

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

SELEKTIVER MUTISMUS

Nicht-Sprechen in bestimmten Situationen

Zu den sonderbarsten und für die Betroffenen und ihr Umfeld besonders belastenden Sprachstörungen gehört der selektive Mutismus, das Nicht-Sprechen in bestimmten Situationen. Dies vor allem im Kindes- und Jugendalter, gelegentlich aber auch bei Erwachsenen. Die fach-diagnostische Abklärung differenziert vor allem nach zusätzlichen Leiden wie Angsterkrankungen, und hier insbesondere soziale Phobie und depressive Störung. Der Verlauf ist sehr unterschiedlich, von nicht mehr beeinflussbar über eine langsame Rückbildung bis zur plötzlichen und kompletten Wiedererlangung der sprachlichen Kontaktfähigkeit. Die Ursache ist meist mehrschichtig, wobei erbliche Belastung, psychologische und sprach-abhängige Einflüsse am häufigsten diskutiert werden. Therapeutisch bieten sich verschiedene störungs-spezifische Psychotherapie-Formen an.

Erwähnte Fachbegriffe:

Nicht-Sprechen – Mutismus – Sprechunfähigkeit – Stummheit – Nicht-Sprechen bei intaktem Sprachvermögen – selektiver Mutismus – elektiver Mutismus – Aphasia voluntaria – Frühmutismus – Spätmutismus – totaler Mutismus – Häufigkeit, Alter und Geschlecht bei Mutismus – Ursachen des selektiven Mutismus – Mutismus und Migrations-Hintergrund – Mutismus und erbliche Einflüsse – Mutismus und Mutter-Kind-Beziehung – Mutismus und Angststörungen – Mutismus und soziale Phobie – Mutismus und spezifische Phobie – Mutismus und Depression – Verlauf des selektiven Mutismus – diagnostische Verfahren bei selektiven Mutismus – Möglichen und Grenzen der Behandlung bei selektivem Mutismus – u. a. m.

Es gibt reichlich gewöhnungsbedürftige, ungewöhnliche oder gar irritierende bis schockierende Phänomene in unserer Zeit und Gesellschaft. Dabei mag man gar nicht nachdenken, wie es früher war. Besonders betroffen sind die Fachbereiche, die einem ständig in den Medien begegnen, und natürlich die Gesundheits-Wissenschaften. Und hier nicht zuletzt die Psychiatrie und verwandte Disziplinen. Reichlich Hinweise dazu in den entsprechenden Beispielen dieser Serie.

Vieles, wahrscheinlich sogar das meiste, ist allerdings schon vor Jahrzehnten, in Einzelfällen Jahrhunderten nicht nur erkannt und beschrieben, sondern auch diagnostisch eingestuft und behandelt worden, so gut es eben ging. Das meiste wurde allerdings wieder vergessen, falls es überhaupt in entsprechenden Gelehrtenkreisen diskutiert wurde, von der Allgemeinheit ganz zu schweigen.

Ein solch irritierendes Phänomen aus psychopathologischer (seelisch krankhafter) Sicht ist der *Mutismus* (vom Lat.: mutus = stumm), d. h. die Sprechunfähigkeit (Stummheit bzw. Nicht-Sprechen) bei intaktem Sprachvermögen und gesunden Sprechorganen.

Früher war das eine scheinbar seltene Störung, zumeist im Kindes- und schon weniger im Jugendalter, so jedenfalls die damaligen Erkenntnisse. Inzwischen aber hat man den Eindruck, es könnte dann doch häufiger werden, warum auch immer (siehe später), zumindest öfter rechtzeitig diagnostiziert und gezielt behandelt. Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht auf der Grundlage eines Weiterbildungsbeitrags in der Fachzeitschrift *Der Nervenarzt* 5 (2018) 591 von den psychiatrischen Experten J. Rogoll, M. Petzold und A. Ströhle von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité - Universitätsmedizin Berlin.

