

Hochschule Düsseldorf
Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften

**Bachelor-Thesis zum Thema:
Präventionsmaßnahmen und Therapieansätze bei
Kindern mit selektivem Mutismus**

Erstprüfer: Prof. Dr. Denis Köhler

Zweitprüferin: Prof. Dr. Esther Schäfermeier

Vorgelegt von Laura Kersten

Matrikelnummer: [REDACTED]

Studiengang: Sozialarbeit/Sozialpädagogik

Wintersemester 2019/2020

Düsseldorf, den 11. Dezember 2019

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
2	Theoretischer Hintergrund	3
2.1	Prävention und Therapie.....	4
2.2	Selektiver Mutismus.....	7
2.2.1	Symptomatik.....	7
2.2.2	Komorbiditäten und differentialdiagnostische Abgrenzung.....	10
2.2.3	Epidemiologie und Verlauf.....	12
2.2.4	Ätiologie.....	13
2.2.5	Diagnostik.....	17
2.3	Therapieansätze bei selektivem Mutismus	19
3	Wirksamkeit der Therapieansätze bei selektivem Mutismus.....	23
3.1	Methode – systematisches Review	24
3.1.1	Darstellung der Kriterien und Literaturrecherche.....	25
3.1.2	Auswahl der Studien.....	26
3.1.3	Datenextraktion	28
3.2	Ergebnisse	34
3.2.1	Studienmerkmale.....	34
3.2.2	Wirksamkeit der Therapieansätze bei selektivem Mutismus	38
4	Diskussion	42
5	Fazit und Ausblick.....	51
	Literaturverzeichnis.....	54
	eidesstattliche Erklärung.....	63

1 Einleitung

Selektiver Mutismus ist eine seltene psychische Störung, bei der die Kommunikation in einigen Situationen eingeschränkt ist und der Betroffene¹ schweigt (Subellok & Bahrfeck-Wichitill, 2016, S. 163). In der einschlägigen Fachliteratur findet sich sowohl die Bezeichnung elektiver als auch selektiver Mutismus. Mutismus leitet sich vom Lateinischen „mutus“ ab und bedeutet „stumm“ oder „sprachlos“ (Garbani Ballnik, 2009, S. 13). Elektiver Mutismus geht auf Tramer (1934 zit. nach Bahr, 2018, S. 15) zurück. Aktuell wird eher die Begrifflichkeit „selektiv“ verwendet, da diese im Gegensatz zum Begriff „elektiv“ die Auswahl der Personen und Situationen hinsichtlich des Schweigens fokussiert und nicht impliziert, dass die Betroffenen absichtlich schweigen oder hinsichtlich des Redens und Schweigens eine freie Wahl haben (Bahr, 2018, S. 15; Hung, Spencer & Dronamraju, 2012, S. 222). Das Schweigen ist demnach in einem aktuellen Unvermögen begründet, nicht in einer willentlichen Weigerung des Kindes (Schwenck & Gensthaler, 2017, S. 72). Aus diesem Grund wird auch hier von selektivem Mutismus gesprochen.

Das genaue Thema „Präventionsmaßnahmen und Therapieansätze bei Kindern mit selektivem Mutismus“ bzw. die konkrete Fragestellung „Welche Verfahren haben sich bei der tertiären Prävention/Therapie von selektivem Mutismus als wirksam erwiesen?“ beschränkt sich wie bereits im Titel ersichtlich auf das Kindesalter. Dies ist der Fall, da das Störungsbild im Kindesalter am häufigsten auftritt (American Psychiatric Association, 2018, S. 265). Eine Manifestation im Jugend- und insbesondere im Erwachsenenalter ist deutlich seltener (ebd.). Meist liegt der Beginn im Vorschul- bzw. Einschulalter (Steinhausen, 2019, S. 192), also in einer Entwicklungsphase, in der der Spracherwerb und der Ausbau der sprachlichen Fähigkeiten eine zentrale Aufgabe darstellt (vgl. Hülshoff, 2011, S. 39 f.).

Die Beschäftigung mit dem Störungsbild ist für die Soziale Arbeit aufgrund verschiedener möglicher Praxisfelder von Relevanz, bspw. Schulsozialarbeit, Erziehungsberatungsstellen, Kinder- und Jugendpsychiatrie (vgl. Jungbauer, Berg, Düvel & Kahl, 2013, S. 48 ff.; vgl. Menne, 2015, S. 7; vgl. Trost, 2011, S. 73 f.). Im Arbeitsfeld der Schulsozialarbeit ist es potenziell möglich, dass der an der Schule zuständige Schulsozialarbeiter bei einem Kind mit (Verdacht auf) selektiven Mutismus hinzugezogen wird (Subellok & Bahrfeck-Wichitill, 2016, S. 166). Dabei ist es dann wichtig, sich mit dem Störungsbild auszukennen, um mögliche vorherrschende

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden ausschließlich die männliche Form verwendet. Gemeint ist jedoch jedes Geschlecht, nicht nur das Männliche.

Erwartungshaltungen der Lehrer und der Familie, erfüllen zu können. Eine mögliche Erwartungshaltung könnte sein, dass sich Lehrer oder die Familie an einen Schulsozialarbeiter wendet, um neue Anregungen zum Umgang mit dem betroffenen Kind zu erhalten. Um diese Anregungen geben zu können, ist spezifisches Wissen über das Störungsbild notwendig. Es ist hierbei insbesondere im Zuge der Inklusion wichtig, eine zunehmende Nachfrage an Beratungen und Hilfestellungen bzgl. des selektiven Mutismus an Regelschulen decken zu können (vgl. Bahr, 2016, S. 210).

Generell ist es von Bedeutung, den Krankheitswert der Symptomatik einschätzen zu können (Hung et al., 2012, S. 223). Das Schweigen des Kindes in spezifischen Situationen oder vor fremden Personen sollte nicht mit bloßer Schüchternheit verwechselt werden (ebd.). Je frühzeitiger die Störung erkannt wird, desto weniger kann diese sich manifestieren und ernsthafte Beeinträchtigungen auslösen (ebd.).

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, einen Teil dazu beizutragen, über die seltene Störung aufzuklären, um so hinsichtlich der Existenz des selektiven Mutismus zu sensibilisieren. Eine zunehmende Auseinandersetzung mit dem Thema sollte bestenfalls dazu führen, dass die Störung früher erkannt wird und den Betroffenen früher Hilfe angeboten werden kann (vgl. Bahr, 2018, S. 47 f.). Zudem sollte durch das im Laufe dieser Arbeit durchgeführte systematische Review vorhandener Studien zu Therapieverfahren oder Präventionsmaßnahmen deutlich werden, welche Verfahren für die Behandlung von selektivem Mutismus vorhanden sind und welche mit höherer Wahrscheinlichkeit Therapieerfolge zeigen. Hierzu ist der Forschungsstand laut der einschlägigen Literatur momentan eher defizitär – es wurden noch nicht genug Studien zur Wirksamkeit von einzelnen Therapieverfahren durchgeführt, um eine adäquate Aussage bzgl. der geeignetsten Methode treffen zu können (vgl. Steinhausen, 2019, S. 194).

Die Arbeit gliedert sich in insgesamt fünf Kapitel. Nach der Einleitung folgt zunächst die Darstellung des theoretischen Hintergrunds (Kapitel zwei), um eine einheitliche Basis zu schaffen. Hierzu werden zunächst die Begrifflichkeiten „Prävention“ und „Therapie“ definiert und aufgezeigt welcher Präventionsbegriff für diese Arbeit von Relevanz sein wird (Kapitel 2.1 „Prävention und Therapie“). Aufbauend darauf wird folgend in Kapitel 2.2 „Selektiver Mutismus“ auf das zu behandelnde Störungsbild eingegangen. Kapitel 2.2 teilt sich in insgesamt fünf einzelne Unterkapitel. Begonnen wird zunächst mit der Darstellung der selektiv mutistischen Symptomatik, indem die zur Diagnosestellung notwendigen Diagnosekriterium und die einzelnen typischen Symptome aufgezeigt werden (Kapitel 2.2.1 „Symptomatik“). Darauffolgend werden zunächst möglicherweise komorbid vorliegende Störungen und die differentialdiagnostische Abgrenzung zu ähnlichen Störungsbildern geschildert (Kapitel 2.2.2 „Komorbiditäten und differentialdiagnostische Abgrenzung“), um dann in Kapitel 2.2.3“ epidemiologische Erkenntnisse

und den Verlauf der Störung abzubilden. Kapitel 2.2.4 „Ätiologie“ erklärt, welche möglichen Faktoren die Entstehung und Aufrechterhaltung des selektiven Mutismus bedingen, um dann im Anschluss darauf einzugehen, wie die Störung diagnostiziert werden kann (Kapitel 2.2.5 „Diagnostik“). Das zweite Kapitel endet mit Kapitel 2.3 „Therapieansätze bei selektivem Mutismus“, welches auf Grundlage der zuvor abgebildeten Definitionen und Erkenntnisse, häufig angewandte Therapiemethoden darstellt. Kapitel drei behandelt das Thema der Wirksamkeit der Therapieansätze bei selektivem Mutismus. Hierbei wird zunächst die konkrete Fragestellung erläutert und kurz auf das Thema der Wirksamkeit bei Therapie bzw. auf die Evaluations- und Psychotherapieforschung eingegangen. Folgend wird die angewandte Methode, das systematische Review, grob dargestellt sowie das Vorgehen innerhalb der Arbeit (Kapitel 3.1 „Methode – systematisches Review“). Kapitel 3.1 gliedert sich in drei Unterkapitel. Das erste Unterkapitel (Kapitel 3.1.1 „Darstellung der Kriterien und Literatursuche“) erläutert mit welchen Suchbegriffen und in welchen Datenbanken gesucht wurde. Zudem werden Kriterien genannt, die die Studiensuche und -auswahl eingrenzen sollen, um dann folgend in Kapitel 3.1.2 „Auswahl der Studien“ anhand eines Fließdiagramms den Prozess zu veranschaulichen, wie schlussendlich eine Auswahl für bestimmte Studien getroffen wurde. Daraufhin werden die für das Review passenden Studien bzw. deren Studienmerkmale tabellarisch dargestellt (Kapitel 3.1.3 „Datenextraktion“). Kapitel 3.2 bildet die Ergebnisse der einzelnen Studien ab. Auch diese gliedern sich hinsichtlich verschiedener Ansatzpunkte auf. Zum einen wird hinsichtlich der im vorherigen Kapitel dargestellten Studienmerkmale festgehalten, wie diese sich zusammenfassen lassen (Kapitel 3.2.1 „Studienmerkmale“). Zum anderen werden Daten aus den Studien extrahiert, welche das Thema der Wirksamkeit der Therapieansätze bei selektivem Mutismus im Konkreten behandeln (Kapitel 3.2.2 „Wirksamkeit der Therapieansätze bei selektivem Mutismus“). Danach folgt die Diskussion (Kapitel vier), in welcher die Daten gedeutet werden, die aufgestellte Frage kritisch beleuchtet wird sowie Grenzen der Arbeit aufgezeigt werden und eine Reflektion des eigenen Vorgehens erfolgt. Die Arbeit schließt im fünften Kapitel mit einem Fazit und Ausblick.

2 Theoretischer Hintergrund

Im Folgenden wird nun der theoretische Hintergrund der Arbeit dargelegt. Durch eine strukturierte Abbildung zentraler Begrifflichkeiten, wird sich schrittweise an das Thema angenähert. Begonnen wird mit der Erklärung der Begriffe „Prävention“ und „Therapie“. Im Weiteren wird auf verschiedene Aspekte, die sich mit dem Störungsbild selektiver Mutismus befassen, eingegangen. Abgeschlossen wird das zweite Kapitel durch eine Darstellung einzelner Therapie-

ansätze bei selektivem Mutismus. Die Beschäftigung mit Therapieansätzen bei selektivem Mutismus steht zum Ende des Theoriekapitels, da sich das folgende dritte Kapitel und das systematische Review mit genau diesen dargestellten Ansätzen beschäftigen wird.

2.1 Prävention und Therapie

In der einschlägigen Fachliteratur ist keine einheitliche Definition zur Krankheitsprävention² zu finden (Hurrelmann, Richter, Klotz & Stock, 2018, S. 23). Der Begriff kommt aus dem Lateinischen und bedeutet übersetzt „Zuvorkommen“ (Egger, Razum & Rieder, 2018, S. 18). Prävention zielt demnach zunächst darauf ab, das Entstehen oder die Ausbreitung einer Störung zu vermeiden bzw. deren Auftretenswahrscheinlichkeit zu verringern, indem Risikofaktoren beeinflusst werden (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 148; Hurrelmann et al., 2018, S. 23 f.; Lep-pin, 2018, S. 47). Sie gilt als Gegenpol zur Gesundheitsförderung (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 148 ff.) und basiert (meist) auf den Prozessen der Pathogenese³ (vgl. Abel & Kolip, 2018a, S. 164).

Präventionsansätze lassen sich in vielerlei Hinsicht differenzieren, hinsichtlich des Ansatzpunktes, des Zeitpunktes und der Zielgruppe. Die Unterscheidung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention bezieht sich auf den Ansatzpunkt der spezifischen Präventionsmaßnahme (Abel & Kolip, 2018b, S. 171). Wird von Verhaltensprävention gesprochen, so wird am konkreten Verhalten des Individuums angeknüpft und damit einhergehend auch an dessen Einstellung und Motivation (Richter & Rosenbrock, 2018a, S. 173). Ziel ist somit das Verhalten und Erleben der Person zu verändern, sodass entweder vermehrt gesundheitsförderliche Verhaltensweisen gezeigt werden oder gesundheitsschädliches Verhalten weniger ausgeübt wird (Heinrichs & Lohaus, 2011, S. 60; Richter & Rosenbrock, 2018a, S. 173). Verhältnisprävention hingegen setzt an gesellschaftlichen Gegebenheiten und Strukturen, also an den Lebensbedingungen der Menschen, an (vgl. Richter & Rosenbrock, 2018b, S. 172). Durch Veränderung schädlicher Einflüsse in der Umwelt werden Risikofaktoren reduziert (Abel & Kolip, 2018b, S. 171). Bezogen auf Kinder kann die Arbeit mit den Eltern oder auch mit anderen zentralen Instanzen als Verhältnisprävention bezeichnet werden. Eine veränderte Einstellung oder Verhalten der Eltern bzw. anderer zentraler Bezugspersonen führt zu einer Modifikation der Umwelt. (Heinrichs & Lohaus, 2011, S. 61; Ravens-Sieberer, Erhart & Ottová-Jordan, 2018, S. 75)

² Die Begrifflichkeit „Krankheitsprävention“ wird im Folgenden abgekürzt und „Prävention“ genannt.

³ Prozesse der Pathogenese beziehen sich auf die „Entstehung und Entwicklung einer Krankheit“ (Wälte, 2013, S. 75).

Idealerweise finden Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention in Kombination statt (Hörning, 2011, S. 325).

Die Einteilung von Präventionsmaßnahmen hinsichtlich verschiedener Zeitpunkte wird teils nicht einheitlich definiert und kann nicht immer eindeutig voneinander abgegrenzt werden (Egger et al., 2018, S. 18). In seinen Ursprüngen geht die Gliederung in primär, sekundär und tertiär auf Caplan zurück (Heinrichs & Lohaus, 2011, S. 60). Mittlerweile ist teilweise auch von Quartärprävention die Rede (Jamouille, 2015 zit. nach Leppin, 2018, S. 49). Die Quartärprävention wird hier nicht weiter thematisiert, da diese sowohl in der Fachliteratur kaum Beachtung findet, als auch für das hier zu behandelnde Thema nicht von Relevanz ist. Die primäre Prävention zielt nach Caplan (1964 zit. nach Benecke, 2014, S. 438) darauf ab, das Auftreten einer Störung zu verhindern. Sie richtet sich somit an gesunde, noch nicht erkrankte Personen (ebd.). Ziel ist es, die Inzidenzrate⁴ niedrig zu halten (Caplan, 1964 zit. nach Kryspin-Exner & Pintzinger, 2018, S. 36). Konkret könnte dies bspw. durch Psychoedukation, also Aufklärung über bestimmte Störungsbilder und deren Entstehung, geschehen (Ehlert, 2011, S. 296). Unter sekundärer Prävention wird ein frühzeitiger Eingriff bei bereits vorhandenen Beeinträchtigungen verstanden (Caplan, 1964 zit. nach Heinrichs & Lohaus, 2011, S. 60). Es handelt sich hier somit um im Frühstadium Erkrankte (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 150). Durch geeignete Maßnahmen soll einer Verschlechterung des Verlaufs entgegengewirkt werden bzw. eine Verbesserung angeregt werden (Caplan, 1964 zit. nach Benecke, 2014, S. 438). Ziel ist die Verringerung der Prävalenzrate⁵ (Caplan, 1964 zit. nach Kryspin-Exner & Pintzinger, 2018, S. 36). Dies geschieht meist im Rahmen der Krankheitsfrüherkennung durch Vorsorgeuntersuchungen bzw. Screenings (Hörning, 2011, S. 324; Hurrelmann & Richter, 2013, S. 150). Bei der tertiären Prävention handelt es sich um Personen mit manifestierter Störung (Leppin, 2018, S. 49). Hier sollen nun mögliche, mit der Störung einhergehende Folgebeeinträchtigungen verringert und Komorbiditäten abgewandt werden (Caplan, 1964 zit. nach Heinrichs & Lohaus, 2011, S. 60). Auch die manifeste Erkrankung soll sich durch passende Maßnahmen weitestgehend nicht verschlimmern und der Prozess des Erkrankens soll möglichst verlangsamt werden (Egger et al., 2018, S. 19). Zudem soll eine Chronifizierung vermieden werden (Caplan, 1964 zit. nach Kryspin-Exner & Pintzinger, 2018, S. 36). Ziel der tertiären Prävention ist eine „möglichst weitgehende Wiederherstellung von Funktionsfähigkeit und Lebensqualität“ (Hurrelmann et al., 2018, S. 25). Als konkrete Maßnahme wird dabei meist die Rehabilitation ge-

⁴ Inzidenz bezeichnet die Anzahl der Neuerkrankungen innerhalb eines bestimmten Zeitraums und auf eine spezifische Population bezogen (Steinhausen, 2019, S. 33).

⁵ Unter Prävalenz wird die Häufigkeit einer Erkrankung innerhalb eines definierten Zeitraums und bezogen auf eine spezifische Personengruppe verstanden (Steinhausen, 2019, S. 32).

nannt (vgl. Egger et al., 2018, S. 19; vgl. Leppin, 2018, S. 49). Aber auch therapeutische Maßnahmen können zur tertiären Prävention gezählt werden (Benecke, 2014, S. 438; Leppin, 2018, S. 49). Zudem gibt es bezogen auf mögliche Zielgruppen präventiver Maßnahmen drei Unterteilungen – universell, selektiv oder indiziert. Diese Einteilung ist zurückzuführen auf Gordon (1983, S. 108). Universell bezeichnet hier vorbeugende Maßnahmen, die an die gesamte Bevölkerung gerichtet sind. Hierunter fallen Maßnahmen, wie die Verpflichtung Sicherheitsgurte im Auto zu nutzen oder angemessene Angebote zur Zahnhygiene für eine breite Masse der Bevölkerung bereitzustellen. Eine Maßnahme ist selektiv, wenn sie sich nur an eine bestimmte Gruppe an Personen richtet. Die für die Präventionsmaßnahme ausgewählte Gruppe weist einen oder mehrere Risikofaktor(en) auf, bspw. Geschlecht, Alter oder Art der Beschäftigung. Die Personen zählen aufgrund dieses Risikofaktors zu einer Gruppe, die mit höherer Wahrscheinlichkeit gefährdet ist, eine spezifische Störung oder Krankheit auszubilden (gegen welche, die Maßnahme vorbeugen soll), als Menschen ohne diesen Risikofaktor. Ist eine Maßnahme indiziert, so findet eine noch differenziertere Auswahl der Adressaten statt, als bei der selektiven Prävention. Personen, die an einer indizierten Prävention teilnehmen, haben zusätzlich individuelle Risiken. Sie haben somit eine deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit zu erkranken, als Personen ohne spezifischen Risikofaktor. Das heißt, bei indizierten Maßnahmen handelt es sich um Personen einer Risikogruppe, die aber zusätzlich noch individuelle Risikofaktoren aufweisen (Heinrichs & Lohaus, 2011, S. 61).

Der Begriff „Therapie“ stammt aus dem Griechischen und bedeutet übersetzt so viel wie „heilen“ oder „dienen“ (Wirtz, 2017, S. 1375). Es gibt verschiedene Formen der Therapie, welche sich auf unterschiedliche Aspekte und theoretische Hintergründe beziehen. Im Folgenden ist unter dem Begriff „Therapie“ die Psychotherapie als spezifische Form zu verstehen. Der Zusatz „Psycho“ leitet sich vom griechischen Wort für „Seele“ ab (ebd., S. 1375). Es gibt eine Vielzahl verschiedener Theorien, Methoden, Ansätze und Verfahren, welche alle dem Oberbegriff der Psychotherapie zugeordnet werden können (vgl. Lutz, 2010, S. 27 ff.). Wissenschaftlich anerkannt und als Richtlinienverfahren zugelassen sind die Verhaltenstherapie, die analytische Psychotherapie und die tiefenpsychologische Psychotherapie (Wissenschaftsrat, 2018, S. 43). Allen Verfahren gemein, ist das Ziel der Reduktion vorhandener Symptome, um das Leiden der Betroffenen und die damit verbundenen Belastungen zu verringern (Steinhäuser, 2019, S. 394). Im Rahmen des seit 1999 bestehenden Psychotherapeutengesetz (PsychThG), welches die Ausübung sowohl der psychologischen Psychotherapie als auch der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie regelt (Wissenschaftsrat, 2018, S. 42), darf Psychotherapie nur angewandt werden, wenn es der „Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert“ (§ 1 Abs. 3 PsychThG) dient. Psychotherapie muss nach § 1 Abs. 3 PsychThG indiziert sein, muss demnach die Behandlungsmethode sein, die bei der Störung

angebracht und notwendig ist. Nur bei Vorliegen und Behandlung einer Störung mit Krankheitswert können die Therapiesitzungen als Leistung der Krankenkasse vom Therapeuten abgerechnet und vom Klienten oder dessen Erziehungsberechtigten beantragt werden (Lutz, 2010, S. 28).

Präventive Maßnahmen haben somit einen vorbeugenden Charakter, wohingegen Therapie erst ansetzen kann, wenn sich eine psychische Störung manifestiert hat. Auch die tertiäre Prävention richtet sich an Personen mit bereits manifestierter Störung. Sowohl therapeutische, als auch präventive Maßnahmen verfolgen das Ziel, die Lebensqualität aufrechtzuerhalten und Leiden, Beeinträchtigungen und Symptome zu verringern. Ist im Folgenden von Prävention die Rede, so ist die tertiäre Prävention gemeint, die der Therapie ähnlich ist.

2.2 Selektiver Mutismus

Kapitel 2.2 „Selektiver Mutismus“ und die dazugehörigen Unterkapitel bilden das Störungsbild des selektiven Mutismus ab. Dazu wird die Symptomatik, typische Komorbiditäten und die differentialdiagnostische Abgrenzung zu anderen ähnlichen Störungen, epidemiologische Daten, Erkenntnisse zur Entstehung und Aufrechterhaltung von selektivem Mutismus sowie Möglichkeiten der Diagnostik aufgezeigt.

2.2.1 Symptomatik

Im Folgenden wird die Symptomatik des selektiven Mutismus dargestellt, indem u.a. die in den Klassifikationssystemen aufgezeigten diagnostischen Kriterien verglichen werden. Die diagnostischen Kriterien finden sich zum einen in der, von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebenen, internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme in der zehnten Fassung (ICD-10), genau genommen im fünften Kapitel, welches die Klassifikation psychischer Störungen beinhaltet (vgl. Weltgesundheitsorganisation, 2016). Das zweite bestehende Klassifikationssystem, herausgegeben von der American Psychiatric Association (APA), ist das diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen in der fünften Fassung (DSM-5) (vgl. American Psychiatric Association, 2018). Die Zuordnung einzelner Symptome zu einem Störungsbild entweder mittels der ICD-10 oder des DSM-5 nennt sich auch kategoriale Klassifikation (vgl. Maercker, 2018b, S. 118).

Die ICD-10 verwendet noch den veralteten Begriff „elektiver Mutismus“, verweist jedoch auch auf die nun eher verwendete Begrifflichkeit des „selektiven Mutismus“ (Weltgesundheitsorga-

nisation, 2015, S. 379). Sie bildet den selektiven Mutismus unter der Gruppe der F94 „Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ ab (ebd., S. 378). Störungen dieser Gruppe weisen als Gemeinsamkeit ihren Beginn im Entwicklungsalter auf (ebd.). Im Gegensatz zur ICD-10 ordnet das DSM-5 den selektiven Mutismus den Angststörungen zu (vgl. American Psychiatric Association, 2018, S. 255 ff.). Hier liegt somit – anders als im ICD-10 – der Fokus auf der Angst bzw. der Furcht vor dem Sprechen und bildet dadurch die Gemeinsamkeit zu anderen Störungen dieser Gruppe. Angst ist bei den Betroffenen deutlich stärker ausgeprägt sowie länger andauernd und tritt teils in Situationen auf, die bei anderen Personen keine Angstreaktion hervorrufen würden (ebd.).

