pedocs
Open Access Erziehungswissenschaften

DIPF

Starke, Anja; Subellok, Katja

KiMut NRW: Eine Studie zur Identifikation von Kindern mit selektivem Mutismus im schulischen Primarbereich

Empirische Sonderpädagogik 4 (2012) 1, S. 63-77

Empfohlene Zitierung/ Suggested Citation:
Starke, Anja; Subellok, Katja: KiMut NRW: Eine Studie zur Identifikation von Kindern mit selektivem Mutismus im schulischen Primarbereich - In: Empirische Sonderpädagogik 4 (2012) 1, S. 63-77 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-92915

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.
Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.
This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

pedocs
Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung (DIPF)
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Empirische Sonderpädagogik, 2012, Nr. 1, S. 63-77

KiMut NRW: Eine Studie zur Identifikation von Kindern mit selektivem Mutismus im schulischen Primarbereich

Anja Starke, Katja Subellok

Technische Universität Dortmund

Aufgrund seiner Seltenheit und Unscheinbarkeit wird das Phänomen des selektiven Mutismus (SM) oft als extreme Schüchternheit interpretiert. Trotz eines relativ frühen Onsets des Schweigens erhalten die Kinder häufig erst im späten Grundschulalter eine spezifische Therapie. Erzieherinnen und Erzieher sowie Lehrkräfte verfügen einerseits häufig nicht über das notwendige Fachwissen und andererseits stehen keine adäquaten Instrumente zur Identifizierung eines SM zur Verfügung. Mittels einer Befragungsstudie an Grund- und Förderschulen im Land Nordrhein-Westfalen wurden Kinder mit der Diagnose SM sowie Verdachtsfälle erhoben. Von 7917 Schülerinnen und Schülern zeigten 207 Mädchen und Jungen (2.6%) deutliche Symptome eines SM im schulischen Kontext. Damit werden bisherige Prävalenzraten des SM merklich überschritten und die Vermutung einer hohen Dunkelziffer unterstützt. Mit 40.6% ist der Anteil mehrsprachiger, schweigender Kinder überproportional hoch. Dies spiegelt die erhöhte Vulnerabilität dieser jungen Menschen für die Ausbildung eines SM wider.

Schlüsselwörter: selektiver Mutismus, elektiver Mutismus, Grundschule, Förderschule, Prävalenz, Mehrsprachigkeit

KiMut NRW: Identification of children with selective mutism within elementary schools

Selective mutism (SM), a rather rare and hidden phenomena, is often misunderstood as extreme shyness. Despite a relatively early onset of SM, affected children are often only referred to specific treatment at late elementary school age. This is a result of the challenge SM poses to teachers who are often not well enough informed about SM. In addition, adequate tools to identify SM are still lacking. This study presents a survey conducted with elementary and special needs school teachers in North Rhine-Westphalia, Germany. The aim was to identify pupils already diagnosed with SM and pupils suspected having SM. In 207 of a total of 7917 children (2.6%), symptoms of SM occurred during school time were reported by the teachers. This exceeds previous prevalence rates and so confirms the assumption of a high number of unreported cases. Within the sample of children revealing SM symptoms proportion of multilingual children is very high (40.6%) and may reflect an elevated vulnerability of these children for the development of SM.

Keywords: Selective mutism, elective mutism, elementary school, special education, prevalence, multilingualism

Selektiver Mutismus (SM) ist eine Kommunikationsstörung mit Beginn in der Kindheit. Betroffene Mädchen und Jungen zeichnen sich durch eine umfassende Sprachlosigkeit in mindestens einer spezifischen sozialen Situation aus, obwohl sie in anderen Settings durchaus in der Lage sind, mit Menschen verbal zu kommunizieren (Bergman, Piacentini & McCracken, 2002; Dow, Sonies, Scheib, Moss & Leonard, 1999). Charakteristisch für den SM ist die große Diskrepanz zwischen dem Sprechen im häuslichen Kontext und dem Schweigen im Kindergarten, in der Schule oder an anderen öffentlichen Orten (Bergman et al., 2002; Ford, Sladeczek, Carlson & Kratochwill, 1998). Mit bislang angenommenen Prävalenzraten von etwa 0.7% (Bergman et al., 2002; Elizur & Perednik, 2003) bis zu 1.9% (Kopp & Gillberg, 1997) kommt der SM nur vereinzelt vor. Kinder mit einem Migrationshintergrund sind mit 2.2 % relativ häufig betroffen (Elizur & Perednik, 2002; Steinhausen & Juzi, 1996). Aufgrund seiner Seltenheit und der Unscheinbarkeit des Schweigens ist das Phänomen des SM auch in Fachkreisen bislang nur wenig bekannt und wird häufig als Form extremer Schüchternheit interpretiert (Kopp & Gillberg, 1997; Schwartz, Freedy & Sheridan, 2006). Eine hohe Dunkelziffer lässt sich daher vermuten. Studien zeigen, dass die Diagnose eines SM in vielen Fällen erst relativ spät erfolgt (u.a. Black & Uhde, 1995). Mit einem durchschnittlichen Beginn des Schweigens zwischen drei und vier Jahren (Dummit, Klein, Tancer, Asche, Martin & Fairbanks, 1997; Steinhausen & Juzi, 1996) ist der SM als Störung der frühen Kindheit einzustufen. Trotz des zeitigen Auftretens der Symptome erfolgt eine Zuweisung zu einer Therapie erst mit durchschnittlich acht Jahren (Remschmidt, Poller, Herpertz-Dahlmann, Henninghausen & Gutenbrunner, 2001). Bis zu 40% der Kinder und Jugendlichen mit SM erhalten gar keine spezifische Behandlung (Black & Uhde, 1995; Dummit et al., 1997; Kumpulainen, Rasänen, Raaska & Somppi, 1998). Es liegen einige Hinweise vor, dass ein Teil der Betroffenen ihr Schweigen auch ohne spezifische Förderung überwindet (Ford et al., 1998; Hartmann, 1997). Wenn die Kinder ihre Symptomatik allerdings über das zehnte Lebensjahr hinaus beibehalten, weisen sie eine schwere Form des SM auf und sind langfristig in ihrer gesamten Entwicklung beeinträchtigt (Kolvin & Fundudis, 1981).

Insbesondere im schulischen Kontext wird dem Sprechen eine große Bedeutung beigemessen. Mädchen und Jungen mit SM beteiligen sich relativ wenig am Unterricht und stellen ihren Lehrkräften vergleichsweise selten Rückfragen (Bergman et al., 2002). Dadurch können sie erhebliche Nachteile in ihrer schulischen Entwicklung erfahren. Speziell in höheren Klassen macht die mündliche Note bis zu 50 Prozent der Gesamtzensur aus, so dass Kinder und Jugendliche mit SM in der Schule oftmals Misserfolge erleben und demotivierenden Bewertungssituationen ausgesetzt sind. Auch Lehrkräfte nehmen das Schweigen oftmals als deutliche Behinderung für die akademischen und sozialen Funktionsfähigkeiten der betroffenen jungen Menschen wahr (Bergman et al., 2002).