Historische Aspekte und Definition

Der Mutismus wurde in der medizinischen Literatur erstmals vor rund 140 Jahren beschrieben, und zwar von Professor Dr. A. Kussmaul unter dem Fachbegriff „Aphasia voluntaria“, also freiwillige Sprachstörung nach weitgehend abgeschlossener Sprachentwicklung, zumeist durch eine Hirnschädigung, wie man schon damals annahm. Im Laufe der letzten Jahrzehnte unterteilte man dieses irritierende Nicht-Sprechen trotz offenkundig normaler Voraussetzungen fachlich in selektiven Mutismus im Kindesalter, akinetischen und symptomatischen Mutismus. Was heißt das?

Unter akinetischem Mutismus versteht man die Hemmung aller Sprechfunktionen (Aphonie = Stimmlosigkeit und Anarthrie/Dysarthrie = kombinierte Sprach-, Sprech- und Stimmstörung), was zum Beispiel bei bestimmten Hirnschädigungen beider Gehirnseiten (so genannte bifrontale Hirnläsion), beim apallischen Syndrom oder einzelnen Psychosen vorkommen kann (Einzelheiten siehe die Fachliteratur und entsprechende Beiträge in dieser Serie).

Der symptomatische Mutismus gilt als Sprechhemmung bei bestimmten seelischen Störungen, z. B. Schizophrenie, Depression usw.

Den Terminus *elektiven Mutismus* hat man inzwischen mit einem kleinen „s“ versehen, sprich *selektiver Mutismus*. Denn bei elektiv (vom Lat.: eligere, elactus = auswählen, ausgewählt) könnte man meinen, dass die Betroffenen frei wählen können, wann, wo und mit wem sie sprechen oder eben schweigen wollen. Das würde eine Verharmlosung des Störungsbildes bedeuten, was man mit „selektiv“ vermeiden will (vom Lat.: selectio = Auswahl, Auslese).

Vorreiter in dieser neuen Einstufung ist das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen - DSM-5[®] der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) in ihrer neuesten Ausgabe (2015). Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit ihrer Internationalen Klassifikation seelischer Störungen - ICD-10 dürfte in der nächsten Auflage dieser Korrektur oder Ergänzung folgen.

Definition und Beschwerdebild

Tritt die Symptomatik vor einem Alter von 4 Jahren auf, etwa mit dem Eintritt in den Kindergarten und der damit verbundenen tiefgreifenden Loslösung von den Eltern, spricht man von *Frühmutismus*. Bei späterem Beginn, z. B. zum Schuleintritt, nennt man es *Spätmutismus*.

Werden sämtliche phonetische (Stimm- und Laut-)Fähigkeiten eingestellt, wozu auch husten, lachen u. ä. gehören, handelt es sich um einen *totalen Mutismus*.

Der selektive (früher also elektiv genannte) Mutismus macht die Betroffenen dauerhaft unfähig, in bestimmten Situationen zu sprechen. In anderen, meist in eher vertrautem familiärem Umfeld, ist das Sprechen aber möglich. Durch das anhaltende Schweigen in entsprechenden Kreisen oder Situationen leiden aber auch die schulischen und später beruflichen Leistungen ganz erheblich, von der sozialen Kommunikation generell und konkreten zwischenmenschlichen Beziehungen ganz zu schweigen. Dabei sind die notwendigen Kenntnisse, d. h. wie man in bestimmten Situationen spricht, durchaus vorhanden. Diese Patienten sind - wie man heute sagt - funktionell physiologisch in der Lage zu sprechen und fühlen sich in der Sprache an sich auch durchaus zu Hause.

Die Häufigkeit mag auf den ersten Blick gering erscheinen, nämlich 0,03 bis 1 %, könnte sich aber erhöhen, wenn genereller Kenntnisstand und wachsende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten dabei unterstützen. Mädchen scheinen häufiger unter der Erkrankung zu leiden (1,6 : 1), was aber in der Fachliteratur unterschiedlich angegeben wird.

