

DortMuS

Dortmunder Mutismus Screening

Dortmunder Mutismus Screening – Eltern

Manual
für Fachkräfte



Anja Starke & Katja Subellok

Universität Bremen & TU Dortmund

(CC) 2023

Inhaltsverzeichnis

1	Screeningverfahren zur Erfassung von Risikokindern für Selektiven Mutismus	3
2	DortMuS-Eltern	5
2.1	Allgemeine Kennzeichnung.....	5
2.2	Aufbau des Fragebogens.....	6
2.3	Hinweise zur Durchführung	6
2.4	Auswertung	7
3	Interpretation der Ergebnisse und Empfehlungen für die Praxis	8
3.1	Was leistet DortMuS-Eltern und was NICHT?.....	8
3.2	Was ist zu tun, wenn sich beim Kind KEIN Verdacht auf sM bestätigt?	8
3.3	Was ist zu tun, wenn sich beim Kind der Verdacht auf sM bestätigt?	9
3.3.1	Unterstützung für Fachkräfte	9
3.3.2	Unterstützung für Eltern und Familien	10
3.4	Gibt es bei mehrsprachigen schweigenden Kindern etwas Besonderes zu beachten?	13
4	Testkonstruktion	13
4.1	Itementwicklung	13
4.2	Studie 1: Entwicklung von DortMuS-Eltern	13
4.3	Überarbeitung der Items	14
4.4	Studie 2: Evaluation von DortMuS-Eltern.....	15
5	Ausblick	16
6	Literaturverzeichnis	17
7	Anhang	20
	DortMuS-Eltern: Fragebogen und Auswertungsbogen	20



Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung – Nicht kommerziell – keine Bearbeitungen 4.0 International Lizenz.

Bitte zitieren Sie dieses Dokument als: Starke, A. & Subellok, K. (2023). *Dortmunder Mutismus Screening für Eltern (DortMuS-Eltern)*. Verfügbar unter www.dortmus-eltern.tu-dortmund.de



1 Screeningverfahren zur Erfassung von Risikokindern für Selektiven Mutismus

Das eher seltene Phänomen selektiver Mutismus (sM) beginnt in der frühen Kindheit und hat als Kernsymptom ein konsequentes Schweigen bei grundsätzlich vorhandenen sprachlichen Kompetenzen der Kinder in solchen Situationen, in denen ein Sprechen üblicherweise erwartet wird (American Psychiatric Association, 2018). Am häufigsten schweigen die Kinder in der Kita oder Schule (Bergman et al., 2002; Ford et al., 1998), während sie im vertrauten Umfeld wie der Familie ganz unbefangenen sprechen können. Doch können Schweige- und Sprechmuster interindividuell sehr variantenreich sein (Bahrfeck et al., 2017). Auch sind die Übergänge zu sprechängstlichem und extrem schüchternem Verhalten fließend, weshalb ein mutistisches Schweigen selbst in Fachkreisen häufig fehlinterpretiert (Kopp, 1997; Schwartz et al., 2006) und sM nicht frühzeitig erkannt wird. So verwundert es nicht, dass die Kinder oft erst mit Schuleintritt klinisch erfasst und durchschnittlich mit circa acht Jahren erstmalig therapeutisch versorgt werden (Remschmidt et al., 2001), während der Schweigebeginn durchsichtlich bei zwei bis vier Jahren liegt (Dummit et al., 1997; Rodrigues Pereira et al., 2021).

Auch die beiden zur Verfügung stehenden medizinischen Klassifikationssysteme DSM 5 (American Psychiatric Association, 2018) und ICD-11 (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2022) liefern mit der Auflistung charakteristischer Symptome und Ausschlussdiagnosen eher unscharfe Diagnosekriterien für sM. Unzweifelhaft muss die Kernsymptomatik des Schweigens über einen längeren Zeitraum (mindestens einen Monat) vorliegen. Dass darüber die schulische, berufliche und soziale Teilhabe beeinträchtigt wird, ist ebenfalls unbestritten. Eher vage auszumachen bleiben die Kriterien vorhandenen Sprachkompetenzen und ein Wohlfühlen in der gesprochenen Sprache sowie der Ausschluss anderer Störungsbilder wie Kommunikations- und Entwicklungsstörungen (etwa Autismus-Spektrum-Störungen) (siehe hierzu Starke & Subellok, im Druck).

Unscharfe Diagnosekriterien, fließende Übergänge zur Schüchternheit und Sprechängstlichkeit, mangelnde Bekanntheit in Fachkreisen wegen der Seltenheit von sM, Unscheinbarkeit der Symptomatik und schlussendlich auch die auszubauende empirische Datenlage zum sM (siehe dazu etwa Melfsen & Walitza, 2017; Schwenck & Gensthaler, 2017) geben Anlass zur Vermutung, dass etliche schweigende Vor- und Grundschulkindern unerkannt bleiben und bei ihnen nach wie vor ein womöglich vorliegender sM nicht frühzeitig (genug) identifiziert wird. Allen diesen Kindern kommt keine frühe mutismusspezifische Behandlung zuteil, die präventiv im Hinblick auf mögliche Folgeerscheinungen von sM essentiell ist (Bahrfeck et al., 2017; Schwartz et al., 2006; Subellok & Katz-Bernstein; Subellok & Starke, 2012). Gerade bei Nichtbehandlung im Kindesalter zeigen sich im Jugend- und Erwachsenenalter höhere Raten psychischer und psychiatrischer Störungen, insbesondere Depressionen und Angststörungen (Steinhausen et al., 2006). Insgesamt ist anzunehmen, dass ein Andauern des Schweigens bis ins Jugendalter hinein gravierende psychische und emotional-soziale Auswirkungen wahrscheinlicher macht und die Bildungsbiographie sowie soziale Teilhabe Betroffener gravierend gefährdet sein können (Chavira et al., 2007; Kamani & Monga, 2020; Kolvin & Fundudis, 1981; Remschmidt et al., 2001).

Vor diesem Hintergrund hat sich das Dortmunder Forschungsteam Mutismus vor circa zehn Jahren auf den Weg gemacht und zum Ziel gesetzt, einen empirischen Beitrag zur Verbesserung einer möglichst frühzeitigen und zuverlässigen Identifizierung von Risikokindern für sM zu leisten. Der beste Ansatzpunkt dafür sind Screeninginstrumente, mittels derer anhand definierter Merkmale ein Risiko für das Vorliegen eines Phänomens herausgefiltert werden kann. Allerdings müssen diese Verfahren



so konstruiert sein, dass zum einen verlässliche Informationen geliefert werden (Reliabilität) und zum anderen auch das Merkmal tatsächlich gemessen wird, was gemessen werden soll (Validität). Soll darüber hinaus ein Merkmal – hier sM – mit höchstmöglicher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen respektive identifiziert werden, müssen die Sensitivität und Spezifität eines Verfahrens besonders hoch sein. Neben diesen Anforderungen an die Testkonstruktion müssen Screeningverfahren adressatengerecht und benutzerfreundlich, also praxistauglich und zeitökonomisch sein, um im großen Umfang eingesetzt zu werden. Dazu zählt ebenso, dass sie kostenneutral zur Verfügung gestellt werden, ihre Durchführung keine große Belastung für die Untersuchten darstellt, die Auswertung einfach ist und Untersucher*innen Hinweise für die Interpretation der Ergebnisse erhalten.

Es gibt über die oben dargelegten Hintergründe hinaus zwei bedeutsame Argumente, warum Screeningverfahren, die einer Diagnosestellung vorgeschaltet sind, gerade für sM essentiell sind und warum inhaltlich nicht lediglich das Kernsymptom des Schweigens fokussiert werden darf, wie es in den wenigen vorliegenden diagnostischen Instrumenten für sM der Fall ist (etwa die Frankfurter Skalen zur Erfassung des sM (FSSM), Gensthaler et al. 2020).