Neben der allgemeinen schulischen Entwicklung spielen die soziale Einbindung und der Umgang mit Peers eine wichtige Rolle in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (Katz-Bernstein, 2011). Im Kontakt mit Gleichaltrigen bieten sich Mädchen und Jungen Modelle, die für den Erwerb von sozialen Verhaltensweisen essentiell sind. Im gemeinsamen Spiel können zudem verschiedene soziale Rollen erprobt werden (Oerter, 1999). Schülerinnen und Schüler mit SM sind jedoch häufig Mobbingsituationen ausgesetzt; in der Folge ziehen sie sich sozial zurück (Omdal, 2007). Sie haben relativ wenige Möglichkeiten außerhalb der vertrauten Familie soziales Verhalten zu erlernen und auszuprobieren. Soziale Situationen werden öfter als negativ und nicht zu bewältigen erlebt. Dies kann wiederum das Schweigen, komorbide soziale Ängste und Sozialphobien ver-

stärken (Kristensen, 2000; Cohan, Chavira, Shipon-Blum, Hitchcock, Roesch & Stein, 2008; Manassis, Tannock, Garland, Minde, McInnes & Clark, 2007; Dummit et al., 1997) und zu ernsthaften Problemen in der sozial-emotionalen Entwicklung führen (Schwartz et al., 2006). Im Erwachsenenalter bleibt in der Regel, auch bei überwundenem Schweigen, eine immense Sprechanstrengung sowie ein großes Unbehagen in sozialen Situationen und/oder bei der Anwesenheit bestimmter Personen bestehen (Ford et al., 1998; Omdal, 2007). Zu erwarten sind massive Beeinträchtigungen der (psychischen) Gesundheit (Chavira, Shipon-Blum, Hitchcock, Cohan & Stein, 2007; Remschmidt et al., 2001; Steinhausen, Wachter, Laimböck & Wetzke, 2006). Erstrebenswert sind deshalb eine möglichst frühzeitige Identifizierung des SM und eine daran anschließende mutismusspezifische Intervention (Schwartz et al., 2006; Subellok & Katz-Bernstein, 2010; Subellok & Starke, 2012).

Eltern ist es nicht zu verdenken, wenn ihnen das Schweigen ihres Kindes zunächst verborgen bleibt. Sie selbst erleben ihre Tochter bzw. ihren Sohn zu Hause meist als völlig normal. Je nach Einbindung der Familie in weitere soziale Kontexte können Eltern das Schweigen in unterschiedlicher Häufigkeit und Intensität beobachten. Für Familien mit wenigen sozialen Außenkontakten wird die Problematik ihres Kindes unter Umständen gar nicht offensichtlich. Die vom Schweigen am meisten betroffenen Kontexte sind Kindergarten und Schule (Ford et al., 1998; Bergman et al., 2002), also jene Umgebungen, die sich für Eltern nur über Berichte von Erzieherinnen und Erziehern bzw. von Lehrkräften erschließen. Gerade vor diesem Hintergrund kommt Bildungseinrichtungen wie Kindergärten und Schulen für das Erkennen eines SM eine hohe Bedeutung zu. Eine sichere Identifikation des SM erweist sich in der pädagogischen Alltagspraxis als schwierig, weil zwischen Schüchternheit, Schweigsamkeit und SM fließende Übergänge bestehen. Selbst die medizinische Diagnostik erfolgt maßgeblich über den Ausschluss. Nach den diagnostischen Kriterien des DSM-IV (Saß Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) sind massive sprachliche Probleme, etwa durch Sprachentwicklungsstörungen, Stottern oder Mehrsprachigkeit, auszuschließen. Auch das Unwohlsein innerhalb einer Sprache gilt als Ausschlusskriterium. Ergebnisse deskriptiver und vergleichender Studien legen jedoch nahe, dass ca. ein Drittel bis die Hälfte aller Kinder mit SM sprachliche Probleme aufweist (Andersson & Thomsen, 1998; Cohan et al., 2008; Kristensen, 2000; Manassis, Fung, Tannock, Sloman, Fiksenbaum & McInnes, 2003; Steinhausen & Juzi, 1996). Wie bereits angedeutet, stellen insbesondere Migration und Mehrsprachigkeit hierbei besonders bedeutsame Risikofaktoren im Hinblick auf die Entwicklung eines SM dar (Elizur & Perednik, 2003; Steinhausen & Juzi, 1996). Die große sprachliche Unsicherheit dieser Kinder, ob bedingt durch eine Sprach- oder Redestörung oder durch Mehrsprachigkeit, kann im Kontext eines schüchternen Temperamentes das auslösende Element für einen SM sein.

Bislang stehen jedoch so gut wie keine geeigneten Instrumente und Vorgehensweisen für die Diagnostik des SM – insbesondere zur Anwendung in den bedeutsamen Bereichen Kindergarten und Schule – zur Verfügung. Die einzige Ausnahme stellt der „Fragebogen zur Erfassung des elektiven Mutismus“ (FEM) von Steinhausen (2010) dar. Über ihn lassen sich der Schweregrad des SM sowie der Grad der Beeinträchtigung der akademischen und sozialen Funktionsfähigkeiten im schulischen und häuslichen Kontext ermitteln. Für den Bereich des Kindergartens fehlt jedoch ein entsprechendes Diagnostikum. Die bloße Existenz eines Verfahrens zur Analyse des Sprechverhaltens würde allerdings nicht zwangsläufig zu einer häufigeren und sicheren Identifikation betroffener Kinder führen. Essentieller ist in erster Linie der Kenntnisstand von Fachpersonen zum SM, die zunächst für die Problematik sensibilisiert

werden müssen. Wenn sich dann Verdachtsmomente auf einen SM verdichten, können diese mit einem differenzierten Analyseinstrument bestätigt bzw. widerlegt werden.

Wie gesagt ist der SM offenkundig ein Phänomen, das aufgrund der Unauffälligkeit seiner Symptome besonders häufig übersehen wird. Die in der Literatur berichteten Prävalenzraten von weniger als 2% dürften die Realität somit kaum adäquat widerspiegeln. Da der SM relativ erfolgreich behandelt werden könnte, wenn man ihn rechtzeitig erkennt, stellt seine frühe Identifikation eine wichtige Aufgabe dar. Ziel der Studie KiMut NRW (Kinder mit selektivem Mutismus in Nordrhein-Westfalen) war es nun, mittels einer neu zu entwickelnden Checkliste die relevanten Diagnosekriterien für SM bei einer großen Gruppe von Kindern durch ihre Lehrkräfte überprüfen zu lassen. Wenn Pädagoginnen und Pädagogen mittels eines geeigneten Instrumentariums gezielt auf die Merkmale eines SM aufmerksam gemacht werden, sollten sie in der Lage sein, eine Problematik zu erkennen, die ansonsten möglicherweise ignoriert worden wäre. Es wurde davon ausgegangen, dass die auf diese Weise durch Lehrkräfte ermittelte Quote an Verdachtsfällen die üblichen Prävalenzraten merklich übertrifft. Sollte dies tatsächlich der Fall sein, so würde dies für die Annahme einer mehr oder minder hohen Dunkelziffer sprechen und sicherlich Anlass dazu geben, zukünftig bessere Routinen zur Identifikation des SM bei Kindern zu implementieren.

