benutzt das Kind die Toilette im Kindergarten/Schule?	57	31 %	129	69 %	0	0 %
Gibt es ein ähnliches Verhalten in der Familie?	57	31 %	36	19 %	93	50 %
Gibt es sprachliche Auffälligkeiten?	93	50 %	93	50 %	0	0 %
Treten Stereotypien auf?	60	32 %	71	38 %	55	30 %
Hat das Kind eine enge Bindung zu einem Elternteil?	87	47 %	13	7 %	86	46 %

Erstarren

Etwa 80 % der betroffenen Kinder erstarren meist oder immer im Kontakt zu anderen Menschen. Es ist folglich davon auszugehen, dass neben der Sprache die Mimik als nonverbale Kommunikationsebene, die in der präverbalen Entwicklungsphase ihren Ursprung hat, ebenfalls entscheidend betroffen ist. Es wird demzufolge deutlich, dass es sich i.d.R. nicht nur um einen Kommunikationsabbruch auf der rein sprachlichen Ebene, sondern auch auf den Vorausläuferebenen handelt. Aus diesem Grund sollte die Therapie diese basalen Ebenen entsprechend beachten und ggf. hier ansetzen. Es eignen sich Therapieformen der Musik- und Kunsttherapie, psychomotorische Arbeitsformen sowie der tiergestützten Therapie.

Antworten geben, Begrüßungsrituale einhalten und mit Fremden sprechen

Alle drei Anforderungen stellen für die meisten selektiv mutistischen Kinder eine schwere Aufgabe dar. Dennoch gibt es jeweils eine Gruppe von etwa 20 % der Kinder, die dazu in der Lage sind. Aus therapeutischer Sicht wäre es wichtig zu überprüfen, unter welchen Bedingungen bzw. mit welchen Fremden dies doch gelegentlich gelingt und solche Situationen in erhöhter Frequenz anzubieten.

Gefühle innerhalb und außerhalb der Familie zeigen

Emotionen zu zeigen, stellt immer eine Form der Selbstoffenbarung dar und wird von vielen selektiv mutistischen Kindern sehr kompetent gesteuert. Das heißt, dass der Großteil der Kinder seine Gefühle in der vertrauten Welt gut und sicher darstellen kann, in der Außenwelt aber nicht. Therapeutisch sinnvoll ist es folglich, mit den Kindern die sprachliche Darstellung der eigenen Gefühle, Wünsche und Gedanken zu üben. Hierbei ist darauf zu achten, dass dieses Üben auch in Kontexten stattfindet, die sich nicht ausschließlich in der vertrauten Welt befinden.

Nicht erwartet wurde, dass es eine kleine Gruppe gibt, die auch in der vertrauten und damit vermeintlich sicheren Welt im Erleben und Darstellen ihres Innenlebens erhebliche Schwierigkeiten hat. Auch diese Kinder müssen es lernen, ihre Emotionen darzustellen, wobei der Lernort dann die „Zu-Hause-Welt“ mit einschließt.

Ängstlich reagieren

Diese Frage bezieht sich auf den Kontakt mit Personen, die für das Kind fremd sind. Der größte Teil der Kinder reagiert erwartungsgemäß ängstlich. Der Blick auf die kleinere

Gruppe von Kindern (ca. 10%) zeigt, dass es durchaus eine Gruppe gibt, die nicht ängstlich reagiert. Dies stellt die Begründung infrage, dass bei selektiv mutistischen Kindern der Grund *immer* in einer Angststörung liegt, bzw. eine Angststörung ist, wie dies etwa im DSM-5 beschrieben wird (APA 2013).

Für viele Kinder ist die Bearbeitung ihrer Angst selbstverständlich zentral, dennoch erleben wir immer wieder Kinder in unserer Praxis, bei denen dieser Aspekt keine zentrale Rolle spielt, bzw. auch erst später entstanden ist. Möglicherweise lässt sich daraus ableiten, dass eine Angststörung nicht zwangsläufig der Grund für den selektiven Mutismus ist. Denkbar wäre es auch umgekehrt, nämlich dass die Angstproblematik erst durch den selektiven Mutismus entsteht und sich verstärkt. Dies würde auch erklären, dass gerade bei älteren Jugendlichen dieser Aspekt eine größere Rolle spielt.