Wenn erstens das Schweigen am häufigsten in Kita und Schule in Erscheinung tritt (Bergman et al., 2002; Ford et al., 1998), dann sind pädagogische Fachkräfte – neben den Eltern – womöglich die Schlüsselpersonen zur (frühen) Identifizierung von Risikokindern für sM. Doch geraten die in der Regel eher unscheinbaren und zurückhaltenden Kinder nicht vorrangig in ihr Blickfeld. Womöglich werden sie als sprechscheu oder –ängstlich wahrgenommen. Wird das soziale Verhalten des Kindes dann aber doch (irgendwann) als eher auffällig denn als angemessen wahrgenommen und kann man es selbst nicht einordnen, entsteht bei den Fachkräften Verunsicherung. Was ist zu tun? Das Kind ansprechen oder seine Eltern? Ein Elterngespräch wird dann zielführender sein, wenn auch die (pädagogische) Fachkraft das Verhalten des Kindes sicherer einordnen kann. Hier erweisen sich ökonomische Screeningverfahren für Kita und Schule, die als nicht invasive Beobachtungsverfahren angelegt sind, als ausgesprochen hilfreich. Mit ihnen können Risikokinder für sM identifiziert und auch nicht mutistische Kinder mit hoher Wahrscheinlichkeit herausgefiltert werden. Letzteren bleibt dann eine diagnostische Prozedur erspart, während für Risikokinder gemeinsam mit den Eltern weiterführende Untersuchungen in der Regel bei Pädiater*innen zur Diagnosestellung sM, die von Pädagog*innen nicht erfolgen kann und darf, in die Wege geleitet werden können.

Zweitens beschränken sich vorliegende diagnostische Instrumente auf die Kernsymptomatik des Sprechens versus Schweigens in/mit verschiedenen Kontexten und Personen (Gensthaler et al., 2020). Darüber erfolgt eine eindeutige Diagnosestellung sM. Allerdings kann zum einen die Kernsymptomatik insbesondere bei jüngeren Kindern noch sehr variantenreich, und die Übergänge zu Sprachängstlichkeit und Sprechscheu können fließend sein. Zum anderen ist die Kernsymptomatik Schweigen bei sM womöglich nur die Spitze des Eisbergs (Rozenek et al., 2020), weil sich dahinter noch etliche weitere durchaus unspezifische Phänomene verbergen können, die insbesondere die soziale Teilhabe der Kinder beeinträchtigen (etwa Partizipation an Gruppenaktivitäten, nonverbales Verhalten). Sollen also Risikokinder für sM ermittelt werden, so müssen Screeningverfahren inhaltlich breiter als Diagnoseverfahren aufgestellt sein. Es müssen auch solche Verhaltensmerkmale von Kindern erfasst werden, die als Indizes für sM herangezogen werden können, doch aus denen nicht zwangsläufig das Vorliegen eines sM gefolgert werden kann.

Als Konklusion ist festzuhalten, dass Screeningverfahren für sM (1) die wichtigsten Personengruppen separat adressieren müssen, die für eine frühe Identifizierung von Risikokindern für sM von



Relevanz sind (Eltern, Erzieher*innen und Lehrer*innen), zumal sich das Schweigen in den verschiedenen Kontexten auch unterschiedlich zeigt, und sie (2) inhaltlich hinsichtlich der Items über die Kernsymptomatik des Schweigens hinaus breiter angelegt sein und ebenso Phänomene der sozialen Teilhabe der Kinder adressieren müssen.

Die Entwicklung solcher inhaltlich breiter angelegten Screeninginstrumente für unterschiedliche Adressat*innen war für das Dortmunder Mutismus Forschungsteam ein sehr langer und oft mühsamer Weg (Subellok & Starke, 2023). Nach einer Vorstudie „KiMut NRW“ (Starke & Subellok, 2012) wurde im ersten Schritt DortMuS-Schule (Starke & Subellok, 2016; <http://sk.tu-dortmund.de/dortmus/DortMuS-Schule.pdf>) für Lehrkräfte an Primarschulen veröffentlicht. Im zweiten Schritt wurden mit DortMuS-Kita (Starke & Subellok, 2018; www.dortmus-kita.tu-dortmund.de) Erzieher*innen und pädagogische Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen adressiert. Mit dem dritten Schritt ist die Trilogie nun geschafft: DortMuS-Eltern (www.dortmus-eltern.tu-dortmund.de) richtet sich an Eltern/Erziehungsberechtigte von schweisgsamen Vorschulkindern im Alter von 3;0 bis 6;11 Jahren. Mit diesen drei Personengruppen – Erzieher*innen, Grundschullehrer*innen und Eltern von Vorschulkindern – werden nun die unterschiedlichen Perspektiven der wichtigsten sozialen Kontexte von Kindern adressiert, die für eine (möglichst frühe) Identifizierung von sM von besonderer Relevanz sind.

2 DortMuS-Eltern

2.1 Allgemeine Kennzeichnung

DortMuS-Eltern ist ein standardisiertes diagnostisches Screeningverfahren. Es ist zeitökonomisch einzusetzen und liefert reliable und valide Hinweise auf einen womöglich vorliegenden sM bei Vorschulkindern. Anhand eines Fragebogens schätzen Eltern das beobachtbare Verhalten ihres Kindes in familiären Kontexten (etwa Familienfeste, Besuch von Freunden) und im Hinblick auf anonyme Situationen in der allgemeinen Öffentlichkeit (etwa Spielplatz, Kinderarzt/ärztin; Einkaufen) ein

Zielgruppe sind ein- und mehrsprachige **Vorschulkinder** zwischen 3;0 und 6;11 Jahren, die durch ein ausgeprägtes schweisgsames und zurückhaltendes Verhalten, das bereits mindestens seit zwei Monaten zu beobachten war, auffällig geworden sind. Es müssen nicht zwangsläufig die Eltern selbst sein, denen die extreme Schweigsamkeit ihres Kindes ins Auge fällt, weil es zuhause womöglich unbeschwert mit ihnen kommuniziert. So könnte es sein, dass die Eltern von Erzieher*innen auf das Verhalten ihres Kindes in der Kita angesprochen werden oder von Eltern anderer Kinder, inwieweit ihr Kind immer so auffallend zurückhaltend und schüchtern sei. Meistens spüren jedoch die Eltern selbst ein Unbehagen, dass bei ihrem Kind etwas nicht stimmig ist. Sie stellen ihre eigenen Recherchen an und sprechen Erzieher*innen oder Kinderärzt*innen an. Pädagogische, therapeutische oder medizinische Fachkräfte können ihnen DortMuS-Eltern zur Verfügung stellen, um dann gemeinsam die Ergebnisse zu besprechen und etwaige weitere Maßnahmen in die Wege zu leiten. Befindet sich das Kind aktuell in außerfamiliärer Betreuung (z. B. Kita oder Tagespflege), empfiehlt sich im Idealfall auch der Einsatz von DortMuS-Kita (Starke & Subellok, 2018). So können die Einschätzungen von Erzieher*innen und Eltern gemeinsam betrachtet und es kann eine fundierte Entscheidung für das weitere Vorgehen getroffen werden.



Kennzeichnend für DortMuS-Eltern sind:

Testkonstruktion

DortMuS-Eltern liefert valide und zuverlässige Daten, um auf der Basis elterlicher Einschätzungen zum Verhalten ihres Kindes im familiären Kontext und in der allgemeinen Öffentlichkeit Risikokinder für sM zu identifizieren

Nutzerfreundlichkeit und Anwendbarkeit

Auf einem übersichtlichen kurzen Fragebogen mit 18 Items tragen Eltern auf einer fünfstufigen Ratingskala ihre Einschätzungen über Verhaltensweisen ihres Kindes ein, wie sie diese innerhalb der letzten vier Wochen beobachten konnten. Der Bogen kann jederzeit und in Ruhe (etwa abends) innerhalb von 10 Minuten bearbeitet werden. Auch die Auswertung durch Fachkräfte ist simpel und die Auswertungszeit mit circa 5 Minuten überschaubar.

Durchführung

Die Durchführung von DortMuS-Eltern stellt für die Kinder keinerlei Belastung dar, da es sich um ein Beobachtungsverfahren für Eltern handelt. Der Fragebogen kann in Abwesenheit der Kinder ausgefüllt werden. Weil das kindliche Verhalten durch die Erhebungssituation nicht beeinflusst wird, ist auch von seiner zuverlässigen Beurteilung auszugehen.

Ergebnisinterpretation

Fachkräften werden differenzierte Hinweise für die Elternberatung gegeben, wie das Ergebnis von DortMuS-Eltern zu interpretieren ist und welche etwaigen weiteren Maßnahmen in Erwägung gezogen werden könnten.