Methode

Stichprobe

Es wurden insgesamt 7917 Kinder aus 405 Klassen von Grund- und Förderschulen Nordrhein-Westfalens betrachtet. Hierbei handelte es sich um 3625 Mädchen und 4264 Jungen (was einem Geschlechterverhältnis von etwa 1:1.2 entspricht). Eine Lehrkraft machte zur Geschlechterverteilung ihrer Klasse keine Angaben, so dass diese Information bei 28 Schülerinnen und Schülern fehlt. Bei 255 der Kinder gaben die Klassenleiterinnen und Klassenleiter eine Diagnose (n = 128) oder einen Verdacht auf SM (n = 127) an. Vollständige Datensätze lagen bei 218 dieser Mädchen und Jungen vor. Im Rahmen der folgenden Analysen fanden lediglich diese Kinder Berücksichtigung. Bei 119 Schülerinnen und Schülern wurde vorab von Fachpersonen bereits die Diagnose SM gestellt. Bei 99 Kindern vermuteten die Lehrkräfte, dass ein SM vorliegen könnte. Zu 39% (n = 85) handelt es sich bei den 218 Kindern um Jungen, zu 61% (n = 133) um Mädchen (Verhältnis 1:1.6). Das durchschnittliche Alter der Stichprobe betrug 8.28 Jahre (SD = 1.4). Von den Schülerinnen und Schülern waren 5% Zwillinge (n = 11) und 40.8% (n = 89) wuchsen mehrsprachig auf; 35.8% (n = 78) besuchten eine Förderschule und 64.2% (n = 140) wurden an einer Grundschule unterrichtet. Die Verteilung der Kinder auf die einzelnen Klassenstufen kann in Tabelle 1 abgelesen werden.

Tab. 1: Verteilung der Kinder mit einer Diagnose SM oder einem Verdacht auf SM auf die Klassenstufen

Klassenstufe	**Kinder mit Diagnose SM oder Verdacht auf SM (n = 218)**
Eingangsstufe	21
1. Klasse	54
2. Klasse	47
3. Klasse	47
4. Klasse	49

Instrumente

Es wurde ein Ad-hoc-Fragebogen entwickelt und als Online-Version realisiert, welcher sich an Klassenleiterinnen und Klassenleiter richtete. Dieser fokussierte folgende Bereiche: (1) Rahmenbedingungen der Klasse, (2) Kinder mit der Diagnose oder Verdacht SM und (3) Angaben zur Lehrerin bzw. zum Lehrer.

Im ersten Teil wurden die Schulform und Klassenstufe, Teamarbeit und Fachkräfte in der Klasse sowie die Zahl der Schülerinnen bzw. der Schüler und das Geschlechterverhältnis ermittelt. Angaben zu Kindern mit der Diagnose SM und dem Verdacht auf einen SM wurden im zweiten Teil erhoben. Die Lehrkräfte sollten hierbei jeweils Aussagen darüber treffen, wie viele Mädchen und Jungen mit der Diagnose SM in ihrer Klasse sind und bei wie vielen von ihnen sie einen SM vermuten. Zu jedem ermittelten Kind wurden Angaben zu Alter, Geschlecht, Zwilling/Mehrling, Mehrsprachigkeit und zur besuchten Klassenstufe gemacht. Kernstück dieses zweiten Teils war eine „Checkliste zum SM“, die sich an den fünf DSM-IV-Kriterien (Saß et al., 2003, siehe Tabelle 2) orientierte. Einzig das „Kriterium C“ der Schweigedauer (hier: mindestens zwei Monate) wurde mittels einer geschlossenen Fragestellung (trifft zu, trifft nicht zu, weiß nicht) erhoben. Um die weiteren vier Kriterien erfassen zu können,

Tab. 2: Beispielitems und ihre Zuordnung zu den DSM-IV-Kriterien

DSM-IV-Kriterien (Saß et al. 2003, S. 73f.)	**Beispielitems**	**Anzahl Items**
(A) Andauernde Unfähigkeit, in bestimmten Situationen zu sprechen (in denen das Sprechen erwartet wird, z.B. in der Schule), wobei in anderen Situationen normale Sprechfähigkeit besteht.	*Das Kind schweigt im Morgenkreis oder ähnlichen Erzählsituationen.* *Das Kind spricht während Gruppen- oder Freiarbeitsphasen mit Mitschüler/innen.* *Das Kind schweigt grundsätzlich im Klassenraum.*	9
(B) Die Störung behindert die schulischen oder beruflichen Leistungen oder die soziale Kommunikation.	*Das Kind arbeitet oder spielt häufig allein.* *Das Kind holt sich selbstständig Hilfe, wenn ihm etwas unklar ist.*	8
(C) Die Störung dauert mindestens einen Monat (und ist nicht auf den ersten Monat nach Schulbeginn beschränkt).	*Das Kind schweigt bereits seit mindestens zwei Monaten. (dichotome Beantwortung)*	
(D) Die Unfähigkeit, zu sprechen, ist nicht durch fehlende Kenntnisse der gesprochenen Sprache bedingt, die in der sozialen Situation benötigt werden, oder dadurch, dass der Betroffene sich in dieser Sprache nicht wohl fühlt.	*Ich schätze die Sprachkompetenzen des Kindes im Deutschen als altersgerecht ein.* *Das Kind versteht meine Anweisungen und Aufgabenstellungen.*	3
(E) Die Störung kann nicht besser durch eine Kommunikationsstörung (z.B. Stottern) erklärt werden und tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, Schizophrenie oder einer anderen Psychotischen Störung auf.	*Das Kind stottert.* *Das Kind nimmt Blickkontakt zu Mitschülern/innen und/oder Lehrern/innen auf.* *Die Aussprache und/oder Grammatik des Kindes sind fehlerhaft.*	3

erfolgte die Entwicklung von 23 Items, die im Schulkontext zu beobachtendes, auf SM hinweisendes Verhalten beschreiben. Es wurden sowohl positive als auch negative Itemformulierungen verwendet. Auf einer vierstufigen Ratingskala (1 = immer, 2 = oft, 3 = gelegentlich, 4 = nie bzw. 1 = trifft genau zu, 2 = trifft eher zu, 3= trifft eher nicht zu, 4 = trifft gar nicht zu) sollten die Lehrkräfte einschätzen, wie häufig das jeweilige Verhalten beim Kind zu beobachten ist. Mit Blick auf die einschlägigen DSM-IV-Kriterien erschien es angebracht, nach einer Umpolung der negativen Items, Werte größer als zwei als Anzeichen für ein schweigendes Verhalten im schulischen Kontext anzusehen. Werte kleiner oder gleich zwei deuten demnach eher auf einen angemessenen Sprechanteil, eine adäquate Teilhabe in der Klassengemeinschaft sowie ggf. ein Vorliegen spezifischer Ausschlusskriterien (z.B. Stottern, massive sprachliche Probleme) hin. In Tabelle 2 sind Beispielitems den zugehörigen DSM-IV-Kriterien zugeordnet.

Eine explorative Faktorenanalyse mit Varimax-Rotation wurde zunächst mit 17 Items durchgeführt, die sich auf beobachtbares Verhalten im Klassenraum bezogen. Diese ergab eine fünf-faktorielle Lösung mit einer Varianzaufklärung von insgesamt 63.1%. Verschiedene Kriterien (theoretische Passung, Interpretierbarkeit und Nützlichkeit) wurden aufbauend angewandt, um eine angemessene Faktorenstruktur für spätere Analysen zu ermitteln. Ergebnis war letztlich eine drei-faktorielle Lösung mit insgesamt 10 Items (KMO >.6, Bartlett-Test auf Sphärizität $p < .001$), die gemeinsam eine Varianz von 65,8% aufklären konnten. Die Resultate der Faktorenanalyse sind Tabelle 3 zu entnehmen. Für weitere Analysen werden die drei Faktoren (Skalen) wie folgt benannt: „Interaktion mit Lehrpersonen“, „Interaktion mit Peers“ und „Bedürfnisäußerung“.

