
Der selektive Mutismus

—

Die Kommunikationsstörung im Lichte der INPP Methode

September 2016

Nicole Fiévée-Seehon
Am Lichten Holz 21
D-31737 Rinteln
Tel.: 0171/1431828
Email: n.fieveen@gmx.de

Inhalt

Einleitung	1
1. Mutismus.....	3
1.1. Unterschiedliche Formen des Mutismus.....	3
1.1.1. Totaler Mutismus	3
1.1.2. Akinetischer Mutismus	4
1.1.3. Selektiver Mutismus.....	4
1.2. Selektiver Mutismus – Epidemiologie	6
1.3. Diagnose – Selektiver Mutismus	8
1.4. Theorien über die Ätiologie des Selektiven Mutismus.....	10
1.4.1. Epigenetik	12
1.4.2. Frühkindliche Reflexe und Prägung	14

"Bevor Kinder in der Schule das ABC lernen, sollten sie das physische

A (Attention) B (Balance) C (Coordination) beherrschen"

Zitat: Sally Goddard; Attention, Balance and Coordination – the A,B,C of Learning Success;
John Wiley & Sons, 2009

Einleitung

Daheim plappert und plaudert das Kind lebhaft drauflos, im Kindergarten und anderen sozialen Umgebungen hingegen gibt der Nachwuchs keinen Mucks von sich: ein typisches Beispiel für selektiven Mutismus.

Der selektive Mutismus ist eine komplexe Störung mit multidimensionalen Ursachen und geht weit über eine übliche Schüchternheit oder einer Trotzreaktion hinaus. Obwohl das Kind einerseits in gewohnten Umgebungen (z.B. zu Hause) frei spricht, verstummt und schweigt es unter bestimmten Bedingungen – wie z.B. in Anwesenheit bestimmter Personen. Die Störung beginnt zumeist in der Kindheit oder Schulalter da die Kompensationsmechanismen des Betroffenen in der neuen Herausforderung des Schulsystems versagen und möglicherweise sich hier die nicht abgelegten Primitivreflexe manifestieren. Nicht selten kommt der selektive Mutismus Hand in Hand mit sozialen Phobien und anderen Ängsten. Quelle: Reiner Bahr, „Schweigende Kinder verstehen“, 4. Auflage, Edition S, 2006, Seite 145.

Oft müssen diese Kinder Sprüche anhören wie: „Guck mich wenigstens, an wenn ich mit dir rede“ oder „Du kriegst ja den Mund nicht auf“. Das Kind steht in fremden Situationen und Umgebungen unter enormen Druck und diese Anspannung kann schwerwiegende Folgen haben, wie zum Beispiel das Gefühl der eigenen Wertlosigkeit, Versagensgefühle, Gleichgültigkeit, Rückzug aus altersgerechten Tätigkeiten, Vermeidungsstrategien und Mobbing seitens Gleichaltrigen.

Das plötzliche Verstummen lässt Eltern oftmals ratlos zurück, zumal das Kind zu Hause redselig und aufgeschlossen ist, aber zum Beispiel im Kindergarten keinen Ton aus sich heraus bekommt, sich zurückzieht und kaum Emotionen zeigt - so als hätte das Kind zwei Persönlichkeiten. Erwachsene interpretieren diesen stillen Hilfeschrei häufig als Schüchternheit oder gar Autismus – unter anderem weil weitgehend das Bewusstsein für diese Störung fehlt. Die Kinder sind oftmals nicht in der Lage ihre Gefühle in Worte zu fassen und über ihre überwältigenden traumatischen Erfahrungen zu sprechen. Hier spielen möglicherweise beim Betroffenen unbewusste Vorgänge, beziehungsweise übernommene Traumata eine Rolle (siehe Epigenetik, Punkt 1.4.1).

Der selektive Mutismus ist also nicht nur eine Störung mit multiplen kausalen Dimensionen und zahlreichen Therapiemöglichkeiten, sondern beeinflusst auch in hohem Maße das Umfeld des Betroffenen.

Wegen vielfältiger Therapiemöglichkeiten, ist eine Bewertung der einzelnen Therapiemöglichkeiten unerlässlich. Die INPP Methode stellt eine Methode dar, die auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und Erfahrungen aus der Praxis basiert und sich bei Therapeuten zunehmender Beliebtheit erfreut.

Das Institut für Neuro-Physiologische Psychologie (INPP) in Chester, England widmet sich seit den siebziger Jahren der Schnittstelle zwischen Motorik, Sensorik und Lernen. Die INPP Methode basiert auf einer neurophysiologischen Entwicklungsförderung – Verhaltens-, Entwicklungs- und Lernstörungen werden hier erfasst, deren neurophysiologische Ursachen erkannt und schlussendlich behandelt.