2.2 Aufbau des Fragebogens

Nach allgemeinen Angaben zum Kind (Alter, Geschlecht, Dauer des schweigsamen Verhaltens) folgen auf dem Deckblatt Instruktionen für die Eltern zum Ausfüllen des Fragebogens. Der Hauptteil von DortMuS-Eltern besteht aus einer Liste mit 18 Items. Mit den Items werden kindliche Verhaltensweisen beschrieben, die von Eltern gut entweder im familiären Kontext oder in öffentlichen Situationen, in denen sie sich mit ihrem Kind bewegen, beobachten können. Beispiele sind etwa *Mein Kind zieht sich zurück, wenn Besuch kommt (z. B. geht in sein Zimmer, hört auf zu sprechen.)* (Item 2) oder *Auf dem Spielplatz spricht mein Kind mit anderen Erwachsenen* (Item 9). Die 18 Items weisen entweder eine positive oder negative Polung auf. Eine Formulierung mit positiver Polung spiegelt mutismustypisches Verhalten wie in Item 2 wider, Formulierungen mit negativer Polung spiegeln untypisches Verhalten wie in Item 9 wider. Für jedes Item wird von den Eltern auf einer fünfstufigen Ratingskala von *trifft gar nicht zu* bis *trifft genau zu* eingeschätzt, in welchem Maße das beschriebene kindliche Verhalten innerhalb der letzten vier Wochen zutraf. Alternativ zur Ratingskala kann *weiß nicht* angekreuzt werden.

2.3 Hinweise zur Durchführung

Zielgruppe

Zielgruppe von DortMuS-Eltern sind Eltern schweigsamer Kinder im Altersbereich von 3;0 bis 6;11 Jahren. Laut Diagnosekriterien für sM (American Psychiatric Association, 2018) sind Kinder mit massiven Hörbeeinträchtigungen, tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (wie etwa Autismus-Spektrum-Störung) oder kognitiven Beeinträchtigungen ausgeschlossen. Auch für diese Kinder kann ein schweigsames Verhalten typisch sein, doch wird es vor dem Hintergrund der



Primärbeeinträchtigung erklärt. Sollte also einer dieser Erscheinungsbilder beim Kind vorliegen oder der Verdacht bestehen, ist vom Einsatz von DortMuS-Eltern abzuraten.

Wer füllt den Bogen aus?

DortMuS-Eltern wird in der Regel von den Eltern des Kindes angewendet. Es können im Einzelfall auch andere enge Bezugspersonen aus dem familiären Kontext in Betracht kommen, die das Kind gut kennen, täglich mit ihm über längere Zeit und in verschiedenen sozialen Situationen (Spielplatz, Einkäufe, Familienfeste etc.) in Kontakt sind und mit denen das Kind unbeschwert spricht.

Dauer des kindlichen Schweigens

Das Schweigen muss mindestens seit zwei Monaten beobachtet worden sein. Sofern das Kind etwa bei Eintritt in den Kindergarten oder nach einem Umzug mit Schweigsamkeit reagiert, ist DortMuS-Eltern erst frühestens zwei Monate nach diesem Ereignis anzuwenden.

Mehrsprachigkeit

DortMuS-Eltern ist insbesondere für mehrsprachig aufwachsende Kinder geeignet. Bei ihnen sollte sich das Schweigen in allen gesprochenen Sprachen des Kindes zeigen. Insbesondere bei Kindern, bei denen noch unklar ist, welche Sprachkompetenzen in der Sprache der Bildungseinrichtung vorhanden sind, ist die Perspektive in die anderen Lebensbereiche sehr bedeutsam. Sollte sich das Schweigen auch in öffentlichen Situationen oder etwa bei Familienfeiern und nicht nur im Kontext der Bildungseinrichtung (z. B. Kita) zeigen, spricht dies eher für das Vorliegen eines sM. Bei der Interpretation der Ergebnisse (s. u.) müssen die unterschiedlichen Sprachkontexte des Kindes berücksichtigt werden.

Einschätzungen zu beobachtbaren kindlichen Verhaltensweisen

Am Anfang des Fragebogens erhalten die Eltern Instruktionen, wie sie die beobachteten Verhaltensweisen ihres Kindes in die Ratingskalen übertragen können. Bei mehrsprachigen Eltern mit womöglich eingeschränkten Sprachkompetenzen im Deutschen ist darauf zu achten, dass das Sprachverständnis für die Instruktionen wie auch die 18 Items des Fragebogens hinreichend gesichert ist. Gegebenenfalls ist der Fragebogen im Vorfeld mit diesen Eltern zu besprechen. Sofern eingeschätzt wird, dass die Items und die Instruktionen von den Eltern nicht ausreichend verstanden werden, ist von einer Anwendung von DortMuS-Eltern abzuraten.

2.4 Auswertung

Die Auswertung von DortMuS-Eltern erfolgt über die Fachkräfte. Es ist dafür ein übersichtliches Auswertungsraster angelegt. Entsprechend der Elterneinschätzung auf der Ratingskala wird für jedes der 18 Items ein Rohwert von 0 bis 4 bestimmt. Dabei ist zu beachten, dass die Richtung der Skala je nach Item mal von 0 bis 4 und mal von 4 bis 0 reicht. Die Einschätzungen der Eltern sind korrekt auf den Auswertungsbogen zu übertragen. Nur so kann der entsprechende Rohwertpunkt passend ermittelt werden. Jede *weiß nicht*-Antwort erhält den Rohwert 0. Die jeweiligen Einzelrohwerter werden dann zum **Gesamtrohwert** addiert. Der Gesamtrohwert kann minimal 0 und maximal 72 betragen.

Als **CUT-Off-Wert** wurde für DortMuS-Eltern ein Gesamtrohwert von 28 ermittelt. Dies ist folgendermaßen zu interpretieren: Ein Gesamtrohwert von 28 und höher deutet bei einem Kind mit hoher Wahrscheinlichkeit auf das Vorliegen eines sM hin. Ein Gesamtrohwert von unter 28 hingegen lässt das Vorliegen eines sM eher unwahrscheinlich erscheinen.



3 Interpretation der Ergebnisse und Empfehlungen für die Praxis

3.1 Was leistet DortMuS-Eltern und was NICHT?

Mit den Ergebnissen des Screeninginstrumentes DortMuS-Eltern erhalten pädagogische, therapeutische oder medizinische Fachkräfte zuverlässigere Informationen darüber, ob bei einem schweigsamen Vorschulkind (Alter 3;0 bis 6;11 Jahre) mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Risiko für sM vorliegt. Ein Verdacht aus sM kann also eher bestätigt oder eher ausgeschlossen werden. Der Cut-Off-Wert ist Indikator für diese Differenzierung.

Eine Diagnose „Selektiver Mutismus“ hingegen kann mit DortMuS-Eltern NICHT gestellt werden. Eine Diagnosestellung erfolgt ausschließlich über die medizinische oder gegebenenfalls psychotherapeutische Expertise, in der Regel von Pädiater*innen. Dabei werden über eine ausführliche Anamneseerhebung weitere mehrperspektivische Informationen zum Verhalten des Kindes innerhalb möglichst vieler sozialer Kontexte eingeholt. Für die Untersuchung des Kindes werden die diagnostischen Ein- und Ausschlusskriterien der ICD 11 (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2022) beziehungsweise des DSM 5 (American Psychiatric Association, 2018) zugrunde gelegt. Allerdings können die Ergebnisse von DortMuS-Eltern den Kinderärzt*innen bereits zuverlässige Hinweise zum Verhalten des Kindes im Lebenskontext Familie und in der allgemeinen Umwelt liefern. Für die letztendliche Diagnosestellung empfiehlt sich die Anwendung eines standardisierten Instrumentes, das mittlerweile für den deutschsprachigen Raum vorliegt: Die Frankfurter Skala zur Erfassung des selektiven Mutismus (FSSM 3-7) (Gensthaler et al., 2020). Hierbei handelt es sich ebenfalls um einen Elternfragebogen, der kostenfrei auf der Seite der Abteilung Klinische Kinder- und Jugendpsychologie der Universität Giessen zur Verfügung steht. Er besteht aus einer Diagnostikskala, in der das Vorliegen der Diagnosekriterien sM aus der Elternperspektive beleuchtet wird, und mehreren Subskalen zum Schweregrad des sM, bei dem das Sprechverhalten des Kindes in unterschiedlichen Lebenskontexten eingeschätzt wird.

3.2 Was ist zu tun, wenn sich beim Kind KEIN Verdacht auf sM bestätigt?

Auch wenn sich über DortMuS-Eltern kein Verdacht auf sM betätigen lässt, so können in einem ersten Schritt noch weitere Informationen eingeholt werden. Etwa könnten Erzieher*innen in Kitas – sofern noch nicht im Vorfeld erfolgt – DortMuS-Kita (Starke & Subellok, 2018) anwenden und darüber zuverlässige Hinweise zum Schweigeverhalten des Kindes im Kontext Kita generieren. Es könnte im Einzelfall durchaus sein, dass die Ergebnisse von DortMuS-Kita eher auf das Vorliegen eines sM hinweisen, während sM für den Familienkontext über DortMuS-Eltern eher nicht bestätigt wird. Gerade bei jüngeren Kindern kann die Symptomatik noch sehr variantenreich sein, so dass diese Möglichkeit nicht ausgeschlossen ist. In solch unklaren Fällen ist die Einleitung eines diagnostischen Prozesses (siehe Kap. 3.3) sinnvoll.