Der dritte Teil des Instrumentariums erfasste die Erfahrung der Lehrperson mit SM sowie ihren Informationsbedarf. Angaben zur Person (Studienabschluss, Berufserfahrung, Geschlecht und Alter) und zur Schule bildeten den Abschluss des Bogens.

Datenerhebung

Die Datenerhebung fand im zweiten Halbjahr des Schuljahres 2010/11 innerhalb von zwei Monaten statt. Es wurden alle schulischen Förderorte in NRW im Primarbereich (Klassenstufen 1 bis 4, Eingangsstufe an den Förderschulen) angeschrieben, in der mit hoher Wahrscheinlichkeit Kinder mit SM zu erwarten waren. Die Adressaten setzten sich aus den folgenden drei Gruppen zusammen: (1) alle Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt Sprache und Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt Lernen mit Angeboten im Förderschwerpunkt Sprache (n = 155), (2) alle Grundschulen mit GU (Gemeinsamer Unterricht) im Förderschwerpunkt Sprache (n = 658) und (3) eine Zufallsstichprobe (10%) der Grundschulen ohne GU im Förderschwerpunkt Sprache (n = 224). Alle weiteren Förderschulen wurden nicht berücksichtigt. Zwar sind auch dort Kinder mit SM zu vermuten, doch würden weitere körperliche oder kognitive Beeinträchtigungen der Klientel dieser Schulen das Phänomen SM überlagern. Für die Akquirierung der Stichprobe wurden Post- und E-Mail-Adressen aller Grund- und Förderschulen über die Online-Portale des Schulministeriums NRW und über das statistische Landesamt IT.NRW ermittelt.

Die Schulleitungen aller Schulen erhielten postalisch ein Anschreiben sowie ein Informationsblatt zum SM mit dem Web-Link zum Bogen für Klassenlehrkräfte. Den Pädagoginnen und Pädagogen wurde zunächst ein schulorientiertes Fallbeispiel mit einer Beschreibung des schweigenden Verhaltens im Klassenkontext vorgegeben. Es folgte eine kurze und prägnante theoretische Einführung in das Störungsbild SM. Der Text ging insbesondere auf den Unterschied zwischen

Tab. 3: Ergebnisse der Faktorenanalyse

Faktor	Items	Ladung		
		1	2	3
Interaktion mit Lehrpersonen (Eigenwert = 2,95)	Das Kind schweigt, wenn es von Lehrpersonen angesprochen wird. (negativ)	**.822**	-.040	.089
	Das Kind beantwortet meine Fragen im Frontalunterricht lautsprachlich.	**.779**	-.001	.040
	Leistungsüberprüfungen sind bei dem Kind nur schriftlich möglich. (negativ)	**.768**	.074	.015
	Das Kind spricht mit mir in Einzelsituationen.	**.720**	.190	.245
	Das Kind schweigt im Morgenkreis oder ähnlichen Erzählsituationen. (negativ)	**.650**	.318	-.061
Interaktion mit Peers (Eigenwert = 2,16)	Das Kind spricht in Spielsituationen mit anderen Kindern.	.171	**.873**	-.071
	Das Kind spricht während Gruppen- oder Freiarbeitsphasen mit Mitschülern/innen.	.220	**.825**	.054
	Das Kind arbeitet oder spielt häufig alleine. (negativ)	-.080	**.753**	.116
Bedürfnisäußerung (Eigenwert = 1,46)	Das Kind holt sich selbstständig Hilfe, wenn ihm etwas unklar ist.	-.046	-.009	**.862**
	Das Kind äußert seine Bedürfnisse (z.B. Durst, Toilettengang) in irgendeiner Form (z.B. sprachliche Äußerung, nichtsprachlich über Handzeichen).	.231	.092	**.791**

Schüchternheit und SM ein, um das Risiko einer Übergeneralisierung mutismusspezifischer Verhaltensweisen auf schüchterne Kinder zu minimieren.

Die Schulleitungen wurden gebeten, das Informationsblatt an das Kollegium weiterzugeben und alle Lehrkräfte der Schule über das Projekt zu informieren. Außerdem sollten sie für die Bearbeitung des Bogens für Klassenlehrkräfte werben. Zeitparallel erhielten die Schulen die gleichen Materialien auf elektronischem Weg, um den Link komfortabler an das Kollegium weiterleiten zu können.

Es wurden insgesamt 1037 Schulen im Primarbereich angeschrieben. Für 287 identifizierbare Einrichtungen liegt mindestens ein Fragebogen für Klassenlehrkräfte vor, was einem Rücklauf von 27.7% entspricht, 61 Kolleginnen und Kollegen machten keine Angaben zur Schule.

Auswertung

Die Entscheidung über das Vorliegen mutismustypischen Verhaltens im schulischen Kontext erfolgte im Nachhinein über statistische Berechnungen. Vor allem über deskriptive Analysen wurde die Anzahl der Kinder mit überwiegend schweigendem und zurückhaltendem Verhalten auf den drei Skalen „Interaktion mit Lehrpersonen“, „Interaktion mit Peers“ und „Bedürfnisäußerung“ bestimmt. Zum Vergleich des Sprechverhaltens gegenüber Lehrpersonen und Peers wurden t-Tests genutzt. Ein mutismustypisches Verhalten der

Kinder zeigt sich dabei in einem signifikant häufigeren Schweigen gegenüber Lehrpersonen als gegenüber Peers (siehe dazu auch Kumpulainen et al., 1998; Bergman et al., 2002). Über eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) wurde überprüft, ob ggf. vorliegende sprachliche Probleme der Kinder einen Einfluss auf das Ausmaß des Schweigens hatten. War dies der Fall, so erfolgte im Einklang mit den DSM-IV-Kriterien (Saß et al., 2003) ein Ausschluss dieser Schülerinnen und Schüler. Es wäre dann nicht sicher zu bestimmen gewesen, ob das Schweigen aus den fehlenden Sprachkompetenzen resultierte oder nicht. Mithilfe von t-Tests erfolgte die weitere Überprüfung, ob sich die Einschätzungen der Klassenlehrkräfte hinsichtlich sprachlicher Kompetenzen und des Ausmaßes des Schweigens unterscheiden.

Ergebnisse

Kinder mit der Diagnose SM – Einschätzungen der Klassenlehrkräfte

Die 119 Kinder mit der Diagnose SM erreichten auf der Skala „Interaktion mit Lehrpersonen“ im Mittel Werte von 3.1 (SD = 0.7), was auf ein häufiges Schweigen im Kontakt mit Lehrkräften hinweist. Werte von durchschnittlich 2 oder weniger lagen bei 8 Kindern (6.7%) mit der Diagnose SM vor. Diese zeigten demnach kein ausgeprägtes Schweigen gegenüber ihren Lehrerinnen bzw. Lehrern.

Auf der Skala „Interaktion mit Peers“ erreichten die Mädchen und Jungen im Mittel einen Wert von 2.4 (SD = 0.8). Dies legt nahe, dass die Betroffenen in Gegenwart von Gleichaltrigen häufig schweigen und darüber hinaus eher alleine arbeiten und spielen. Werte von 2 oder weniger wiesen 41 Kinder (34.5%) auf, was auf ein relativ häufiges Sprechen mit Gleichaltrigen hindeutet. Bei 6 dieser Schülerinnen und Schüler überschritten die Indices auf beiden Skalen nicht den Wert zwei. Die Mädchen und Jungen zeigten damit zum Zeitpunkt der Erhebung anscheinend kein ausgeprägtes Schweigen im Schulkontext.