1. Mutismus

Mutismus (aus dem Lateinischen „mutus“ abgeleitet, was mit „stumm“ oder „still“ gleichzusetzen ist) bezeichnet die Unfähigkeit oder Unwilligkeit zu sprechen und äußert sich durch einen ausgeprägten Mangel an verbalem Output. Es handelt sich um „eine Kommunikationsstörung nach Abschluss der Sprachentwicklung, wobei keine Defekte der Sprechorgane und des Gehörs vorliegen“ (Zitat: Wikipedia, Sprachentwicklungsstörungen und Gehirn, Kohlhammer, Stuttgart, 2001).

Mutismus als sehr seltene Kommunikationsstörung tritt kaum isoliert auf, sondern ist mehrheitlich in Assoziation mit anderen Verhaltens-, Denk-, und Bewusstseinsstörungen zu finden.

Aufgrund dieser Besonderheiten liegt die Kommunikationsstörung nicht nur im Blickpunkt der Aufmerksamkeit von Medizinern, sondern auch von Psychologen, Sprachtherapeuten, Physiotherapeuten und Heilpraktikern. Trotzdem besteht in Rahmen dieser Störung noch viel Forschungsbedarf und es bestehen vielseitige Therapieansätze, wie zum Beispiel die sogenannte INPP-Methode – eine wissenschaftlich fundierte Methode benannt nach dem Institut für Neuro-Physiologische Psychologie INPP in Chester, England. Eine entsprechende Diagnose und Therapie als auch eine Bewertung der verschiedenen therapeutischen Ansätze ist daher erheblich für eine adäquate Bewältigung der Störung.

1.1. Unterschiedliche Formen des Mutismus

Es kann zwischen dem selektiven (auch elektiven), dem totalen und dem akinetischen Mutismus unterschieden werden. Im Rahmen dieser Arbeit liegt der Schwerpunkt auf dem selektiven Mutismus, deswegen werden der totale und der akinetische Mutismus nur kurz behandelt.

1.1.1. Totaler Mutismus

Im Gegensatz zum selektiven Mutismus wird bei dieser Form des Mutismus zu keiner Zeit und in keiner Situation verbal kommuniziert. Der totale Mutismus kann auf Grund bestimmter Ereignisse, zum Beispiel durch Traumata oder einer Psychose ausgelöst werden.

Quelle: Boris Hartmann Mutismus, 4. überarbeitete und erweiterte Auflage Edition Marhold 1997 Seite 40 und Seite 92.

1.1.2. Akinetischer Mutismus

Diese Form des Mutismus mit komplexer Neuropathologie bezeichnet eine Störung mit einer signifikanten Reduktion nahezu aller motorischen Funktionen – inklusive Gesichtsausdrücke, Bewegungen und verbalem Output.

Jedoch sind die Personen bis zu einem gewissen Grad aufmerksam und wahrnehmungsfähig. Grundsätzlich werden zwei Pathologie-Typen unterschieden – abhängig von der anatomischen Lage der Läsion: (1) Der apathetisch akinetische Mutismus in Assoziation mit Läsionen mesenzephalen Arealen, und (2) der hyperpathische akinetische Mutismus in Assoziation mit bilateralen frontalen Läsionen. Eine Apoplexie, Tumore und spongiforme Enzephalopathien können hier kausal sein.

1.1.3. Selektiver Mutismus

Der selektive Mutismus ist eine multidimensionale Störung im Kindesalter. Quelle: „Nitza Katz-Bernstein, „Selektiver Mutismus bei Kindern“, 4. Auflage, E. Reinhardt Verlag, 2015. Seite 14.

Trotz der Fähigkeit zum Sprechen, kommuniziert die betroffene Person verbal nur in ausgewählten sozialen Umfeldern, ‚elektiv‘. Bei Betroffenen ist die Sprachunfähigkeit häufig mit einer grundlegenden Angst assoziiert – und zwar eine Angst auf bestimmte externe Reaktionen.

Als psychopathologische Auffälligkeiten, stehen die Angstsymptome mit 90,6% an erster Stelle. Quelle: Nitza Katz-Bernstein, „Selektiver Mutismus bei Kindern“, 4. Aufl., E. Reinhardt Verlag, 2015, Seite 32.

Erstmals umfassend wurde der selektive Mutismus vom Schweizer Psychiater Morritz Tramer beschrieben (1934) und die Ätiologie ist noch immer unklar und wird von zahlreichen Theorien flankiert.

Der selektive Mutismus geht mit vielen Begleiterkrankungen einher: Zwangsstörung, Asperger-Syndrom, Entwicklungsstörungen, Depression, Sprachstörungen, Enkopresis und Enuresis. Die Ausprägung ist dabei individuell und aus diesem Grunde reichen therapeutische Optionen von einer Verhaltenstherapie, Familientherapie bis zu einer Psychotherapie mit einer Verschreibung von Antidepressiva und Anxiolytika.

Die Diagnosekriterien nach dem Klassifikationssystem für DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th. edition, text revision) geben vor, dass das Ausbleiben verbaler Kommunikation beim selektiven Mutismus nicht durch einer der folgende Punkte erklärt werden kann:

1. Eine organisch bedingte Sprachunfähigkeit bzw. -störung
2. Andere Kommunikationsstörungen wie z.B. Stottern (Balbuties)
3. Eine bestehende Diagnose einer pervasiven Entwicklungsstörung, Schizophrenie oder anderer psychotischer Störungen
4. Eine Unfähigkeit sich zu äußern aus mangelndem Kenntnis zu einem bestimmten Thema.