Sollte sich in beiden Screening-Verfahren der Verdacht auf sM nicht bestätigen, kann ein sprechängstliches oder zurückhaltendes Kind dennoch einer Unterstützung bedürfen. Es braucht in vielen Situationen, besonders im Kita-Alltag, einer besonderen Aufmerksamkeit, um nicht in den Hintergrund zu geraten. Insbesondere ist die weitere Entwicklung des Kindes zu beobachten: Sind Situationen auszumachen, in denen es sich entspannt fühlt? Spielt es unbeschwert mit anderen Kindern? Bringt es sich in die Aktivitäten gegebenenfalls auch nonverbal ein? Kann es sich verständigen und seine Bedürfnisse äußern? Sollte sich das zurückhaltende und schweigsame Verhalten verfestigen



und liegen womöglich noch weitere Entwicklungsrisiken (etwa Spracherwerbs- oder Lernschwächen) vor, so kann eine externe Hilfe ebenfalls ratsam sein.

Literaturempfehlung

Hummel, I. (2021). *Mein wunderbares schüchternes Kind: Mut machen, Selbstvertrauen stärken, liebevoll begleiten*. Humboldt.

<https://www.humboldt.de/product/9783842616479/mein-wunderbares-schuechternes-kind>

3.3 Was ist zu tun, wenn sich beim Kind der Verdacht auf sM bestätigt?

Ein erster wichtiger Schritt ist getan: Fachkräfte sind ihrer Verantwortung gefolgt und haben die Eltern auf das für sie augenscheinlich auffällige schweigsame Verhalten des Kindes angesprochen und ihre Befürchtungen artikuliert. Auch konnten sie die Eltern zur Kooperation motivieren, im Interesse und für das Wohlergehen des Kindes DortMuS-Eltern auszufüllen. Mit dem Ergebnis von DortMuS-Eltern wird nun ein Verdacht auf selektiven Mutismus bestätigt. In der Regel empfiehlt es sich in diesem Fall, externe mutismusspezifische Hilfe sowohl für sich selbst als auch für die Eltern und das Kind in Anspruch zu nehmen. In einem ersten Schritt geht es dabei zunächst um die Überprüfung des Verdachtes auf sM und gegebenenfalls die Diagnosestellung, um weitere Interventionsmaßnahmen einleiten zu können.

3.3.1 Unterstützung für Fachkräfte

Für die weitere Diagnosestellung und Intervention ist die Suche nach einer mutismuserfahrenen Fachperson essentiell. Sie wird die Familie durch den weiteren Diagnoseprozess leiten und hinsichtlich potenzieller Interventionen beraten. In der Regel erfolgt ebenfalls eine Beratung der betreuenden Bildungseinrichtung, um das alltägliche Lebensumfeld des Kindes umfänglich in den Interventionsprozess mit einzubeziehen. Erfahrene Mutismustherapeut*innen sind in der Regel im Bereich von Sprachtherapie/Logopädie und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie/-psychiatrie zu finden. Auf den Internetseiten des Dortmunder Mutismus Zentrums der TU Dortmund (www.spa.tu-dortmund.de), des Vereins StillLeben e.V. (www.selektiver-mutismus.de) oder der Mutismus Selbsthilfe (www.mutismus.de) sind Therapeut*innen-Verzeichnisse, in denen nach Fachpersonen in Wohnortnähe der Familie gesucht werden kann. Darüber hinaus bieten diese Internetseiten auch etliche weitere Informationen rund um das Thema sM zu finden.

Des Weiteren ist der Austausch mit Kolleg*innen, die womöglich das Kind ebenfalls kennen, sehr hilfreich. Es können die eigenen Beobachtungen mit denen der Kolleg*innen abgeglichen werden. Über ein möglichst facettenreiches Bild vom schweigenden Kind in verschiedenen Situationen und Kontexten kann die Komplexität und Individualität der Schweigesymptomatik und des Verhaltens noch genauer erfasst werden. Gegebenenfalls können auch andere Kinder wichtige Informationsquellen sein. Wenn eine Fachkraft Zugang zur Kita hat oder selbst als Erzieher*in dort tätig ist, empfiehlt sich dringend die Anwendung von DortMuS-Kita (Starke & Subellok, 2018). Darüber können eigene Beobachtungen in Kombination mit den Ergebnissen von DortMuS-Eltern mehrperspektivisch, valide und zuverlässig abgeglichen werden. Alle gesammelten Informationen und Daten bilden eine wichtige Grundlage für die anstehende Elternberatung (s. Kap. 3.3.2).

Auch benötigen einige pädagogische Fachkräfte Unterstützung dahingehend, wie sie selbst im Alltag mit einem schweigsamen Kind förderlich umgehen können. Allgemeine Hilfestellungen für Erzieher*innen und Lehrkräfte an Grundschulen sind in den Manualen von DortMuS-Kita (Starke & Subellok, 2018) und DortMuS-Schule (Starke & Subellok, 2016) angeführt. Weitere Hilfestellungen sind auf den o. a. Internetseiten zu finden. Entscheidend ist, dass pädagogische und auch therapeutische Fachkräfte ohne Expertise für sM niemals für sich alleine in Anspruch nehmen dürfen und sollen, wirksame Förderstrategien zur Überwindung eines sM vorzuhalten! Hier braucht es eine kollegiale und/oder interdisziplinäre Vernetzung, um der eigenen Überforderung vorzubeugen. Allerdings können diese Fachkräfte im Kontakt mit den Eltern wichtige Türöffner*innen für weiterführende Hilfestellungen für das Kind und die Familie sein.

3.3.2 Unterstützung für Eltern und Familien

Verständnis zeigen, Zeit geben und beharrlich bleiben

Es ist für etliche Eltern nur schwer nachvollziehbar, dass sie ihr Kind zuhause vollkommen unbeschwert und lebhaft kommunizierend erleben, während ihnen von anderen Personen ein ganz anderes Verhalten ihres Kindes gespiegelt wird. Es ist Eltern nicht zu verdenken, wenn das kindliche Verhalten etwa mit einem schüchternen Naturell – wie womöglich bei sich selbst – erklärt wird und die weitere Entwicklung des Kindes lieber abgewartet werden möchte, um einer voreiligen Pathologisierung entgegenzuwirken. Diese Eltern benötigen Zeit, um den Gedanken zulassen zu können, dass mit ihrem Kind etwas nicht In Ordnung sein könnte, auch wenn sie intuitiv womöglich die Problematik erfassen. Bei allem Verständnis für dieses nachvollziehbare Dilemma von Eltern ist Beharrlichkeit der Fachkraft vonnöten und den Eltern naheulegen, den/die Kinderärzt*in zu konsultieren und weitere mutismusspezifische professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, die von einer Fachkraft ohne Mutismuskennntnisse nicht geleistet werden kann.

Hinweise für eine erste Elternberatung

- **Selektiven Mutismus verstehen:** Jedes schweigende Kind MÖCHTE sprechen und ganz normal sein wie alle anderen Kinder auch, nur KANN es im Moment noch nicht sprechen. Das Schweigen ist keine bewusste Reaktion des Kindes. Häufig versteht es sein blockiertes Verhalten selbst nicht. Es kann doch auch grundsätzlich normal sprechen!
- **Das Schweigen nicht persönlich nehmen:** Kein Kind verhält sich freiwillig konsequent schweigend. Es möchte damit niemanden ärgern oder etwas ertrotzen. Das Kind ist hingegen selbst (noch) nicht in der Lage, seine Sprechblockaden zu lösen.
- **Druck vermeiden:** Kinder mit sM können niemals zum Sprechen gezwungen werden. Eher ist das Gegenteil der Fall, dass nämlich eine Druckausübung oder vehemente Aufforderung zum Sprechen die Angst vor dem Sprechen bzw. die Sprechblockade noch steigert! Das ist für alle Beteiligten unbefriedigend.
- **„Noch-Nicht-Haltung“ vermitteln:** Das Kind braucht das Vertrauen der Eltern, dass es irgendwann lernen wird, in allen Situationen zu sprechen. Ein „noch nicht“ entlastet sowohl Eltern wie auch das Kind und nimmt den Druck aus den Interaktionen, die dann von allen Beteiligten unbeschwerter und „normaler“ erlebt werden. Wenn Eltern nicht an die Entwicklung ihres Kindes glauben können, wird es das selbst auch nicht können.
- **Wohlfühlmomente ermöglichen und Entlastungen schaffen:** Jedes Kind verfügt über andere Strategien und Verhaltensweisen, um sich in unbekanntem Umgebungen möglichst



wohlzufühlen. Etwa kann ein Geschwisterkind an der Seite helfen oder auch das Vertrauen, in bestimmten Situationen nicht zum Sprechen oder zu Handlungen (etwa bei Begrüßungen) aufgefordert zu werden. Es ist zu beobachten und herauszufinden, was genau ein Kind in herausfordernden Situationen entlasten kann.