Wie aus Abbildung eins zu entnehmen, unterscheiden sich die diagnostischen Kriterien der ICD-10 und der DSM-5, außer in ihrer Reihenfolge, so gut wie gar nicht. Beide Klassifikationssysteme formulieren Kriterien von A bis E. Das DSM-5 scheint jedoch etwas präziser zu sein. So betont es, die Notwendigkeit des Vorliegens von Beeinträchtigungen im schulischen, beruflichen oder sozialen Bereich (Kriterium B). Zudem konkretisiert es die Dauer der Störung (Kriterium C) und hebt hervor, dass sich der Zeitraum von mindestens einem Monat der Symptomatik nicht nur auf den Beginn der Schulzeit beschränken darf. Es formuliert außerdem im Vergleich zur ICD-10 den Ausschluss mehrerer Störungen in den diagnostischen Kriterien (Kriterium E). Bei der ICD-10 ist der Ausschluss innerhalb der diagnostischen Kriterien auf das Störungsbild der tiefgreifenden Entwicklungsstörung beschränkt (Kriterium D). Die ICD-10 hingegen spezifiziert das Vorliegen eines altersgemäßen Sprachverständnisses und Sprachausdrucks (Kriterium A) und schließt nicht nur fehlende Kenntnisse in der gesprochenen Sprache aus (ICD-10: Kriterium E; DSM-5: Kriterium D).

Abb. 1: „diagnostische Kriterien des selektiven Mutismus anhand ICD-10 und DSM-5“

ICD-10	DSM-5
<p>A. Sprachausdruck und Sprachverständnis, beurteilt in einem individuell angewandten standardisierten Test, innerhalb von zwei Standardabweichungen entsprechend dem Alter des Kindes.</p> <p>B. Nachweisbare beständige Unfähigkeit, in bestimmten sozialen Situationen, in denen erwartet wird, dass das Kind redet (z.B. in der Schule), zu sprechen; in anderen Situationen ist das Sprechen jedoch möglich.</p> <p>C. Dauer des elektiven Mutismus länger als vier Wochen.</p> <p>D. Es liegt keine tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84) vor.</p> <p>E. Die Störung beruht nicht auf fehlenden Kenntnissen der gesprochenen Sprache, die in den sozialen Situationen, in denen das Kind nicht spricht, erwartet werden.</p> <p>(Weltgesundheitsorganisation, 2019, S. 331 f.)</p>	<p>A. Andauernde Unfähigkeit in bestimmten Situationen zu sprechen, in denen das Sprechen erwartet wird (z.B. in der Schule), wobei in anderen Situationen gesprochen wird.</p> <p>B. Das Störungsbild beeinträchtigt die schulischen oder beruflichen Leistungen oder die soziale Kommunikation.</p> <p>C. Die Störung dauert mindestens einen Monat (und ist nicht auf den ersten Monat nach Schulbeginn beschränkt).</p> <p>D. Die Unfähigkeit zu sprechen ist nicht durch fehlende Kenntnisse der gesprochenen Sprache bedingt oder dadurch, dass der Betroffene sich in dieser Sprache nicht wohlfühlt.</p> <p>E. Das Störungsbild kann nicht besser durch eine Kommunikationsstörung (z.B. Redeflussstörung mit Beginn in der Kindheit) erklärt werden und tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Autismus-Spektrum-Störung, einer Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung auf.</p> <p>(American Psychiatric Association, 2018, S. 264)</p>

Charakteristisch für selektiven Mutismus ist „eine deutliche, emotional bedingte Selektivität des Sprechens“ (Weltgesundheitsorganisation, 2015, S. 379). Meist schweigt das betroffene Kind nur gegenüber fremden Personen und/oder in fremden Situationen, wie in der Schule und spricht zu Hause sowie gegenüber engen Bezugspersonen altersgemäß und ohne Einschränkung (American Psychiatric Association, 2018, S. 264). Nicht immer spricht das Kind komplett ohne Einschränkungen, leichte Einschränkungen, welche kein klinisch, relevantes

Ausmaß abbilden, sind möglich (Schwenck & Gensthaler, 2017, S. 74). Hierzu zählen bspw. leichte Defizite in phonologischer Bewusstheit⁶, Grammatik und Wortschatz (ebd.). Zusätzlich zum Schweigen zeigt das Kind meist verminderte Mimik, d.h. es lächelt weniger, zeigt kaum Blickkontakt und erstarrt teilweise (vgl. Johannssen, Kramer, Lukaschyk & Talley, 2016, S. 171). Schwenck und Gensthaler (2017, S. 72 f.) differenzieren den situativen Faktor zusätzlich in „Ort“ und „Inhalt“. Das Schweigen ist somit – neben der Person und insbesondere dessen Vertrautheit – auch dadurch bedingt, ob sich das Kind an dem Ort wohlfühlt bzw. die Interaktion in einem öffentlichen oder privaten Raum stattfindet. Zudem hängt das Schweigen auch davon ab, wie hoch die an das Kind gestellten, kommunikativen Anforderungen sind, bspw. ob es bloße „Ja oder Nein“-Antworten geben kann oder seine Meinung darstellen soll. Zentral ist, dass das Kind generell in der Lage ist zu sprechen und es dieses nur unter gewissen, definierbaren Umständen konsequent oder teilweise verweigert (Weltgesundheitsorganisation, 2015, S. 379). Situationen, die Schweigen begünstigen, sind meist solche, in denen an das Kind gewisse Anforderungen hinsichtlich Leistungserbringung oder sozialer Interaktion gestellt werden (American Psychiatric Association, 2018, S. 265). Dies sind also Situationen, in denen das Kind Stress erlebt (vgl. Bahr, 2018, S. 28 f.).

Eine Extremform des Schweigens bildet der „totale Mutismus“. Dieser bezeichnet die Problematik, dass Betroffene trotz vorhandener Sprechfähigkeit unabhängig von Situation und anwesenden Personen schweigen und auch keine/kaum andere phonetischen Laute verwenden. Der totale Mutismus bildet jedoch kein eigenes Störungsbild, sondern ist die stärkste Ausprägung des selektiven Mutismus. (Bahr, 2018, S. 15; Rogoll, Petzold & Ströhle, 2018, S. 593; Ströhle, Gensichen & Domschke, 2018, S. 612)

2.2.2 Komorbiditäten und differentialdiagnostische Abgrenzung

Eine differentialdiagnostische Abgrenzung zu anderen Störungsbildern ist beim selektiven Mutismus zentral. Die charakteristische Symptomatik (siehe Kapitel 2.2.1 „Symptomatik“) ähnelt teils anderen Störungen bzw. kann Bestandteil eines anderen Störungsbildes sein (Schwenck & Gensthaler, 2017, S. 75). Zudem liegt selektiver Mutismus selten allein vor, Komorbiditäten sind häufig (ebd.).

Wie bereits in Abb. 1 „diagnostische Kriterien des selektiven Mutismus anhand ICD-10 und DSM-5“ aufgezeigt wurde, muss je nach Klassifikationssystem das Vorliegen verschiedener

⁶ Unter „phonologischer Bewusstheit“ wird die Fähigkeit verstanden, Lautstrukturen einzelner Wörter zu erkennen und diese manipulieren zu können (Castles & Coltheart, 2004 zit. nach Nagler, Lindberg & Hasselhorn, 2018, S. 6).

Störungen für die Diagnosevergabe ausgeschlossen werden. Beim DSM-5, welches in Deutschland überwiegend in der Forschung und im englischsprachigen Raum auch in der Praxis verwendet wird (vgl. Gerrig, 2015, S. 555), darf die auftretende Symptomatik nicht durch eine Kommunikationsstörung zu begründen oder Bestandteil der Symptomatik einer Autismus-Spektrum-Störung, Schizophrenie oder anderer psychotischer Störung sein (American Psychiatric Association, 2018, S. 266). In den diagnostischen Kriterien des ICD-10, welches im deutschsprachigen Raum in der Praxis genutzt wird (vgl. Gerrig, 2015, S. 555), ist nur der Ausschluss einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, also der verschiedenen Störungen des autistischen Spektrums, genannt (Weltgesundheitsorganisation, 2019, S. 331 f.). Den diagnostischen Leitlinien nach sollte man auch weitere Störungsbilder ausschließen (Weltgesundheitsorganisation, 2015, S. 379). Dies sind der „passagere(...) Mutismus als Teil einer Störung mit Trennungsangst (F93.0), [die] Schizophrenie (F20), (...) [und die] umschriebene Entwicklungsstörung(...) des Sprechens und der Sprache (F80)“ (ebd.).

Sowohl die Kommunikationsstörung, die im DSM-5 genannt ist, als auch die umschriebene Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache sind vom selektiven Mutismus abzugrenzen, da im Gegensatz zum selektiven Mutismus, Betroffene der genannten Störungen zu jeder Gegebenheit Einschränkungen der Sprache aufweisen und nicht, wie beim selektiven Mutismus, nur in bestimmten Situationen. Bei den anderen auszuschließenden Störungen sind Einschränkungen in der Kommunikation typisch. Diese können sich im Extremfall zu einem Schweigen in bestimmten Situationen entwickeln, sind dann aber bloß ein Symptom einer umfassenderen Symptomatik, welche sich nicht nur auf das Schweigen beschränkt. (vgl. American Psychiatric Association, 2018, S. 266; vgl. Bahr, 2018, S. 48 ff.)

Zudem findet sich in der einschlägigen Literatur noch der Hinweis das Schweigen als Folge einer organischen Störung auszuschließen, wie bspw. einer Hörstörung (vgl. Bahr, 2018, S. 48; vgl. Steinhausen, 2019, S. 192). Auch hier ist die das Sprechen im Gegensatz zum selektiven Mutismus immer eingeschränkt.

Wie zu Beginn dieses Kapitels bereits erwähnt wurde, liegen meist Komorbiditäten vor. Die höchste Komorbiditätsrate lässt sich bei den Angststörungen verzeichnen, am häufigsten bei sozialer Angststörung/sozialer Phobie (Lauth-Lebens & Adornetto, 2018, S. 437). Diese beinhalten teils ähnliche Symptome wie die des selektiven Mutismus, bspw. die Furcht vor Fremden oder das Vermeidungsverhalten (vgl. American Psychiatric Association, 2018, S. 266 f.; vgl. Weltgesundheitsorganisation, 2015, S. 376). Zudem gibt es Uneindeutigkeiten über die Häufigkeit komorbid vorliegender Entwicklungsstörungen, insbesondere Entwicklungsstörungen der Sprache. Laut bspw. Lauth-Lebens & Adornetto (2018, S. 438) oder Katz-Bernstein

(2015, S. 18 f.) liegen diese häufig vor. Der WHO nach zu urteilen (2015, S. 379), ist die Annahme, dass sowohl Artikulationsstörungen als auch Sprachentwicklungsstörungen vermehrt komorbid vorliegen, nicht bestätigt. Laut Steinhausen (2019, S. 192 f.) seien „Depression[en], Schlafstörungen, Hyperaktivität, Tics und Zwänge“ auch häufig vorliegende Symptomatiken, würden aber deutlich seltener komorbid vorliegen als die zuvor genannten Störungen. Auch das Vorliegen sozial-emotionaler Störungen sei häufig (Weltgesundheitsorganisation, 2015, S. 379).

Das Vorliegen mehrerer Störungen zeitgleich, kann dazu führen insbesondere weitere Angststörungen oder somatische Erkrankungen zu entwickeln und das Schweigen weiter auszudehnen (Ströhle et al., 2018, S. 612 f.). Dies sollte insbesondere bei der Diagnostik bzw. Therapie berücksichtigt werden (siehe Kapitel 2.2.5 „Diagnostik“ und 2.3 „Therapieansätze bei selektivem Mutismus“).

2.2.3 Epidemiologie und Verlauf

Wie in der Einleitung (siehe Kapitel eins) bereits erwähnt, zählt der selektive Mutismus zu den eher seltenen Störungsbildern. Es gibt kaum aussagekräftige Daten zur genauen Prävalenz (Bahr, 2018, S. 15). Das liegt unter anderem daran, dass bei großen epidemiologischen Studien zu psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter der selektive Mutismus bisher keine Berücksichtigung findet (American Psychiatric Association, 2018, S. 265). Schätzungen gehen jedoch von Punktprävalenzen zwischen 0,03 % und 1 % aus (ebd.). Teils wird angenommen, dass die Prävalenz in der Realität höher ausfallen dürfte, da einige Betroffene aufgrund der Verwechslung mit bloßer Schüchternheit, unentdeckt bleiben dürften (vgl. Hung et al., 2012, S. 223).

Der Beginn der Störung liegt meist im Vorschul- bzw. Grundschulalter (Steinhausen, 2019, S. 192). Konkreter treten erste Symptome meist bereits zwischen dem dritten und fünften Lebensjahr auf (Hung et al., 2012, S. 222). Klinisch relevant werden die Symptome oft erst im Übergang in die Schule (American Psychiatric Association, 2018, S. 265). Auch eine Behandlung findet in den meisten Fällen erst im Grundschulalter statt (Hung et al., 2012, S. 222). Grundsätzlich lässt sich selektiver Mutismus hinsichtlich seines Beginns in den Frühmutismus (Beginn eher ab 3,4 Jahren) und den Spätmutismus differenzieren (Beginn eher ab 5,5 Jahren) (vgl. Katz-Bernstein, 2015, S. 29).

Signifikante Geschlechtsunterschiede werden nicht berichtet (American Psychiatric Association, 2018, S. 265; Weltgesundheitsorganisation, 2015, S. 378), obwohl Angststörungen im Allgemeinen, wozu der selektive Mutismus mittlerweile gezählt wird, doppelt so häufig bei

Frauen als bei Männern auftritt (American Psychiatric Association, 2018, S. 264 ff.). Auch kulturelle bzw. ethnische Unterschiede sind bisher nicht bekannt (ebd.).

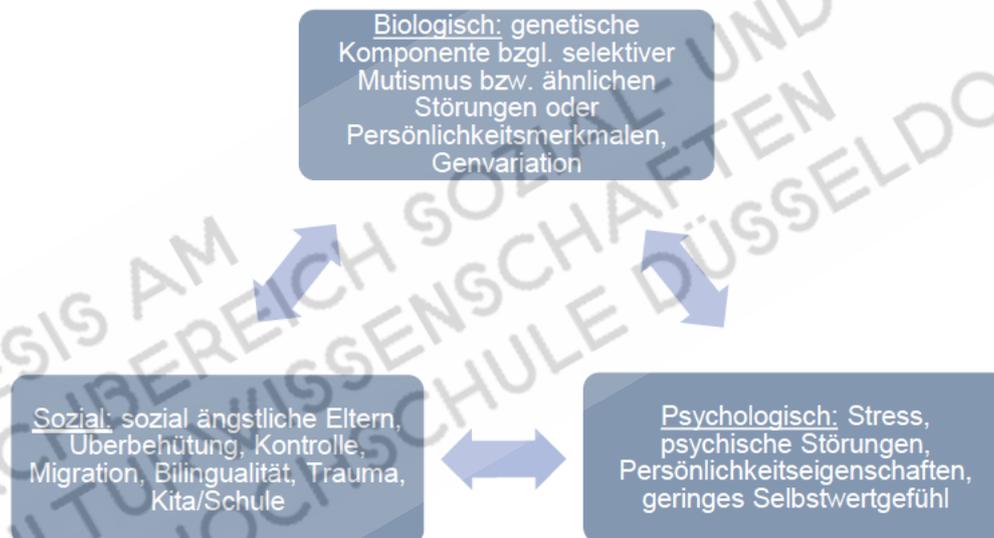
Meist wird rückblickend davon berichtet, dass das Kind sich zu Beginn der Symptomatik etwas mehr zurückzieht, leiser spricht und schüchterer wirkt (Rogoll et al., 2018, S. 594 f.). So ist nicht sofort ersichtlich, dass es sich um eine psychische Störung handeln könnte (ebd.). Sukzessiv verstärkt sich die Symptomatik, bis es dann vom Flüstern zum Schweigen kommt (ebd.). Hinsichtlich des weiteren Verlaufs des nun manifestierten Störungsbildes gibt es, u.a. aufgrund der Seltenheit und dadurch bedingt geringen Erforschung, teils widersprüchliche Erkenntnisse (Steinhausen, 2019, S. 194). Jedoch wird davon ausgegangen, dass sich die Symptomatik unbehandelt weiter verstärkt und der Personenkreis mit dem das Kind spricht, tendenziell abnimmt (Wischnewski & Ströhle, 2016, S. 197). Zudem resultiert aus einem länger anhaltendem Schweigen ein zunehmender Mangel an sozialen Interaktion, welcher dazu führen könnte, dass der Betroffene sich sozial isoliert (American Psychiatric Association, 2018, S. 256). Auch schulische Leistungseinbußen werden im Laufe der Störung häufiger (ebd.). Ohne Behandlung besteht eine Gefahr der Chronifizierung und somit Zunahme auch von Folgebeeinträchtigungen (Schwenck & Gensthaler, 2017, S. 72). Es gibt Hinweise darauf, dass bei ca. einem Drittel der im Kindesalter Betroffenen, einzelne Symptome auch im Erwachsenenalter persistieren (Rogoll et al., 2018, S. 593). Eine gute Prognose besteht, wenn die Symptomatik so gering wie möglich ausgeprägt, die Störung schon in früheren Jahren beginnt, schnell erkannt und behandelt wird (ebd.). Bestenfalls sollte die Störung spätestens in den ersten beiden Schuljahren erfolgreich behandelt werden, um die Entstehung weiterer Beeinträchtigungen zu vermeiden (vgl. Goodman & Scott, 2016, S. 172). Erkenntnisse der APA (2018, S. 265) bestätigen den unbekanntem Verlauf. Sie vertreten jedoch die Annahme, obwohl es keine Studie gibt, welche diese belegt, dass sich die Störung irgendwann „auswächst“ und die Symptomatik langsam von selber verschwindet. Dies wird auch von Hartmann (1997, S. 69) gestützt. Er liefert ungefähre Angaben bzgl. der Dauer des Störungsbildes. Ungeachtet dessen, ob das Kind therapeutisch behandelt wird oder nicht, spricht er bei Mädchen von einer ungefähren Dauer von 5,5 Jahren und bei Jungen von vier Jahren. Aktuellere Daten sind in der einschlägigen Literatur nicht zu finden. Die Dauer des Verlaufes gilt generell eher als sehr variabel, ohne genaue Zahlen zu nennen (vgl. American Psychiatric Association, 2018, S. 265).

2.2.4 Ätiologie

Die Ätiologie beschäftigt sich mit Faktoren, die die Entstehung einer Störung bedingen, aufrechterhalten oder in gewissem Maße entgegenwirken können, somit mit Risiko- und Schutz-

faktoren (vgl. Caspar, Pjanic & Westermann, 2018, S. 33 ff.). Um Ansatzpunkte zur Intervention ausfindig zu machen, sollte man die der Störung zugrunde liegenden pathogenen Dynamiken kennen (vgl. Hurrelmann & Richter, 2013, S. 150; vgl. Wittchen & Jacobi, 2011, S. 86). Es gibt zahlreiche mögliche Faktoren, die die Entstehung des selektiven Mutismus bedingen bzw. die Symptomatik aufrechterhalten. Die wichtigsten werden im Folgenden, unterteilt in biologische, psychologische und soziale Faktoren, in Anlehnung an das bio-psycho-soziale Modell, dargestellt. Das bio-psycho-soziale Modell erklärt die Entstehung und Aufrechterhaltung einer psychischen Störung durch vorhandene Wechselwirkungen biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren (vgl. Wälte, 2013, S. 76).

Abb. 2: „das bio-psycho-soziale Modell angewendet auf selektiven Mutismus“



Studien fanden Hinweise darauf, dass selektiver Mutismus ätiologisch eine genetische Komponente bzw. familiäre Häufung aufweist (vgl. Remschmidt, Poller, Herpertz-Dahlmann, Henninghausen & Gutenbrunner, 2001, S. 288 ff.). Der genetische bzw. biologische Einflussfaktor wird als recht ausschlaggebend angenommen (Lauth-Lebens & Adornetto, 2018, S. 442). Um die genauen pathogenen Dynamiken zu verstehen, bedarf es jedoch weiterer Forschung (ebd.). Andere Autoren sprechen nicht konkret von einer möglichen Vererbbarkeit des selektiven Mutismus, sondern alleinig von einer „familiäre[n] Häufung von Schweigsamkeit“ (Steinhausen, 2019, S. 194) oder davon, dass eine familiäre Häufung von gewissen Persönlichkeits-

merkmalen bzw. zu ähnlichen Störungen (siehe Kapitel 2.2.2 „Komorbiditäten und differentialdiagnostische Abgrenzung“) innerhalb der Familie besteht (Schwenck & Gensthaler, 2017, S. 73). Bei einer familiären Häufung darf nicht zwangsläufig von einer biologischen Komponente ausgegangen werden. Es ist auch möglich, dass diese eher den sozialen Einflussfaktoren zugeordnet werden sollte. Die APA (2018, S. 266 ff.) betont hinsichtlich der biologischen Faktoren mögliche Gemeinsamkeiten zur Ätiologie sozialer Angststörungen. Erste Hinweise bestehen zusätzlich dahingehend, dass eine spezifische Genvariation maßgeblich für die Entstehung des selektiven Mutismus sein könnte (Stein et al., 2011, S. 828 ff.).

Ein zentraler psychologischer Faktor ist das subjektive Erleben von Stress (Bahr, 2018, S. 28). Das Schweigen dient dem Betroffenen möglicherweise in Stresssituationen als Lösung dahingehend, mit der Situation umzugehen und eine Überforderung zu vermeiden (ebd.). Hierdurch lässt sich auch erklären, warum selektiver Mutismus häufig im Übergang zum Kindergarten oder zur Schule auftritt bzw. die Symptomatik stärker ausgeprägt ist (Katz-Bernstein, 2015, S. 29). Das subjektive Stressempfinden des betroffenen Kindes stellt somit ein wichtiger Faktor für das Nicht-Sprechen dar. Der Kindergarten oder die Schule sollte somit ein Ort sein, an dem sich das Kind wohl- und nicht fremd fühlt (Hung et al., 2012, S. 224 ff.). Auch das Vorhandensein psychischer Störungen, insbesondere Entwicklungsstörungen, trägt zur Entstehung und Aufrechterhaltung bei (Steinhausen, 2019, S. 193). Möglicherweise bestehen leichte Defizite im Sprachverständnis, jedoch müssen diese, wie in Kapitel 2.2.1 „Symptomatik“ dargestellt, im noch altersgemäßen Bereich liegen (American Psychiatric Association, 2018, S. 265). Meist weisen Betroffene spezifische Persönlichkeitseigenschaften, wie vermehrte Ängstlichkeit, erhöhte Tendenz zu sozialem Rückzug, ausgeprägte Empfindsamkeit, Schüchternheit, Neurotizismus, Verhaltenshemmung und Scheu bzw. Gehemmtheit auf (American Psychiatric Association, 2018, S. 265; Steinhausen, 2019, S. 192 f.; Weltgesundheitsorganisation, 2015, S. 378). Dass einige Persönlichkeitseigenschaften mit selektivem Mutismus in Zusammenhang gebracht werden, ist unbestritten (American Psychiatric Association, 2018, S. 265). Jedoch ist bisher noch nicht ausreichend erforscht, inwiefern sie als Faktor zur Entstehung und Aufrechterhaltung beitragen (ebd.). Auch ein geringes Selbstwertgefühl kann sich negativ auswirken (Bahr, 2018, S. 45). Bei einem geringen Selbstwertgefühl fällt es dem Kind generell schwer sich zu äußern, unabhängig von der Situation (ebd.). Es hat womöglich die Sorge, von anderen negativ bewertet zu werden (ebd.). In Situationen, in denen sich das Kind zusätzlich unwohl fühlt, ist die Hürde noch höher und Schweigen könnte die mögliche Konsequenz sein (ebd.).