Kritische Aspekte zur Datenerhebung im Rahmen des DMT-KoMut

Es bleibt offen, ob bei den Datensätzen wirklich eine Diagnose vorliegt. In jedem Fall aber muss den Nutzern der Begriff „selektiver Mutismus“ geläufig sein und die Anwenderfrage bestehen, ob bei der Person, um die es jeweils geht, eine entsprechende Störung vorliegt.

Es ist möglich, dass Testversuche durch Fachleute vollzogen wurden, die als solche nicht erkennbar sind. Es gibt darüber hinaus das Problem, dass Dopplungen innerhalb der Datensätze nicht erkennbar sind. So kann es sein, dass Nutzer den Test z.B. im Hinblick auf ein Kind mehrfach ausfüllen und einzelne Fragen unterschiedlich beantworten, um zu erkennen, was sich für Unterschiede in der Auswertung ergeben. Weiterhin ist es möglich, dass z.B. mehrere ErzieherInnen einer KiTa den Test für dasselbe Kind nutzen.

Ausblick

Weiterhin werden die eingegebenen Daten in anonymisierter Form gesammelt. Eine erneute Auswertung ist zu einem späteren Zeitpunkt denkbar und wünschenswert. In einem weiteren Schritt sollen die Daten genutzt werden, um das Testverfahren statistisch abzusichern. Dafür sollen sowohl die Reliabilität also auch die Validität berechnet werden. Weiter wäre eine Normierung des Tests anzustreben. So könnten pro relevantem Item Punkte vergeben werden, der Endscore würde der Einschätzung über die Anwesenheit oder Abwesenheit bzw. den Grad der Störung dienen.

LITERATUR

- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing
- Bahr, R. (1996). *Schweigende Kinder verstehen. Kommunikation und Bewältigung beim selektiven Mutismus*. Heidelberg: Schindele
- Bundeszentrale für politische Bildung (2017). *Bevölkerung mit Migrationshintergrund I*. www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61646/migrationshintergrund-i (13.09.2017)
- Cline, T. & Baldwin, S. (2004). *Selective Mutism in Children*. London: Whurr
- 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 and 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
- Garbani Ballnik, O. (2009). *Schweigende Kinder. Formen des Mutismus in der pädagogischen und therapeutischen Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Hartmann, B. (1997). *Mutismus – Zur Theorie und Kasuistik des totalen und elektiven Mutismus*. Berlin: Marhold
- Jetter, K.-H., Praschak, W. & Schönberger, F. (1987). *Bausteine der Kooperativen Pädagogik*. Stadthagen: Bernhardt-Pätzold
- Johannsen, K., Kramer, J. & Lukaschyk, J. (2016). Deutscher Mutismus Test (DMT-KoMut). Onlinebasiertes Hilfsmittel zur Diagnostik von selektivem Mutismus. *Forum Logopädie* 30 (1), 2-6
- Katz-Bernstein, N. (2011). *Selektiver Mutismus bei Kindern*. München: Reinhardt
- Kramer, J. (2006). Vergleich des selektiven Mutismus mit dem frühkindlichen Autismus. *Logos interdisziplinär* 14 (4), 280-281
- Kramer, J. (2007). Der selektive Mutismus – Eine Störung der Sprachentwicklung. Von Menschen, die unter bestimmten Bedingungen nicht sprechen. *Logos interdisziplinär* 15 (4), 284-289
- Kramer, J. (2015). Zeit und Raum in der Kooperativen Mutismustherapie (KoMut) – Zur Bedeutung der Innenperspektive von Menschen, die unter bestimmten Bedingungen nicht sprechen können. *Sprachförderung und Sprachtherapie* (4) 2, 71-75
- Kramer, J. & Lukaschyk, J. (2017). Mutismus. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), *Kompodium der akademischen Sprachtherapie und Logopädie: Band 3: Sprachentwicklungsstörungen, Redeflussstörungen, Rhinophonien* (254-272). Stuttgart: Kohlhammer
- Kutscher, J. (2013). *Mutismus – Autismus: Scheinähnlichkeiten und wirkliche Unterschiede*. www.selektiver-mutismus.de/informationen/mutismus-vs-autismus (13.09.2017)
- Neumann, K., Keilmann, A., Rosenfeld, J., Schönweiler, R., Zaretsky, Y. & Kiese-Himmel, C. (2009). Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern – Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (gekürzte Fassung). *Kindheit und Entwicklung* 18 (4), 22-231. Göttingen: Hogrefe
- Seewald, J. (2007). *Der Verstehende Ansatz in Psychomotorik und Motologie*. München: Reinhardt
- Starke, A. (2017). Schweigen zwischen den Kulturen – Kulturelle Adaptation von Eltern selektiv mutistischer Kinder. *Sprache – Stimme – Gehör* 41 (2), 78-83
- Starke, A. & Subellok, K. (2015). Leitlinien des Interdisziplinären Mutismus Forums (IMF) für die Mutismustherapie. *Logos* 23 (2), 106-109
- Statistisches Bundesamt (2011). *Wie leben Kinder in Deutschland*. www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2011/Mikro_Kinder/pressebroschuere_kinder.pdf?__blob=publicationFile (13.09.2017)
- Statistisches Bundesamt (2017). *Bevölkerung nach Migrationshintergrund im engeren Sinne nach erweiterter Staatsangehörigkeit in ausgewählten Staaten – Bevölkerung 2016 nach Migrationshintergrund*. www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund/Tabellen/MigrationshintergrundStaatsangehoerigkeitStaaten.html (13.9.2017)
- Zollinger, B. (2010). Die Entdeckung der Sprache – Entwicklungsprozesse, Störungen, Untersuchung, Beurteilung. *Pädiatrie update* 5 (3), 279-294. www.uniklinik-freiburg.de/typo3temp/secure_downloads/3299/0/0d7bf0f74377302930bd6da9f50ce2c9f4d8b896/zollinger.pdf (15.09.2017)