- **Übergänge zur Sprache schaffen.** Öffentliche oder auch private Situationen, in denen Sprechen erwartet wird, sind unvermeidbar. Mit dem Kind kann vereinbart werden, wie mit solchen Situationen umgegangen werden soll. Etwa könnte das Kind der Mutter eine vom Gegenüber erwartete Antwort ins Ohr flüstern, die von der Mutter dann laut wiedergegeben wird. Auch könnten nonverbale Handlungen (etwa mit Geld bezahlen) abgesprochen werden, während die Eltern den Sprechpart übernehmen.
- **Andere über das Schweigen orientieren:** Für schweigende Kinder ist es ausgesprochen entlastend, wenn andere Menschen darüber orientiert sind, dass sie grundsätzlich sprechen KÖNNEN und es zuhause auch tun, während es in anderen Situationen noch nicht gelingt. Hier ist eine adressatengerechte Form der Orientierung von Erwachsenen und auch Kindern (in der Kita) zu finden: *Lena kann sprechen! Bei uns zuhause tut sie das auch ganz normal. Doch sie lernt es noch, mit allen zu sprechen!*
- **Kontakt mit anderen Kindern anbahnen:** Schweigende Kinder möchten Kontakt zu anderen Kindern, um mit ihnen „ganz normal“ spielen zu können! Doch oftmals wissen sie nicht, wie sie diesen Kontakt ohne Sprache gestalten sollen. Diese Peerkontakte sind ausgesprochen wichtig für die soziale Teilhabe, und es wird einer Vereinsamung vorgebeugt. Eltern können andere Kinder privat einladen, mit denen das Kind sich wohlfühlt. Wenn es mit ihnen im familiären und vertrauten Kontext sprechen sollte, ist bereits ein großer Fortschritt getan!
- **„Normaler“ Umgang mit dem Kind:** Ein Kind mit sM benötigt einen weitgehend normalen Umgang, wie es etwa seine Geschwister in der Familie auch erfahren. Selbstredend wird es in einigen herausfordernden Interaktionen etwas mehr Aufmerksamkeit erfahren, doch muss es nicht in Watte gepackt werden. Eltern werden ein Gespür dafür entwickeln, was sie von ihm verlangen können, wo sie Entwicklungsimpulse setzen und wo das Kind (noch) ihre Unterstützung benötigt.
- **Mit der Kita das Gespräch suchen und professionelle Hilfe in Anspruch nehmen:** Selektiver Mutismus benötigt Vernetzung. Alle Beteiligten müssen möglichst an einem Strang ziehen, damit das Kind einmal eine gemeinsame Entwicklungsrichtung erfährt und zum anderen sich mit seinem Schweigen nicht alleine gelassen fühlt. Auch benötigen die Eltern ein solches Netzwerk.

Weiterführende Informationen

Es kann für Eltern hilfreich sein, sich selbst über weiterführende Informationen zum selektiven Mutismus zu orientieren. Hierfür gibt es eine Reihe publizierter Elternratgeber oder auch einschlägiger seriöser Internetseiten (siehe oben), die Eltern an die Hand gegeben werden können. Wenn sie darüber hinaus Hilfestellungen wünschen, wie sie selbst mit ihrem Kind über sein Schweigen sprechen sollen, bieten sich einige adressatengerechte Bilderbücher oder Vorlesebücher an. Erfahrungsberichte betroffener selektiv mutistischer Erwachsener könnten als Vertiefungslektüre interessierten Eltern empfohlen werden. In der Infobox (s. u.) ist eine Auswahl an Literaturempfehlungen für diese Bereiche angeführt.



Infobox: Literaturempfehlungen für Eltern

Elterninformationen und -ratgeber	
Buschmann, A. (o.J.). <i>Selektiver Mutismus. Informationen für Eltern und andere Interessierte.</i>	https://www.zel-heidelberg.de/upload/Eltern/-Broschueren/Elterninformation - Selektiver Mutismus ZEL Buschmann.pdf
Schmidt-Traub, S. (2019). <i>Selektiver Mutismus. Informationen für Betroffene, Angehörige, Erzieher, Lehrer und Therapeuten.</i> Hogrefe.	https://www.hogrefe.com/de/shop/selektiver-mutismus-89797.html
Hartmann, B. & Lange, M. (2021). <i>Mutismus im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Für Angehörige, Betroffene sowie therapeutische und pädagogische Berufe</i> (8. Aufl.). Schulz-Kirchner.	https://www.skvshop.de/ergotherapie/mutismus-im-kindes-jugend-und-erwachsenenalter-978-3-8248-0506-8.html
Garbani Ballnik, O. (2012). <i>Unser Kind spricht nicht. Ratgeber für Eltern schweigender Kinder.</i> Vandenhoeck & Ruprecht.	https://www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com/themen-entdecken/paedagogik-soziale-arbeit/hilfen-fuer-familien/893/unser-kind-spricht-nicht
Katz-Bernstein, N., Meili Schneebeli, E. & Wyler Sidler, J. (Hrsg.) (2021). <i>Mut zum Sprechen finden. Kinder mit selektivem Mutismus in der Therapie</i> (4. Aufl.). Reinhardt.	https://www.reinhardt-verlag.de/55167_katz-bernstein_mut_zum_sprechen/
Bilder- und Vorlesebücher für Kinder	
Bürgi Wirth, B. & Kolb, St. (2021). <i>Mila spricht! Ein Bilderbuch zum selektiven Mutismus</i> (2. Aufl.). Reinhardt.	https://www.reinhardt-verlag.de/54984_buergi-wirth_mila_spricht/
Birchler Hofbauer, K. & Birchler-Küchlin, M. (2023). <i>ANNA UND OBUR - Eine Mutmach-Geschichte für schweigende Kinder</i> (2. Aufl.). Schulz-Kirchner.	https://www.skvshop.de/logopaedie-sprachtherapie/anna-und-obur-eine-mutmach-geschichte-fuer-schweigende-kinder-978-3-8248-1268-4.html
Gauß, A. (2013). <i>Der Junge in der Nusschale. Eine Geschichte, die schweigenden, stotternden und schüchternen Kindern Mut macht.</i> Iskopress.	https://www.iskopress.de/katalog/-Der_Junge_in_der_Nusschale.html
Kloes, G. & von der Lühe, J. (2016). <i>Es wird gut, kleine Maus. Ein Bilderbuch für Kinder, die nach einer Verlusterfahrung verstummen.</i> Mabuse.	https://www.mabuse-verlag.de/Suche/?q=Mutismus
Fessel, K.-S. & Linke, R. (2019). <i>Selina Stummfisch. Wenn Kinder schweigen.</i> Kids in Balance.	https://balance-verlag.de/product/selina-stummfisch/
Bänninger, A. & Woeller, L. (2012). <i>Die verstummte Eisprinzessin: Ein Märchen aus der Winterwelt.</i> Cargo	http://www.cargo-verlag.de/verlagsprogramm.html
Jesse, J. (2016). <i>Der stille Ritter Tom.</i> Books on Demand.	https://www.bod.de/buchshop/der-stille-ritter-tom-janne-jesse-9783741207402
Jesse, J. (2015). <i>Aurelia sagt nie Danke.</i> Books on Demand.	https://www.bod.de/buchshop/aurelia-sagt-nie-danke-janne-jesse-9783734749568
Erfahrungen und Geschichten von Betroffenen	
Kiby, K. (2015). <i>Leben mit Mutismus: Erfahrung - Erkenntnis – Entwicklung.</i> Verlag Dr. Köster	https://www.verlag-koester.de/buch/leben-mit-mutismus/
Dräger, S. (2016). <i>Mutismus: Angst vor...!? Einer Erklärung auf der Spur.</i> Books on Demand.	https://www.bod.de/buchshop/-catalogsearch/result/?q=Mutismus
Dräger, S. (2021). <i>Mutismus: Der Himmel in der Dunkelheit der Erde. Orte der Angst.</i> Books on Demand.	https://www.bod.de/buchshop/mutismus-der-himmel-in-der-dunkelheit-der-erde-simone-draeger-9783752661811
Mellinger, S. (2012). <i>Wenn fremde Anwesenheit verstummen lässt. Leben mit selektivem Mutismus.</i> Books on Demand.	https://www.bod.de/buchshop/wenn-fremde-anwesenheit-verstummen-laesst-sandra-mellinger-9783848232109