Im Bereich der sozialen Faktoren ist insbesondere das familiäre Umfeld entscheidend. Wie bereits bei den biologischen Faktoren erwähnt, besteht eine familiäre Häufung von selektivem

Mutismus (vgl. Remschmidt et al., 2001, S. 288 ff.). Diese lässt sich durchaus auch den sozialen Faktoren zuordnen. Wenn die Eltern selbst eine Tendenz zu ängstlichen Verhaltensweisen zeigen, nimmt das Kind dieses Verhalten durch Modelllernen in das eigene Verhaltensrepertoire auf und benimmt sich dann in fremden Situationen teils gehemmter (Lauth-Lebens & Adornetto, 2018, S. 442). Als möglicher weiterer sozialer Einflussfaktor gilt, dass Eltern selektiv mutistischer Kinder oft überbehütender oder kontrollierender erziehen (American Psychiatric Association, 2018, S. 265). Sowohl aus Überbehütung, als auch aus zu starker Kontrolle kann für das Kind resultieren, dass wichtige Bewältigungskompetenzen nicht erlernt werden, da ihm das Ausüben von Tätigkeiten nicht zugetraut oder verboten wird (vgl. Bahr, 2018, S. 22). Eine weitere meist innerfamiliäre Dynamik trägt insbesondere zur Aufrechterhaltung der selektiv mutistischen Symptomatik bei (Schwenck & Gensthaler, 2017, S. 74). Mechanismen der operanten Verstärkung sind bspw. das vermehrte Schenken von Aufmerksamkeit, wenn das Kind schweigt (positive Verstärkung) sowie ein kurzfristiges Empfinden von weniger Stress und Anspannung durch das Schweigen (Schwenck & Gensthaler, 2017, S. 74). Dies führt dazu, dass das Schweigen in vergleichbaren Situationen mit höherer Wahrscheinlichkeit auftreten wird (Schwenck & Gensthaler, 2017, S. 74). Auch Migration gilt als relevanter Faktor (vgl. Mayworm, Dowdy, Knights & Rebelez, 2015, S. 194). Laut Katz-Bernstein, Wyler-Sidler & Meili-Schneebeli (2018, S. 16) sind ca. 50 % der selektiv mutistischen Kinder von Migration bzw. Bilingualität betroffen. Dies könnte daran liegen, dass das Kind zunächst vor die Herausforderung gestellt wird, eine neue Sprache zu erlernen, welche es zur Kommunikation mit dem erweiterten Umfeld benötigt (American Psychiatric Association, 2018, S. 266). So wächst es in einem Umfeld auf, in dem mehrere Sprachen zur Kommunikation benötigt werden (ebd.). Durch das Erlernen mehrerer Sprachen erleben Kinder möglicherweise ein erhöhtes Stresserleben beim Sprechen unter bestimmten Gegebenheiten (Bahr, 2018, S. 69 f.). Es ist möglich, dass sich betroffene Kinder in der neu zu lernenden Sprache noch nicht wohlfühlen, obwohl sie ein ausreichendes Verständnis der dieser besitzen und mit ihr vertraut sein dürften (siehe Kapitel 2.2.1 „Symptomatik“) (ebd.). Auch das Erleben von traumatischen Erfahrungen, bspw. Missbrauchserfahrungen wird in der Fachliteratur teils als möglicher Faktor berücksichtigt (vgl. Goodman & Scott, 2016, S. 170 f.; vgl. Steinhausen, 2019, S. 193). Die Ergebnisse einiger Studien sind hier jedoch nicht eindeutig und betonen den Bedarf weiterer Forschung (vgl. Goodman & Scott, 2016, S. 170 f.; vgl. Schwenck & Gensthaler, 2017, S. 74). Wie bereits bei den psychologischen Faktoren erwähnt, ist das subjektive Stresserleben ausschlaggebend für das Schweigen in spezifischen Situationen. Deshalb sollten insbesondere Kindergärten und Schulen bzw. die dort tätigen Erzieher und Lehrer, darauf achten, eine möglichst angenehme Atmosphäre zu schaffen (Hung et al., 2012, S. 224 ff.).

Zusätzlich zu den hier aufgezeigten Faktoren werden weitere diskutiert. Auch das Zwei-Faktoren-Modell zur Entstehung sozialer Angst könnte laut Lauth & Adornetto (2018, S. 442) zur Erklärung des selektiven Mutismus herangezogen werden. Einige der genannten Punkte werden in der einschlägigen Literatur, wie teils bereits erwähnt, nicht einheitlich als ausschlaggebend angesehen und bedürfen weiterer Forschung. Hierzu zählen u.a. die überbehütende bzw. kontrollierende Erziehung, traumatische Erlebnisse sowie das Ausmaß der genetischen Komponente und der Persönlichkeitsmerkmale auf die Entstehung und Aufrechterhaltung (vgl. American Psychiatric Association, 2018, S. 265; vgl. Lauth-Lebens & Adornetto, 2018, S. 442; vgl. Schwenck & Gensthaler, 2017, S. 74).

2.2.5 Diagnostik

Diagnostik im Rahmen der Klinischen Psychologie⁷ bezeichnet den Prozess, der zur „Beschreibung und Erfassung von psychischen bzw. zwischenmenschlichen Problemen, Symptomen und psychischen Störungen“ dient (Maercker, 2018b, S. 118). Ziel ist es, zum einen herauszufinden, ob eine psychische Störung vorliegt (kategoriale Klassifikation) und zum anderen in welchem Ausmaß die einzelnen Symptome auftreten (dimensionale Diagnostik) (ebd.).

Eine umfassende Diagnostik bei Verdacht auf selektiven Mutismus findet in den meisten Fällen erst mit Beginn der Schulzeit statt, da die Symptomatik ab dem Besuch der Grundschule zunehmend an klinischer Relevanz gewinnt (Ströhle et al., 2018, S. 612). Unter anderem aufgrund verschiedener möglicher Ausprägungsgrade (dimensionale Diagnostik) ist die Diagnostik des selektiven Mutismus recht komplex (Subellok & Bahrfeck-Wichitill, 2016, S. 163). Deshalb ist eine Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen, wie Pädagogen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychiater, Ärzte und Logopäden, ratsam, um so ein ganzheitliches Abbild der Symptomatik zu erhalten (Katz-Bernstein, 2015, S. 14). Zunächst findet, je nach Alter des Kindes, entweder in seiner Anwesenheit oder nur mit den Eltern ein diagnostisches Erstgespräch statt (Garbani Ballnik, 2009, S. 122 ff.). Insbesondere durch anamnestische Erhebungen mittels Interviews, Fragebögen, Beobachtungssituationen und Exploration erfolgt eine erste Einschätzung und Abgrenzung zu ähnlichen Störungsbildern (siehe Kapitel 2.2.2 „Komorbiditäten und differentialdiagnostische Abgrenzung“) (Steinhausen, 2019, S. 193). Die Beobachtung findet meist durch eine strukturierte Verhaltensbeobachtung

⁷ Die Klinische Psychologie stellt den Bereich dar, welcher sich mit „psychischen Störungen und psychischen Aspekten körperlicher Erkrankungen“ befasst (Maercker, 2018a, S. 14).

mittels Videoaufzeichnung statt (Lauth-Lebens & Adornetto, 2018, S. 440). So soll der Therapeut einen Eindruck darüber erhalten, wie das Kind „in verschiedenen Situationen, gegenüber verschiedenen Personen, in unterschiedlichen sprachlichen Anforderungssituationen (...) [und] in verschiedenen Belastungssituationen“ agiert (ebd.). Um Rückschlüsse auf mögliche auslösende und aufrechterhaltende Faktoren zu erhalten (siehe Kapitel 2.2.4 „Ätiologie“) werden nahestehende Bezugspersonen, insbesondere aus der Familie, aber auch Erzieher oder Lehrer befragt (ebd., S. 438). Mögliche Fragebögen, die dem Therapeuten oder auch anderen Fachpersonen als Hilfestellung dienen können, sind zum einen der Deutsche Mutismus Test (DMT-KoMut) (vgl. Johannsen, Kramer & Lukaschyk, 2016, S. 387 ff), die diagnostischen Fragebögen zum selektiven Mutismus (DiFraMut) (vgl. Feldmann & Kopf, 2016, S. 180 ff.) und der Kölner Mutismus Anamnese Bogen (K-M-A) (vgl. Hartmann, 2016, S. 202 ff.).

Durch die verschiedenen Verfahren soll zum einen, im Sinne der kategorialen Diagnostik, eruiert werden, ob die diagnostischen Kriterien des selektiven Mutismus (siehe Kapitel 2.2.1 „Symptomatik“) erfüllt sind. Hierfür ist meist zusätzlich zu Befragungen, Beobachtungen und Explorationen eine Testung der sprachlichen Funktionen durch einen Logopäden/Sprachtherapeuten notwendig, um Gewissheit über die Sprachproduktion sowie -verständnis zu erhalten (Katz-Bernstein, 2015, S. 14). Teils wird dazu geraten auch die kognitiven Leistungen des Kindes zu testen (Lauth-Lebens & Adornetto, 2018, S. 441). Dies könnte möglicherweise zur differentialdiagnostischen Abgrenzung hilfreich sein (ebd.). Des Weiteren bietet sich der Einsatz standardisierter Fragebögen, insbesondere zu Angststörungen, aber auch zu anderen relevanten Störungen (siehe Kapitel 2.2.2 „Komorbiditäten und differentialdiagnostische Abgrenzung“) an (ebd.). Liegt im Sinne der kategorialen Diagnostik die Störung vor, so ist der diagnostische Prozess noch nicht abgeschlossen. Für eine Diagnosevergabe ist letztendlich insbesondere die subjektive Beeinträchtigungen des Kindes als Folge des Schweigens von Bedeutung (Wischniewski & Ströhle, 2016, S. 196). Denn Leiden bzw. Beeinträchtigungen ausgelöst durch die zugrunde liegende Symptomatik stellen ein Kriterium dar, welches vorhanden sein muss, um überhaupt von einer psychischen Störung sprechen zu können (vgl. Maercker, 2018a, S. 17). Weitere Punkte sollten im diagnostischen Prozess ergründet werden, auch um bereits erste Hinweise für die Therapieplanung ableiten zu können (Lauth-Lebens & Adornetto, 2018, S. 438). Hierzu zählt, dass der Therapeut zum einen Klarheit über das Symptom, über das Ausmaß des Schweigens und der umgebenden, teils aufrechterhaltenden Faktoren gewinnen sollte (ebd., S. 73). Zum anderen sollte er detailliert eruierten, unter welchen Bedingungen das Kind ins Schweigen verfällt, hinsichtlich verschiedener Situationen, Personen und möglichen anderen Einflussfaktoren (Lauth-Lebens & Adornetto, 2018, S. 438). Hier kann zusätzlich die Methode des Ausfüllens eines Schweige- und Sprechtagebuchs, entweder durch das Kind oder durch Erzieher und Eltern, hinzugezogen werden (ebd., S. 438 ff.). So

kann auch die Ausprägung der Symptomatik besser eingeschätzt werden (ebd., S. 438 ff.). Auch Rückschlüsse auf die Kognitionen des Kindes sowie die Funktion des Schweigens als Symptom innerhalb des Familiensystems sollten gezogen werden (Katz-Bernstein, 2015, S. 73). Hierbei ist insbesondere von Relevanz, wie mit dem Schweigen umgegangen wird, ob dem Kind bspw. sehr viel Aufmerksamkeit geschenkt wird (siehe Kapitel 2.2.4 „Ätiologie“), damit es eventuell doch spricht oder ob ein Familienmitglied für das betroffene Kind stellvertretend die Aufgabe der Kommunikation übernimmt (Garbani Ballnik, 2009, S. 115).

Der diagnostische Prozess bei Verdacht auf selektiven Mutismus kann sich durchaus als komplex und herausfordernd darstellen. Zum einen durch die möglichen verschiedenen Ausprägungen (vgl. Subellok & Bahrfeck-Wichitill, 2016, S. 163), zum anderen auch dadurch, dass der Therapeut insbesondere zu Beginn der Diagnostik nicht bzw. kaum auf verbale oder auch nonverbale Äußerungen des Kindes zurückgreifen kann (Bahr, 2018, S. 64). Grundsätzlich gilt, dass die Diagnostik ein Prozess ist, welcher bereits therapeutischen Charakter besitzen kann (Garbani Ballnik, 2009, S. 116). Diagnostische und therapeutische Prozesse sind nicht immer eindeutig voneinander abzugrenzen, sondern können ineinander übergehen (ebd.). Wie die Therapie von selektivem Mutismus gestaltet werden kann, wird im nächsten Kapitel dargestellt.

2.3 Therapieansätze bei selektivem Mutismus

Die Therapie eines Kindes mit selektivem Mutismus sollte, wie die Diagnostik (siehe Kapitel 2.2.5 „Diagnostik“), in Zusammenarbeit verschiedener Fachkräfte und auch der Eltern erfolgen (Katz-Bernstein, 2015, S. 14 ff.). Zentrale therapeutische Aufgaben können entweder in einem größeren Maße von einem Sprachtherapeuten oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wahrgenommen werden (ebd.). Hier wird im Folgenden der Ansatz der Psychotherapie fokussiert, welcher oft in Kombination mit Sprachtherapie erfolgt (ebd.). Auch eine enge Kooperation mit der Schule bzw. dem Kindergarten ist notwendig, d.h. mit Lehrkräften, Erziehern, Schulpsychologen und Schulsozialarbeitern, um Erfolge zu erzielen (ebd.; Subellok & Bahrfeck-Wichitill, 2016, S. 164). Grundsätzlich besteht ein großes Spektrum verschiedener therapeutischer Richtungen zur Behandlung des selektiven Mutismus (Subellok & Bahrfeck-Wichitill, 2016, S. 163). Hierzu zählen „behaviorale, kognitiv-behaviorale, psychodynamische, systemisch-familientherapeutische, sprachtherapeutische und methodenintegrierende Interventionsstrategien“ (ebd.). Die Therapie muss individuell auf die Bedürfnisse des Betroffenen ausgelegt werden (Lauth-Lebens & Adornetto, 2018, S. 445). Deshalb bietet sich meist die Integration verschiedener Ansätze, auch aus verschiedenen Disziplinen, an (Katz-Bernstein, 2015, S. 15). Hierbei spricht man dann auch von einer „multimodalen Therapie“ (vgl. Hung et

al., 2012, S. 224). Verhaltenstherapeutische (VT = Verhaltenstherapie) bzw. teils insbesondere Maßnahmen der kognitiv-behavioralen Therapie (KVT) scheinen insgesamt am häufigsten eingesetzt zu werden und auch den größten Nutzen zu zeigen (vgl. Herdener-Pinnekamp, Gundelfinger & Steinhausen, 2010, S. 30; vgl. Remschmidt & Kamp-Becker, 2015, S. 153; vgl. Rogoll et al., 2018, S. 595; vgl. Steinhausen, 2019, S. 194). Auch Leitlinien zu Angststörungen – wozu der selektive Mutismus im DSM-5 bereits zählt (siehe Kapitel 2.2.1 „Symptomatik“) – für Erwachsene oder Kinder bekräftigen die Wirksamkeit von VT bzw. KVT (Bandelow et al., 2014, S. 8 ff.; Gontard, Möhler & Bindt, 2015, S. 42). Grundsätze des verhaltenstherapeutischen Behandlungsansatzes sowie einzelne Methoden, die sich für die Anwendung des selektiven Mutismus bewährt haben, werden nun dargestellt.

Basis verhaltenstherapeutischer Methoden und Techniken bilden lerntheoretische Erkenntnisse, wie das klassische und operante Konditionieren, Diskriminationslernen, Modelllernen, das sozial-kognitive Lernen sowie die Selbstwirksamkeit und Kontrollerfahrung (Petermann & Petermann, 2015, S. 23 f.). Verschiedene Theorierichtungen fokussieren unterschiedliche ätiologische Faktoren (vgl. Rogoll et al., 2018, S. 594). Die Verhaltenstherapie konzentriert sich insbesondere auf Aspekte, welche die Symptomatik des selektiven Mutismus aufrechterhalten (ebd.). Dies sind vor allem Prozesse der operanten Konditionierung, die in der Therapie verändert und auf andere Art und Weise genutzt werden sollen (ebd.). Es besteht eine Vielzahl konkreter verhaltenstherapeutischer Methoden (vgl. Jacobi & Brakemeier, 2017, S. 200 ff.). Aufgrund dieser Vielzahl werden nun einzelne Elemente der VT bzw. KVT, welche häufig für die Behandlung von selektivem Mutismus verwendet werden, aufgezeigt. Durch die eingesetzten Techniken soll das Kind langsam dazu bewegt werden, in Situationen bzw. unter bestimmten Umständen, in denen es schweigt, zu kommunizieren (Steinhausen, 2019, S. 194). Bevor diese Techniken angewandt werden können, müssen möglicherweise vorher zusätzlich Interventionen erfolgen, welche die Angst vor dem Sprechen reduzieren, bspw. durch systematische Desensibilisierung (Lauth-Lebens & Adornetto, 2018, S. 443). Grundlage der verschiedenen Techniken ist das Prinzip der graduellen Annäherung (ebd.). Das öffentliche Sprechen stellt das Zielverhalten dar, auf welches hingearbeitet wird (ebd.). Durch den Einsatz verschiedener Techniken soll dies nach und nach, zunächst durch das Einüben einzelner Elemente des Zielverhaltens, erreicht werden (ebd.). Eine Technik ist die Verhaltensformung bzw. das „shaping“. Dieses dient dazu, schrittweise das gewünschte Zielverhalten aufzubauen, indem kleinste kommunikative Ansätze positiv verstärkt werden. (Lauth-Lebens & Adornetto, 2018, S. 443; Petermann & Petermann, 2015, S. 37). Die Situation sollte hierbei unverändert bleiben (Steinhausen, 2019, S. 194). Lediglich das erwünschte Zielverhalten wird nach und nach weiter ausgebaut (ebd.). Selbst geringe Fortschritte in der non-verbalen Kommunikation, wie das Halten des Blickkontaktes, werden bereits verstärkt (Rogoll et al., 2018, S. 595). Konkret handelt es

sich um positive Verstärkung im Sinne der operanten Konditionierung. Diese kann bspw. durch soziale Verhaltensweisen erfolgen, wie das Schenken von Aufmerksamkeit, ein wohlwollendes Nicken oder bestärkende Äußerungen bzw. durch ein Belohnungssystem, bei dem man beim Sammeln einer bestimmten Anzahl an Smileys, Münzen oder ähnlichem, diese in eine vorab definierte Belohnung eintauschen kann. (Junge-Hoffmeister, 2011, S. 512; Rogoll et al., 2018, S. 595; Steinhausen, 2019, S. 194) In der Therapie geschieht dies unter Erstellung eines Verstärkerplans, um die Schwierigkeit der zu zeigenden Verhaltensweisen stetig zu erhöhen und den bisherigen Erfolg sichtbar zu machen (Petermann & Petermann, 2015, S. 37). Eine weitere beim selektiven Mutismus oft angewandte verhaltenstherapeutische Technik ist das „stimulus-fading“ (Rogoll et al., 2018, S. 595). „Fading“ bedeutet Reizüberblendung oder auch Stimulus-Einblenden, d. h. einzelne Elemente, die für das Kind noch ungewohnt und fremd sind, werden nach und nach vertraulicher und erst dann folgt der nächste Schritt (ebd.; Lauth-Lebens & Adornetto, 2018, S. 444; Steinhausen, 2019, S. 194). Sind Therapieraum und Therapeut für das Kind nicht mehr fremd und das Kind beginnt zu kommunizieren, so kann der nächste Schritt sein, weitere Übungen bei offener Tür durchzuführen, um dem Ziel näher zu kommen, dass das Kind auch in fremden Umgebungen spricht (Rogoll et al., 2018, S. 595). Dies kann, wie es bei selektivem Mutismus ratsam ist, unter Erstellung einer Kommunikationshierarchie geschehen (ebd.). In dieser soll ersichtlich werden, wann das Kind spricht und wann es schweigt (ebd.). Genauer gesagt, welche Personen, Situationen, Inhalte der Kommunikation, Anforderungen an Leistungserbringung, Länge der möglichen Äußerungen und Druck des Umfeldes den individuellen Belastungsgrad des Kindes steigern und so zum Schweigen bringen (ebd.). Als Hilfestellung zur Erstellung der Hierarchie können, die teils im diagnostischen Prozess eruierten ätiologischen Faktoren, dienen (Lauth-Lebens & Adornetto, 2018, S. 444). Die KVT ergänzt den verhaltenstherapeutischen Ansatz, indem sie die das Verhalten begleitenden Gedanken (Kognitionen) fokussiert und diese als zusätzlichen Ansatzpunkt zur Verhaltensänderung sieht (Ülsemann & Erle, 2017, S. 273). Kognitionen, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer psychischen Störung beitragen, sind dysfunktional (ebd.). Im Rahmen der kognitiven Umstrukturierung werden diese zunächst aufgedeckt und dann sukzessiv in funktionale Kognitionen verändert (ebd.).

Zentral sind somit zum einen Prozesse des Modelllernen zu nutzen, indem Imitationsübungen durchgeführt werden, welche zuvor vom Therapeuten vorgemacht wurden (Rogoll et al., 2018, S. 595; Steinhausen, 2019, S. 194). So werden zunächst Mundbewegungen bis hin zu ganzen Sätzen geübt (Rogoll et al., 2018, S. 595). Zum anderen ist ein großer Bestandteil der VT sich Prozesse der operanten Konditionierung zu Nutze zu machen und durch positive Verstärkung die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind eine gewisse Verhaltensweise erneut zeigt, zu erhöhen (ebd.). Wichtig ist, die verschiedenen Methoden zu kombinieren (Steinhausen, 2019, S. 194).

Teils wird beim Ausbleiben von Erfolgen durch VT oder KVT empfohlen, im Sinne einer multimodalen Therapie (vgl. Hung et al., 2012, S. 224), zusätzlich den Einsatz von Psychopharmaka in Erwägung zu ziehen (Rogoll et al., 2018, S. 595). Jedoch liegen zu dessen Wirksamkeit bisher kaum Langzeitergebnisse bzw. evidenzbasierte Studien vor (vgl. ebd.; vgl. Carlson, Mitchell & Segool, 2008, S. 366 ff.; vgl. Steinhausen, 2019, S. 194).

Es existieren einige ausgearbeitete Konzepte zur Therapie von selektivem Mutismus, welche die dargestellten Techniken beinhalten und mit anderen Ansätzen verbinden. Dies sind exemplarisch in Deutschland: DortMut – Dortmunder Mutismus Therapie (vgl. Subellok & Bahrfeck-Wichitill, 2016), SyMut – Systemische Mutismustherapie (vgl. Hartmann, 2004), KoMut – kooperative Mutismustherapie (vgl. Johannssen et al., 2016, S. 172 ff.) und SRMT – Stuttgarter Rahmenempfehlungen zur Mutismustherapie (vgl. Hartmann, Kaiser, Kaufhold, Lange & Müller, 2013 zit. nach Rogoll et al., 2018, S. 595).

Generell wird bei der Therapie von selektivem Mutismus eher von einer Langzeit- als von einer Kurzzeittherapie ausgegangen (Rogoll et al., 2018, S. 595), da die Therapie sich meist komplex und aufwendig gestaltet (Lauth-Lebens & Adornetto, 2018, S. 443). Wichtig ist insbesondere, dass wie in Kapitel 2.2.5 „Diagnostik“ erläutert, eine ausführliche Diagnostik als Grundlage für die Therapieplanung stattgefunden haben muss (Jacobi & Müllender, 2017, S. 7). Nur auf diese Art und Weise können die therapeutischen Interventionen individuell auf den Betroffenen abgestimmt werden (ebd.). Der Abstand zwischen den einzelnen Therapiesitzungen sollte möglichst gering sein (ebd.). Je höher frequentiert die Therapie stattfindet, desto besser kann am Zielverhalten gearbeitet werden (ebd.). Sie findet so gut wie immer ambulant statt, in Ausnahmefällen ist eine stationäre Aufnahme zu erwägen (vgl. ebd.; vgl. Faust & Kortjohann, 2016). Ziel jeder Therapie, unabhängig vom genutzten Ansatz oder den verwendeten Methoden (vgl. Steinhausen, 2019, S. 194), sollte sein, das Schweigeverhalten sukzessiv abzubauen (Bahr, 2018, S. 31 f.). Das Kind muss in der Therapie andere Techniken lernen, mit der psychischen Überforderung in bestimmten Situationen umzugehen, als wieder ins Schweigen zu verfallen (ebd.). Zunächst muss dafür die Bereitschaft, etwas zu verändern, geweckt werden (ebd., S. 54 ff.). Dann können Verhaltensübungen durchgeführt werden (ebd.). Wichtig ist, dass eng mit den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten zusammen gearbeitet wird, damit Veränderungen im Erziehungsverhalten ersichtlich werden (vgl. Lauth-Lebens & Adornetto, 2018, S. 445) und im Sinne der psychologischen Faktoren in der Bedingungslehre ehemalige Prozesse der Aufrechterhaltung sukzessiv abgebaut werden (siehe Kapitel 2.2.4 „Ätiologie“). Zudem können Erziehungsberechtigte dazu beitragen, dass das Kind in der Therapie Erlerntes in den Alltag übertragen und anwenden kann sowie können sie in Überforderungssituationen als vertraute Person Sicherheit bieten (Lauth-Lebens & Adornetto, 2018, S. 443; Subellok & Bahrfeck-Wichitill, 2016, S. 165). Je früher eine Therapie einsetzt, desto eher kann nicht nur

der selektive Mutismus bewältigt, sondern auch das Auftreten von Komorbiditäten vermieden werden (Ströhle et al., 2018, S. 612).

3 Wirksamkeit der Therapieansätze bei selektivem Mutismus

Kapitel drei beschäftigt sich mit dem Thema der Wirksamkeit der Therapieansätze. Hierzu wird zunächst die konkrete Fragestellung erläutert und auch auf das Thema der Wirksamkeit therapeutischer Interventionen bzw. kurz auf die Evaluations- und Psychotherapieforschung eingegangen. Anschließend wird im ersten Unterkapitel (Kapitel 3.1 „Methode – systematisches Review“) die angewandte Methode sowie das Vorgehen beschrieben. Hierzu wird in Kapitel 3.1.1 „Darstellung der Kriterien und Literaturrecherche“ erläutert, in welchen Datenbanken und mit welchen Suchbegriffen nach relevanten Studien gesucht wurde. Zudem werden Kriterien genannt, welche die Studiensuche und -auswahl eingrenzen sollen. Kapitel 3.1.2 „Auswahl der Studien“ bildet die Studienausswahl in einem Fließdiagramm ab, um den Auswahlprozess zu veranschaulichen. Im Anschluss (Kapitel 3.1.3 „Datenextraktion“) werden die für das Review verwendeten Studien bzw. deren Merkmale tabellarisch dargestellt. Darauf folgend werden Ergebnisse dargestellt (Kapitel 3.2 „Ergebnisse“) Der Ergebnisteil ist untergliedert in zunächst Ergebnisse hinsichtlich der Studienmerkmale ausgewählter Studien (Kapitel 3.2.1 „Studienmerkmale“) und auf der anderen Seite hinsichtlich der Wirksamkeit therapeutischer Interventionen (Kapitel 3.2.3 „Wirksamkeit der Therapieansätze bei selektivem Mutismus“).