Auf der Skala „Bedürfnisäußerung“ erreichten die Kinder im Mittel Werte von 2.6 (SD = 0.8), was eher auf Zurückhaltung bei der Mitteilung von Bedürfnissen oder dem Einholen von Hilfestellungen hinweist. Etwa ein Drittel dieser Kinder (36 bzw. 30.3%) zeigten Werte von weniger als 2. Dies legt nahe, dass diese Schülerinnen und Schüler ihre Bedürfnisse offenbar recht gut äußern können. Insgesamt 4 der Kinder mit der Diagnose SM erreichten auf allen drei Skalen Werte, die 2 nicht überschritten. Sie sind damit im schulischen Kontext zum Zeitpunkt der Erhebung als nicht (mehr) selektiv mutistisch einzustufen.

Ein t-Test für verbundene Stichproben ergab einen signifikant höheren Mittelwert auf der Skala „Interaktion mit Lehrpersonen“ (M = 3.1; SD = 0.7) als auf der Skala „Interaktion mit Peers“ (M = 2.4; SD = 0.8); $t(118) = 4.65$; $p < .001$). Die Kinder mit der Diagnose SM schweigen demnach signifikant häufiger gegenüber Lehrpersonen als in Situationen mit Gleichaltrigen.

Kinder mit Verdacht SM – Einschätzungen der Klassenlehrkräfte

Die 99 Kinder mit Verdacht auf SM erreichten auf der Skala „Interaktion mit Lehrpersonen“ im Mittel Werte von 2.7 (SD = 0.5). Hier zeigten 13 dieser jungen Menschen mit Werten von 2 und weniger keine Anzeichen auf SM. Auf der Skala Interaktion mit Peers wiesen die Schülerinnen und Schüler im Mittel Werte von 2.3 (SD = 0.7) auf. Hier waren es 24 Kinder, deren Werte 2 nicht überschritten. Auf der Skala „Bedürfnisäußerung“ erzielten die Mädchen und Jungen im Mittel Werte von 2.8 (SD = 0.7). Insgesamt 6 Kinder lagen hier mit Werten von 2 und weniger im eher

unauffälligen Bereich. Von den 99 Schülerinnen und Schülern mit dem Verdacht auf SM zeigten 5 (5.1 %) der 99 Kinder auf den ersten beiden Skalen im Mittel Werte von nicht mehr als 2 und schwiegen zum Zeitpunkt der Erhebung demnach selten bis gar nicht in diesen schulischen Kontexten. Lediglich 2 (2%) der Mädchen und Jungen erzielten zusätzlich auf der dritten Skala Werte von 2 oder weniger, so dass bei diesen Kindern eine ausgeprägte Symptomatik des SM mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann.

Auch für die Schülerinnen und Schüler mit dem Verdacht auf SM ergab ein t-Test für verbundene Stichproben einen signifikant höheren Mittelwert auf der Skala „Interaktion mit Lehrpersonen" (M = 2.7; SD = 0.5) als auf der Skala „Interaktion mit Peers" (M = 2.3; SD = 0.7; $t(98) = 5.05$, $p < .001$). Sie schweigen demnach signifikant häufiger gegenüber Lehrpersonen als im Umgang mit Gleichaltrigen.

In Tabelle 4 sind die Ergebnisse für die Mädchen und Jungen mit der Diagnose oder einem Verdacht auf SM im Überblick zusammengefasst.

Ermittelter Anteil der Kinder mit SM

Bei insgesamt 6 (5%) von 119 Kindern mit der Diagnose SM und bei 5 (5%) von 99 Kindern mit Verdacht auf SM zeigte sich zum Zeitpunkt der Erhebung kein ausgeprägtes Schweigen im schulischen Kontext. Bei 207 Schülerinnen und Schülern schätzten die Lehrkräfte das Verhalten in den definierten schulischen Situationen als überwiegend schweigend und zurückhaltend ein, was mit großer Wahrscheinlichkeit auf das Vorliegen eines SM hinweist. Dies macht einen Anteil von 2.6% der insgesamt 7917 betrachteten Mädchen und Jungen aus.

Bei 153 (73.9%) dieser Kinder gaben die Klassenlehrkräfte an, dass die Schülerinnen und Schüler seit mindestens zwei Monaten schweigen, bei 47 (22.7%; fehlende Angaben: 7) trifft dies laut Klassenlehrkräfte nicht

Tab. 4: Einschätzungen der KlassenlehrerInnen bezüglich mutismusspezifischer Verhaltensweisen für Kinder mit der Diagnose und dem Verdacht auf SM

Skala	**Kinder mit Diagnose SM (n = 199)**	**Kinder mit Verdacht SM (n = 99)**
Interaktion mit Lehrpersonen (IL)	M = 3.1 (SD = 0.7)	M = 2.7 (SD = 0.5)
Anzahl der Kinder mit Werten ≤ 2 auf IL	8 (6.7 %)	13 (10.9 %)
Interaktion mit Peers (IP)	M = 2.4 (SD = 0.8)	M = 2.3 (SD = 0.7)
Anzahl der Kinder mit Werten ≤ 2 auf IP	41 (34.5 %)	24 (20.2 %)
Bedürfnisäußerung (B)	M = 2.6 (SD = 0.8)	M = 2.8 (SD = 0.7)
Anzahl der Kinder mit Werten ≤ 2 auf B	36 (30.3 %)	6 (6.1 %)
Anzahl der Kinder mit Werten ≤ 2 auf IL und IP	6 (5.0 %)	5 (5.1 %)
Anzahl der Kinder mit Werten ≤ 2 auf IL, IP und B	4 (3.4 %)	2 (2.0 %)

zu. In letzterer Gruppe befanden sich sowohl Kinder mit dem Verdacht auf SM als auch Kinder mit bereits gestellter Diagnose SM. Dies weist auf eine ungünstige Itemformulierung hin, da per Definition zumindest bei Mädchen und Jungen mit der Diagnose SM ein Schweigen länger als zwei Monate bestehen müsste. Aufgrund dieser Unsicherheit bezüglich der Validität dieser Angabe werden in die folgenden Analysen die 207 ermittelten Kinder vollständig einbezogen.

Sprachliche Probleme und Mehrsprachigkeit

Bei 4 (1.9%) von 207 jungen Menschen, bei denen von SM ausgegangen werden kann, äußerten die Klassenlehrkräfte einen Verdacht auf Stottern. Sie vermuteten bei 87 Kindern (42%) eher nicht altersgerechte sprachliche Kompetenzen. Bei 107 Schülerinnen und Schülern (51.7%) wurde die Aussprache und/oder Grammatik als eher fehlerhaft eingeschätzt. Eine einfaktorielle Varianzanalyse ergab keinen signifikanten Zusammenhang zwischen den Sprachkompetenzen und dem Ausmaß des Schweigens gegenüber Lehrpersonen, $F(3) = 1.5$, $p = .215$. Auch für Aussprache und Grammatik ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zum Ausmaß des Schweigens im Unterricht, $F(3) = 0.2$, $p = .896$.