3.4 Gibt es bei mehrsprachigen schweigenden Kindern etwas Besonderes zu beachten?

Wissenschaftliche Erkenntnisse zum sM bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern sind insgesamt noch relativ rar. Hinweise gibt es allerdings darauf, dass mehrsprachig aufwachsende Kinder und Kinder mit einem Migrationshintergrund deutlich häufiger von sM betroffen sind als ihre einsprachig aufwachsenden Peers ohne Migrationshintergrund (Elizur & Perednik, 2003; Starke, 2018a, 2018b). Bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern sollte sich bei Vorliegen eines sM die Kernsymptomatik des Schweigens in allen gesprochenen Sprachen des Kindes zeigen. Allerdings kann es vereinzelt vorkommen, dass ein Schweigen nur in einzelnen Sprachen des Kindes sichtbar wird, wenn eine Sprache etwa nur innerhalb der Familie und nicht darüber hinaus gesprochen wird. Typischerweise sprechen Kinder mit sM in familiären Kontexten unbefangen. Das Schweigen tritt vor allem außerfamiliär auf und kann in der Regel vor allem im Kontext der Bildungseinrichtung beobachtet werden. Wird also innerhalb der Familie beispielsweise Französisch gesprochen und außerhalb der Familie ausschließlich Deutsch, wird der sM unweigerlich nur im Deutschen sichtbar. Um solche möglichen Verknüpfungen zwischen Lebenskontexten und Sprache aufzudecken, ist es ratsam, Einsicht in die Sprachenverwendung des Kindes und der Familie zu erhalten. Dies kann zum Beispiel im Gespräch mit der Familie über die Mehrsprachen-Kontexte (Ritterfeld & Lüke, 2013) erfolgen. Dabei wird in einem übersichtlichen Schema festgehalten, wer mit wem in welchem Ausmaß welche Sprache(n) spricht. Bei schweigenden Kindern kann es dann hilfreich sein, die schweigenden Kontexte des Kindes innerhalb des Schemas zu kennzeichnen (erhoben zum Beispiel über DortMuS-Eltern und DortMuS-Kita). So erhält man rasch einen Überblick, ob das Schweigen eher kontextbedingt an einer Sprache angedockt ist oder ob das Schweigen gegebenenfalls auch ein Zeichen noch nicht ausreichender Sprachkompetenzen sein könnte. Denn es wird immer wieder diskutiert, ob zeitweises Schweigen im Zuge der Aneignung einer neuen Sprache als typisches Phänomen angesehen werden kann (siehe dazu etwa Le Pichon & Jonge, 2016). Grundsätzlich ist in den ersten sechs Monaten nach Beginn der Sprachaneignung bei einem Schweigen in diesem Sprachkontext noch nicht von einem sM auszugehen, wenn das Kind in anderen Lebenskontexten und in anderen Sprachen grundsätzlich unbefangen spricht. Sollte über diese Zeit hinaus das Schweigen fortbestehen, ist eine spezifische Diagnostik anzuraten.

4 Testkonstruktion

4.1 Itementwicklung

Zur Entwicklung des Screeninginstrumentes wurde zunächst ein Itempool von insgesamt 59 Items entwickelt. Die Items beschreiben Verhaltensweisen, die bei selektiv mutistischen Kindern typischerweise auftreten können, und verteilen sich auf die folgenden vier Bereiche: (1) Sprechen und Schweigen, (2) Partizipation, (3) nonverbales Kommunikationsverhalten, (3) Emotionsregulation und (öffentliche Situationen). Alle Items wurden als Aussagesätze sowohl positiv (spiegeln selektiv mutistisches Verhalten wider) als auch negativ (spiegeln für selektiven Mutismus untypisches Verhalten wider) formuliert. Als Antwortmöglichkeit wurde eine fünfstufige Ratingskala von *trifft gar nicht zu* bis *trifft genau zu* gewählt.

4.2 Studie 1: Entwicklung von DortMuS-Eltern¹

Ziel der ersten Studie war es, aus dem großen Itempool von anfänglich 59 Items ein möglichst kurzes, trennscharfes und zuverlässiges Screeninginstrument zu entwickeln. Dazu wurden die Items zunächst

¹ Wir danken Claudia Kotarski für die Unterstützung bei der Umsetzung von Studie 1.



in den Anamnesebogen des Sprachtherapeutischen Ambulatoriums der TU Dortmund implementiert, der von Eltern bei einer Kontaktaufnahme obligatorisch ausgefüllt wird. Von 2014 bis 2017 wurden so im Rahmen der Eingangsdiagnostik Daten von insgesamt 172 selektiv mutistischen Kindern im Alter von drei bis elf Jahren als Paper-Pencil-Version erfasst. Im Jahr 2017 wurde dann eine nach Alter, Geschlecht und Mehrsprachigkeit parallelisierte Kontrollgruppe mit sprechenden Kindern erhoben. Diese Eltern wurden im Rahmen von Freizeitaktivitäten (z. B. Sportveranstaltungen, Trampolinhalle) rekrutiert; sie hatten die Auswahl zwischen einem Paper-Pencil-Bogen oder einer Online-Variante. Alle Eltern wurden jeweils gebeten, das Verhalten ihres Kindes einzuschätzen sowie weitere allgemeine Informationen zu ihrem Kind zu geben. Insgesamt 344 Kinder, davon 172 schweigende und 172 sprechende Kinder im Alter von drei bis elf Jahren, wurden im Hinblick auf ihr Verhalten von den Eltern eingeschätzt. Anhand dieser Stichprobe wurden zunächst die Itemschwierigkeit und die korrigierte Trennschärfe für alle 59 Items berechnet. Items mit sehr niedrigen ($< ,20$) oder sehr hohen Itemschwierigkeiten ($> ,80$) oder einer geringen Trennschärfe ($< ,40$) wurden von weiteren Analysen ausgeschlossen. Dies betraf insgesamt 31 Items. Mit den restlichen 28 Items führten wir diverse explorative Faktorenanalysen durch, um eine sowohl kurze als auch möglichst trennscharfe Kurzversion von DortMuS-Eltern zu erhalten. Ziel war es eine Version zu entwickeln, die gut zwischen selektiv mutistischen und sprechenden Kindern unterscheidet. Dieses Ziel konnten wir mit den 28 verbliebenen Items schlussendlich nicht erreichen. Es ergab sich keine zufriedenstellende inhaltliche und statistisch vertretbare Lösung, so dass wir aufbauend auf den Erkenntnissen mit der Überarbeitung der Items begannen. Bereits bei der Entwicklung von DortMuS-Kita (Starke & Subellok, 2018) und DortMuS-Schule (Starke & Subellok, 2017) hatten wir zwischen diesen beiden Altersgruppen, also Vorschul- und Grundschulkindern, und natürlich auch bezüglich der verschiedenen Sozialkontexte Kita und Schule deutliche Unterschiede in der Faktorenstruktur feststellen können. Bei den jüngeren Kindern im Alter von drei bis sechs scheint auch das mutismustypische Verhalten noch deutlich variabler zu sein als dies im Schulalter dann der Fall ist. Entsprechend haben wir schlussgefolgert, dass vor allem unsere in dieser ersten Entwicklungsphase von DortMuS-Eltern noch recht breit angesprochene Zielgruppe von Kindern im Alter von drei bis elf Jahren zu weit gefasst war. Vielmehr bedarf es altersspezifischer Items für Vorschul- und Grundschulkindern. Für die Überarbeitung der Items wurde vor diesem Hintergrund der Fokus auf den vorschulischen Bereich gelegt, zumal gerade für eine frühe Identifikation potentiell mutistischer Kinder die Elternperspektive von jüngeren Kindern dringlich gefragt ist.