Um herauszufinden, welche konkreten Interventionen für welches Störungsbild verwendet werden sollten, da sie mit höherer Wahrscheinlichkeit als andere Interventionen Erfolg zeigen würden, sollte Evaluations- bzw. Wirksamkeitsforschung therapeutischer Verfahren betrieben werden (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 102; vgl. Esser & Blank, 2011, S. 626). Hierzu wurden zu verschiedenen Störungsbildern bereits Leitlinien verfasst, welche Therapieverfahren aufzeigen, die eine hohe Wirksamkeit aufweisen (Kopp, Encke, Hartig, Müller & Lorenz, 2005, S. 21 ff.). Leitlinien können auf unterschiedlichen Qualitätskriterien basieren (ebd.). S1-Leitlinien sind lediglich von einer Expertengruppe formuliert und benötigen weiterer Ausarbeitung und Forschung, S3-Leitlinien hingegen sind die am besten evaluierten Methoden (ebd.). Es gibt verschiedene Leitlinien zu Angststörungen sowohl für das Kindesalter als auch für das Erwachsenenalter (vgl. Bandelow et al., 2014; vgl. Gontard et al., 2015, S. 42). Für die hier gewählte Zielgruppe der Grundschul Kinder und das Störungsbild des selektiven Mutismus wurden keine Leitlinien gefunden (vgl. Reuther, Davis, Moree & Matson, 2011, S. 157 ff.). Therapeutische Interventionen sollten den Verlauf einer psychischen Störung verbessern, sodass Leidenszustände und Beeinträchtigungen bestenfalls geringer werden oder sich zumindest nicht verstärken (vgl. Jacobi & Müllender, 2017, S. 6 f.). Nach Kazdin (2000, S. 11 ff.) gibt es

verschiedene Gründe, eine Therapie als wirksam zu bezeichnen. Eine Therapie kann Erfolge zeigen, indem sich vor der Therapie vorhandene Symptome abschwächen und langsam verschwinden. Sie kann jedoch auch auf die Art und Weise Erfolge zeigen, dass die Symptome zwar noch bestehen, der Betroffene aber deutlich besser mit diesen zurechtkommt und Strategien erlernt hat, mit diesen umzugehen. Somit werden ursprünglich mit den Symptomen einhergehende Beeinträchtigungen und Leiden verringert. Bei selektivem Mutismus ist der Therapieerfolg daran zu messen, dass das Kind sukzessiv sprechbereiter wird und in Situationen in denen vormals geschwiegen wurde, spricht (Bahr, 2018, S. 31 ff.). Die situative Sprechangst wird so nach und nach abgebaut (ebd.).

Studien, zu angewandten Therapiemethoden bei selektivem Mutismus bestehen zwar, jedoch ist der Forschungsstand dennoch recht gering (vgl. Steinhausen, 2019, S. 194). Aus diesem Grund scheinen auch noch keine Leitlinien für Kinder im Grundschulalter, die an selektivem Mutismus leiden, entwickelt zu sein (Reuther et al., 2011, S. 157 ff.). Es bietet sich demnach an, ein systematisches Literaturreview zu erstellen, um Hinweise zur Beantwortung folgender Fragestellung zu erhalten: „Welche Verfahren haben sich bei der tertiären Prävention/Therapie von selektivem Mutismus als wirksam erwiesen?“. Wie im vorherigen Kapitel dargestellt, gibt es verschiedene Therapieverfahren, die angewandt werden (Kapitel 2.3 „Therapieansätze bei selektivem Mutismus“). Die einschlägige Literatur spricht nicht von einem einzigen Verfahren, welches am besten wirkt, jedoch werden für die KVT vermehrt positive Ergebnisse berichtet (vgl. Steinhausen, 2019, S. 194).

3.1 Methode – systematisches Review

Um die genannte Fragestellung adäquat beantworten zu können oder zumindest Hinweise zu Verfahren zu finden, welche mit höherer Wahrscheinlichkeit Therapieerfolg zeigen, bietet sich die Erstellung eines systematischen Reviews⁸ bzw. einer narrativen Metaanalyse an. Das Vorgehen findet hier in Anlehnung an das PRISMA-Statement, das PRISMA-Fließdiagramm und die PRISMA-Checklist statt (vgl. Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman & The PRISMA Group, 2009). Systematische Literaturreviews haben zum Ziel eine definierte Fragestellung systematisch zu bearbeiten und den Prozess der Literatursuche und Studienauswahl nachvollziehbar zu gestalten (Moher et al., 2009). Eine Metaanalyse wertet darüber hinaus die einbezogenen Studien statistisch aus (ebd.). Hier wird im Folgenden keine statistische Auswertung erfolgen.

⁸ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden verkürzt von „Review“ gesprochen. Damit ist das systematische Literaturreview bzw. die narrative Metaanalyse gemeint.

Die Auswertung erfolgt narrativ, demnach beschreibend. Durch Erstellung eines Reviews soll ein Überblick über aktuelle Studien in Bezug auf ein konkretes Thema bzw. auf eine definierte Fragestellung gegeben werden (Ressing, Blettner & Klug, 2009, S. 456). Insbesondere dann, wenn der Forschungsstand noch recht gering ist, kann ein Review die Ergebnisse der einzelnen Studien miteinander in Beziehung setzen und so bestenfalls zu einem aussagekräftigeren Ergebnis zusammensetzen (ebd.). Das Ergebnis des Reviews sollte verallgemeinerbarere Daten als die der einzelnen Studien liefern, da die Stichprobengröße der zusammengetragenen und miteinander in Beziehung gesetzten Studien insgesamt höher ist, als die einer einzelnen Studie (ebd.). Reviews helfen somit dabei Ergebnisse mehrerer Studien zusammenzufassen und so bspw. die Wirksamkeit einer Maßnahme aussagekräftiger bewerten zu können, da nicht nur ein Einzelfall betrachtet wird, sondern ein breiteres Spektrum (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 673 f.). Systematische Reviews, welche qualitativ hochwertige Studien, wie randomisierte, kontrollierte Studien (RCT) mit einbeziehen, lassen sich außerdem im Sinne der „Evidence based Medicine (EbM)“ in die höchste Evidenzklasse eingruppiert, haben demnach die höchste Aussagekraft (vgl. Fydrich & Schneider, 2006, S. 58).

3.1.1 Darstellung der Kriterien und Literaturrecherche

Zunächst wurden Kriterien aufgestellt, welche für die Literaturrecherche bzw. die darauffolgende Auswahl der Studien relevant sind. Es werden nur Studien mit einbezogen, die in den letzten 15 Jahren publiziert wurden. Der Zeitraum ist mit 15 Jahren recht weit gefasst, da aus der Literatur zu entnehmen ist, dass kein breiter Forschungsstand zum selektiven Mutismus vorliegt (vgl. Steinhausen, 2019, S. 194). Sollten dadurch zu viele Treffer erzielt werden, wird das Zeitkriterium im Nachhinein enger gefasst. Das Alter der Betroffenen sollte für eine bessere Vergleichbarkeit der Wirksamkeit der Verfahren recht ähnlich sein. Da die Diagnose meist erst im Grundschulalter gestellt wird und somit erst dann eine Therapie startet, werden nur Studien einbezogen, welche eine Therapie mit Kindern ungefähr zwischen dem fünften und spätestens elften Lebensjahr bzw. mit einem durchschnittlichem Alter, welches im Grundschulalter liegt, umfassen (vgl. Hung et al., 2012, S. 222). Ein weiteres Kriterium ist die Sprache, in der die Studie veröffentlicht wurde. Nur Studien, die entweder auf Deutsch, Englisch oder Niederländisch veröffentlicht wurden, werden verwendet. Da selektiver Mutismus eng mit der Schule in Bezug steht, ist es ratsam, nur Studien einzubeziehen, die westlich geprägt sind, um zumindest eine gewisse Ähnlichkeit bzgl. des Bildungssystems zu gewährleisten. Um die Stichprobe aus den einzelnen Studien so homogen wie möglich zu halten und so eine größere Vergleichbarkeit zu erzielen, werden keine Maßnahmen mit einbezogen, die sich speziell an bilinguale Kinder richten. Zudem wurden keine Reviews mit einbezogen, bzw. wurden diese

nur dafür genutzt, um eventuell zusätzliche Hinweise auf möglicherweise nützliche Studien zu erhalten, nicht aber, um selbst in das erstellte Review einzufließen.

Unter Einbezug des Kriteriums des Publikationszeitpunktes und der Sprache wurde in verschiedenen Datenbanken nach Studien gesucht. Das Erscheinungsdatum wurde somit während der Suche auf 2004 bis 2019 gesetzt und die Sprache auf Deutsch, Englisch und Niederländisch begrenzt. Es wurden primär die Begrifflichkeiten „Prävention“ bzw. „prevention“, „Therapie“ bzw. „therapy“, „selektiver/elektiver Mutismus“ bzw. „selective/elective mutism“ und „Kind/Kinder“ bzw. „child/children“ verwendet. Die Begriffe „Kind/Kinder“ und „child/children“ sollen das Kriterium des Alters der Probanden repräsentieren und so bereits eine Vorauswahl treffen, um Jugendliche und Erwachsene bereits bei der Literaturrecherche und nicht erst beim Screening, auszuschließen. Zudem wurden „Behandlung“, „Maßnahme“, „intervention“ und „treatment“ als Synonyme zu „Therapie“ und „Prävention“ ergänzt, um möglichst alle verfügbaren Studien zum Thema zu finden. Durch Verwendung der Operatoren „AND“, „OR“ und „*“ wurde folgender Suchbegriff in die Suchmaske der verschiedenen Datenbanken eingegeben: (selektiv* OR selectiv* OR elektiv* OR electiv*) AND mutism* AND (therap* OR prevent* OR prävent* OR behandlung* OR maßnahm* OR treatment* OR intervention*) AND (child* OR kind*). Gesucht wurde in den Datenbanken: „wiso Sozialwissenschaften“, „FIS Bildung“, „SocINDEX“, „Social Sciences“ und „PubPsych“. Nicht jede der verwendeten Datenbanken ist mit dem Suchbegriff bzw. den dabei verwendeten Operatoren kompatibel. Bei FIS Bildung musste die erweiterte Suche verwendet werden, um die Suchbegriffe mit entsprechender OR Verbindung einzugeben und die Freitextsuche zu starten.

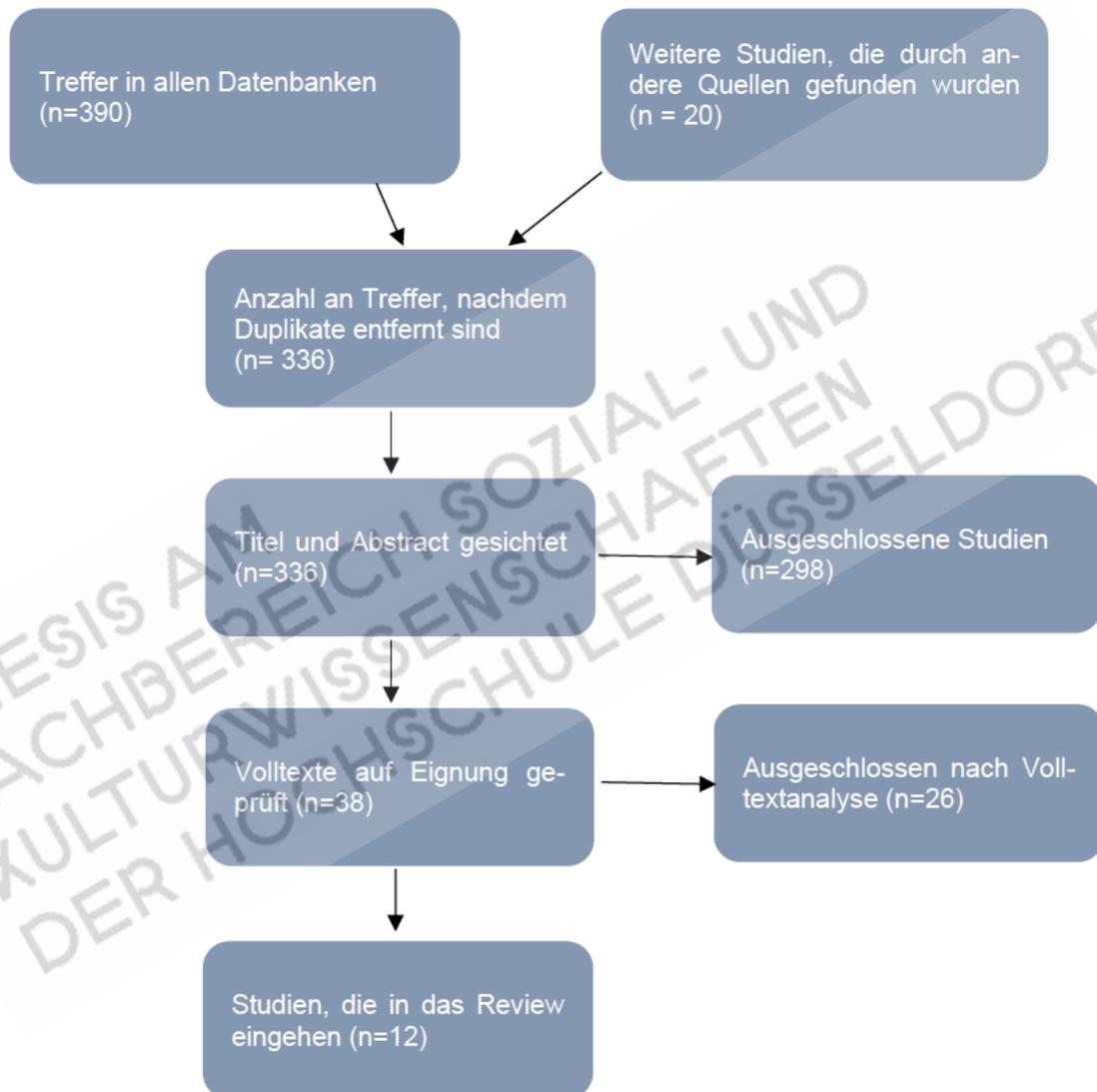
3.1.2 Auswahl der Studien

Im folgenden Kapitel wird dargestellt, welche der in den genannten Datenbanken mit den angegebenen Suchbegriffen gefundenen Studien schlussendlich verwendet wurden. Dies wird anhand eines Fließdiagramms skizziert. Zusätzlich zu der, wie im vorherigen Kapitel erläuterten Suche in den Datenbanken (siehe Kapitel 3.1.1 „Darstellung der Kriterien und Literaturrecherche“), wurden zudem im Aufsatz von Rogoll et al. (2018, S. 596 f.) dargestellten Review Studien gefunden. Die Anzahl der relevanten Treffer minimiert sich zunehmend, indem zuerst Duplikate aussortiert werden. Danach werden Studien anhand ihres Titels und ihres Abstracts eingeschätzt und unpassende Studien aussortiert. Bei den dann verbliebenen Studien wird der Volltext gelesen. Sollte der Volltext zeigen, dass die Studie aus relevanten Gründen nicht in das Review einfließen kann, so werden diese Studien auch ausgeschlossen, um dann zuletzt eine gewisse Anzahl an Studien zu haben, die geeignet sind. Sollte diese Anzahl der

Studien zu hoch sein, um alle berücksichtigen zu können, so wird das Zeitkriterium, wie bereits in Kapitel 3.1 „Methode – systematisches Review“ erwähnt, von 15 auf zehn Jahre verändert.

Das nun folgende Fließdiagramm ist angelehnt an das PRISMA Fließdiagramm (vgl. Moher et al., 2009).

Abb. 3: „Fließdiagramm Literatursauswahl“



Nicht alle der anhand Titel und Abstract passenden Dokumente, waren auch nach einer Volltextanalyse für das Review geeignet. Von den 38 anhand Titel und Abstract geeigneten Dokumenten, blieben nach einer Volltextanalyse 12 Dokumente übrig. Es wurden 26 Dokumente ausgeschlossen, da es sich bei diesen teils nicht um durchgeführte Studien handelte, sondern nur auf Studien verwiesen wurde oder die Veröffentlichung selbst als Übersichtsarbeit diente.

Des Weiteren wich das Alter der in die Studie einbezogenen Kinder (bzw. das Durchschnittsalter dieser) von dem vorab definierten Kriterium ab. Die nach der Volltextanalyse geeigneten Studien, gingen alle ins Review ein. Im folgenden Kapitel werden zunächst tabellarisch anhand jeder einzelnen Studie Merkmale aufgeführt.

3.1.3 Datenextraktion

Die nun folgende Abbildung zu den Studienmerkmalen der für das Review ausgewählten Studien ist in Anlehnung an Rogoll et al. (2018, S. 596 f.) erstellt und wurde um weitere relevante Angaben ergänzt. Die Reihenfolge der Nennung soll nicht auf die Relevanz oder Aussagekraft der Studie hindeuten, sondern erfolgt in alphabetischer Reihenfolge.

Abb. 4: „Studienmerkmale“

Autoren & Jahr	Design (+ Erhebungsinstrumente)	Stichprobeneigenschaften	Behandlungsansatz	Ergebnisse
Bergmann, Gonzalez, Piacentini und Keller (2013)	Pilotstudie: RCT, Experimentalgruppe: Maßnahme IBTSM (n=12), Kontrollgruppe: 12 Wochen auf Warteliste (WL, n=9), danach auch Teilnahme an Intervention; Follow-Up drei Monate nach Beendigung (Woche 36) mittels „blind independent evaluators“, Einschätzung der Eltern und des Lehrers sowie objektive Messung des Verhaltens („Anxiety Disorders Interview Schedule – Parent Version – ADIS-P“, „Clinical Severity Rating – CSR“, „Clinical Global Impression Scale – Severity – CGI-S“, „Clinical Global Improvement Scale – CGI-I“, „Selective Mutism Questionnaire – SMQ“, „Independent Evaluator	N=21 (Follow-Up bei IBTSM; n=10); Alter zw. vier und neun J., M=5,4 J.; 11 Jungen, zehn Mädchen; USA; DSM-4	„Integrated Behavior Therapy for Selective Mutism“ (IBTSM), manualisiert, u.a. graduierte Exposition, teils Aufsuchen der Situationen, in denen Kind schweigt, Verstärkerplan, Verhaltensübungen, Erstellung Angsthierarchie, kognitive Strategien, „Transfer of Control“, Rückfallprävention, Einbezug der Eltern und Lehrer; Dauer: 24 Wochen, 20 Sitzungen (à eine Stunde)	Woche 24: signifikant viele Kinder (75%) sprachen auf IBTSM an (CGI-I; p=.001); mit 67% erfüllen signifikant viele der IBTSM-Gruppe nicht mehr diagnostische Kriterien des selektiven Mutismus (ADIS; p=.002); signifikante Verbesserungen in Sprechverhalten in Schule, familiärer Umgebung und Öffentlichkeit (SMQ; p<.001); signifikante Abnahme sozialer Ängstlichkeit (SASC-P; p=.009); signifikant verbessertes Kommunikationsverhalten in Schule (SSQ; p=.002); signifikante Steigerung der mit Lehrer gesprochenen Wörter (SNAP; p=.03) Follow-Up (Woche 36): 88,9% derjenigen, die in Woche 24 auf Behandlung ansprachen, wurden in

Autoren & Jahr	Design (+ Erhebungsinstrumente)	Stichprobeneigenschaften	Behandlungsansatz	Ergebnisse
	Behavioral Evaluation – IEBE“, „School Speech Questionnaire – SSQ“, „Social Anxiety Scale for Children-Revised – Parent and Teacher Version – SASC-P/T“, „Strong Narrative Assessment Procedure – Retell – SNAP“, „Client Satisfaction Questionnaire – CSQ“)			Woche 36 auch als „treatment responder“ eingeschätzt; Einschätzungen anhand SMQ, SSQ, SASC-P SASC-T und SNAP ähneln Einschätzungen in Woche 24 bzw. unterscheiden sich nicht signifikant -> Erfolge durch IBTSM blieben demnach nicht nur kurz nach Teilnahme, sondern auch drei Monate später bestehen
Cornacchio et al. (2019)	RCT mittels multiple-baseline design; Experimentalgruppe (n=14): fünfjährige Teilnahme an IGBT; Kontrollgruppe (n=15): vier Wochen auf Warteliste mit Psychoedukation (WLP), dann auch IGBT; Follow-Up vier Wochen nach Intervention und acht Wochen nach Beginn des neuen Schuljahrs mittels halbstrukturiertem Elterninterview, Fragebögen an Eltern und Lehrer („Selective Mutism Questionnaire – SMQ“, „Clinical Global Impression – Improvement Scale – CGI-I“, „School Speech Questionnaire – SSQ“, „Child Behavior Checklist – CBCL“, „Children Global Assessment Scale – CGAS“, „Impairment Rating Scale – IRS“, Client Satisfaction Questionnaire – CSQ“, „Barriers to Treatment Participation Scale – BTPS“, „Anxiety Disorders Interview Schedule	N=29 (Follow-Up acht Wochen nach Schulbeginn n=24); Alter: zw. fünf und neun J. (M = 6,6 J.), 22 Mädchen (76%), sieben Jungen (24%); 35% ethnische Minderheit; teils Komorbiditäten (Angststörungen); USA; sozio-ökonomischer Status niedrig bis hoch; DSM-5	„intensive group behavioral treatment“ (IGBT): manualisiert, Vielzahl verhaltenstherapeutischer Interventionen (insb. KVT), konkret: Verstärkungslernen, „prompting“, „shaping“, Erlernen sozialer Kompetenzen, kognitive Strategien, Entspannungsübungen, Modellernen/Rollenspiele; zugeschnitten auf kurze Zeit (ca. eine Woche, sechs bis acht Stunden pro Tag), durchgeführt mit Gruppe von Kindern bzw. Eltern; teils multimodal (bei 17,2% der Probanden), wenn betroffenes Kind vor IGBT bereits medikamentös eingestellt war WLP: Eltern der Betroffenen per Mail Informationen zum Störungsbild	Zufriedenheit der Eltern mit IGBT: CSQ (bei Follow-Up acht Wochen nach Schulbeginn) 96,2% „exzellente Qualität der Intervention“, 100% Weiterempfehlung Diagnostische Kriterien: Woche vier: keine signifikante Veränderung; Follow-Up acht Wochen nach Schulbeginn 45,8% erfüllen nicht mehr Diagnosekriterien, mit 62,5% sprachen signifikant viele Teilnehmer auf IGBT an (Fisher’s exact test: p=.006; Phi= -.58); zudem mittels AIC signifikante Verbesserung acht Wochen nach Schulbeginn in den Bereichen: Ausprägung der Symptome des selektiven Mutismus (SM CSR; d= -.50; p<.001) und (falls vorhanden) komorbid vorliegenden sozialen Ängstlichkeit (Social anxiety CSR; d= -.50; p<.001), der allgemeinen Funktionsfähigkeit (CGAS; d= .73; p<.001), sämtli-

Autoren & Jahr	Design (+ Erhebungsinstrumente)	Stichprobeneigenschaften	Behandlungsansatz	Ergebnisse
	for Children – Parent Version – ADIS“, „Selective Mutism Clinical Severity Rating – SM CSR“, „Social anxiety CSR“)			chen Angstsymptomen (Parent-report CBCL – Anxiety Problems T-score; $d = -.28$; $p = .001$), des Sprachverhaltens in häuslicher Umgebung (SM home subscale; $d = .36$; $p = .005$) sowie in sozialem Umfeld (SM social subscale; $d = .58$; $p < .001$)
Klein, Armstrong, Skira und Gordon (2017)	Pilotstudie, Längsschnittdesign: Elternfragebögen, Fragebögen an Lehrer, halbstrukturiertes Elterninterview, Testung des Kindes („Selective Mutism Questionnaire – SMQ“, „Child Behavior Checklist – CBCL“, „Anxiety Disorders Interview Schedule – ADIS“, „Behavior Assessment System for Children (second edition), Structured Developmental History – BASC-2-SDH“, „Selective Mutism Comprehensive Diagnostic Questionnaire – SM-CDQ“, „The Peabody Picture Vocabulary Test, fourth edition – PPVT-4“, „The Expressive Vocabulary Test, second edition – EVT-2“, „Test of Narrative Language – TNL“, „SM-Social Communication Comfort Scale – SM-SCCS“) fünf Erhebungszeitpunkte: Woche null, Woche drei, Woche sechs, Woche neun und Woche 15	N=40 (bei Follow-Up Woche 15 n=33); zw. fünf und 12 J. alt (M=6,8 J.); 62% Mädchen, 38% Jungen; USA; keine Medikation; kein Vorliegen von Autismus, kognitiven, Seh- oder Hörbeeinträchtigungen; DSM-5	„Social Communication Anxiety Treatment (S-CAT)“ manualisiert, u.a. bestehend aus „transfer of control (ToC), Strategien der KVT, Psychoedukation, „Ritual Sound Approach (RSA)“, Rollenspiele; Therapeut sollte „un-gezwungene“ Atmosphäre erschaffen, kein Druck zu sprechen; Dauer neun Wochen	Bereits nach dritter Woche signifikante Zunahme des Sprechverhaltens in Schule, familiärer Umgebung und der Öffentlichkeit (SMQ; ANOVA: $p < .001$); in Woche neun zeigt sich diese signifikante Verbesserung bei 95% der Betroffenen (SMQ; ANOVA: $p < .001$); Signifikante Abnahme von Ängsten (CBCL; $p = .020$; $d = .42$)
Lang, Regester, Mulloy,	Einzelfallstudie; multiple-baseline design: Sprache in	N=1; neun-jähriges Mädchen; USA	VT, insbesondere mittels Rollenspielen/Mo-	nach der Intervention in allen drei Situationen Steigerung der