Von den 207 Kindern waren 84 (40.6%) mehrsprachig. Ein t-Test für unabhängige Stichproben ergab, dass die Sprachkompetenzen der mehrsprachigen Schülerinnen und Schüler im Mittel signifikant schlechter ($M = 2.4$; $SD = 0.9$) eingeschätzt wurden als die der einsprachigen Kinder ($M = 3$; $SD = 0.9$; $t(175) = -4.01$; $p < .001$). Auch für die Einschätzung von Aussprache und Grammatik ergab sich ein signifikanter Gruppenunterschied zwischen ein- und mehrsprachigen Mädchen und Jungen, wobei Aussprache und Grammatik der mehrsprachigen Versuchspersonen ($M = 1.9$; $SD = 0.9$) signifikant schlechter beurteilt wurden als bei einsprachigen Kindern ($M = 2.7$; $SD = 1.1$; $t(193) = -5.43$; $p < .001$). Ebenso zeigte sich ein signifikanter Gruppenunterschied im Ausmaß des Schweigens gegenüber Lehrpersonen zwischen mehrsprachigen und einsprachigen Schülerinnen und Schülern. Mehrsprachige Schülerinnen und Schüler schwiegen im Mittel häufiger in Interaktionen mit ihren Lehrkräften ($M = 3.1$, $SD = 0.6$) als einsprachige Kinder ($M = 2.9$, $SD = 0.6$; $t(175) = 2.16$, $p = .032$).

Diskussion

Beantwortung der Fragestellung

Ausgehend von der Vermutung einer hohen Dunkelziffer von Kindern mit SM war es Ziel der Studie KiMut NRW, Kinder mit der Diagnose SM sowie Kinder, bei denen ein Verdacht auf einen SM besteht, in Primarschulen in NRW über das Urteil der Lehrkräfte zu erfassen. Es konnten von 7917 betrachteten Mädchen und Jungen insgesamt 207 ausgemacht werden, die zum Zeitpunkt der Erhebung deutliche Symptome eines SM aufwiesen. Mit 2.6% ist der Anteil der Schülerinnen und Schüler mit SM in dieser Stichprobe deutlich höher als der bisheriger Studien (0.7% bei Bergman et al., 2002 und Elizur & Perednik, 2003; 0.18 % bei Kopp & Gilberg, 1997). Kumpulainen und Mitarbeiter (1998) ermittelten einen ähnlich hohen Anteil selektiv mutistischer Kinder von 2% bei der Anwendung der DSM-III-R-Kriterien. Diese umfassen lediglich die Verweigerung des Sprechens in mindestens einer sozialen Situation sowie ein altersadäquates Sprachverständnis, beziehen Beeinträchtigungen der sozialen Kommunikation oder des schulischen Erfolgens nicht mit ein. Der vergleichsweise hohe Anteil von Mädchen und Jungen mit SM in der vorliegenden Studie unterstützt die Annahme einer hohen Dunkelziffer (siehe auch bei Kumpulainen et al., 1998). Aufgrund des

Schweigens und einer allgemeinen Zurückhaltung stören Kinder mit SM eher selten im Unterricht und ziehen weniger Aufmerksamkeit auf sich. Häufig verfügen Lehrpersonen, insbesondere ohne sonderpädagogische Ausbildung, nicht über ein entsprechendes Wissen über SM, so dass ein konsequentes Schweigen womöglich nur schwer eingeordnet werden kann. Die vorliegende Studie zeichnet sich hier durch die Bereitstellung von schulorientierten Informationen zum SM aus. Über die vorherige konzentrierte und kontextzentrierte Weitergabe von zentralen Hinweisen wurden sie dafür sensibilisiert, ein schweigendes Verhalten besser einzuordnen und Verdachtsfälle anzugeben.

Die ermittelten Kinder schweigen signifikant häufiger in Situationen mit Lehrpersonen als in Situationen mit Peers, unabhängig davon, ob bei ihnen bereits eine Diagnose SM gestellt wurde oder die Klassenlehrkraft einen Verdacht äußert. Diese Ergebnisse bilden die mutismustypische Ausprägung des Schweigeverhaltens über die verschiedenen Kontexte und Personen hinweg ab. Zahlreiche Studien belegen, dass gerade die Interaktion mit Lehrpersonen für die betroffenen Schülerinnen und Schüler schwierig ist und sie dann besonders häufig schweigen. Gleiches gilt für verschiedene andere Situationen innerhalb des Klassenraums (Kumpulainen et al., 1998; Bergman et al., 2002). Allerdings lässt sich nur bei wenigen Kindern ein totales Schweigen gegenüber Lehrpersonen und Peers in der Schule feststellen (Kumpulainen et al., 1998). Die meisten betroffenen Mädchen und Jungen sprechen innerhalb des Schulkontextes zumindest mit Gleichaltrigen (Black & Uhde, 1995; Bergman et al., 2002).

Früheren Studienergebnissen entsprechend (siehe etwa Cohan et al., 2008; Manassis et al., 2003; Kristensen, 2000) verfügt auch ein Teil der schweigenden Kinder unserer Stichprobe (42%) laut Einschätzung der Lehrkräfte nicht über altersangemessene Sprachkompetenzen. Grundlage dieser Beurteilungen dürften beispielsweise schriftsprachliche Leistungen der schweigenden Schülerinnen und Schüler sein oder deren Gespräche mit Peers, welche die Lehrkraft wahrnehmen konnte. Andersson und Thomsen (1998) fanden ebenso wie Kristensen (2000) bei knapp der Hälfte der Kinder mit SM sprachliche Auffälligkeiten. Steinhausen und Juzi (1996) berichten bei knapp 40% der Mädchen und Jungen mit SM von zusätzlichen Sprach-, Sprech- oder Redestörungen. Am häufigsten sind dabei expressive Sprachstörungen sowie Aussprachestörungen (Steinhausen & Juzi, 1996; Kristensen, 2000). Eine fehlerhafte Aussprache und/oder Grammatik wird in unserer Studie bei 51.7% der schweigenden Schülerinnen und Schüler von den Lehrkräften angegeben. Stottern wird nur bei 1.9% der Kinder angenommen. Zwar konnten über die Einschätzungen der Pädagoginnen und Pädagogen die sprachlichen Fähigkeiten der Mädchen und Jungen nicht sonderlich zuverlässig erfasst werden, doch liefert unsere Stichprobe deutliche Hinweise darauf, dass die Koinzidenz von sprachlichen Auffälligkeiten – welcher Ursache und in welchem Umfang auch immer – und SM bei Kindern häufig ist.

Übereinstimmend mit früheren Studien (Elizur & Perednik, 2003; Steinhausen & Juzi, 1996) ist der Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund bzw. einem mehrsprachigen Hintergrund (40.6%) in dieser Stichprobe deutlich höher, als rein statistisch zu erwarten war. In NRW hatten im Schuljahr 2006/07 18.2% der Schülerinnen und Schüler im Primarbereich einen Migrationshintergrund (Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen, 2007). Die sprachlichen Kompetenzen der mehrsprachigen Kinder wurden in dieser Stichprobe signifikant schlechter eingeschätzt als die der einsprachigen Mädchen und Jungen. Ebenso schweigen laut Einschätzung der Klassenlehrkräfte die mehrsprachigen Kinder signifikant häufiger gegenüber Lehrpersonen als die einsprachigen.