4.3 Überarbeitung der Items

Bei der Überarbeitung der Items wurden systematisch Faktoren einbezogen, die sich als potenzielle Trigger für selektiv mutistisches Verhalten erwiesen haben (Katz-Bernstein, 2019; Schwenck et al., 2021; Schwenck & Gensthaler, 2017): (1) Kommunikatives Verhalten (Sprechen/Schweigen, nonverbale Kommunikation), (2) allgemeines Verhalten (Essverhalten, Emotionen, Bedürfnisäußerung), (3) Örtlichkeit (zu Hause, allgemeine Öffentlichkeit, Kita), (4) Personen (Erwachsene vs. Kinder, jeweils vertraut vs. unvertraut) sowie (5) Situationen (Arzt, Spielplatz, Feiern, Spielen). Zunächst analysierten wir die 28 verbliebenen Items hinsichtlich ihrer Passung der beschriebenen Systematik. 21 der 28 Items wurden in ihrer ursprünglichen oder leicht veränderten Version aufgenommen. Hierbei handelte es sich maßgeblich um Items zum Sprechverhalten des Kindes in unterschiedlichen Situationen. Weitere 19 Items wurden entsprechend der Systematisierung erstellt, um inhaltliche Leerstellen zu füllen und ein möglichst breites Spektrum möglicher Verhaltensweisen selektiv mutistischer Kinder in den Items abzubilden. Insgesamt 40 Items wurden schließlich in eine zweite Erprobungs- und Validierungsstudie gegeben, die nachfolgend erläutert wird.



4.4 Studie 2: Evaluation von DortMuS-Eltern

Ziele der zweiten Studie waren zunächst die Reduktion der 40 Items auf eine Kurzversion und im zweiten Schritt die Analyse dieser Version hinsichtlich ihrer Güte bei der Identifizierung des selektiven Mutismus. Dazu wurden erneut Eltern von selektiv mutistischen und sprechenden Kindern gebeten, einen Fragebogen auszufüllen. Dieser Fragebogen bestand aus den 40 überarbeiteten Items von DortMuS-Eltern, aus der Frankfurter Skala zur Erfassung des Selektiven Mutismus (FSSM, Gensthaller et al.; 2020) sowie einigen wenigen Fragen zum familiären Hintergrund des Kindes. Die Rekrutierung erfolgte über das Sprachtherapeutische Ambulatorium sowie das Dortmunder Mutismus Netzwerk, um Familien schweigender Kinder zu gewinnen. Die sprechenden Kontrollkinder wurden erneut maßgeblich über Freizeitaktivitäten, Internetforen, Social Media und ähnliches rekrutiert. Insgesamt 282 Kinder im Alter von drei bis sechs nahmen an unserer Studie teil. Davon waren 151 selektiv mutistisch (97 weiblich, 53 männlich, 1 divers) und 131 sprechende Kontrollkinder (67 weiblich, 63 männlich, 1 divers).

Wie in Studie 1 wurden zunächst Itemanalysen durchgeführt, um Items mit sehr niedrigen ($< ,20$) oder sehr hohen Itemschwierigkeiten ($> ,80$) oder einer geringen Trennschärfe ($< ,40$) von weiteren Analysen ausschließen zu können. In die nachfolgenden Analysen flossen 34 Items ein. Zur Reduktion der Items und Analyse potenzieller Subskalen wurden so genannte Hauptkomponentenanalysen mit Oblimin-Rotation gerechnet. Ziel dabei war es, eine Screeningversion mit mindestens zwei Subskalen und maximal 20 Items zu erhalten. Nach und nach wurde der Itempool dazu anhand der Kriterien Itemschwierigkeit, Trennschärfe und der eindeutigen Zuordnung zu einem Faktor reduziert. Schließlich ergab sich eine einfaktorielle Lösung mit 18 Items, die eine Varianzaufklärung von 53,7 Prozent erreichte ($KMO > ,90$, Bartlett-Test auf Sphärizität $p < ,001$). Die gewählten Items bilden einerseits ganz konkret das Sprechverhalten des Kindes in unterschiedlichen Situationen ab. Darüber hinaus fokussiert ein Teil der Items nonverbales Kommunikationsverhalten sowie mutismustypische Copingstrategien innerhalb stresshafter Kommunikationssituationen (z. B. Rückzugsverhalten oder starkes Nähebedürfnis in Anwesenheit weniger vertrauter Personen). Alle Items erreichten mittlere Schwierigkeiten zwischen $p_i = ,31$ und $p_i = ,59$, was für ein Screeninginstrument wünschenswert ist. Ebenfalls alle 18 Items erreichen mittlere bis hohe Werte in der korrigierten Item-Trennschärfe ($r_{it} = ,59$ bis $r_{it} = ,82$).

Reliabilität. Mit einem Cronbachs $\alpha = ,95$ erreicht die Skala eine sehr gute Reliabilität.

Validität. Zur Überprüfung der Konstruktvalidität von DortMuS-Kita wurden zunächst Gruppenunterschiede betrachtet. Erwartungsgemäß unterscheiden sich die selektiv mutistischen Kinder signifikant im Gesamtwert von DortMuS-Eltern ($t(273,6) = -18,22$, $p < ,000$). Schweigende Kinder zeigen dabei deutlich höhere Werte ($M = 45,25$) als sprechende Kinder ($M = 18,85$). Darüber hinaus zeigen sich ebenfalls erwartungsgemäß deutliche Zusammenhänge zwischen dem Skalenwert der FSSM und DortMuS-Eltern. Dabei schwanken die Werte zwischen $r = ,64$ ($p < ,000$) für die FSSM-Subskala Zuhause und $r = ,86$ ($p < ,000$) für die FSSM-Subskala „Öffentlich“. Die Ergebnisse weisen insgesamt also auf eine hohe Validität von DortMuS-Eltern hin.

Bestimmung des Cut-Off-Wertes. Ziel des Instrumentes ist es, mit größtmöglicher Genauigkeit Risikokinder mit sM von denen ohne sM zu unterscheiden. Dazu musste ein Wert ermittelt werden, welcher ein möglichst ausgewogenes Verhältnis zwischen Sensitivität (Trefferquote) und Spezifität (Quote korrekter Ablehnungen) schafft. Es sollen demnach möglichst wenige Kinder ohne selektiven Mutismus als auffällig klassifiziert werden, und andersherum sollen auch möglichst wenige Kinder mit



selektivem Mutismus als unauffällig eingeordnet werden. Zur Bestimmung dieses Cut-Off-Wertes wurde eine Receiver-Operating-Characteristics-Analyse durchgeführt. Diese ergab zunächst eine sehr gute Differenzierungsfähigkeit des Instrumentes, $AUC = ,92$, $p < ,001$ (95 % CI [,89, ,95]). Mithilfe des Youden-Index (YI) wurde der Testwert ermittelt, mit welchem die Trennung der Gruppen selektiv mutistisch versus sprechend am besten gelingt. Für DortMuS-Eltern wurde ein Cut-Off-Wert von 27,5 ermittelt, bei welchem $YI = ,72$ am größten ist. In der Anwendung sprechen also Gesamtwerte von 28 oder höher für das Vorliegen eines sM. Anhand dieses Wertes können insgesamt 89,3 % der Kinder mit selektivem Mutismus in dieser Stichprobe korrekt klassifiziert werden (Sensitivität) und 82,9 % der sprechenden Kontrollkinder korrekt der Gruppe nicht selektiv mutistisch zugeordnet werden (Spezifität). Mit einem RATZ-Index (relativer Anstieg der Trefferquote gegenüber der Zufallstrefferquote) von 0,76 weist das Instrument eine deutliche Verbesserung der Differenzierung zwischen selektiv mutistisch und nicht selektiv mutistisch im Vergleich zu einer zufälligen Zuteilung auf.

5 Ausblick

Die Entwicklungsarbeit der Dortmunder Mutismus Screenings ist mit der Publikation von DortMuS-Eltern abgeschlossen. Es liegen jetzt drei reliable und valide Screeninginstrumente für die wichtigsten sozialen Kontexte respektive Bezugspersonen eines Kindes vor, mit denen ein schweigsames und zurückhaltendes kindliches Verhalten nun besser eingeordnet werden kann. Über diese drei Verfahren ist für Deutschland ein wichtiger empirischer Beitrag zur Früherkennung von Risikokindern für sM in Kitas, Grundschulen und weiteren therapeutischen oder heilpädagogischen Einrichtungen geleistet, in denen sich die Schweigesymptomatik der Kinder am häufigsten zeigt. Ergänzt um die Elternperspektive können Risikokinder darüber frühzeitiger erfasst und an Mutismus-Expert*innen respektive Pädiater*innen überwiesen und weiterführende Hilfestellungen veranlasst werden.