Autoren & Jahr	Design (+ Erhebungsinstrumente)	Stichprobeneigenschaften	Behandlungsansatz	Ergebnisse
Rispoli und Botout (2011)	drei sozialen Situationen gemessen hinsichtlich Antwortverhalten (verbale Antwort auf Frage innerhalb von fünf Sekunden), selbst initiiertes Sprechen (nach mind. fünf Sekunden ohne Konversation spricht Kind ohne das eine Frage gestellt wurde), Kommunikationsausfälle (keine Antwort nach fünf Sekunden, Kommunikationspartner musste Frage wiederholen oder Kind musste aufgefordert werden Äußerung zu wiederholen)		dellernen, Videobeobachtungen und Verstärkungslernen in verschiedenen Situationen (Bestellen im Restaurant, einen fremden Erwachsenen treffen, mit fremdem Kind spielen)	Frequenz des Antwortverhaltens (Restaurant von 0 auf 5; fremder Erwachsener: von 0 auf 6; fremdes Kind: von 0 auf 16), auch Steigerung des initiierten Sprechens (Restaurant von 0 auf 0,3; fremder Erwachsener von 0 auf 4; fremdes Kind von 0 auf 5), Kommunikationsausfälle nahmen ab $M=0,7$; Fazit: Häufigkeit des Sprechens scheint durch zielgerichtete Intervention recht schnell zuzunehmen.
Manassis und Tanock (2008)	Pilotstudie, Längsschnittdesign: Follow-Up sechs bis acht Monate nach Intervention: Einschätzung des Therapeuten und Befragung der Mutter (Fragebögen und Interview) mittels „Selective Mutism Questionnaire – SMQ“, „Clinical Global Improvement Rating – CGI“, „Anxiety Disorders Interview Schedule – ADIS“, „Children’s Global Assessment Scale – CGAS“	$N=20$ (bei Follow-Up $n=17$); bei Beginn der Behandlung (Alter $M=7,8$); 12 Mädchen, fünf Jungen; $n=1$ komorbid soziale Phobie; Kanada	Beratung der Schulen durch Therapeuten; medikamentöse Therapie mit SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor, $n=10$, davon $n=8$ Fluoxetin und $n=2$ Sertralin); privat nahmen $n=10$ Sprach- bzw. Psychotherapie auf; multimodal (Therapie & Medikation, $n=4$), nur Medikation ($n=6$), nur Therapie ($n=6$), weder Medikation noch Therapie ($n=1$)	Follow-Up: bei 16 Kindern persistierte Störung, jedoch signifikante Verbesserung in Gesamtbeurteilung (CGAS; $t=3.49$, $p=.003$), im Sprechverhalten im Allgemeinen (total SMQ; $t=3.45$, $p=.004$) und im Konkreten in der Schule (SMQ School; $t=3.40$, $p=.004$); Kinder, die SSRI nahmen, zeigten insgesamt (laut Berichten der Mütter) signifikante Verbesserungen ($t=2.23$; $p=.04$)
Oerbeck, Stein, Pripp und Kristensen (2015)	Prospektive Pilotstudie mit RCT mittels multiple-baseline design, randomisiert in Kontrollgruppe ($n=12$): Warteliste; Experimentalgruppe ($n=12$): Behandlung; nach drei Monaten erhielt Kontrollgruppe gleiche Behandlung; Follow-Up ein Jahr nach Beendigung	$N=24$; Alter zw. drei und neun J. ($M=6,5$ J.), $n=15$ im Alter von sechs bis neun J.; 16 Mädchen, acht Jungen; Komorbiditäten (Angststörungen); Norwegen; DSM-4	KVT, u.a. Psychoedukation, stimulus fading, positive Verstärkung in Anlehnung an das „Selective Mutism Resource Manual“; Beginn beim Kind zu Hause, dann zwei Mal die Woche eine halbe Stunde Therapie in der Schule; Dauer von sechs Monaten; Weiterentwicklung einer	Follow-Up: acht Kinder erfüllten weiterhin diagnostische Kriterien, bei vier Kindern nahm Symptomatik ab („in remission“), 12 Kinder erfüllten Kriterien nicht mehr; 33% der sechs bis neun-Jährigen erfüllten noch diagnostische Kriterien; signifikante Verbesserung des Sprechens

Autoren & Jahr	Design (+ Erhebungsinstrumente)	Stichprobeneigenschaften	Behandlungsansatz	Ergebnisse
	der Maßnahme: Beurteilung des Lehrers mittels Fragebogen, durch kategoriale Diagnostik, Fragebögen an Mütter („School Speech Questionnaire – SSQ“, „SM Module“ in „Anxiety Disorders Interview Schedule – ADIS-IV“, „Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school-aged Children – K-SADS-PL“, „Clinical Global Impression Scale – CGI-Improvement“, „Selective Mutism Questionnaire – SMQ“, „Life Events Questionnaire“, „User Satisfaction“		schulbasierten Maßnahme; Einbezug der Familie, Lehrer und Mitschüler	in Schule, zu Hause und in der Öffentlichkeit (SMQ; $p < .001$);
O'Reilly et al. (2008)	Multiple baseline design; zwei Einzelstudien; n=1 erhält Intervention, n=1 erst zeitverzögertes Erhalten der Intervention, während Intervention Einschätzen der Wirksamkeit durch Beobachtungen des Therapeuten in der Klasse; Follow-Up drei Monate nach Beginn der Maßnahme, indem Zielverhalten (auf Fragen des Lehrers soll Kind sich verbal äußern) durch den Lehrer eingeschätzt wird	N=2; Geschwister, Mädchen; fünf bzw. sieben J. alt; Irland; DSM-4	Intervention zur Stärkung des sozialen Problemlöseverhaltens durch behaviorale Techniken, u.a. Rollenspiele; Durchführung in separatem Raum in Schule, ca. zwei Mal pro Woche für 30 Minuten (insgesamt Dauer von fünf Wochen, acht Sitzungen), Absprache zwischen Lehrer und Therapeut, in Sitzung wurden Fragen und Aufforderungen des Lehrers geübt, welche danach im Unterricht durch den Lehrer auf dieselbe Art initiiert wurden	Vor Intervention sprach keins der beiden Kinder in der Klasse; während der Intervention beantwortete n=1 bei 12 von insgesamt 17 Beobachtungen in der Klasse alle Fragen des Lehrers; n=1 beantwortete in 13 von 17 Situationen alle Fragen des Lehrers; Follow-Up durch Lehrer ähnlich eingeschätzt
Reuther, Davis, Moore und Matson (2011)	Einzelfallstudie mit ein und sechs monatigem Follow-Up (Längsschnittdesign); Beurteilung Angstpyramide, Einschätzung des Kindes, Elternfragebogen, klinische Interviews mit Kind bzw.	N=1; acht-jähriger Junge; USA; soziale Angststörung komorbid; DSM-4	Multimodal: Psychopharmaka + „Modular Cognitive-Behavioral Therapy for Childhood Anxiety Disorders“: Psychoedukation, Exposition, Shaping, kognitive Umstrukturierung, wöchentlicher Verstärkerplan, soziale Kompetenzen,	nach ein monatigem bzw. nach sechs monatigem Follow-Up: diagnostische Kriterien selektiver Mutismus und soziale Phobie nicht mehr erfüllt; Fragebogenerhebungen (Kind und Eltern) ergeben keine klinische

Autoren & Jahr	Design (+ Erhebungsinstrumente)	Stichprobeneigenschaften	Behandlungsansatz	Ergebnisse
	Eltern ("Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV for Children and Parents - ADIS-IV", "Peabody Picture Vocabulary Test-III – PPVT-III", Child Behavior Checklist – CBCL", "Multidimensional Anxiety Scale for Children – MASC")		Techniken zur Aufrechterhaltung erlernter Strategien und Rückfallprävention (21 Sitzungen)	Sprechangst mehr; sprach in Situationen, in denen er zuvor schwieg
Schwartz, Freedy und Sheridan (2006)	Schriftliche Befragung von Eltern selektiv mutistischer Kinder (39 Items, u.a. zu Behandlungsansätzen und deren Wirkung)	N=27 (insgesamt 33 Kinder mit selektivem Mutismus) 24 Mädchen, neun Jungen; Alter: M=7,9 J.; USA; DSM-4-TR	Teils multimodal: Sprachtherapie (36%); Verhaltenstherapie (46%); Psychopharmakotherapie (51%), Beratung (73%)	VT für 67%, Pharmakotherapie für 65%, Beratung für 55% und Sprachtherapie für 30% als hilfreich empfunden
Sharkey, Mc Nicholas, Barry, Begley und Ahern (2008)	Längsschnittdesign: Vergleich von Prä- und Posttestungen mittels Fragebögen für Kinder, Eltern, Therapeuten („Clinical Global Impression Scale – CGI“, „Clinical Global Assessment Scale – CGAS“, „Strength and Difficulties Questionnaire – SDQ“, „Selective Mutism Questionnaire – SMQ“, „Communication Rating Scale – CRS“, „Spence Children's Anxiety Scale – SCAS“, „Treatment Satisfaction“); Follow-Up sechs Monate nach Beendigung der Maßnahme	Kinder: N=5, Eltern N=7; vier Mädchen, ein Junge; Alter M=6,1 J.; Irland, ICD-10	acht-wöchige Gruppentherapie für Kinder, KVT, u.a. Psychoedukation, Entspannungsübungen, Verhaltensübungen mittels Verstärkerplänen; zeitgleiche Teilnahme der Eltern, u.a. Psychoedukation (acht Sitzungen à 90 Minuten)	Nach Behandlung: Signifikante Abnahme der Ängste des Kindes (SCAS; $p < .05$); signifikante Verbesserung der Sprechbereitschaft in Schule, Klinik und Öffentlichkeit bzw. Abnahme selektiv mutistischer Symptome (CRS, SMQ, CGAS; $p < .05$); signifikante Verbesserung der non-verbalen und verbalen Kommunikation ($p < .005$); zwei von fünf Kindern erfüllten beim Follow-Up nicht mehr die diagnostischen Kriterien; elterliches Angstlevel nahm ab
Shriver, Segool und Gortmaker (2011)	Zwei Einzelfallstudien	N=2; USA, städtische Umgebung; Fall eins: zehn J. alter Junge, vierte Klasse, Regelschule; Fall zwei: sieben J. alter Junge, zweite	nach intensiver Diagnostik VT konkret auf Kind angepasst; Beobachtungen des Antwortverhaltens Fall eins: multimodal; Psychopharmakotherapie 10 mg Lexapro, VT insb. Shaping mittels Verstärkerplan, Sprachtherapie in	Fall eins: non-verbale Antworten bei Aufforderung des Lehrers erhöhten sich von 11% (vor Therapie) auf 78% (nach fünf wöchiger Therapie), fünf monatiges Follow-Up: non-verbales Ant-

Autoren & Jahr	Design (+ Erhebungsinstrumente)	Stichprobeneigenschaften	Behandlungsansatz	Ergebnisse
		Klasse, Regelschule	Schule, Dauer: fünf Wochen Fall zwei: VT erst Stimulus fading (ein Mal wöchentlich in Schule), dann Shaping mittels Verstärkerplan, Dauer: fünf Wochen	worten in nahezu allen Situationen mit Lehrern und Gleichaltrigen in Schule Fall zwei: Follow-Up 54% häufiger verbale Antworten bei Aufforderungen des Lehrers (vor Therapie antwortete er nie bei Aufforderung des Lehrers)
Sloan (2007)	Einzelfallstudie; Verhaltensbeobachtungen in Schule und auf Spielplatz vor Behandlung	N=1; fünf J. alt; Mädchen; USA; Angststörungen auf mütterlicher und väterlicher Familienseite	Familientherapie, u.a. mittels Joining, teils Einsatz behavioraler Methoden, Spieltherapie, Arbeit mit Bildern, Entspannungsübungen; Sitzungen mit ganzer Familie und mit Kind alleine; Dauer von zwei Jahren (Pause von zweieinhalb Monaten); Durchführung meist in Schule in separatem Raum, teils im Klassenraum	Betroffener nahm nach Behandlung selbstständig Kontakt zu anderen Personen auf, sprach in der Klasse mit Klassenkameraden und Lehrer und auch in der Öffentlichkeit, Kind flüsterte nicht mehr, sprach ab und an in der Schule weiterhin mit gesenkter Stimme

3.2 Ergebnisse

Es folgt nun, auf Basis der zuvor tabellarisch abgebildeten Studienmerkmale, eine Darstellung der relevanten und signifikanten Ergebnisse. Diese werden differenziert in „Studienmerkmale“ (Kapitel 3.2.1) und in „Wirksamkeit der Therapieansätze bei selektivem Mutismus“ (Kapitel 3.2.2). Es ist wichtig zunächst die Studienmerkmale darzustellen, da die Ergebnisse zur Wirksamkeit des durchgeführten Behandlungsansatz abhängig vom genauen Studiendesign und der Stichprobe sind.

3.2.1 Studienmerkmale

Die verwendeten Studien unterscheiden sich in einigen Punkten hinsichtlich ihrer Studienmerkmale, weisen aber auch Gemeinsamkeiten auf. Diese sollten im Folgenden deutlich werden. Zunächst wird auf das Studiendesign und die verwendeten Erhebungsinstrumente eingegangen. Daraufhin folgt eine Abbildung spezifischer Eigenschaften der Stichprobe, um danach mit den analysierten Behandlungsansätzen abzuschließen.

Hinsichtlich des Studiendesigns gibt es eine Vielzahl verschiedener Komponenten. Es existieren sowohl Studien mit eher geringerer Aussagekraft (Einzelfallstudien) als auch wissenschaftlich hochwertige randomisierte, kontrollierte Studien (RCT) (vgl. Fydrich & Schneider, 2006, S. 58). Insgesamt gibt es unter den 12 in das Review einbezogenen Studien: Einzelfallstudien, RCTs, multiple-baseline Designs, Längsschnittdesigns und Pilotstudien. Verschiedene Studien können auch mehr als eine der genannten Komponenten enthalten. Insgesamt ist die Einzelfallstudie mit $k=5$ die in diesem Review am häufigsten vorkommende Studie. Darauf folgend wird gleich oft ein längsschnittliches Design ($k=4$), ein multiple-baseline Design ($k=4$) und eine Pilotstudie ($k=4$) verwendet. Das seltenste vorkommende Design unter den 12 verwendeten Studien ist das RCT ($k=3$). Eins der RCTs erfüllt zusätzlich die Komponente des multiple-baseline Designs, eins ist zeitgleich eine Pilotstudie und das letzte RCT erfüllt sowohl die Kriterien eines multiple-baseline Designs als auch einer Pilotstudie. Auch zwei der Einzelfallstudien weisen ein multiple-baseline Design auf. Eine der längsschnittlichen Studien fällt zudem in die Kategorie der Einzelfallstudien und eine in die Kategorie der Pilotstudie. Die Studie von Schwartz et al. (2006) ist nicht eindeutig zuordenbar. Auf diese wird in der Diskussion detailliert eingegangen. Insgesamt acht Studien arbeiteten mit Follow-Ups. Die meisten Designs weisen eine einzige Erhebung in einem gewissen Abstand nach Beendigung der Maßnahme auf ($k=6$). Lediglich zwei Studien verwendeten zwei Follow-Ups. Die Follow-Ups decken eine Zeitspanne von einem Monat bis zu einem Jahr nach Beendigung der Intervention ab. Die meisten Erhebungen finden zwischen dem ersten und vierten Monat statt ($k=5$). Darauf folgen Erhebungen zwischen dem sechsten und achten Monat ($k=3$). Eine einzige Erhebung wird ein Jahr nach der Teilnahme an der Intervention durchgeführt. Die eingesetzten Erhebungsinstrumente zielen darauf ab, Einschätzungen der Eltern, des Kindes, der Lehrer oder des Therapeuten zu erhalten. Am häufigsten wurden hier Fragebögen für Eltern des betroffenen Kindes ($k=7$), dichtgefolgt von Einschätzungen des Therapeuten mittels Fragebögen, Interview oder Diagnostik ($k=6$), eingesetzt. Danach folgt der Einsatz (halbstrukturierter) Elterninterviews ($k=5$) sowie die Einschätzung von Veränderungen mittels Beobachtungen des Antwortverhaltens ($k=4$). Vier Studien haben zudem Fragebögen an Lehrer ausgeteilt. Lediglich zwei Studien haben die Einschätzungen des Kindes mittels Fragebögen oder Interviews mit in die Auswertung einbezogen. Es wurden insgesamt 25 verschiedene standardisierte Fragebögen und Interviews verwendet. Am häufigsten wurde der „SMQ“ ($k=6$) eingesetzt. Darauf folgt mit fünfmaliger Verwendung der „CGI“ und „ADIS“. Unter allen Studien wurde sowohl die „CBCL“, „CGAS“ und „SSQ“ je drei Mal als Instrument zur Erhebung herangezogen. Der „CSQ“, „PPVT“, „SM CSR“ und „Satisfaction Questionnaire“ wurden je zweimal verwendet. Am seltensten fanden mit je $k=1$ die Instrumente „IRS“, „CSQ“, „BTPS“, „BASC“, „SM-CDQ“, „EVT“, „TNL“, „K-SADS-PL“, „Life events questionnaire“, „MASC“, „SDQ“, „CRS“, „SM-SCCS“, „IEBE“, „SASC-P/T“, „SNAP“ und „SCAS“ ihren Einbezug in die Studierhebung.

Eine weitere Möglichkeit die verschiedenen Studien miteinander zu vergleichen besteht bezüglich der Stichprobeneigenschaften. Hier bieten sich insbesondere das Land, in welchem die Forschung stattfand, die Stichprobengröße, die Geschlechterverteilung, das Alter und das genutzte Klassifikationssystem an. Mit einer Anzahl von $k=9$ stammen die meisten Studien dieses Reviews aus dem amerikanischen Raum, drei Studien stammen aus Europa. Konkret stammen acht der amerikanischen Studien aus den USA, eine aus Canada. Hiernit ist die USA das meist vertretene Land innerhalb dieser Arbeit. Zwei europäische Studien wurden in Irland durchgeführt und eine in Norwegen. Die Stichprobengröße variiert zwischen $n=1$ (bei Einzelfallstudien) und $n=40$ (Pilotstudie). Die meisten Studien haben entweder nur einen bis zwei Teilnehmer ($k=5$) oder haben zwischen 20 und 30 Teilnehmer ($k=5$). Lediglich eine Studie weist fünf und eine 40 Teilnehmer auf. Mit einer Anzahl von sieben Studien besteht bei den Studien mit mehr als einem Teilnehmer die Stichprobe aus 50% bzw. deutlich über 50% aus Mädchen. Eine Studie besteht zu über 50% und eine einzige Studie besteht bei zwei Teilnehmern zu 100% aus Jungen. Die restlichen drei Studien sind Einzelfallstudien, welche mit insgesamt zwei Mädchen und einem Jungen durchgeführt wurden. Die Altersspanne erstreckt sich von mindestens drei bis höchstens 12 Jahren. Der Mittelwert liegt, wenn angegeben, stets im Bereich des Grundschulalters. Bei acht der insgesamt 12 Studien war angegeben, welches Klassifikationssystem für die Diagnosevergabe des selektiven Mutismus angewandt wurde. Das DSM-4 bzw. DSM-4-TR zählt zu dem am häufigsten eingesetzten Manual ($k=5$). Der Nachfolger dieses Klassifikationssystems – das DSM-5 – wurde insgesamt zweimal verwendet. Auf das ICD-10 wurde lediglich in einer Studie zurückgegriffen. Somit wurde insgesamt in sechs Studien bzgl. der diagnostischen Kriterien auf das Manual der APA und in einer Studie auf das Manual der WHO zurückgegriffen (siehe Kapitel 2.2.1 „Symptomatik“). In vier Studien weisen die Teilnehmer teils komorbid auch eine weitere Angststörung auf. Bei den anderen Studien ist unklar, ob Komorbiditäten in der gewählten Stichprobe nicht vorliegen oder nur nicht genannt bzw. erfasst wurden. Weitere Informationen über die Stichprobe, bspw. bezüglich des sozio-ökonomischen Status oder der ethnischen Zugehörigkeit, können nicht verglichen werden, da sie zu selten abgebildet wurden.

Bezüglich der eingesetzten und analysierten Behandlungsansätze gibt es eine deutliche Tendenz zum verhaltenstherapeutischen bzw. kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz. In allen zwölf Ansätze kommen zumindest indirekt Ansätze der VT/KVT vor. Zehn dieser Studien haben entweder alleinig oder zusätzlich zu anderen Interventionen die Wirksamkeit von VT bzw. KVT untersucht. Außerdem haben die im Review abgebildeten Studien auch die Wirksamkeit der Pharmakotherapie, Sprachtherapie und Familientherapie bei selektivem Mutismus versucht zu untersuchen. Diese fanden meist multimodal, also in Kombination mit einem anderen Ansatz statt. Insgesamt in fünf Studien wurde der multimodale Ansatz genutzt. Am häufigsten

wurde die VT in Kombination mit Pharmakotherapie verwendet (k=5). Danach folgt die Sprachtherapie mit Pharmakotherapie (k=3). Am seltensten wurde die Familientherapie in Kombination mit verhaltenstherapeutischen Elementen angewandt (k=1) sowie eine Pharmakotherapie des Kindes mit zusätzlicher Beratung der Schulen bzw. der Lehrer (k=1). Wie bereits erwähnt, wurden VT bzw. KVT am häufigsten eingesetzt (k=8). Konkret wurde zum einen in acht Studien auf das Verstärkungslernen/Lernen durch operante Konditionierung, u.a. mittels Verstärkerplan, zurückgegriffen. Kognitive Strategien (k=6), bspw. kognitive Umstrukturierung, Rollenspiele (k=6), d.h. insbesondere das Nutzen von Modelllernen sowie Verhaltensformung (k=5) mittels prompting, shaping bzw. stimulus fading und Psychoedukation (k=5), wurden auch häufig in der Therapie von selektivem Mutismus mittels VT/KVT verwendet. Erlernen sozialer Kompetenzen und die Durchführung von Entspannungsübungen wurden in je drei Behandlungsansätzen berücksichtigt. Zwei Mal wurden die Methoden der Exposition und Transfer of Control als Bestandteil der Maßnahme erwähnt. Die restlichen Methoden, wie Videobeobachtungen, Spieltherapie, Arbeit mit Bildern oder RSA wurden je in nur einer einzigen Studie in die Behandlung einbezogen. Vier Studien verfolgten ein konkretes ausformuliertes Manual, wie „IGBT“, „S-CAT“, „IBTSM“ und „Modular Cognitive-Behavioral Therapy for Childhood Anxiety Disorders“. In den anderen acht Studien stimmten die Therapeuten ihren Therapieplan individuell unter Bezugnahme der oben genannten Methoden auf das Kind ab. Die meisten Behandlungen fanden im Einzelsetting statt (k=10). In zwei Studien wurde eine Gruppentherapie untersucht. Mit einer Anzahl von fünf Studien richteten sich die meisten Behandlungsansätze alleinig an das betroffene Kind bzw. beziehen bspw. die Eltern nicht in dem Maße ein, dass sie in der Studie auf einen Einbezug hinweisen. Danach folgt die geplante und intensive Zusammenarbeit mit dem Kind und zeitgleich der Einbezug der Familie (k=3). In zwei Studien verfolgte die Intervention das Ziel, nicht nur mit dem Kind (und der Familie) zu arbeiten, sondern auch eng mit der Schule bzw. den Lehrern zu kooperieren. Zwei untersuchte Ansätze arbeiten sowohl mit dem Kind als auch mit der Familie und den Lehrern so eng wie möglich zusammen. Die Behandlungsdauer der einzelnen untersuchten Maßnahmen variiert stark. Bei drei Studien ist diese zudem nicht angegeben. Die minimale Dauer beträgt eine Woche, bei sechs bis acht Stunden Therapie pro Tag (k=1). Die längste in der Untersuchung genannte Dauer liegt bei ca. zwei Jahren (mit zweieinhalb monatiger Unterbrechung) (k=1). Die meisten Studien erstrecken sich ungefähr über einen Zeitraum von fünf bis neun Wochen (k=4), unklar ist hierbei jedoch die Therapiefrequenz, welche häufig nicht angegeben ist.

3.2.2 Wirksamkeit der Therapieansätze bei selektivem Mutismus

Im Folgenden werden die Studien nun in ihrer Gesamtheit bezüglich der Wirksamkeit der eingesetzten Therapieansätze bei selektivem Mutismus untersucht. Zunächst werden die Ergebnisse dargestellt, welche sich als statistisch signifikant erwiesen haben. Danach werden weitere Ergebnisse dargestellt, bspw. aus Einzelfallstudien, bei denen die Wirksamkeit des angewandten Verfahrens rein deskriptiv abgebildet ist.