Diese Ergebnisse legen eine höhere Vulnerabilität von jungen Menschen mit Migrationshintergrund für SM nahe. Hintergründe dafür können sozial-emotionale (Hölling, Erhart, Ravens-Sieberer & Schlack, 2007) und sprachliche Auffälligkeiten (Daseking, Bauer, Knievel, Petermann & Waldmann, 2011) dieser Klientel sein. Auch wäre es denkbar, dass dabei verschiedene Risikofaktoren eine Rolle spielen (z.B. eine einseitige Sprachstimulation, Kolpe, 2006; niedriger sozioökonomischer Status vieler Familien, Walter & Taskinen, 2008), die vor allem die Ausbildung der Sprachkompetenzen in der Umgebungssprache gefährden. Die mangelnden Deutschkompetenzen der Kinder stellen ein zusätzliches Hindernis dar, welches das Schweigen im Unterricht zu einem hartnäckigen Symptom werden lässt. Die Abgrenzung eines SM von einem Schweigen aufgrund fehlender Sprachkompetenzen in der Umgebungssprache, welche nach den DSM-IV-Kriterien (Saß et al., 2003) gefordert ist, war jedoch in unserer Untersuchung deutlich erschwert. Es liegen einerseits bislang keine adäquaten Instrumente oder Methoden vor, mit denen die Sprachkompetenzen (insbesondere produktiv) bei Schülerinnen und Schülern mit SM gemessen werden können. Andererseits werden mehrsprachige Kinder in Studien zum SM häufig ausgeschlossen (siehe etwa Dummit et al., 1997), da auf Grundlage der DSM-IV-Kriterien bei dieser Klientel keine sichere Diagnose gestellt werden kann (Toppelberg, Tabors, Coggins, Lum & Burger, 2005). Somit liegen bislang keine empirisch fundierten Hinweise vor, die zur Abgrenzung eines SM von einem entwicklungstypischen Schweigen im Rahmen des Zweitspracherwerbs (siehe dazu etwa Tabors, 1997) herangezogen werden können. Womöglich verfügen zahlreiche Mädchen und Jungen unserer Stichprobe nicht über ausreichende Deutschkompetenzen, welche sie für eine aktive Teilnahme im Unterricht benötigen. Gepaart mit einem schüchternen Temperament kann dies von den Klassenlehrkräften in unserer Untersuchung als SM fehlinterpretiert worden sein. Unbenommen des tatsächlichen Vorliegens eines SM bei den mehrsprachigen Kindern dieser Studie wird dennoch bestätigt, dass der SM im Kontext von Mehrsprachigkeit ein häufiges Phänomen ist.

Methodenkritische Reflexion

Auch wenn mit der vorliegenden Studie bedeutsame Informationen zum SM im Primarbereich ermittelt werden konnten, sind gewisse Grenzen des Vorgehens zu beachten: Die Angaben zu den Mädchen und Jungen in der vorliegenden Studie stammen von Lehrkräften aus Schulen, in denen mit hoher Wahrscheinlichkeit Kinder mit SM erwartet wurden. Beschränkt man seine Auswahl jedoch auf diese Weise, so sind die Möglichkeiten einer Generalisierung der Befunde natürlich stark limitiert. Aussagen zur allgemeinen Prävalenz des SM bei Schülerinnen und Schülern sind auf dieser Basis nicht möglich. Dies gilt insbesondere für den vorliegenden Fall, da hier die Rücklaufquote der Fragebögen bei unter 30% lag. Es handelte sich hier also um eine stark selektive Auswahl an Einrichtungen. Man könnte annehmen, dass speziell diejenigen Schulen eine Bereitschaft zur Mitarbeit bekundeten, für die das Phänomen des SM unter den dort unterrichteten Kindern eine gewisse Herausforderung darstellte.

Des Weiteren ist in diesem Zusammenhang zu konstatieren, dass die Informationen zu jeder Schülerin und zu jedem Schüler über Einzelpersonen erhoben wurden. Klassenlehrkräfte können sicherlich die zuverlässigsten Beurteilungen über den vom Schweigen am meisten betroffenen Kontext – die Schule (Ford et al., 1998; Bergman et al., 2002) – abgeben. Gleichwohl hätten ergänzende Informationen von den Eltern möglicherweise dazu beitragen können, einige diagnoserelevante Angaben zu validieren. Insbesondere bei den mehrsprachigen Kindern

hätten Einschätzungen weiterer Personen u. U. einen besseren Aufschluss über das Verhältnis von fehlender Sprachkompetenz und SM-bedingtem Schweigen geben können. Das Studiendesign sieht zudem keine klinische Untersuchung der Kinder oder ein nachfolgendes Interview mit den Klassenlehrkräften vor. Eine eindeutige Diagnosestellung des SM ist über einen Fragebogen wie in dieser Studie nicht möglich, da die DSM-IV-Kriterien eine präzisere Analyse des kindlichen Verhaltens in unterschiedlichen sozialen Kontexten und ausschließender Faktoren (wie etwa fehlende Sprachkompetenz der Umgebungssprache) erfordern. Zudem kam das Instrument bislang nur an Kindern mit SM oder extremer Schüchternheit zum Einsatz. Diese ähneln sich stark im Verhalten, so dass keine empirisch fundierten Aussagen über die Trennschärfe der Items zur Differenzierung zwischen Mädchen und Jungen mit und ohne SM gemacht werden können.

Fazit

Die Ergebnisse der Studie KiMut NRW suggerieren, dass der Anteil an Kindern mit SM offenbar nicht zu vernachlässigen ist. Auch wenn die selektive Auswahl der Schulen und die geringe Rücklaufquote bei den Fragebögen keine solide Grundlage für Prävalenzangaben dieses Phänomens bietet, steht außer Zweifel, dass viele Kinder mit SM nicht identifiziert und in der Folge keiner spezifischen Behandlung zugewiesen werden. Gerade bei mehrsprachigen Schülerinnen und Schülern, die – wie diese Studie und zahlreiche Studien zuvor gezeigt haben (Elizur & Perednik, 2003; Steinhausen & Juzi, 1996) – ein erhöhtes Risiko für die Ausbildung eines SM haben, fehlen bislang empirisch fundierte Kriterien, die eine Unterscheidung eines entwicklungsbedingten Schweigens und eines SM ermöglichen. Durch eine fehlende oder späte Identifikation erhöhen sich die Risiken für ein Persistieren des Schweigens über das Schulalter hinaus und damit die Ausbildung massiver psychischer Erkrankungen im Jugend- und frühen Erwachsenenalter (Chavira et al., 2007; Remschmidt et al., 2001; Steinhausen et al., 2006). Ebenso kann die schulische und sozial-emotionale Entwicklung durch ein Schweigen deutlich beeinträchtigt werden. Zur Prävention dieser möglichen Langzeitfolgen eines nicht behandelten SM benötigt es eine breitere Aufklärung und Information von Fachpersonen des gesamten Bildungssystems, da (1) gerade in diesen Kontexten das Schweigen erstmals und am massivsten in Erscheinung tritt (Ford et al., 1998; Bergman et al., 2002), (2) schweigende Kinder in allen Schulformen zu erwarten sind und (3) SM auch von Fachleuten oftmals als Ausprägung extremer Schüchternheit missinterpretiert wird (Kopp & Gillberg, 1997; Schwartz, Freedy & Sheridan, 2006). Auch und insbesondere für den Kontext Kindergarten stehen bislang keine diagnostischen Instrumente zur Verfügung, obwohl gerade eine frühe Behandlung des SM vor dem Hintergrund der massiven Langzeitfolgen angeraten wird (Chavira et al., 2007; Remschmidt et al., 2001; Schwartz et al., 2006; Steinhausen et al., 2006). Spätestens mit dem Eintritt in die Schule wird die Behandlung des SM unverzichtbar, da Mädchen und Jungen mit SM durch ihr Schweigen deutliche Beeinträchtigungen in ihrer schulischen Entwicklung erfahren (Bergman et al., 2002) und Behinderungen der beruflichen und sozial-emotionalen Teilhabe zu erwarten sind (Remschmidt et al., 2001; Steinhausen et al., 2006). Es werden handhabbare Instrumente für die Kontexte Kindergarten und Schule benötigt, die eine Analyse des Schweigens in den entsprechenden Kontexten ermöglichen und gegebenenfalls Handlungsvorschläge für das weitere Vorgehen anbieten. Ebenso sind Langzeitstudien mit ein- und mehrsprachigen jungen Menschen mit SM erforderlich, um deren Entwicklungsverläufe zu vergleichen. Nur darüber können Kriterien gefunden werden, die Aussagen über das Vorliegen eines SM oder