Uns bleibt allerdings noch eine weitere Vision. Derzeit sind die Adressat*innen für alle drei Screeningverfahren, also DortMuS-Kita, -Schule und -Eltern, ausschließlich Fachkräfte. Im Falle von DortMuS-Eltern geben Fachkräfte den Fragebogen an Eltern weiter, und die Auswertung und Interpretation der Ergebnisse erfolgt im gemeinsamen Gespräch. Hier planen wir, die Bögen noch in mehrere Sprachen zu übersetzen und DortMuS-Eltern auch für mehrsprachige Eltern mit nur geringen Deutschkenntnissen anwendbarer zu machen. Doch möchten wir insgesamt noch niederschwelliger ansetzen und Eltern ein Verfahren zur Verfügung stellen, das sie selbstständig anwenden können. Wir denken dabei an etliche verunsicherte oder ratsuchende Eltern, die sich das schweigsame Verhalten ihres Kindes nicht erklären können und zunächst einmal selbst Recherchen anstellen, bevor sie Fachkräfte deswegen konsultieren. DortMuS-Eltern ist grundsätzlich dafür geeignet, diesen Eltern eine valide und zuverlässige Orientierung und mehr Sicherheit in der Einschätzung des kindlichen Verhaltens zu geben. Sie könnten auf dieser Basis selbst besser einschätzen, inwieweit ihr Kind „nur“ sprechhängstlich ist oder es ein Risiko für sM trägt. Allerdings müsste DortMuS-Eltern für diesen Zweck als online-Ressource mit automatischer Auswertung und mit an das Ergebnis angepassten differenzierteren Hilfestellungen für Eltern (als im vorliegenden Manual für Fachkräfte) einschließlich Anlaufstellen etc. zur Verfügung gestellt werden. Wir bleiben dran!

Abschließend bleibt uns ein großer Dank bei allen Menschen, die uns bei der Entwicklung und Evaluation der Dortmunder Mutismus Screenings unterstützt haben: Studierende, Therapeut*innen, Kolleg*innen, Lehrkräfte, Erzieher*innen und nicht zuletzt allen Familien und ihren Kindern, denen wir uns nach wie vor verpflichtet fühlen!



6 Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association (2018). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5* (2., korrigierte Auflage). Hogrefe.
- Bahrfeck, K., Subellok, K & Starke, A. (2017). Mutismus. In A. Mayer & T. Ulrich (Hrsg.), *Sprachtherapie mit Kindern* (S. 472–511). Ernst-Reinhardt-Verlag.
- Bergman, R. L., Piacentini, J. & McCracken, J. T. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(8), 938–946.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2022). *Internationale Klassifikation der Krankheiten 11. Revision: ICD-11 für Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken*. https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html;jsessionid=409836B35EFB8E967B27B668F60D1FFE.intranet231
- Chavira, D. A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Cohan, S. & Stein, M. B. (2007). Selective mutism and social anxiety disorder: all in the family? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1464–1472.
- Dummit, E. S., Klein, R. G., Tancer, N., Asche, B., Martin, J. & Fairbanks, J. (1997). Systematic assesmeent of 50 children with selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(5), 653–660.
- Elizur, Y. & Perednik, R. (2003). Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: a controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1451–1459.
- Ford, M. A., Sladeczek, I. E., Carlson, J. & Kratochwill, T. R. (1998). Selective mutism: Phenomenological characteristics. *School Psychology Quarterly*, 13(3), 192–227.
- Gensthaler, A., Dieter, J., Raisig, S., Hartmann, B., Ligges, M., Kaess, M., Freitag, C. M. & Schwenck, C. (2020). Evaluation of a Novel Parent-Rated Scale for Selective Mutism. *Assessment*, 27(5), 1007–1015.
- Kamani, Z. & Monga, S. (2020). Understanding the outcome of children who selectively do not speak: a retrospective approach. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(2), 58–65.
- Katz-Bernstein, N. (2019). *Selektiver Mutismus bei Kindern: Erscheinungsbilder, Diagnostik, Therapie*. Ernst Reinhardt.
- Kolvin, I. & Fundudis, T. (1981). Elective mute children: psychological development and background factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22(3), 219-232.
- Kopp, S. (1997). Selective Mutism: A population-based study: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(2), 257–262.
- Le Pichon, E. & Jonge, M. de (2016). Linguistic and psychological perspectives on prolonged periods of silence in dual-language learners. *International Journal of Bilingual Education and Bilingualism*, 19(4), 426–441. <https://doi.org/10.1080/13670050.2015.1007918>
- Melfsen, S. & Walitza, S. (2017). Behandlungsmethoden des selektiven Mutismus. *Sprache · Stimme · Gehör*, 41(2), 91–97.

- 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.
- Ritterfeld, U. & Lüke, C. (2013). *Mehrsprachen-Kontexte 2.0 - Erfassung der Inputbedingungen von mehrsprachig aufwachsenden Kindern*. <http://hdl.handle.net/2003/>
- Rodrigues Pereira, C., Ensink, J. B. M., Güldner, M. G., Lindauer, R. J. L., Jonge, M. V. de & Utens, E. M. W. J. (2021). Diagnosing selective mutism: a critical review of measures for clinical practice and research. *European Child & Adolescent Psychiatry*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01907-2>
- Rozenek, E. B., Orlof, W., Nowicka, Z. M., Wilczyńska, K. & Waszkiewicz, N. (2020). Selective mutism - an overview of the condition and etiology: is the absence of speech just the tip of the iceberg? *Psychiatria polska*, 54(2), 333–349.
- Schwartz, R. H., Freedy, A. S. & Sheridan, M. J. (2006). Selective mutism: are primary care physicians missing the silence. *Clinical pediatrics*, 43-48.
- Schwenck, C. & Gensthaler, A. (2017). Die Psychopathologie des Selektiven Mutismus. *Sprache · Stimme · Gehör*, 41(2), 72-77.
- Schwenck, C., Gensthaler, A., Vogel, F., Pfeffermann, A., Laerum, S. & Stahl, J. (2021). Characteristics of person, place, and activity that trigger failure to speak in children with selective mutism. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(9), 1419–1429.
- Starke, A. (2018a). Effects of anxiety, language skills, and cultural adaptation on the development of selective mutism. *Journal of communication disorders*, 74, 45–60.
- Starke, A. (2018b). Selektiver Mutismus bei mehrsprachigen Kindern. *Sprache · Stimme · Gehör*, 42(2), 73–77.
- Starke, A. & Subellok, K. (im Druck). Mutismus. In T. Ulrich (Hrsg.), *Studienbuch Sprachheilpädagogik*.
- Starke, A. & Subellok, K. (2012). KiMut NRW: Eine Studie zur Identifikation von Kindern mit selektivem Mutismus im schulischen Primarbereich. *Empirische Sonderpädagogik* 3(1), 63–77.3
- Starke, A. & Subellok, K. (2016). *Dortmunder Mutismus Screening DortMuS-Schule. Manual*. <http://sk.tu-dortmund.de/dortmus/DortMuS-Schule.pdf>
- Starke, A. & Subellok, K. (2017). Identifizierung selektiv mutistischer Kinder im schulischen Primarbereich: Entwicklung und Evaluation von DortMuS-Schule. *Sprache · Stimme · Gehör*, 41(2), 84–90.
- Starke, A. & Subellok, K. (2018). *Dortmunder Mutismus Screening DortMuS-Kita. Manual*. <http://www.sk.tu-dortmund.de/dortmus/DortMuS-Kita.pdf>
- Steinhausen, H.-C., Wachtner, M., Laimböck, K. & Winkler Metzke, C. (2006). A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(7), 751–756.
- Subellok, K. & Katz-Bernstein, N. (2010). Einfach scheu oder selektiv mutistisch? Früherkennung von Risikofaktoren. In C. Leyendecker (Hrsg.), *Gefährdete Kindheit: Risiken früh erkennen, Ressourcen früh fördern* (S. 159–168). Kohlhammer.



- Subellok, K. & Starke, A. (2012). Selektiver Mutismus. In S. Niebuhr-Siebert & U. Wiecha (Hrsg.), *Kindliche Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen* (S. 219–238). Elsevier.
- Subellok, K. & Starke, A. (2023). Die Trilogie ist geschafft! Die Dortmunder Mutismus-Screenings DortMuS-Schule, DortMuS-Kita und DortMuS-Eltern. In U. Ritterfeld, K. Subellok & E. Wimmer (Hrsg.), *Beeinträchtigungen und Potentiale von Sprache und Kommunikation: Praxisrelevante Erkenntnisse aus Lehre und Forschung an der TU Dortmund*.



7 Anhang

DortMuS-Eltern: Fragebogen und Auswertungsbogen