Wie kann es zu einem selektiven Mutismus kommen?

Soweit es die bisherigen Erkenntnisse zulassen, scheinen mehrere Einflussfaktoren eine Rolle zu spielen. So geht eine eher ängstliche und damit scheue Wesensart mit einem größeren Risiko für spätere Angststörungen einher, was vor allem unvertraute Situationen betrifft. Nun muss das nicht gleich krankhaft sein, doch pflegen im Gegensatz zu nur zwischenmenschlich zurückhaltenden Personen Patienten mit selektivem Mutismus eine erhöhte Verhaltenshemmung aufzuweisen. Gemeint ist damit die Neigung, sich bestimmten Situationen zu entziehen, sich eher einer Vertrauensperson zuzuwenden und die zwischenmenschliche Kommunikation und vor allem die Sprache in Bezug auf Fremde einzustellen.

Allerdings wurden auch genetische (erbliche) Einflüsse beschrieben. Dies vor allem bei einer bestimmten Gen-Variation mit erhöhtem Risiko, bei der besonders Familien mit sozialen Ängsten belastet sind, an selektivem Mutismus zu erkranken. Auf jeden Fall weisen diese Patienten häufig weitere Betroffene in ihrer Familie auf.

Interessanterweise leiden mehrsprachige Kinder mit Migrations-Hintergrund öfter unter selektivem Mutismus. Die bisher erfassten Fallzahlen sind zwar noch gering, doch nimmt man an, dass entsprechend Betroffene z. B. aufgrund kultureller Diskrepanzen, neuer Umgebungsbedingungen, einer unbekanntem Sprache und nachvollziehbaren Anpassungsschwierigkeiten den selektiven Mutismus eher entwickeln könnten (z. B. Überforderungs-Hypothese). Denn das Kind verfügt noch über zu wenig Erfahrung und/oder Kenntnisse, um die kognitiven (geistigen), sozialen und kommunikativen Anforderungen ausreichend zu übersehen und damit zu bewältigen. So etwas kann beispielsweise beim Eintritt in die Schule drohen, wenn das Kind mit entsprechenden Defiziten im zwischenmenschlichen Regelbereich oder auch durch mangelnde soziale Fähigkeiten (z. B. fehlenden Augenkontakt) belastet ist.

In verschiedenen (Psycho-)Therapierichtungen diskutiert man allerdings unterschiedliche Auslöser, z. B. eine „neurotische“ Mutter-Kind-Beziehung, ferner intrapsychische (innerseelische) Konflikte u. a. Auch die Überlegung, der Betroffene könnte durch das Schweigen zunächst eine erhöhte Aufmerksamkeit des Umfelds erreichen, um dann aber nach und nach in Isolations-Gefahr zu geraten, wird in entsprechenden Fachkreisen erörtert.

Differentialdiagnose und Komorbidität

Zu den häufigsten seelischen Erkrankungen in unserer Zeit und Gesellschaft gehören inzwischen die Angststörungen. Man spricht von einer Lebenszeit-Prävalenz (Anzahl der Fälle über die gesamte Lebenszeit hinweg) von rund 20 %. Angststörungen sind aber häufig komorbid, d. h. hier kommt eine Krankheit zur anderen. Außerdem treten sie oft in Kindheit und Jugend bzw. spätes-

tens im frühen Erwachsenenalter erstmalig auf. Die meisten (Frauen doppelt so oft wie Männer) leiden unter einer spezifischen Phobie (6,5 %), sozialen Phobie (2,3 %), Agoraphobie (2 %) oder gar Panikstörung (1,8 %). Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Hinweise in dieser Serie.

Was den selektiven Mutismus anbelangt, so kommt er am häufigsten im Zusammenhang mit einer sozialen Phobie vor, wenn eine komorbide Störung vorliegt. Man spricht sogar von zwei Drittel bei entsprechenden Untersuchungen im Kindesalter. Tatsächlich findet man bei der sozialen Phobie, also der Angst vor den oder dem Anderen schlechthin, eine übermäßige und vor allem anhaltende Angst vor sozialen Situationen, in denen das Betreffende beobachtet oder bewertet wird bzw. Leistung erbringen soll.