Insgesamt zeigen sechs Studien signifikante Ergebnisse. Hierbei handelt es sich um die Studien durchgeführt von Bergmann et al. (2013), Cornacchio et al. (2019), Klein et al. (2019), Manassis und Tannock (2008), Oerbeck et al. (2015) und Sharkey et al. (2008). Ergebnisse dieser Studien, die folgend dargestellt werden, sind alle als signifikant einzustufen. Bergmann et al (2013) führte eine Pilotstudie mit Randomisierung in Kontroll- und Experimentalgruppe bei einer Stichprobengröße von N=21 durch. Es sollte die Wirksamkeit der manualisierten Behandlung durch IBTSM untersucht werden. IBTSM erwies sich als geeigneter Ansatz zur Therapie des selektiven Mutismus. Mit 75% der Kinder galten signifikant viele nach Beendigung der Maßnahme als „Treatment responder“, sprachen somit in besonderem Maße auf die Behandlung an (CGI-I; $p=.001$). Zudem erfüllten 67% nach der Teilnahme nicht mehr die diagnostischen Kriterien des selektiven Mutismus (ADIS; $p=.002$). Konkret hat sich insbesondere das Sprechverhalten im Sinne einer verbesserten Kommunikation und gesteigerten Anzahl an gesprochenen Wörtern in der Schule, familiärer Umgebung und der Öffentlichkeit verändert (SMQ; $p<.001$ & SSQ; $p=.002$ & SNAP; $p=.03$). Zudem nahmen soziale Ängste signifikant ab (SASC-P; $p=.009$). Die, durch die Therapie erzielten Erfolge, hielten nicht nur bei einer Testung kurz nach Beendigung der Teilnahme, sondern auch drei Monate später noch an. Bei der Studie von Cornacchio et al. (2019) handelt es sich um ein RCT zur Beurteilung der Behandlung von 29 Kindern mittels IGBT (teils multimodal mit Pharmakotherapie). Es fanden zwei Follow-Ups statt, einmal vier Wochen nach Beendigung der Behandlung und einmal acht Wochen nach Beginn des neuen Schuljahres. Auf den verhaltenstherapeutischen Behandlungsansatz sprachen signifikant viele Kinder an und galten damit als „Treatment Responder“ (fisher's exact test: $p=.006$; $\Phi=-.58$). Zudem fanden sich Verbesserungen in den Ausprägungen der für den selektiven Mutismus typischen Symptome. Dies wurde anhand des SM CSR ermittelt und die statistische Auswertung ergab einen Cohen's d von $-.50$ sowie einen p-Wert von $<.001$. Auch die teils komorbid vorliegende soziale Ängstlichkeit (Social Anxiety CSR; $d=.73$; $p<.001$) bzw. Angstsymptome im Allgemeinen (Parent-report CBCL – Anxiety Problems; $d=-.28$; $p<.001$) haben sich durch die Teilnahme an IGBT signifikant verbessert. Des Weiteren wurden – erhoben durch CGAS – positive Veränderungen in der allgemeinen Funktionsfähigkeit des betroffenen Kindes festgestellt ($d=.73$; $p=.001$). Auch das Sprechverhalten erwies sich nach der Teilnahme als deutlich verändert, sowohl in häuslicher Umgebung (SM Home Subscale;

$d=.36$; $p=.005$) als auch in der Öffentlichkeit (SM Social Subscale; $d=.58$; $p<.001$). Die von Klein et al. (2017) durchgeführte Pilotstudie mit einer Stichprobengröße von 40 Kindern untersuchte die Behandlung des selektiven Mutismus mittels S-CAT. Es gab insgesamt fünf Erhebungszeitpunkte: in Woche null, Woche drei, Woche sechs, Woche neun und Woche 15, wobei Woche 15 ein Follow-Up sechs Wochen nach Beendigung der Maßnahme ist. Bereits nach einer Teilnahmedauer von drei Wochen konnten aussagekräftige Unterschiede verzeichnet werden. Es trat eine signifikante Verbesserung im Sprechverhalten in der Schule, im familiären Umfeld und in der Öffentlichkeit auf (SMQ; $p<.001$). Dies hielt auch bei der Erhebung in Woche neun an bzw. verstärkte sich stetig, sodass 95% der Kinder ein vermehrtes Sprechen in allen Bereichen zeigten (SMQ; $p<.001$). Die Behandlung bewirkte nicht nur eine Verbesserung hinsichtlich der Symptome, die alleinig zum selektiven Mutismus zählen, sondern es zeigte sich auch eine Abnahme von Ängsten im Allgemeinen nach der Teilnahme an der Maßnahme (CBCL; $p=.20$). Manassis und Tannock (2008) untersuchten primär die Wirksamkeit einer medikamentösen Therapie mittels SSRI. Die Schulen bzw. Lehrer der 20 teilnehmenden Kinder erhielten zusätzlich Beratung bezüglich des Störungsbildes und einem positiven Umgang mit dem betroffenen Kind. Es zeigte sich im Follow-Up (sechs bis acht Monate nach Beendigung der Behandlung) eine signifikante Verbesserung hinsichtlich der Gesamtbeurteilung im CGAS ($t=3.49$; $p=.003$), des Sprechverhaltens im Allgemeinen (SMQ; $t=3.45$; $p=.004$) und im konkreten in der schulischen Situation (SMQ School; $t=3.40$; $p=.004$). Auf Basis mütterlicher Beurteilungen wurde ermittelt, dass insbesondere Kinder, die SSRI nahmen, eine signifikante Verbesserung in ihrer Gesamtbeurteilung zeigten ($t=2.23$; $p=.04$). Auch die prospektive Pilotstudie mit RCT und multiple-baseline Design von Oerbeck et al. (2015) zeigte signifikante Ergebnisse. Sie untersuchte eine Stichprobengröße von $N=24$ bezüglich der Wirksamkeit von KVT. Es gab ein Follow-Up ein Jahr nach Beendigung der Intervention. Als signifikant erwies sich die Verbesserung des Sprechverhaltens sowohl zu Hause als auch in der Schule und in der Öffentlichkeit. In allen drei Bereichen ermittelt durch den SMQ ist ein p -Wert von $<.001$ zu verzeichnen. Sharkey et al. (2008) untersuchte durch den Vergleich von Prä- und Posttestungen die Teilnahme von fünf Kindern an einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie sowie die zeitgleiche Teilnahme der Eltern ($n=7$) an Gruppensitzungen. Sechs Monate nach Beendigung fand ein Follow-Up statt. Hierbei zeigte sich nicht nur eine signifikante Verbesserung der nonverbalen und verbalen Kommunikation des Kindes ($p<.005$), sondern auch eine signifikante Verbesserung der Sprechbereitschaft in der Schule, im therapeutischen Setting und in der Öffentlichkeit (CRS, SMQ, CGAS; $p<.005$). Auch eine signifikante Abnahme kindlicher Ängste war zu verzeichnen (SCAS; $p<.005$). Zusammenfassend lassen sich die Studien bezüglich ihrer untersuchten Behandlungsmethode gruppieren. Fünf der sechs Studien mit signifikanten Ergebnissen haben einen verhaltenstherapeutische bzw. kognitiv-verhaltens-

therapeutischen Ansatz untersucht. Davon war eine Untersuchung teils multimodal in Kombination mit Pharmakotherapie. Eine einzige Studie untersuchte primär den Einsatz einer medikamentösen Therapie in Kombination mit der Beratung der Lehrkräfte an der Schule des betroffenen Kindes. VT bzw. KVT schien sowohl im Einzelsetting ($k=3$) als auch im Gruppensetting ($k=2$) signifikante Veränderungen zu bewirken. In allen fünf Studien mit (kognitiv)-verhaltenstherapeutischem Ansatz hat die Behandlung zu Verbesserungen im Sprechverhalten bzw. der Sprechbereitschaft in verschiedenen Bereichen, u.a. im familiären Umfeld, in der Schule, in der Öffentlichkeit und im therapeutischen Setting geführt. Ermittelte p-Werte lagen zwischen .001 und .005. Der Cohen's d lag, soweit angegeben, bei .36 für die Sprechbereitschaft im familiären Setting und bei .58 in der Öffentlichkeit. Von einer signifikanten Abnahme kindlicher Ängste wird in vier Studien berichtet. Hier ist zum einen konkret die Abnahme sozialer Ängstlichkeit zu nennen ($p<.001$; $d=.73$ & $p=.009$), die Abnahme klinischer Ängste ($p<.005$) und die Abnahme von Ängsten im Allgemeinen ($p<.001$; $d=.28$ & $p=.20$). Auch die medikamentöse Therapie in Kombination mit einem Beratungsangebot für die betroffene Schule bzw. die betroffenen Lehrer scheint zu wirken. Auch hier hat sich das Sprechverhalten im Allgemeinen ($p=.004$) sowie konkret in der schulischen Umgebung ($p=.004$) signifikant verbessert.

Die Ergebnisse der restlichen Studien ($k=6$), welche meist Einzelfallstudien sind ($k=5$), werden folgend dargestellt. Hier kann keine Signifikanz festgestellt werden. Die Studienergebnisse wurden lediglich beschreibend, teils mit prozentualen Angaben oder unter Angabe absoluter Häufigkeiten, formuliert. Die Einzelfallstudien lassen sich nicht so eindeutig hinsichtlich ihres Behandlungsansatzes gruppieren, wie es bei den Studien mit signifikanten Ergebnissen der Fall war. Zwei Studien verfolgten einen rein verhaltenstherapeutischen bzw. kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz. Zwei weitere Studien untersuchten die multimodale Behandlung mittels medikamentöser Therapie und dem Einsatz verhaltenstherapeutischer Interventionen. Eine Studie bezog sich auf den multimodalen Ansatz aus Familientherapie und verhaltenstherapeutischer Interventionen und eine weitere untersuchte sowohl die Wirksamkeit von VT als auch von Sprachtherapie und medikamentöser Therapie. Die Ergebnisse der Einzelfallstudien zu verhaltenstherapeutischen bzw. kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen zeigten insgesamt ein gesteigertes Sprechverhalten nach der Intervention. Auch hier wurde hinsichtlich verschiedener Bereiche differenziert. Ein vermehrtes Sprechen wurde in der Öffentlichkeit und in der Schule dokumentiert. Dies ist unabhängig davon, ob die Kommunikation mit einem Erwachsenen, einem Kind, einer fremden oder vertrauten Person stattfand. Generell schien es durch das Erlernen neuer Techniken zu weniger Situationen zu kommen, in denen das Kind sprachlos ist und nicht in der Lage ist zu antworten bzw. generell zu sprechen. Auch der Einsatz einer multimodalen Therapie durch VT/KVT in Kombination mit Pharmakotherapie schien in den durchgeführten Einzelfallstudien zu wirken. Auch hier wurde von einer Verbesserung

des Sprechverhaltens in der Schule und gegenüber Lehrern sowie gegenüber Gleichaltrigen berichtet. Zudem wurde auch in anderen Situationen, in denen das Kind vor der Maßnahme schwieg, nach der Behandlung zunehmend gesprochen. Nicht nur die verbale Kommunikation habe sich verbessert, sondern auch nonverbal schien sich das Kind nun mehr auszudrücken und zu verständigen. Außerdem wurde davon berichtet, dass die diagnostischen Kriterien des selektiven Mutismus (siehe Kapitel 2.2.1 „Symptomatik“) nach der Intervention nicht mehr erfüllt wurden und auch keine klinische Angst vor dem Sprechen mehr vorhanden war. Der zweite multimodale Ansatz, welcher die Familientherapie mit verhaltenstherapeutischen Interventionen kombinierte, zeigte auch positive Effekte auf das Verhalten des Kindes. Auch hier wurde von einem vermehrten Sprechen sowohl in der Schule als auch in der Öffentlichkeit berichtet. Zudem sprach das Kind weniger leise als zuvor und nahm teils selbstständig Kontakt zu anderen Personen auf. Die letzte Studie untersuchte sowohl die Wirksamkeit von VT/KVT als auch von Pharmako- und Sprachtherapie, teils wurden bei Betroffenen zwei der Ansätze in Kombination (multimodal) eingesetzt. Ergebnis der Studie war, dass mit 67% VT von den meisten Eltern der selektiv mutistischen Kinder als hilfreich empfunden wurde. 65% gaben zudem an, dass die Behandlung mit Medikamenten (ob alleinig oder in Kombination mit VT oder Sprachtherapie geht aus den Ergebnissen nicht hervor) geholfen habe. Sprachtherapie wurde nur von 30% als hilfreich empfunden.

Die Ergebnisse zur Wirksamkeit von VT bzw. KVT sowohl aus den Studien, welche signifikante Ergebnisse lieferten, als auch aus den Einzelfallstudien sind deckungsgleich. Sie bestätigen, dass der Einsatz von (kognitiv)-verhaltenstherapeutischen Interventionen bei Kindern mit selektivem Mutismus wirksam scheint. Auch Pharmakotherapie scheint einzeln und in Kombination mit VT/KVT hilfreich zu sein. Hierbei muss jedoch bedacht werden, dass in diesem Review deutlich weniger Studien die Wirksamkeit der Pharmakotherapie untersuchten und das Ergebnis bei Einbezug mehrerer Studien aussagekräftiger wäre. Für die Wirksamkeit der Sprachtherapie und der Familientherapie liegen nicht genug Ansatzpunkte vor. Beide Ansätze wurden lediglich in einer Studie aufgegriffen. Zudem muss bei der Familientherapie bedacht werden, dass sie die mit circa zwei Jahren die höchste Behandlungsdauer aufwies und so im Vergleich zu anderen Interventionen deutlich länger für ein ähnliches Ergebnis brauchte.

Die Abhängigkeit zwischen den Studienmerkmalen und den Ergebnissen zur Wirksamkeit der Therapieansätze bei selektivem Mutismus sowie eine kritische Betrachtung der verwendeten Studien wird nun folgend im Kapitel der Diskussion thematisiert.

4 Diskussion

Im Kapitel der Diskussion werden zunächst die im vorherigen Kapitel skizzierten Ergebnisse bezüglich der Studienmerkmale und der Wirksamkeit der verwendeten Therapieansätze bei selektivem Mutismus aufgegriffen und kritisch reflektiert. Hierbei werden die Studien, u.a. hinsichtlich ihrer Güte, bewertet. Die eingangsaufgestellte Frage „Welche Verfahren haben sich bei der tertiären Prävention/Therapie von selektivem Mutismus als wirksam erwiesen?“ wird beantwortet und das eigene Vorgehen in dieser Arbeit reflektiert sowie Verbesserungsvorschläge aufgezeigt.

Wie im vorherigen Kapitel dargestellt, haben die meisten Studien den Ansatz der VT/KVT untersucht (k=9). Teils fand ergänzend dazu eine weitere Maßnahme statt. In fünf Studien war dies die Pharmakotherapie. Generell zeigten alle Studien, unabhängig vom eingesetzten Behandlungsverfahren, positive Effekte. Jedoch sollten diese kritisch betrachtet werden. Zum einen sollte hinsichtlich der Güte der jeweiligen Studie bedacht werden, dass je höher die wissenschaftlichen Standards dieser sind, desto aussagekräftigere Ergebnisse geliefert werden. Einzelne Studien lassen sich nach Fydrich & Schneider (2006, S. 55 ff.) hinsichtlich ihrer Umsetzung und ihres Designs im Sinne der „Evidence based Medicine (EbM)“ verschiedenen Evidenzklassen zuordnen. Einzelfallstudien liegen hier in Evidenzklasse IV, was bedeutet, dass sie von geringer wissenschaftlicher Güte bzw. Qualität sind. Insgesamt fünf der 12 verwendeten Studien sind Einzelfallstudien. Die Ergebnisse dieser sollten nicht verallgemeinert werden. Sie bieten lediglich Hinweise, dadurch, dass beschrieben wird, wie im konkreten Einzelfall vorgegangen wurde, welcher Behandlungsansatz eingesetzt wurde und welche Erfolge verzeichnet wurden. Ihre Ergebnisse können Anregungen für weitere Forschung darstellen, weitere Forschung, die dann höheren Standards entspricht. Höchste wissenschaftliche Güte und damit die meiste Aussagekraft liefern systematische Reviews, welche RCTs einbeziehen. Hierauf wurde bereits im Kapitel 3.1 „Methode – systematische Reviews“ ausgiebig eingegangen. Eine einzelne Studie mit den höchsten Standards wäre ein RCT. Insgesamt drei RCTs gingen in die vorliegende Arbeit ein. RCTs liefern durch Randomisierung der Teilnehmer in eine Gruppe, die sofort die Behandlung erhält und in eine Gruppe, die zunächst auf einer Warteliste steht und verzögert behandelt wird, Daten mit hoher Validität, Objektivität und Reliabilität. Es können somit konkret Zusammenhänge gezogen werden, zum einen zwischen den Veränderungen zu Beginn der Maßnahme und nach Beendigung, aber auch zwischen der Gruppe, die noch nicht behandelt wird und den Veränderungen bei den Kindern, die sich in Therapie befinden. Nicht nur das Studiendesign, sondern auch die Stichprobengröße trägt zu einer höheren Aussagekraft der Studienergebnisse bei.

Bei der Untersuchung der Behandlung von selektivem Mutismus durch den Einsatz von Familientherapie kombiniert mit verhaltenstherapeutischen Interventionen (vgl. Sloan, 2007), sollte bedacht werden, dass es sich zum einen lediglich um eine Einzelfallstudie handelt. Diese ist, wie oben dargestellt, in ihrer Aussagekraft und Interpretierbarkeit bzgl. der Wirksamkeit des familientherapeutischen Ansatzes mit verhaltenstherapeutischen Interventionen eingeschränkt. Jegliche Ergebnisse ergeben sich in dieser Studie auf Basis subjektiver Einschätzungen. Es wurden keinerlei standardisierte Fragebögen, (halb-)strukturierte Interviews oder ähnliches angewandt. Zudem ist die Behandlung in der genannten Studie mit einer Dauer von ca. zwei Jahren sehr lang und insbesondere in dieser Arbeit stellt sie damit den Behandlungsansatz mit der längsten Behandlungsdauer dar. Die verwendete Studie gibt somit keine klaren Ergebnisse dahingehend, dass Familientherapie eine wirksame Methode für die Behandlung von selektivem Mutismus ist. Sie scheint zwar in dem Einzelfall zu wirken, jedoch bedarf es weiterer Forschung, um zu eruieren, ob dieses Ergebnis auch auf andere Fälle zutrifft und es muss bedacht werden, dass andere Studien ähnlich positive oder positivere Ergebnisse geliefert haben in sehr viel kürzerer Zeit.

Auch die Ergebnisse zu der Wirksamkeit medikamentöser Therapie bei Kindern mit selektivem Mutismus dürfen nicht ohne kritische Betrachtung interpretiert werden. Die Studie von Manassis & Tannock (2008) bspw. untersuchte die medikamentöse Behandlung mittels SSRI und einer zeitgleichen Beratung der Schulen. Ihre Ergebnisse sind dahingehend positiv, dass beim Follow-Up (sechs bis acht Monate nach Beendigung der Behandlung) signifikante Ergebnisse zu verzeichnen sind in der Gesamtbeurteilung mittels CGAS und dem Sprechverhalten in familiärer Umgebung, in der Schule sowie in der Öffentlichkeit mittels SMQ. Zudem schätzten Mütter, deren Kinder das Medikament nahmen, die Verbesserungen insgesamt signifikant stärker ein. Diese Einschätzung der Mütter ist jedoch nicht unbedingt objektiv, das Ergebnis könnte möglicherweise anders ausfallen, wenn die Mütter nicht wüssten, dass ihre Kinder ein wirksames Medikament erhalten bzw. wäre es valider, wenn eine weitere Gruppe auch medikamentös behandelt wird, aber kein SSRI-Wirkstoff enthalten ist (Placebo). So könnte verglichen werden, ob auch die Mütter, deren Kinder eigentlich keine medikamentösen Wirkungen, außer die des Placebos verspüren dürften, die Veränderungen in dem Maße einschätzen, dass sich die Auswertung als signifikant erweist. Ein weiterer Kritikpunkt an der Studie ist, dass die zehn Kinder, welche medikamentös behandelt wurden, nicht ein und dasselbe Medikament erhielten. Es wurden zwei verschiedene SSRI genutzt, sodass mögliche Unterschiede auf die verschiedenen Medikamente zurückzuführen sein könnten. Es ist nicht auszuschließen, dass eins der Medikamente besser wirkt als das andere. Dies ist in der Auswertung und Interpretation der Ergebnisse in der Studie selbst nicht berücksichtigt. Auch die teils zusätzliche Aufnahme von Sprach- oder Psychotherapie hätte gesondert ausgewertet werden müssen. In der

Auswertung des Follow-Ups wurde lediglich zwischen der Gesamtstichprobe, medikamentöser Behandlung, nicht-medikamentöser Behandlung, therapeutischer Behandlung und nicht therapeutischer Behandlung unterschieden. Zudem scheint das Ergebnis unter dem Punkt, dass bei 16 von 20 Kindern die Diagnosekriterien beim Follow-Up noch erfüllt sind, nicht unbedingt für eine besonders erfolgreiche Behandlungsmethode zu sprechen. Schwartz et al (2006) untersuchten neben VT, Sprachtherapie und Beratung auch die Pharmakotherapie mittels SSRI. Die Ergebnisse wurden anhand der Zufriedenheit mit der jeweiligen genutzten Maßnahme formuliert. Es wurde nicht beschrieben, wie der Fragebogen konzipiert ist und welche Fragen oder Bereiche konkret abgedeckt wurden und auch nicht, wie die statistischen Kennwerte zu Stande kamen. Die Kennwerte schienen zudem nicht mit den von den Autoren formulierten Ergebnissen überein zu stimmen. Laut Formulierung der Autoren schienen die VT und Pharmakotherapie mit 67% bzw. 65% die am zufriedenstellendsten und somit am wirksamsten Interventionen zu sein. Beratung war für 55% der Teilnehmer hilfreich und Sprachtherapie für 30%. Schaut man sich jedoch die in der Studie erstellte Tabelle 3 „Parental Perception of Effectiveness of Therapy“ an, so weist die Sprachtherapie mit .03 den niedrigsten p-Wert auf. Alleiniger liegt unter .05. p-Werte kleiner als .05 werden meist als signifikant angesehen. Schaut man sich demnach die p-Werte an, so müsste die Durchführung von Sprachtherapie bei Kindern mit selektivem Mutismus die wirksamste Maßnahme sein. Blickt man jedoch auf die Anzahl der „Ja“- und „Nein/Unsicher“-Stimmen, welche als mögliche Antwort zur elterlichen Wahrnehmung hinsichtlich der Wirksamkeit der Maßnahme dienen, so sind sowohl bei der medikamentösen Therapie mittels SSRI, der VT und der Beratung mehr „Ja“- als „Nein/Unsicher“-Stimmen zu verzeichnen. Demnach scheinen insbesondere Pharmakotherapie (mit 21 „Ja“- zu 12 „Nein/Unsicher“-Stimmen) und VT (mit 22 „Ja“- zu 11 „Nein/Unsicher“-Stimmen) von den Eltern der betroffenen Kinder als vermehrt hilfreich eingeschätzt worden zu sein. Dies stimmt dann mit den von den Autoren formulierten Ergebnissen überein. Es bleibt unklar, wie die p-Werte zu Stande kamen und wie sie interpretiert werden können bzw. warum die Autoren nicht auf diese eingegangen sind und sie dem formulierten Ergebnis scheinbar widersprechen. Auch die Einzelfallstudie von Shriver et al. (2011) zeigt positive Ergebnisse bezüglich des Einsatzes der Pharmakotherapie zur Behandlung von selektivem Mutismus bei Kindern. Jedoch ist auch dieses Ergebnis nicht sonderlich aussagekräftig. Zum einen, weil zeitgleich sowohl verhaltenstherapeutische als auch sprachtherapeutische Maßnahmen stattfanden, das heißt es ist nicht klar, ob die Wirksamkeit eher auf das Medikament, auf eine der therapeutischen Maßnahmen oder alleiniger auf die Kombination der drei Ansätze zurückzuführen ist. Zum anderen, weil es sich lediglich um eine Einzelfallstudie handelt und Einzelfallstudien, wie oben bereits dargestellt, keine validen Ergebnisse, sondern lediglich Hinweise liefern, welchen in weiteren Studien nachgegangen werden muss. Des Weiteren bildet Shriver et al. (2011) noch einen weiteren Einzelfall ab. Dieser erhält nur eine verhaltenstherapeutische Intervention und

zeigt auch positive Ergebnisse. Die Ergebnisse der beiden Studien sind wegen ihrer alleinigen deskriptiven Auswertung nicht komplett zu vergleichen, aber dennoch schwächt dies eher den Einsatz medikamentöser Therapie, da auch VT als einzelne Maßnahme zu wirken scheint. Die Autoren selbst räumen ein, dass die Ergebnisse nicht genutzt werden können, um daraus Schlüsse bzgl. der Wirksamkeit der Interventionen zu ziehen (ebd., S. 407). Reuther et al. (2011) führte eine weitere Untersuchung zur Wirksamkeit des Einsatzes von VT und Pharmakotherapie durch. Die Ergebnisse der Studie sind durchaus positiv und halten auch ein bis sechs Monate nach Beendigung noch an. Jedoch handelt es sich auch hier nur um eine Einzelfallstudie und kann somit nur Hinweise und Anregung für weitere Forschung mit höherem Evidenzgrad liefern. Cornacchio et al. (2019) ist zwar eine solche Studie mit hohem Evidenzgrad (RCT), sie legt den Fokus der Untersuchung aber auf einen (kognitiv)-verhaltenstherapeutischen Ansatz und nur Kinder, die bereits vor Teilnahme an der KVT medikamentös eingestellt waren, bleiben dies auch bei der Teilnahme. Hierzu zählen jedoch lediglich 17,2% der Gesamtstichprobe. Im Zusammenschluss der Studien, die u.a. Pharmakotherapie als wirksame Maßnahme zur Behandlung von selektivem Mutismus bei Kindern untersucht haben, zeigt sich somit, dass es kaum standhafte Anhaltspunkte dahingehend gibt, dass Pharmakotherapie wirksam ist. Es gibt keine RCTs, die sich primär der Untersuchung dessen gewidmet haben. Die Studien, welche hier im Review verwendet wurden, müssen hinsichtlich ihrer Aussagekraft kritisch bewertet werden. Zum einen, da es ihnen wie bei Manassis & Tannock (2008) möglicherweise an Objektivität in ihrer Auswertung fehlt, die positiven Effekte nicht eindeutig auf die Einnahme der Medikamente zurückgeführt werden können bzw. der Grad der Evidenz zu niedrig ist (vgl. Manassis & Tannock, 2008; Reuther et al., 2011; vgl. Schwartz et al., 2006; vgl. Shriver et al., 2011). Für die Untersuchung der Wirksamkeit von Pharmakotherapie bedarf es weiterer, insbesondere qualitativ hochwertiger Forschung.