Danksagung

Unser besonderer Dank richtet sich an Michael Straßburger, den Programmierer des DMT-KoMuts mit seiner Firma think[e] – think different (IT & SaaS Solutions). Wir sind sehr froh darüber, einen so kompetenten und lösungsorientierten Partner an unserer Seite zu wissen. Außerdem danken wir der Design-Agentur Telke Nieter für die Erstellung des Designs und der Website. Darüber hinaus bedanken wir uns bei allen KoMut-TherapeutInnen, die uns in der Erstellung der Fragen unterstützt und kritische sowie hilfreiche Anregungen geliefert haben. Ohne sie hätte der DMT-KoMut nicht in dieser Form entwickelt werden können. Für den Zusammenhalt, konstruktive Ideen und kritische Resonanzen bedanken wir uns bei allen Mitgliedern von StillLeben e.V.. Es ist schön, dass das gemeinsame Wirken Früchte trägt.

QR-Code zum Test
DMT-KoMut

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)
10.2443/skv-s-2018-53020180103

Korrespondenzanschrift

StillLeben e.V. · c/o Julia Reimelt
Zum Hainholt 51 · 37181 Hardegsen
info@selektiver-mutismus.de
www.selektiver-mutismus.de

SUMMARY. Deutscher Mutismus Test (DMT – KoMut) – first results

The Deutscher Mutismus Test (DMT-KoMut) has been published at the Website www.selektiver-mutismus.de in 2016. It was developed to diagnose selective mutism at low-threshold and will be standardized in the future. It anonymously collected data of which 444 files could be evaluated and analyzed in this project. The current study is the largest conducted and published on selective mutism in Germany. The results are significant for the practice of mutism therapy, since some therapeutic hypotheses could be confirmed, but others could also be relativized.

KEYWORDS: selective mutism – diagnostics – Deutscher Mutismus Test – DMT-KoMut – online test – migration – siblings constellations – stereotypes