Darüber hinaus wird aber der selektive Mutismus inzwischen von der APA in ihrem DSM-5[®] nicht als eine extreme Form der sozialen Phobie, sondern als eigene Angststörung verstanden. Hier gibt es allerdings in den entsprechenden Wissenschaftskreisen noch Forschungs-, Klärungs- und Einigungsbedarf. Denn eine Sozialphobie wird in der Regel erst zwischen dem 9. und 11. Lebensjahr akzeptiert; im Gegensatz dazu leiden aber bereits Kinder ab dem 3. Lebensjahr unter selektivem Mutismus.

Weitere Studien beschreiben Komorbiditäts-Raten von 31 % mit Trennungsangst und jeweils 13 % mit Generalisierter Angststörung bzw. spezifischer Phobie.

Verlauf mit entsprechenden psychosozialen Risiken

Patienten mit selektivem Mutismus nehmen sich in der Regel sukzessiv, d. h. nach und nach in ihrem bisherigen zwischenmenschlichen Kontaktverhalten zurück und schränken ihre Äußerungen entsprechend ein, und dies meist mit zunehmendem Belastungsgrad selbst in Alltagssituationen. So fallen Antworten immer kürzer und unfreiwilliger aus; Redefluss, Mimik und Gestik werden ausdruckslos. Ähnliches gilt für die Sprach-Rhythmik und -Melodie sowie das Tempo der Sprache, alles wird zunehmend monotoner. Über eine Zwischenphase des Flüsterns folgt schließlich ein Schweigen.

Das führt natürlich zu einer zunehmenden Isolation. So wird beispielsweise das Spielverhalten einsamer. Es scheint, als ob das Umfeld nicht mehr wahrgenommen wird. Damit drohen vonseiten der Umgebung Verunsicherung, Irritation und zuletzt Anschluss-Verlust wenn nicht gar Ausschluss. Je länger diese komplexe Gefährdung anhält, desto intensiver pflegen Beschwerdebild und psychosoziale Konsequenzen zu belasten.

Kommt es hingegen zu einer Rückbildung des selektiven Mutismus, sind deshalb noch lange nicht alle Kommunikations-Probleme gelöst, ganz zu schweigen von komorbiden psychischen Erkrankungen mit eigenem Verlaufs-Risiko.

Immerhin scheint es bis in das Erwachsenenalter dann doch eine Remission (Rückbildung des Leidensbildes) zu geben, und zwar je nach Studie zwischen 4 und 6 von 10 Fällen. Allerdings nimmt die Spontan-Remission mit zunehmendem Alter ab.

Diagnostische Verfahren

Eine umfassende Diagnostik hängt natürlich auch vom persönlichen Kontakt ab, insbesondere sprachlich, soweit es das Störungsbild zulässt. Unerlässlich ist die Auskunft von Bezugspersonen, Institutionen wie Bildungsstätten sowie Vor- und Mitbehandler, um zu einem adäquaten Krankheitsbild zu kommen.

Im Hinblick auf eine so genannte standardisierte Diagnostik (die dann auch Vergleiche mit anderen Untersuchungen zulässt), kann man auf verschiedene Tests zurückgreifen. Beispiele: Das Dortmunder Mutismus Screening oder online den Deutschen Mutismus Test (DMT-KoMut). Als Anamnese-Bogen zur Erhebung der Vorgeschichte eignet sich der Kölner Mutismus Anamnese Bogen (K-M-A). Im Alltag von Fachpraxis, Ambulanz u. a. werden zudem Fremdbeurteilungs-Verfahren eingesetzt, die sich auch bei anderen Störungsbildern nutzen lassen, um vor allem von den Bezugspersonen die nötigen Informationen zu erhalten.