Sprachtherapie findet in drei Untersuchungen statt. Jedoch stellt sie in keiner einzigen dieser Studien den primär zu untersuchenden Ansatz dar (vgl. Manassis & Tannock, 2008; vgl. Schwartz et al., 2006; vgl. Shriver et al., 2011). Die Ergebnisse der Studie von Schwartz et al. (2006) zeigen, dass Sprachtherapie mit einer Häufigkeit von 30% im Gegensatz zur VT, Pharmakotherapie und Beratung als am wenigsten hilfreich empfunden wurde. Hierbei muss jedoch auch bedacht werden, dass lediglich 36% der Stichprobe Sprachtherapie in Anspruch nahmen und somit die Stichprobengröße recht klein war. Das Ergebnis der Studie spricht nicht für die Wirksamkeit sprachtherapeutischer Behandlung bei selektivem Mutismus. Wie oben bereits dargestellt, weist die Studie einige Kritikpunkte auf, sodass die Ergebnisse kritisch zu sehen sind. Shriver et al. (2011) untersuchte im ersten Einzelfall zwar Sprachtherapie, jedoch wird in der Auswertung nicht zwischen der zeitgleichen Verwendung von Sprachtherapie, Pharmako-

therapie und VT unterschieden, sodass die positiven Effekte nicht auf die sprachtherapeutische Intervention zurückzuführen sind. Es bleibt hier unklar, ob die Kombination der drei Ansätze wirkte oder einzelne Bestandteile hauptsächlich für die Verbesserungen im kindlichen Verhalten und Erleben verantwortlich waren. Manassis & Tannock (2008) legten den Fokus ihrer Untersuchung auf die medikamentöse Behandlung. Sprachtherapie fand nur teils multimodal dazu statt und in Einzelfällen alleinig. Da in der Auswertung nicht zwischen der Teilnahme an Psycho- oder Sprachtherapie differenziert wurde, liefert die Studie keine Hinweise auf die mögliche Wirksamkeit sprachtherapeutischer Interventionen. Fasst man die Ergebnisse der drei Studien im Hinblick auf die Wirksamkeit von Sprachtherapie bei der Behandlung von selektivem Mutismus bei Kindern zusammen, so liefern sie keine Ergebnisse, die auf deren Wirksamkeit schließen lassen, aber auch keine die diese abschwächen würden. Es bleibt demnach unklar, in welchem Maße Sprachtherapie wirksam ist. Auch hier Bedarf es für Klarheit weiterer Forschung.

Die Untersuchung des (kognitiv)-verhaltenstherapeutischen Ansatzes stellt in der vorliegenden Arbeit den Hauptbestandteil dar. Insgesamt neun Studien haben diesen Ansatz untersucht und alle sprechen für die Wirksamkeit dessen bei der Behandlung von Kindern mit selektivem Mutismus. Die aussagekräftigsten sind hinsichtlich der Evidenzklasse die Studien durchgeführt von Bergmann et al. (2013), Cornacchio et al. (2019) und Oerbeck et al. (2015). Alle drei Studien gehören aufgrund des Designs eines RCTs der Evidenzstufe Ib an und zählen somit (nach einem systematischen Review mit Einbezug von RCTs) zu der höchsten Evidenzstufe. Die von Bergmann et al. (2013) durchgeführte Studie ist hinsichtlich der Auswertung sogar eine Stufe objektiver als die anderen beiden RCTs. Bei der Auswertung werden „blind independent evaluators“ einbezogen, welche dann selbst nicht wissen, ob die Kinder, die sie gerade anhand bestimmter vorab formulierter Kriterien oder anhand eines angefertigten Fragebogens bewerten, der Experimental- oder der Kontrollgruppe zugehörig sind und demnach eine Maßnahme erhalten oder nicht. Alle drei Studien untersuchten primär einen (kognitiv)-verhaltenstherapeutischen Ansatz, wobei der Ansatz von Cornacchio et al. (2019) bei 17,2 % der Kinder multimodal war, da diese bereits vor Teilnahme an der Intervention medikamentös eingestellt waren und es währenddessen auch blieben. Zweimal wurde die Therapie anhand eines manualisierten Programms durchgeführt, einmal dem IBTSM und einmal dem IGBT. Oerbeck et al. (2015) nutzte lediglich Techniken und Methoden der KVT, teils angelehnt an das „Selective Mutism Resource Manual“. Die genauen Ergebnisse der einzelnen Studien wurden bereits im vorherigen Kapitel 3.2.2 „Wirksamkeit der Therapieansätze bei selektivem Mutismus“ dargestellt. Alle drei Studien berichten beim Follow-Up (verschieden bei den drei Studien: zum einen in Woche 16, in Woche 24 bzw. 36 und zum anderen in ca. einem Jahr nach Beendigung der Intervention) von einem Rückgang der selektiv mutistischen Symptome und davon, dass eine

gewisse Anzahl der Kinder die diagnostischen Kriterien nicht mehr erfüllen. Die Angaben liegen zwischen 33% und 67% der Kinder aus der Stichprobe, bei denen im Verlauf die Diagnose nicht mehr persistierte. Mit einem prozentualen Anteil von 67% sind dies in der Studie von Cornacchio et al. (2019) signifikant viele. Hierbei ist anzumerken, dass dies die Studie ist, welche die Follow-Up-Erhebung ein Jahr nach Beendigung der Maßnahme, vollzog (vgl. Cornacchio et al., 2019). Daraus lässt sich zum einen schließen, dass bei einem bedeutenden Teil der Stichprobe auch ein Jahr nach der Intervention die erlernten Techniken umgesetzt werden, das Kind nicht mehr in Phasen des Schweigens zurückfällt (bzw. nicht im klinischen Ausmaß) und der Therapieerfolg und somit die Wirksamkeit der Maßnahme anzuhalten scheint. Zum anderen könnte daraus auch abzuleiten sein, dass gewisse Erfolge erst nach einer längeren Zeit sichtbar werden. Es ist gut möglich, dass einige der Kinder, die beim Follow-Up in den Studien von Bergmann et al. (2013) und Oerbeck et al. (2015) in Woche 16 bzw. 24 die diagnostischen Kriterien noch erfüllten, da individuell für sie die Zeit noch nicht ausreichte, um sich so stark zu entwickeln. Möglicherweise gäbe es dann in den beiden Studien auch eine höhere prozentuale Anzahl an Kindern, welche keine selektiv mutistische Symptome im klinischen Ausmaß zeigen würden. Dieser Punkt muss jedoch weiter geprüft werden und bedarf zunehmender Forschung. Festgestellt wurde auch, dass alle drei untersuchten Interventionen das Sprechverhalten des Kindes in verschiedenen Situationen (familiäre Umgebung, Schule, Öffentlichkeit) signifikant verbesserte. Die Ausprägung der Symptome des selektiven Mutismus reduzierte sich demnach signifikant nach der Anwendung (kognitiv-)verhaltenstherapeutischer Techniken und Methoden. Zwei der Studien (Bergmann et al., 2013; Cornacchio et al., 2019) verzeichnen zudem eine Signifikanz dahingehend, dass die Teilnehmer auf die Maßnahme in besonderem Maße ansprechen. Signifikant viele Probanden gelten nach der Intervention als „treatment responder“ (ebd.). Die genannten Punkte sprechen stark dafür, dass VT/KVT ein wirksames Verfahren bzw. das momentan wirksamste Verfahren für die Behandlung von selektivem Mutismus bei Kindern und Jugendlichen ist. Aufgrund der teils multimodal stattfindenden Pharmakotherapie bei Cornacchio et al. (2019) könnte man die Ergebnisse dieser Studie dahingehend interpretieren, dass nicht zwingend klar sein kann, ob sie durch die VT/KVT entstanden sind, durch das Zusammenspiel der Psychotherapie und Pharmakotherapie oder ob möglicherweise die Einnahme der Medikamente die meisten Wirkungen erzielen. Hierbei muss jedoch beachtet werden, dass nur ein geringer Anteil (17,2%) zeitgleich medikamentös behandelt wurde und somit nicht ausschlaggebend für solch positive und signifikante Ergebnisse sein kann. Zum anderen waren die Kinder, welche während der (kognitiv-)verhaltenstherapeutischen Intervention zusätzlich pharmakotherapeutisch behandelt wurden, bereits vor der Intervention medikamentös eingestellt. Nur aus diesem Grund blieben sie es während der Intervention. Daraus lässt sich schließen, dass die Einnahme der Medikamente scheinbar kaum oder zumindest nicht die gewünschten Effekte gezeigt hat, denn hätte sich

die Problematik bereits merklich verbessert, wäre eine Teilnahme an der VT/KVT nicht mehr notwendig gewesen. Dies stützt wiederum die These, dass VT/KVT bei Kindern mit selektivem Mutismus zu wirken scheint. Auch die anderen Studien mit niedrigerem Evidenzgrad bestätigen die Wirksamkeit der VT/KVT. Diese werden folgend nicht mehr aufgeführt. Eine ausführliche Darstellung findet sich im Kapitel 3.2.2 „Wirksamkeit der Therapieansätze bei selektivem Mutismus“.

Unabhängig davon, welcher Ansatz bei der Behandlung des selektiven Mutismus angewandt wurde, ist der Therapieerfolg auch davon beeinflusst, seit wann die Symptomatik persistiert (Ströhle et al., 2018, S. 612). Dies ist jedoch bei den wenigsten Studien angegeben, sodass dies keine Beachtung in der Bewertung und Interpretation der dargestellten Studienergebnisse finden kann.

Die Ergebnisse der verschiedenen Ansätze belegen, die in der Literatur bereits beschriebene Wirksamkeit (kognitiv)-verhaltenstherapeutischer Interventionen bei der Behandlung von selektivem Mutismus (siehe Kapitel 2.3 „Therapieansätze bei selektivem Mutismus“). Die meisten zu dem Thema der Wirksamkeit verschiedener Verfahren durchgeführten Studie beschäftigen sich mit genau diesem Ansatz. Die Kinder, die an solch einer Intervention teilnahmen, wiesen nach Beendigung insbesondere ein signifikant verbessertes Sprechverhalten in der Schule, zu Hause und in der Öffentlichkeit auf. Auch erfüllte eine signifikante Anzahl an Kindern nach der Teilnahme nicht mehr die diagnostischen Kriterien des selektiven Mutismus. Familientherapeutische Maßnahmen in Kombination mit behavioralen Techniken scheinen auch zu wirken. Die Therapie nimmt jedoch eine deutlich größere Zeit in Anspruch. Um genaueres über die Wirksamkeit dieses Ansatzes herauszufinden, bedarf es weiterer Forschung, insbesondere Forschung von höherer Evidenz als Einzelfallstudien. Auch die Anzahl der Studien, die sich mit der Wirksamkeit von Sprachtherapie beschäftigen, ist unterrepräsentiert. Hierzu ist auch eine nähere Auseinandersetzung mittels aussagekräftigerer Studien notwendig. Wie bereits aufgezeigt, gibt es einige Studien, die sich mit (teils multimodal zu VT/KVT) der Wirksamkeit einer medikamentösen Therapie zur Behandlung des selektiven Mutismus beschäftigen. Näher dargestellt wurden zudem bereits die bei diesen Studien vorhandenen Kritikpunkte. Diese reduzieren die Aussagekraft der einzelnen Ergebnisse, sodass auch hier auf Basis des aktuellen Wissensstands nicht klar von einer Wirksamkeit der Maßnahme gesprochen werden kann. In den einzelnen Studien scheint Pharmakotherapie zwar einen gewissen Nutzen zu haben, jedoch ist nicht klar, ob dieser größer ist als die Effekte nach erfolgreicher Beendigung von VT/KVT. Weitere Forschung könnte helfen, herauszufinden, ob Pharmakotherapie in individuellen Fällen das geeignete Mittel sein könnte, einem betroffenen Kind zu helfen oder ob es sich möglicherweise anbietet, dies ergänzend zur VT/KVT einzusetzen. Der aktuelle Forschungsstand bzgl. der hier gewählten Zielgruppe von Grundschulkindern mit

der Diagnose „selektiver Mutismus“ spricht eindeutig für die Wirksamkeit (kognitiv)-verhaltens-therapeutischer Maßnahmen. Verfahren der VT/KVT sind für die Behandlung von selektivem Mutismus bei Kindern im Grundschulalter am wirksamsten. Wichtig ist zusätzlich, um von Wirksamkeit sprechen zu können, dass nicht nur kurz nach Beendigung der Maßnahme geschaut wird, wie sich bestimmte Bereiche verbessert haben, sondern auch langfristige Veränderungen überprüft werden, wie es bspw. bei Oerbeck et al. (2015) mit einem Follow-Up nach einem Jahr der Fall war.

Folgend wird auf weitere Punkte, die in der Zusammenschau der Ergebnisse auffallen, eingegangen. In Kapitel 2.2.3 „Epidemiologie und Verlauf“ wurde erwähnt, dass obwohl der selektive Mutismus zu den Angststörungen zählt, Mädchen gegenüber Jungen nicht signifikant häufiger unter der Störung leiden (vgl. American Psychiatric Association, 2018, S. 264 ff.). In den hier analysierten Studien hingegen sind Mädchen deutlich überrepräsentiert (siehe Kapitel 3.2.1 „Studienmerkmale“). Anlässlich dieses Reviews würde man annehmen, dass es sich um eine psychische Störung handelt, die bei dem weiblichen Geschlecht häufiger vertreten ist als beim männlichen Geschlecht. Auch ist im Kapitel der „Studienmerkmale“ (Kapitel 3.2.1) zu erkennen, dass die meisten Studien in den USA durchgeführt wurden und resultierend daraus, auch meist das DSM in seinen verschiedenen Fassungen zur Diagnosevergabe angewandt wurde. Diesbezüglich sollte kritisch diskutiert werden, ob die Ergebnisse des Reviews dennoch auch hier in Deutschland zur Beantwortung der Fragestellung „Welche Verfahren haben sich bei der tertiären Prävention/Therapie von selektivem Mutismus als wirksam erwiesen?“ führen können. Hinsichtlich der Verwendung verschiedener Diagnosemanuale sollten die einzelnen diagnostischen Kriterien des DSM und ICD verglichen werden. Die Kriterien der aktuellen Fassungen der Manuale (DSM-5 und ICD-10) wurden bereits in Kapitel 2.2.1 „Symptomatik“ tabellarisch abgebildet und dessen Gemeinsamkeiten und Unterschiede erläutert. Hier wurde festgestellt, dass sich die Diagnosekriterien des DSM-5 und des ICD-10 stark ähneln. Das DSM-5 scheint alleinig hinsichtlich der Dauer der Störung, der differentialdiagnostischen Abgrenzung und der Notwendigkeit der Beeinträchtigung in verschiedenen Bereichen, präziser zu sein. Daraus lässt sich bezüglich der Verwendung der ICD-10 in Deutschland schließen, dass es zumindest verglichen mit der fünften Fassung des DSM keine Einschränkungen in der Vergleichbarkeit der Ergebnisse geben sollte. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse von Studien, durchgeführt in den USA könnte lediglich dadurch eingeschränkt sein, dass sich das Bildungssystem unterscheidet (Subellok & Bahrfeck-Wichitill, 2016, S. 164). Unterschiedliche Bedingungen im Übergang auf die Grundschule könnten möglicherweise die Entwicklung des selektiven Mutismus bedingen oder ihr entgegenwirken (ebd.). Zudem könnten die Unterschiede und spezifischen Gegebenheiten innerhalb der verschiedenen Bildungssysteme therapeutische Interventionen eher unterstützen oder erschweren (ebd.). Denn nicht nur das deutsche

Bildungs-, sondern auch das Gesundheitssystem in Deutschland bzw. die Vernetzung dieser beiden Systeme unterscheidet sich von dem in den USA (ebd.). In den USA gibt es eine enge Zusammenarbeit zwischen Therapeuten und Lehrkräften in (Vor-)Schulen (Edgar & Rosa-Lugo, 2007, S. 37). Psychotherapie und Sprachtherapie sind dort ein üblicher Bestandteil in den Schulen, sodass das Kind in der Therapie Gelerntes unterstützt durch den Therapeuten besser in der konkreten Unterrichtssituation umsetzen kann (ebd.). In Deutschland herrscht eher eine Trennung dieser verschiedenen Bereiche (Subellok & Bahrfeck-Wichitill, 2016, S. 164). Eine enge Zusammenarbeit der Therapeuten mit Lehrern der Grundschule muss im Einzelfall initiiert werden und ist weniger etabliert (ebd.). Allein im Elementarbereich sind therapeutische Maßnahmen, bspw. wie Sprachtherapie oder Ergotherapie in den Alltag eingebunden (ebd.). In welchem Maße diese Unterschiede Auswirkungen auf die Übertragbarkeit der Ergebnisse haben, ist unklar. Da selektiver Mutismus eine psychische Störung ist, welche insbesondere im Übergang in die Grundschule bedeutend wird und klinische Ausprägungen annimmt, sollten hier die Unterschiede zwischen dem deutschen und dem amerikanischen Bildungssystem bedacht werden. Zudem ist in Bezug auf den konkreten Behandlungsansatz der jeweiligen Studie fraglich, ob manche Studien tatsächlich kaum die Familie und Schule einbezogen oder ob dies nur nicht explizit aufgeführt wurde. Da selektiver Mutismus insbesondere im schulischen Umfeld zu Problemen führt, sollten Lehrkräfte in dem Sinne in die Therapie mit einbezogen werden, dass sie instruiert werden, wie sie gewünschte Verhaltensweisen des Kindes fördern können. Dies ist auch für die Eltern wichtig, da diese meist als zentrale Bezugsperson für das Kind fungieren und so Einfluss nehmen können. Durch den Einbezug der Eltern und Lehrer und der Vermittlung gewisser Techniken im Umgang mit dem Kind, können aufrechterhaltende Faktoren (siehe Kapitel 2.2.4 „Ätiologie“) angegangen werden. So wird das Kind dazu angeregt, in der Therapie Gelerntes außerhalb dieser umzusetzen.

Hinsichtlich der innerhalb dieses systematischen Reviews vollzogenen Vorgehensweise sollten gewisse Dinge gegebenenfalls überdacht werden. Hierzu zählt zum einen, dass das Kriterium, dass Studien der letzten 15 Jahre in das Review einbezogen werden (siehe Kapitel 3.1.1 „Darstellung der Kriterien und Literaturrecherche“), eventuell doch eine zu groß gewählte Zeitspanne darstellen könnte. Mit einer Begrenzung auf die letzten zehn Jahre könnte die Aktualität der Ergebnisse erhöht werden. Bei sonst gleichbleibenden Kriterien würden mit insgesamt sieben Studien dennoch eine ausreichende Anzahl an Studien in das Review einbezogen werden. Außerdem sollte das Vorgehen bei der Literatursuche (siehe Kapitel 3.1.1 „Darstellung der Kriterien und Literaturrecherche“) eventuell dahingehend angepasst werden, dass andere Suchbegriffe verwendet werden sollten. Diese Erkenntnis entsteht dadurch, dass nach der Sichtung der Titel und Abstracts der Treffer viele Dokumente aussortiert wurden, da sie nicht geeignet waren. Einer der Hauptgründe für die fehlende Eignung bestand meist darin, dass es

sich nicht um durchgeführte Studien, sondern alleinig um Literatur, die sich mit selektivem Mutismus sowie Therapieansätze und Wirksamkeit beschäftigte, handelte. Eventuell hätten diese Dokumente durch die zusätzliche Verwendung des Suchbegriffes „Studie*“ im Vorhinein ausgeschlossen werden können. Jedoch hätte dies auch dazu führen können, dass einige der relevanten Treffer auf diesem Wege nicht gefunden worden wäre. Insbesondere bei der Suche in der Datenbank „FIS Bildung“ sollte ein anderes Vorgehen bedacht werden. Vielleicht sollte man hier die Suchbegriffe nicht in die Freitext-, sondern über die Schlagwortsuche eingeben. Bei den Treffern aus der „FIS Bildung“ waren häufig autistische Störungen Thema des Dokumentes, nicht wie eigentlich gesucht die (selektiv) mutistische Störung.

5 Fazit und Ausblick

Das Ziel der vorliegenden Arbeit lag darin, die eingangsaufgestellte Forschungsfrage mittels Erstellung eines systematischen Reviews zu beantworten bzw. zumindest Hinweise für die Beantwortung in der Zusammenschau einzelner Studien, zu finden. Das Review diente dazu, die Wirksamkeit verschiedener Ansätze, welche bei der Behandlung von selektivem Mutismus genutzt werden, zu untersuchen. Selektiver Mutismus ist ein Störungsbild, welches vermehrt im Kindesalter auftritt und bedingt durch seine Seltenheit möglicherweise teils zu wenig Aufmerksamkeit erhält. Die mangelnde Aufmerksamkeit bildet sich auch bei der Suche bzw. Auswahl der Studien ab. Innerhalb der letzten 15 Jahre erwiesen sich lediglich 12 Studien zum Thema „Präventionsmaßnahmen und Therapieansätze bei Kindern mit selektivem Mutismus“ als geeignet. In Anbetracht des weit gewählten Zeitraums ist eine Anzahl von 12 Studien nicht beträchtlich hoch. Dennoch konnte die Frage dahingehend beantwortet werden, dass bereits die in der Literatur formulierte Wirksamkeit (kognitiv)-verhaltenstherapeutischer Maßnahmen für selektiven Mutismus, in der Zusammenschau aller verwendeten Studien bestätigt werden konnte. VT/KVT scheint auf Basis des aktuellen Forschungsstandes das Mittel der Wahl zu sein. In Kapitel 2.3 „Therapieansätze bei selektivem Mutismus“ wurde zudem darauf hingewiesen, dass meist zusätzlich zur Psychotherapie Sprachtherapie angewandt wird und notwendig ist. Dies ließ sich in den verwendeten Studien nicht bestätigen. Nur drei Studien setzten sowohl sprachtherapeutische als auch psychotherapeutische Interventionen ein (siehe Kapitel 3.2.1 „Studienmerkmale“). Es ist nicht nur unklar, ob der zeitgleiche Einsatz von Sprachtherapie die Wirksamkeit erhöht, sondern auch, ob Pharmakotherapie oder Familientherapie zusätzlich zur VT die Wirksamkeit steigern würde. Hierzu bedarf es weiterer Studien, die sich mit der Wirksamkeit verschiedener Maßnahmen im Einzelnen, aber auch in Kombination miteinander beschäftigen.

Nicht nur hinsichtlich wirksamer Therapieansätzen ist der Forschungsstand ausbaufähig. Auch im Bereich der Ätiologieforschung können zwar viele Faktoren genannt werden, welche womöglich einen (großen) Einfluss auf die Entstehung bzw. Aufrechterhaltung von selektivem Mutismus haben, aber es gibt keine klaren Ergebnisse. Besteht jedoch etwas mehr Klarheit darüber, welche Faktoren die Entstehung von selektivem Mutismus bedingen, könnten Maßnahmen entwickelt werden, welche gezielt an diesen Faktoren ansetzen (Wittchen & Jacobi, 2011, S. 86). So könnte durch gezielte Prävention (siehe Kapitel 2.1 „Prävention und Therapie“) möglicherweise die Auftretenswahrscheinlichkeit gesenkt werden oder zumindest bereits im Frühstadium erkannt werden. Eine frühe Erkennung ist insbesondere aus dem Grund von hoher Relevanz, da die Aussichten auf Therapieerfolg auch davon abhängen, wie lange das Störungsbild bereits besteht und unbehandelt ist (siehe Kapitel 2.3 „Therapieansätze bei selektivem Mutismus“).

Auffällig ist zudem, dass fast alle der verwendeten Studien aus dem amerikanischen Raum stammen. Die Ergebnisse dieser Studien beziehen sich somit auf Diagnosen, welche auf dem DSM basieren. Dieses wird in Deutschland in der Praxis nicht verwendet (vgl. Gerrig, 2015, S. 555). Die fünfte Fassung des DSM und das in Deutschland zum Einsatz kommende ICD-10 sind sich jedoch hinsichtlich ihrer Diagnosekriterien sehr ähnlich (siehe Kapitel 2.2.1 „Symptomatik“). Der Vergleich verschiedener Studien, welche teils das DSM-5 und teils das ICD-10 nutzen, ist dadurch somit nicht eingeschränkt. Anders könnte es durch Diskrepanzen hinsichtlich des Bildungs- und Gesundheitssystems zwischen dem deutschsprachigen und dem nordamerikanischen Raum aussehen (vgl. Subellok & Bahrfeck-Wichitill, 2016, S. 164). Es ist unklar, inwiefern die Unterschiede zwischen beiden Ländern, die Übertragbarkeit der Ergebnisse beeinträchtigen. Jedoch sollten die Diskrepanzen, insbesondere im Schulsystem, beim Transfer der Ergebnisse aus amerikanischen Studien, bedacht werden und die Übertragbarkeit tendenziell eher kritischer gesehen werden. Denn unterschiedliche Kontextfaktoren können sich selbstverständlich auf die Bewältigung des selektiven Mutismus auswirken (siehe Kapitel 2.2.4 „Ätiologie“).

