



Selektiver Mutismus im sozialen Kontext – Vernetzungsarbeit in der Dortmunder Mutismus Therapie (DortMuT)

Katja Subellok & Kerstin Bahrfeck-Wichitill

Zusammenfassung

Selektiver Mutismus (SM) als komplexes Phänomen mit variantenreichen Bedingungs- und Ausprägungsformen macht immer eine multimodale und methodenkombinierte Behandlung erforderlich. Wirksamkeitsnachweise für verschiedene Vorgehensweisen gibt es bislang nur wenige. Die meisten (angloamerikanischen) Studien verweisen auf Evidenzen (kognitiv-)behavioraler Strategien. Immer werden auch Kindergarten und Schule als die vom Schweigen am häufigsten betroffenen sozialen Kontexte programmatisch in die Behandlung einbezogen.

Wegen unterschiedlicher struktureller Rahmenbedingungen im Gesundheits- und Bildungssystem sind international publizierte (wirksame) Therapieprogramme und -empfehlungen nicht ohne weiteres auf deutsche Verhältnisse zu übertragen. Ist dort in der therapeutischen Versorgung eine Vernetzung der Sozialkontexte implizit und strukturell einfacher zu realisieren, müssen hiesige Therapiekonzeptionen und -routinen dieser Vernetzung explizit Rechnung tragen und sie in der klinischen Praxis etablieren.

Dieser Vernetzungsgedanke wird in der Dortmunder Mutismus Therapie (DortMuT) konzeptionell verankert. Zielsetzungen, Methoden und Prinzipien werden hier skizziert. Die klinische Vernetzungsarbeit wird anhand eines Fallbeispiels aus dem Sprachtherapeutischen Ambulatorium der TU Dortmund exemplarisch konkretisiert. Es wird dafür plädiert, dass sich für die anspruchsvolle Vernetzungsarbeit im therapeutischen Alltag – im Sinne eines Case-Managements – am ehesten Fachkräfte mit Expertise im Bereich SM, also Logopäden und Sprachtherapeuten oder Psychotherapeuten, anbieten.

1 Mutismustherapie im sozialen Kontext

Selektiver Mutismus (SM) ist eine eher seltene, mit Angst assoziierte Kommunikationsstörung der frühen Kindheit (vgl. Bergman, Piacentini & McCracken 2002). Kennzeichnend ist die große Diskrepanz zwischen unbefangenen Sprechen in vertrauten Situationen und Schweigen in meist fremden oder unvertrauten Kontexten, in denen Sprechen erwartet werden kann (vgl. Starke & Subellok 2015). Die Kernsymptomatik des Schweigens kann interindividuell sehr unterschiedlich ausgeprägt sein, und auch die häufigen Begleitsymptome oder Komorbiditäten wie Angststörungen, (sprachliche) Entwicklungsstörungen, Störungen der Ausscheidungsfunktionen (vgl. Cohan, Chavira, Shipon-Blum, Hitchcock, Roesch & Stein 2008; Kristensen 2000) variieren enorm. SM wird im DSM 5 unter den Angststörungen gelistet (vgl. APA 2013). Trotz zunehmenden Forschungsinteresses innerhalb der letzten Jahre bleiben in der Fachwelt noch viele Fragen zum SM offen (vgl. Viana, Beidel & Rabian 2009). Heute geht man bei SM von einem komplexen und multifaktoriell (interne und externe Faktoren) verursachten Phänomen aus, das in seinen individuellen Bedingungs- und Ausprägungsformen stark variieren kann (vgl. Cohan, Price & Stein 2006).

Entsprechend seiner facettenreichen Ausprägungsformen liegt es auf der Hand, dass SM in der klinischen Praxis einer multimodalen und methodenkombinierten Diagnostik und Behandlung bedarf (vgl. Dow, Sonies, Scheib, Moss & Leonard 1995) und die Expertise mehrerer Fachdisziplinen gefragt ist (vgl. Subellok & Starke 2015). Während die (differential-)diagnostische Abklärung und Pharmakotherapie eine Domäne der Me-

dizin sind (Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie), zeigen sich für die Behandlung von SM maßgeblich die Disziplinen der (Kinder- und Jugendlichen-) Psychotherapie und Sprachtherapie/Logopädie verantwortlich. Methodisch haben sich behaviorale, kognitiv-behaviorale, psychodynamische, systemisch-familientherapeutische, sprachtherapeutische und methodenintegrierende Interventionsstrategien etabliert (vgl. Cohan, Chavira & Stein 2006; Pionek Stone, Kratchowill, Sladeczek & Serlin 2002; Viana et al. 2009). Berichtet wird maßgeblich von therapeutischen Einzel-, seltener von Gruppen- oder Familiensettings (vgl. Sharkey & McNicholas 2008).

Empirische Wirksamkeitsnachweise gibt es für die verschiedenen Vorgehensweisen nur wenige, die Therapieforschung bleibt für SM zukünftig noch deutlich auszubauen. Konsens herrscht darüber, dass SM schwierig zu behandeln ist und Langzeitinterventionen erforderlich sind (vgl. Sharkey & McNicholas 2008). Die meisten der internationalen Studien und Einzelfallberichte weisen einhellig auf Evidenzen behavioraler und kognitiv-behavioraler Interventionsstrategien hin (vgl. Bergman, Gonzalez, Piacentini & Keller 2013; Oerbeck, Stein, Pripp & Kristensen 2015; Oerbeck, Johansen, Lundahl & Kristensen 2011). Multimodale kombinierte Ansätze erscheinen ebenfalls erfolgsversprechend, doch sind die dann wirksamen Elemente noch nicht hinreichend identifiziert (vgl. Cohan, Chavira & Stein 2006; Viana et al. 2009). Herauszustellen ist, dass sich keine der untersuchten Vorgehensweisen einzig auf das Setting der Individualtherapie beschränkt. Immer werden auch die Familie sowie Kindergarten resp. Schule in verschiedenster Weise miteinbezogen (vgl. auch Bergman et al. 2013; Vecchio & Kearney 2009; Oer-