Zur Abklärung, ob noch eventuell andere Störungen (siehe Komorbidität - s. o.) vorliegen, beispielsweise Depressionen oder Angsterkrankungen, vor allem aber um organische Ursachen oder tiefgreifende Entwicklungsstörungen auszuschließen, müssen die entsprechenden Fachärzte konsultiert werden. Beispiele Neurologie, HNO-Bereich, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Logopädie u. a.

Besonders wichtig: der Ausschluss einer konkreten Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache und bestimmter anderer Leiden mit möglicherweise ähnlichem Beschwerdebild. Beispiele: Autismus-Spektrum-Störung, Schizophrenie oder andere psychotische Erkrankung usf. In organischer Hinsicht findet sich nach Operation eines Medulla-Blastoms, also eines spezifischen Gehirntumors, ggf. ein so genannter postoperativer zerebellärer Mutismus, der natürlich ebenfalls ausgeschlossen werden muss.

Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung

In der Therapie des selektiven Mutismus bieten sich vor allem verhaltenstherapeutische Verfahren sowie weitere Behandlungsansätze an, ggf. auch pharmakotherapeutische Versuche. Im Einzelnen nach dem Weiterbildungsbeitrag von J. Rogoll, M. Petzold und A. Ströhle in der Fachzeitschrift *Der Nervenarzt* 5 (2018) 591:

Als Therapie der ersten Wahl die kognitive Verhaltenstherapie, die sich allerdings ausschließlich auf die Behandlung von Erwachsenen bezieht (wie bei der Therapie von Angsterkrankungen auch). In der Mutismus-Literatur beschrieben sind vorwiegend so genannte kognitiv-behaviorale Behandlungselemente, die auf Kinder und Jugendliche ausgelegt sind.

Ziel ist es den Patienten in einer wohlwollend-anehmenden Atmosphäre zum Sprechen zu bringen. Das kann einerseits durch Belohnung erreicht werden, andererseits durch bestimmte integrative Behandlungsansätze (Stichwort: operante Ausformung eines Verhaltens). Darauf folgen Imitations-Übungen verschiedener Laut- und Mundbewegungen. Damit wird das Kind zur Nachahmung von Phonemen (Tönen, Laute), von Silben, Wörtern und schließlich Sätzen angeleitet.

Graduell wird auch mit einer Reiz-Überblendung begonnen. Noch ungewohnte Elemente werden damit in Situationen integriert, in denen das Kind bereits zu sprechen gelernt hat.

Von großer Bedeutung ist auch eine so genannte Kommunikations-Hierarchie. Dabei geht es um die Konkretisierung von Situationen, in denen der Betroffene schweigt, flüstert, sich nonverbal (nicht-sprachlich) äußert oder normal spricht. Darauf aufbauend bildet sich ein Belastungsgrad, repräsentiert durch bestimmte Personen, umgebende Zusammenhänge, Kommunikations-Inhalte, Sprachanforderungen, sozialen Druck, Länge der Äußerungen, Vertrautheit/Fremdheit etc. Wichtig ist auch die Mitarbeit von Bezugspersonen. Falls nötig, werden auch die wichtigsten Regeln für die Alltags-Kommunikation formuliert, eine Tagesstruktur erarbeitet und der Erziehungsstil festgelegt.

Bei allem ist jedoch die besondere Erschwernis zu berücksichtigen, d. h. die sprachliche Einschränkung und die unzureichende Datenlagen an Behandlungsmethodik. Es verwundert deshalb nicht, dass sich hier eine Langzeit-Therapie entwickelt, will man zu entsprechenden Fortschritten kommen. Dabei gilt es Geduld zu haben. Erste lautsprachliche Äußerungen, z. B. einsilbige Wörter, sind jedoch innerhalb von bis zu 20 Therapie-Einheiten zu erwarten, so die Experten.