eines entwicklungstypischen Schweigens bei mehrsprachigen Mädchen und Jungen zulassen und so auch bei diesen Kindern eine frühe Identifikation und Behandlung des SM ermöglichen.

Literatur

Andersson, C. B. & Thomsen, P. H. (1998). Electively mute children: An analysis of 37 Danish cases. Nordic Journal of Psychiatry, 52, 231-238.

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 & Adolescent Psychiatry, 41, 938-946.

Black, B. & Uhde, T. W. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34, 847-856.

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 & Adolescent Psychiatry, 46, 1464-1472.

Cohan, S. L., Chavira, D. A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Roesch, S. C. & Stein, M. B. (2008). Refining the classification of children with selective mutism: A latent profile analysis. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37, 770-784.

Daseking, M., Bauer, A., Knievel, J., Petermann, F. & Waldmann, H.-C. (2011). Kognitive Entwicklungsrisiken bei zweisprachig aufwachsenden Kindern mit Migrationshintergrund im Vorschulalter. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 60, 351-368.

Dow, S. P., Sonies, B. C., Scheib, C., Moss, S. M. & Leonard, H. L. (1999). Practical Guidelines for the Assessment and Treatment of Selective Mutism. In S. A. Spasaro & C. E. Schaefer (Eds.), Refusal to Speak. Treatment of Selective Mutism in Children (pp. 19-44). Northvale: Jason Aronson.

Dummit, E. S., Klein, R. G., Tancer, N. K., Asche, B., Martin, J. & Fairbanks, J. A. (1997). Systematic Assessment of 50 Children with Selective Mutism. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 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, 1451-1459.

Ford, M. A., Sladeczek, I. E., Carlson, J. & Krachtowill, T. R. (1998). Selective Mutism: Phenomenological Characteristics. School Psychology Quarterly, 13, 192-227.

Hartmann, B. (1997). Mutismus – Zur Theorie und Kasuistik des totalen und elektiven Mutismus. Berlin: Wissenschaftsverlag Spiess.

Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U. & Schlack, R. (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 50, 784-793.

Katz-Bernstein, N. (2011). Selektiver Mutismus bei Kindern: Erscheinungsbild, Diagnostik, Therapie (3. Aufl.). München: Reinhardt.

Kolpe, D. C. (2006). Der Spracherwerb von Migrantenkindern: Probleme und Lösungsvorschläge. Saarbrücken: VDM.

Kolvin, I. & Fundudis, T. (1981). Elective mute children: Psychological development and background factors. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 22, 219-232.

Kopp, S. & Gillberg, C. (1997). Selective Mutism: A Population based Study: A Research Note. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38, 257-262.

Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39, 249-256.

Kumpulainen, K., Räsänen, E., Raaska, H. & Somppi, V. (1998). Selective mutism among second-graders in elementary school. European Child & Adolescent Psychiatry, 7, 24-29.

Manassis, K., Fung, D., Tannock, R., Sloman, L., Fiksenbaum, L. & McInnes, A. (2003). Characterizing selective mutism: Is it more than social anxiety? Depression and Anxiety, 18, 153-161.

Manassis, K., Tannock, R., Garland, E., Minde, K., McInnes, A. & Clark, S. (2007). The sounds of silence: Language, cognition, and anxiety in selective mutism. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46, 1187-1195.

McInnes, A., Fung, D., Manassis, K., Fiksenbaum, L. & Tannock, R. (2004). Narrative skills in children with selective mutism: an exploratory study. American Journal of Speech-Language Pathology, 13, 304-315.

Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes NRW (2007). Ausländische und ausgesiedelte Schülerinnen und Schüler, ausländische Lehrerinnen und Lehrer. Schuljahr 2006/07. Statistische Übersicht Nr. 361. Abgerufen am 10.11.2011 von http://www.schulministerium.nrw.de/BP/Schulsystem/Statistik/2006_07/Auslaender2006Nr361.pdf

Oerter, R. (1999). Psychologie des Spiels. Ein handlungstheoretischer Ansatz. Weinheim: Beltz.

Omdal, H. (2007). Can adults who have recovered from selective mutism in childhood and adolescence tell us anything about the nature of the condition and/or recovery from it? European Journal of Special Needs Education, 22, 237-253.

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, 284-296.

Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe.

Schwartz, R. H., Freedy, A. S. & Sheridan, M. J. (2006). Selective mutism: are primary care physicians missing the silence? Clinical Pediatrics, 45, 43-48.

Steinhausen, H. C. & Juzi, C. (1996). Elective Mutism: An Analysis of 100 Cases. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 606-614.

Steinhausen, H. C., Wachter, M., Laimböck, K. & Metzke, C. W. (2006). A long term outcome study of selective mutism in childhood. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47, 751-756.

Steinhausen, H. C. (2010). Fragebogen zur Erfassung des elektiven Mutismus. In H.-C. Steinhausen (Hg.), Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Subellok, K. & Katz-Bernstein, N. (2010). Einfach scheu oder selektiv mutistisch? Früherkennung von Risikofaktoren. In C. Leyendecker (Hg.), Gefährdete Kindheit. Risiken früh erkennen, Ressourcen früh fördern (S. 159-168). Stuttgart: Kohlhammer.

Subellok, K. & Starke, A. (2012). Selektiver Mutismus. In S. Niebuhr-Siebert & U. Wiecha (Hrsg.), Elternberatung bei kindlichen Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen (S. 219-237). München: Elsevier.

Tabors, P. O. (1997). One Child, Two Languages: A Guide for Preschool Educators of Children Learning English as a Second Language. Baltimore: Brookes Publishing Company.

Toppelberg, C. O., Tabors, P., Coggins, A., Lum, K. & Burger, C. (2005). Differential Diagnosis of Selective Mutism in Bilingual Children. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44, 592-595.

Walter, O. & Taskinen, P. (2008). Der Bildungserfolg von Jugendlichen mit Migrationshintergrund in den deutschen Ländern. In M. Prenzel, C. Artelt, J. Baumert, W. Blum, M. Hammann, E. Klieme, & R. Pekrun (Hrsg.), PISA 2006 in Deutschland. Die Kompetenzen der Jugendlichen im dritten Ländervergleich (S. 343-374). Münster: Waxmann.

Korrespondierende Autorin

Anja Starke
M. Sc. Klinische Linguistik
Fakultät Rehabilitationswissenschaften
Fachgebiet Sprache und Kommunikation
Technische Universität Dortmund
Emil-Figge-Str. 50
44227 Dortmund
anja.starke@tu-dortmund.de