Die Notwendigkeit vermehrter Forschung in den genannten Bereichen wird auch dadurch gestärkt, dass durch das Vorhanden Sein aussagekräftiger Studien im Sinne der EbM, Handlungsleitlinien formuliert werden können (Fydrich & Schneider, 2006, S. 57). Wie in den Ergebnissen (Kapitel 3.2.1 „Studienmerkmale“, Kapitel 3.2.2 „Wirksamkeit der Therapieansätze bei selektivem Mutismus“) und in der Diskussion (Kapitel vier) dargestellt, ist die EbM in Bezug auf den selektiven Mutismus bei Kindern im Grundschulalter noch recht in den Anfängen. Es bestehen nur wenige Studien mit einem hohen Evidenzgrad. Dadurch ist es nicht verwunderlich, dass, wie in Kapitel drei „Wirksamkeit der Therapieansätze bei selektivem Mutismus“ gezeigt, noch keine Handlungsleitlinien für die Behandlung selektiv mutistischer Kinder im

Grundschulalter bestehen. Die Formulierung von Behandlungsleitlinien kann nach Fydrich und Schneider (2006, S. 57) erst erfolgen, wenn genug durch empirische Forschung gesammelte Erkenntnisse bestehen. Die Erkenntnisse empirischer Forschung zu einer konkreten psychischen Störung und der Wirksamkeit verschiedener Verfahren werden dann durch das Formulieren von Behandlungsleitlinien in die Praxis transferiert. Das heißt, durch Studien zur Wirksamkeit therapeutischer Verfahren sollen Leitlinien abgeleitet werden, um eine größtmögliche Wirksamkeit in der Praxis zu gewährleisten. Liegen genug einzelne Studien vor, so bietet es sich an, ein systematisches Review oder eine Metaanalyse zu verfassen, um die Ergebnisse der einzelnen Studien zu einem Gesamtergebnis zusammenzufassen. Die Durchführung eines systematischen Reviews wurde in dieser Arbeit versucht so nachvollziehbar wie möglich umzusetzen. Durch das Aufzeigen der einzelnen Schritte, wie Literatursuche, Auswahl der Studien und der aus den Studien gewonnenen Daten, sollten die Ergebnisse möglichst transparent abgebildet werden. Sollte dies im weitesten Sinne gelungen sein, könnte das Review nach Fydrich und Schneider (2006, S. 58) in die höchste Evidenzstufe im Sinne der EbM eingestuft werden. Denn nicht nur wurde das Vorgehen so transparent wie möglich abgebildet, sondern auch RCTs wurden im Review verwendet und in der Beantwortung der Fragestellung berücksichtigt.

Die vorliegende Arbeit hat somit Anregungen für weitere Forschung geben können. Selektiver Mutismus ist als psychische Störung zu sehen, welcher aufgrund ihrer Seltenheit, nicht genügend Aufmerksamkeit in Form von qualitativ hochwertiger Forschung, geschenkt wird. Vermehrte Forschung, insbesondere hinsichtlich der Wirksamkeit einzelner Ansätze bzw. Verfahren könnte die Arbeit von Therapeuten mit Kindern, die unter selektivem Mutismus leiden, vereinfachen. Nicht nur würde die Arbeit erleichtert werden, wenn Behandlungsleitlinien bestehen, sondern auch die Qualität der Therapie würde gesteigert werden. Denn die Leitlinien würden verringern, dass Verfahren angewandt werden, welche für das betroffene Individuum weniger geeignet sind bzw. mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit zu Therapieerfolg führen würden. Dies wäre dadurch gewährleistet, dass die Leitlinien insbesondere auf Basis der durch RCTs und systematischen Reviews formulierten Ergebnisse, entwickelt werden. So wird langjährige, aussagekräftige, empirische Forschung in die therapeutische Praxis transferiert und damit die Therapeuten bei der Wahl spezifischer Methoden unterstützt sowie die Qualität therapeutischen Handelns erhöht.

6. Literaturverzeichnis

- Abel, T. & Kolip, P. (2018a). Grundlagen von Gesundheitsförderung und Prävention. In M. Egger, O. Razum & A. Rieder (Hrsg.), *Public Health Kompakt* (S. 161–164). Berlin: DeGruyter.
- Abel, T. & Kolip, P. (2018b). Prävention. In M. Egger, O. Razum & A. Rieder (Hrsg.), *Public Health Kompakt* (S. 170–171). Berlin: DeGruyter.
- American Psychiatric Association. (2018). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5®* (2. korrigierte Auflage, deutsche Ausgabe). Göttingen: Hogrefe.
- Bahr, R. (2016). Selektiver Mutismus im Schulalter: Hilfen für die Beratung in inklusiven Settings und in der Förderschule. *Praxis Sprache*, 61, 210–214.
- Bahr, R. (2018). *Wenn Kinder schweigen. Redehemmungen verstehen und behandeln: ein Praxisbuch* (7. Auflage). Ostfildern: Patmos.
- Bandelow, B., Wiltink, J., Alpers, G. W., Benecke, C., Deckert, J., Eckhardt-Henn, A. et al. (2014). *S3-Leitlinie. Behandlung von Angststörungen*. Zugriff am 10.12.2019. Verfügbar unter https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/0c2fc607fa678377a9efb4f13d5ce7007f2c43d0/S3-LL_Lang_Angststoenngen_2014.pdf
- Benecke, C. (2014). *Klinische Psychologie und Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bergmann, L. R., Gonzalez, A., Piacentini, J. & Keller, M. L. (2013). Integrated Behavior Therapy for Selective Mutism: A randomized controlled pilot study. *Behavior Research And Therapy*, 51(10), 680–689.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4., überarbeitete Auflage). Heidelberg: Springer Medizin. Verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-540-33306-7.pdf>
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Carlson, J. S., Mitchell, A. D. & Segool, N. (2008). The Current State of Empirical Support for the Pharmacological Treatment of Selective Mutism. *School Psychology Quarterly*, 23(3), 354–372.
- Caspar, F., Pjanic, I. & Westermann, S. (2018). *Klinische Psychologie*. Wiesbaden: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-93317-7>

- Castles, A. & Coltheart, M. (2004). Is there a causal link from phonological awareness to success in learning to read? *Cognition*, *91*, 77–111.
- Cornacchio, D., Furr, J. M., Sanchez, A. L., Hong, N., Feinberg, L. K., Tenenbaum, R. et al. (2019). Intensive Group Behavioral Treatment (IGBT) for Children With Selective Mutism: A Preliminary Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *87*(8), 720–733.
- Edgar, D. L. & Rosa-Lugo, L. (2007). The Critical Shortage of Speech-Language Pathologists in the Public School Setting: Features of the Work Environment That Affect Recruitment and Retention. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, *38*, 31–46.
- Egger, M., Razum, O. & Rieder, A. (2018). Ansatzpunkte der Prävention. In M. Egger, O. Razum & A. Rieder (Hrsg.), *Public Health Kompakt* (S. 18–23). Berlin: DeGruyter.
- Ehler, U. (2011). Verhaltensmedizinische Grundlagen. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 287–300). Berlin: Springer.
- Esser, G. & Blank, S. (2011). Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, *60*(8), 626–638. Verfügbar unter <https://www.vr-elibrary.de/doi/pdf/10.13109/prkk.2011.60.8.626>
- Faust, J. & Kortjohann, S. (2016). Stationäre Behandlung bei selektivem Mutismus. *Praxis Sprache*, *61*(3), 189–194.
- Feldmann, D. & Kopf, A. (2016). Theoriegeleitete Förderdiagnostik und -planung mit Hilfe der DiFraMut im Kontext Therapie und Schule. *Praxis Sprache*, *61*(3), 178–188.
- Fydrich, T. & Schneider, S. (2006). Evidenzbasierte Psychotherapie. *Psychotherapeut*, *52*, 55–68. <https://doi.org/10.1007/s00278-006-0522-x>
- Garbani Ballnik, O. (2009). *Schweigende Kinder*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Gerrig, R. J. (2015). *Psychologie* (20., aktualisierte Auflage). Hallbergmoos: Pearson. Verfügbar unter <http://lib.myilibrary.com?id=651020>
- Gontard, A. von, Möhler, E. & Bindt, C. (2015). *Leitlinien zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter (S2k)*. Zugriff am 10.12.2019. Verfügbar unter https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-041k_S2k_Psychische_Stoerungen_Saeugling_Kleinkind_Vorschulalter_2017-10.pdf
- Goodman, R. & Scott, S. (2016). *Kinder- und Jugendpsychiatrie* (3., überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Schattauer.

- Gordon, R. (1983). An Operational Classification of Disease Prevention. *Public Health Report*, 98(2), 107–109. Verfügbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424415/pdf/pubhealthrep00112-0005.pdf>
- Hartmann, B. (1997). *Mutismus - Zur Theorie und Kasuistik des totalen und elektiven Mutismus* (4. Auflage). Berlin: Edition Marhold.
- Hartmann, B. (2004). Die Behandlung eines (s)elektiv mutistischen Mädchens nach dem Konzept der Systemischen Mutismus-Therapie/SYMUT - Teil II. *Forum Logopädie*, 18(2), 30–35. Verfügbar unter http://boris-hartmann.de/_Resources/Persistent/4fc2e0851c324381da23d00f1f0f6c9f9b04d77a/SYMUT2-Forum%20Logopädie.pdf
- Hartmann, B. (2016). Kölner Mutismus Anamnesebogen (K-M-A). *Praxis Sprache*, 61(3), 200–205.
- Hartmann, B., Kaiser, M., Kaufhold, U., Lange, M. & Müller, N. (2013). Stuttgarter Rahmenempfehlungen zur Mutismus-Therapie (SRMT). *Fachzeitschrift für Mutismustherapie, Mutismusforschung und Selbsthilfe*, 10, 4–6.
- Heinrichs, N. & Lohaus, A. (2011). *Klinische Entwicklungspsychologie kompakt. Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Weinheim: Beltz.
- Herdener-Pinnekamp, K., Gundelfinger, R. & Steinhausen, H.-C. (2010). Die ambulante Behandlung des elektiven Mutismus am Beispiel eines langjährig bestehenden elektiven Mutismus bei einem 17-Jährigen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38(1), 29–36. Verfügbar unter <https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1422-4917.a000004>
- Hörning, M. (2011). Prävention und Gesundheitsförderung. In W. Schwarzer (Hrsg.), *Medizinische Grundlagen für soziale Berufe* (S. 323–336). Basel: Borgmann.
- Hülshoff, T. (2011). Die Entwicklung im Kindes- und Jugendalter. In W. Schwarzer (Hrsg.), *Medizinische Grundlagen für soziale Berufe* (S. 37–55). Basel: Borgmann.
- Hung, S.-L., Spencer, M. S. & Dronamraju, R. (2012). Selective Mutism: Practice and Intervention Strategies for Children. *Children & Schools*, 34(4), 222–230. Verfügbar unter <https://pdfs.semanticscholar.org/d4bd/abb50621122884435fb7b8a7eb515af71068.pdf>
- Hurrelmann, K. & Richter, M. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung* (8., überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz Juventa.

- Hurrelmann, K., Richter, M., Klotz, T. & Stock, S. (2018). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz & S. Stock (Hrsg.), *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien* (5., vollständig überarbeitete Auflage, S. 23–33). Bern: Hogrefe.
- Jacobi, F. & Brakemeier, E.-L. (2017). Basistechniken der Verhaltenstherapie. In E.-L. Brakemeier & F. Jacobi (Hrsg.), *Verhaltenstherapie in der Praxis* (S. 200–202). Weinheim: Beltz.
- Jacobi, F. & Müllender, S. (2017). Psychische Störungen als individuelles und gesellschaftliches Gesundheitsproblem. In I. Hauth, P. Falkai & A. Deister (Hrsg.), *Psyche, Mensch, Gesellschaft. Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland: Forschung, Versorgung, Teilhabe* (S. 1–14). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Jamouille, M. (2015). Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *International Journal of Health Policy and Management*, 4, 1–4.
- Johannsen, K., Kramer, J. & Lukaschyk, J. (2016). Deutscher Mutismus Test (DMT-KoMut) - aus der Praxis , für die Praxis. In U. Sitzinger, S. Sallat & U. Lüdtke (Hrsg.), *Sprache und Inklusion als Chance?! Expertise und Innovation für Kita , Schule und Praxis* (S. 387–393). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Johannsen, K., Kramer, J., Lukaschyk, J. & Talley, J. (2016). Diagnostik im Rahmen der Kooperativen Mutismustherapie. Der Deutsche Mutismus Test (DMT-KoMut) als Diagnostikverfahren im Rahmen der Kooperativen Mutismustherapie und mögliche Ableitungen für pädagogische und therapeutische Konzepte. *Praxis Sprache*, 61(3), 171–177.
- Jungbauer, J., Berg, M., Düvel, J. & Kahl, Y. (2013). Wer wird Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut? *Kindheit und Entwicklung*, 22(1), 48–55. Verfügbar unter <https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1026/0942-5403/a000098>
- Junge-Hoffmeister, J. (2011). Operante Verfahren. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 511–527). Berlin: Springer.
- Katz-Bernstein, N. (2015). *Selektiver Mutismus bei Kindern. Erscheinungsbilder, Diagnostik, Therapie* (4., aktualisierte Auflage). München: Ernst Reinhardt.
- Katz-Bernstein, N., Wyler-Sidler, J. & Meili-Schneebeli, E. (2018). Was ist selektiver Mutismus? - Eine Einführung in Theorie, Therapie und Fördermaßnahmen. In N. Katz-Bernstein, E. Meili-Schneebeli & J. Wyler-Sidler (Hrsg.), *Mut zum Sprechen finden. Kinder mit selektivem Mutismus in der Therapie* (3., aktualisierte Auflage). München: Ernst Reinhardt.

- Kazdin, A. E. (2000). *Psychotherapy for Children and Adolescents: Directions for Research and Practice*. New York: Oxford University Press.
- Klein, E. R., Armstrong, S. L., Skira, K. & Gordon, J. (2017). Social Communication Anxiety Treatment (S-CAT) for children and families with selective mutism: A pilot study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(1), 90–108.
- Kopp, I., Encke, A., Hartig, S., Müller, W. & Lorenz, W. (2005). Zur Empirie hochwertiger Leitlinien im System der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF): Gibt es sie und wieviele? *Deutsche Gesellschaft für Chirurgie - Mitteilungen*, 1, 21–29. Verfügbar unter https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/Werkzeuge/Publicationen/ll-rb10.pdf
- Kryspin-Exner, I. & Pintzinger, N. (2018). Theorien der Krankheitsprävention und des Gesundheitsverhaltens. In K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz & S. Stock (Hrsg.), *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien* (5., vollständig überarbeitete Auflage, S. 35–46). Bern: Hogrefe.
- Lang, R., Regester, A., Mulloy, A., Rispoli, M. & Botout, A. (2011). Behavioral Intervention to Treat Selective Mutism Across Multiple Social Situations and Community Settings. *Journal of Applied Behavioral Analysis*, 44, 623–628. Verfügbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3177345/pdf/jaba-44-03-623.pdf>
- Lauth-Lebens, M. & Adornetto, C. (2018). Mutismus. In G. W. Lauth & F. Linderkamp (Hrsg.), *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen* (4., vollständig überarbeitete Auflage, S. 436–447). Weinheim: Beltz.
- Leppin, A. (2018). Konzepte und Strategien der Prävention. In K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz & S. Stock (Hrsg.), *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien* (5., vollständig überarbeitete Auflage, S. 47–55). Bern: Hogrefe.
- Lutz, W. (2010). Was ist Psychotherapie? - Grundlagen und Modelle. In W. Lutz (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie* (S. 25–47). Bern: Hans Huber.
- Maercker, A. (2018a). Modelle der Klinischen Psychologie. In F. Petermann, A. Maercker, W. Lutz & U. Stangier (Hrsg.), *Klinische Psychologie - Grundlagen* (2., überarbeitete Auflage, S. 13–31). Göttingen: Hogrefe.
- Maercker, A. (2018b). Vom Symptom zur Diagnose: Allgemeine Grundlagen und Beispiele. In F. Petermann, A. Maercker, W. Lutz & U. Stangier (Hrsg.), *Klinische Psychologie - Grundlagen* (2., überarbeitete Auflage, S. 117–133). Göttingen: Hogrefe.

- Manassis, K. & Tannock, R. (2008). Comparing interventions for selective mutism: a pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(10), 700–703. Verfügbar unter <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674370805301010>
- Mayworm, A. M., Dowdy, E., Knights, K. & Rebelez, J. (2015). Assessment and Treatment of Selective Mutism with English Learners. *Contemporary School Psychology*, 19(3), 193–204.
- Menne, K. (2015). Psychotherapeutisch kompetente Erziehungsberatung - ihre Rahmenbedingungen und rechtliche Grundlagen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 64(1), 4–19.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. & The PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*, 6(7), o.S.
- Nagler, T., Lindberg, S. & Hasselhorn, M. (2018). Leseentwicklung in der Kindheit. Einflussfaktoren und Fördermöglichkeiten. *Kindheit und Entwicklung*, 27(1), 5–13. Verfügbar unter <https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1026/0942-5403/a000240>
- Oerbeck, B., Stein, M. B., Pripp, A. H. & Kristensen, H. (2015). Selective mutism: a follow-up study 1 year after end of treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24, 757–766. Verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00787-014-0620-1.pdf>
- O'Reilly, M., Deirde, M., Sigafoos, J., Lancioni, G. E., Green, V., Edrisinha, C. et al. (2008). Examination of a social problem-solving intervention to treat selective mutism. *Behavior Modification*, 32(2), 182–195.
- Petermann, U. & Petermann, F. (2015). Lernpsychologische Grundlagen. In F. Petermann (Hrsg.), *Kinderverhaltenstherapie. Grundlagen und Anwendungen* (5., überarbeitete und ergänzte Auflage, S. 21–71). Baltmannsweiler: Schneider.
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M. & Ottová-Jordan, V. (2018). Prävention und Gesundheitsförderung im Kindesalter. In K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz & S. Stock (Hrsg.), *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien* (5., vollständig überarbeitete Auflage, S. 75–88). Bern: Hogrefe.
- Remschmidt, H. & Kamp-Becker, I. (2015). Mutismus. In G. Esser (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen* (5., vollständig überarbeitete Auflage, S. 149–154). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

- Remschmidt, H., Poller, M., Herpertz-Dahlmann, B., Hennighausen, 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. Verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2FPL00007547.pdf>
- Ressing, M., Blettner, M. & Klug, S. J. (2009). Systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen. Teil 6 der Serie zur Bewertung wissenschaftlicher Publikationen. *Deutsches Ärzteblatt*, 106(27), 456–463. Verfügbar unter <https://cdn.aerzteblatt.de/pdf/106/27/m456.pdf?ts=30%2E06%2E2009+09%3A27%3A28>
- Reuther, E. T., Davis, T. E., Moree, B. N. & Matson, J. L. (2011). Treating Selective Mutism Using CBT for Child Anxiety: A Case Study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(1), 156–163.
- Richter, M. & Rosenbrock, R. (2018a). Verhaltensprävention. In M. Egger, O. Razum & A. Rieder (Hrsg.), *Public Health Kompakt* (S. 173–175). Berlin: DeGruyter.
- Richter, M. & Rosenbrock, R. (2018b). Verhältnisprävention. In M. Egger, O. Razum & A. Rieder (Hrsg.), *Public Health Kompakt* (S. 172). Berlin: DeGruyter.
- Rogoll, J., Petzold, M. & Ströhle, A. (2018). Selektiver Mutismus. *Der Nervenarzt*, 89(5), 591–602. Verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00115-018-0504-6.pdf>
- Schwartz, R. H., Freedy, A. S. & Sheridan, M. J. (2006). Selective Mutism: Are Primary Care Physicians Missing the Silence? *Clinical Pediatrics*, 45(1), 43–48. Verfügbar unter <https://journals-sagepub-com.ezp.hs-duesseldorf.de/doi/pdf/10.1177/000992280604500107>
- Schwenck, C. & Gensthaler, A. (2017). Die Psychopathologie des Selektiven Mutismus. *Sprache · Stimme · Gehör*, 41, 72–77.
- Sharkey, L., Mc Nicholas, F., Barry, E., Begley, M. & Ahern, S. (2008). Group therapy for selective mutism - A parents' and children's treatment group. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(4), 538–545. Verfügbar unter https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/49570343/j.jbtep.2007.12.00220161013-17238-jphquy.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20file-name%3DGroup_therapy_for_selective_mutism_A_par.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20191123%2Fus-

east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20191123T194526Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=0535facd643c704285995a70b4e5a264fac5daa98ddfdcd3d6bd1d2f05850a52f

- Shriver, M. D., Segool, N. & Gortmaker, V. (2011). Behavior Observations for Linking Assessment to Treatment for Selective Mutism. *Education and Treatment of Children*, 34(3), 389–411.
- Sloan, T. L. (2007). Family Therapy with Selectively Mute Children: A Case Study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33, 94–105.
- Stein, M. B., Yang, B.-Z., Chavira, D. A., Hitchcock C. A., Sung, S. C., Shipon-Blum, E. et al. (2011). A Common Genetic Variant in the Neurexin Superfamily Member CNTNAP2 Is Associated with Increased Risk for Selective Mutism and Social Anxiety-Related Traits. *Biological Psychiatry*, 69(9), 825–831. Verfügbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3079072/pdf/nihms253633.pdf>
- Steinhausen, H.-C. (2019). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie* (9., neu bearbeitete und erweiterte Auflage). München: Elsevier.
- Ströhle, A., Gensichen, J. & Domschke, K. (2018). The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. *Deutsches Ärzteblatt*, 115(37), 611–620. Verfügbar unter <http://web.b.ebscohost.com.ezp.hs-duesseldorf.de/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=401b3ceb-0e5a-4008-943c-0536737d84b8%40pdc-v-sessmgr02>
- Subellok, K. & Bahrfeck-Wichitill, K. (2016). Selektiver Mutismus im sozialen Kontext. Vernetzungsarbeit in der Dortmunder Mutismus Therapie (DortMuT). *Praxis Sprache*, 61, 163–170.
- Tramer, M. (1934). Elektiver Mutismus bei Kindern. *Zeitschrift für Kinderpsychiatrie*, 1, 30–35.
- Trost, A. (2011). Entwicklungsstörungen und Kinder- und Jugendpsychiatrie. In W. Schwarzer (Hrsg.), *Medizinische Grundlagen für soziale Berufe* (S. 71–132). Basel: Borgmann.
- Ülsemann, D. & Erle, A. (2017). Kognitive Umstrukturierung und Verhaltensexperimente. In E.-L. Brakemeier & F. Jacobi (Hrsg.), *Verhaltenstherapie in der Praxis* (S. 273–292). Weinheim: Beltz.
- Wälte, D. (2013). Salutogenese, Pathogenese und subjektive Krankheitskonzepte. In W. Rössler & W. Kawohl (Hrsg.), *Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis - Band 1: Grundlagen* (S. 73–82). Stuttgart: Kohlhammer.

- Weltgesundheitsorganisation. (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien* (10. Auflage, unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2015). Bern: Hogrefe.
- Weltgesundheitsorganisation. (2016). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F): diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis* (6., überarbeitete Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen gemäß ICD-10-GM (German Modification) 2016). Bern: Hogrefe.
- Weltgesundheitsorganisation. (2019). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und diagnostischen Kriterien sowie Referenztabellen ICD-10 vs. ICD-9 vs. DSM-IV-TR: nach dem englischsprachigen Pocket Guide von J. E. Cooper* (9., aktualisierte Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen gemäß ICD-10-GM (German Modification) 2019).
- Wirtz, M. A. (2017). *Dorsch - Lexikon der Psychologie* (18., überarbeitete Auflage). Bern: Hogrefe.
- Wischnewski, J. & Ströhle, A. (2016). Angststörungen und selektiver Mutismus bei Kindern und Jugendlichen. *Praxis Sprache*, 61(3), 195–199.
- Wissenschaftsrat. (2018). *Perspektiven der Psychologie in Deutschland*. Zugriff am 10.12.2019. Verfügbar unter https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/6825-18.pdf;jsessionid=3156A15CC873F717507DC67A85A2CBEC.delivery1-master?__blob=publicationFile&v=6
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, E. (2011). Epidemiologische Beiträge zur Klinischen Psychologie. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 57–90). Berlin: Springer.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich meine Bachelor-Thesis zum Thema:

„Präventionsmaßnahmen und Therapieansätze bei Kindern mit selektivem Mutismus“

selbstständig verfasst und keine anderen Hilfsmittel, als die angegebenen benutzt habe. Alle Stellen, die von Autoren wörtlich oder sinngemäß übernommen sind, habe ich durch Angabe von Quellen als Zitat kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher weder in Teilen noch insgesamt einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Ort, Datum

Laura Kersten