Weitere Ansätze zur Behandlung aus deutschsprachiger Erfahrungssicht sind beispielsweise:

Die *Dortmunder Mutismus Therapie*, die psychodynamische, kognitiv-behaviorale, systemische und sprachtherapeutische Elemente integriert. Im Weiteren die *Systemische Mutismustherapie*, die sich vor allem mit den Wechselbeziehungen zwischen den Betroffenen und der Umwelt beschäftigt, einschließlich einer umfangreichen Diagnostik sowie vier aufeinander aufbauenden Therapie-Phasen. Ziel sind Ich-Stärkung, Zuversicht, Veränderung, Antriebssteigerung und Selbstdisziplin. Im Weiteren die *Kooperative Mutismustherapie*, die sich vor allem dem individuellen Bedürfnissen des Betroffenen, seinen Angehöri-

gen und Pädagogen, der Grundkonzepte der kooperativen Pädagogik, der kooperativen Sprachtherapie und Systemtheorie öffnet. Schließlich die *Stuttgarter Rahmenempfehlungen zur Mutismustherapie* mit konkreter Arbeit bezüglich Sprechen, psychosozialer Öffnung, Einbezug von Institutionen und fachübergreifender Zusammenarbeit aller beteiligten Experten. Hier gibt es dann auch den *Verein der Mutismus-Selbsthilfe Deutschland e.V.*, der Rahmenempfehlungen zu einer umfassenden Aufklärung und Beratung der Angehörigen einschließlich Abbruchkriterien und Bewertungsmöglichkeiten der laufenden Therapie vermittelt.

Die *Mutismus-Selbsthilfe* ist im deutschsprachigen Raum gut organisiert (www.mutismus.de), gibt halbjährlich eine Fachzeitschrift heraus und veranstaltet jährlich einen Workshop bzw. eine Tagung zum Thema. Therapeuten- und Eltern-Netzwerke werden ebenso eingebunden wie eine internationale Vernetzung. An einem Online-Forum beteiligen sich nach eigenen Angaben mehr als 2300 Mitglieder.

Die Frage der *Pharmakotherapie* stellt sich wohl erst bei unzureichender psychotherapeutischer Wirksamkeit vorangegangener nicht-medikamentöser Bemühungen. Hier geht es vor allem um antidepressive Psychopharmaka aus der Gruppe der selektiven Serotonin- bzw. Serotonin- und Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren. Sie gelten bekanntermaßen als Mittel der ersten Wahl in der Behandlung von Angststörungen.

Zur psychopharmakologischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit selektivem Mutismus liegen aber nur Untersuchungen mit geringer Fallzahl vor. Eine Wirksamkeit ist möglich, aber bisher nicht wissenschaftlich belegt. Gleichwohl wird man unter Einbezug aller dafür zuständigen Therapeuten vor allem dann zurückgreifen, wenn es sich um mutistische Kinder oder solche mit einer zusätzlichen Depression oder ernsten Angststörung handelt.

Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Ein selektiver Mutismus muss also als eine Störung mit genetischen, psychologischen und sprach-assoziierten Ursachen gesehen werden. Eine solide Diagnostik ist unersetzlich und besteht aus fachärztlichen, psychologischen und logopädischen Untersuchungen, wobei der Fremdbeurteilung durch Bezugspersonen (Alter und Sprachlosigkeit der Patienten) eine wichtige Rolle zukommt.

Die Behandlung ist ebenfalls multiprofessionell orientiert, d. h. es gilt die psychologischen, psychiatrischen, organ-medizinischen und sprachlichen Aspekte zu berücksichtigen.

Die am häufigsten beschriebenen und angewendeten (psychotherapeutischen) Behandlungsformen konzentrieren sich um die kognitive Verhaltenstherapie.

LITERATUR

Grundlage vorliegenden Beitrags ist der Weiterbildungs-Artikel von J. Rogoll, M. Petzold und A. Ströhle: **Selektiver Mutismus** in der Fachzeitschrift *Der Nervenarzt* 5 (2018) 591. Dort auch weiterführende, vor allem englischsprachige Literatur.