Weiterhin muss die Störung folgende Kriterien erfüllen:

1. Seit mindestens einem Monat vorliegen und darf nicht den ersten Schulmonat einbeziehen
2. Andauerndes Unvermögen, in spezifische Situationen mit Sprache zu kommunizieren wie zum Beispiel in der Schule, wobei die normale sprachliche Kommunikation in gewohntem Umfeld des Betroffenen statt findet
3. In der Schule beziehungsweise am Arbeitsplatz sowie in soziale Kontakte wirkt sich das Schweigen hindernd aus
4. Die Anwendung der Sprache bereitet keine Schwierigkeit beziehungsweise verursacht kein Unbehagen.

Der Beginn des selektiven Mutismus gipfelt sich um die Kindergartenzeit (Frühmutismus) oder die Schulzeit (Spätmutismus, Schulmutismus).

Eine adäquate Diagnose bleibt weiterhin schwierig – zumal kein standardisiertes Diagnosesystem existiert und die Störung mit einer Reihe von komorbiden Störungen assoziiert ist. Darüber hinaus ist die Verfügbarkeit von Literatur im Rahmen des selektiven Mutismus begrenzt und zumeist auf Fallberichte und Stichprobenpopulationen limitiert. Es ist daher essentiell, dass ein kompetentes und erfahrenes Fachpersonal die Störung richtig diagnostiziert. Zudem bleibt es unerlässlich, dass das Phänomen des selektiven Mutismus weiter erforscht wird.

Ein interessanter Ansatz zur Erforschung dieses Phänomens bietet Hayden: Die Untersuchung von Hayden, eine amerikanische Spezialistin für mutistische Kinder, stellte 1980 vier unterschiedliche Typen von Mutismus fest:

- „Symbiotic mutism“: Symbiotische Beziehung zur Bezugsperson und negative Einstellung verantwortlichen Erwachsenen gegenüber.
- „Speech phobic mutism“: Sprechangst bzw. Angst die eigene Stimme zu hören, begleitet von Zwangsgedanken und/oder –handlungen.
- „Reaktive mutism“: Eine einmalige Depression und Rückzug erzeugt ein reaktiver Mutismus.
- „Passive-aggressive-mutism“: Trotzige Sprechverweigerung wobei das Schweigen als Waffe dient. Quelle: Hayden, 1980; zit. In Grayson et al. 1999, 91f.

1.2. Selektiver Mutismus – Epidemiologie

Die Angaben zur Prävalenz von Mutismus variieren in der Literatur stark. Die Prävalenz des selektiven Mutismus wird in diversen Studien mit Werten von 0,03% (Kunze/Konrad 2003) bis zu 0,7% (Kos-Robes 1976) angegeben – bezogen auf internationale Populationen.

Die Variabilität lässt sich zum Teil durch das Fehlen eines einheitlichen Diagnosesystems erklären.

Zudem ist das Störungsbild weitgehend unbekannt und das Vorhandensein von Komorbiditäten stellt differentialdiagnostisch gesehen, zusätzliche Hürden im Umgang mit der Störung. Außerdem wird von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen: „Die 7% (eine Studie aus Wien, Muchitsch, 1979,8) sind demnach sicher nur die Spitze eines Eisberges“. Quelle: Boris Hartmann, „Mutismus“, Ed. Marhold, 4. Auflage, 1997, Seite 47.

Oftmals wird in Fallberichten beschrieben, dass die Familien erst spät von dem Störungsbild Kenntnis nehmen und sich dann dementsprechend damit auseinandersetzen. Quelle: Boris Hartmann, Mutismus, 4. Auflage, Ed. Marhold, 1997, Seite 40 und 41.

Trotzdem besteht Einigkeit darüber, dass der selektive Mutismus typischerweise im Alter von vier bis sechs Jahren auftritt und die Diagnose meist im Alter von sechs bis acht Jahren gestellt wird – üblicherweise nach Schulleintritt. Quelle: Nitza Katz-Bernstein, „Selektiver Mutismus bei Kindern“, 4. Aufl., E. Reinhardt Verlag, 2015, Seite 64.

Beim geschlechtsspezifischer Unterschied in der Prävalenz herrscht in der Literatur Uneinigkeit. Quelle: Hartmann Boris, Mutismus, 4. Auflage, Ed. Marhold, 1997, Seite 47 und 48.

Wobei es jedoch anzumerken ist, dass diese Uneinigkeit ein Resultat von Limitierungen der Forschungsstudien ist, wie z.B. kleine Stichprobengrößen und die Seltenheit der Störung.

Das Sprachverhalten kann eventuell langfristig durch einen im Mittel geringeren verbalen Output gekennzeichnet werden: ICD-10-Klassifikation: „Eine Minderheit der Kinder mit elektivem Mutismus hat eine Vorgeschichte mit einer gewissen Sprachentwicklungsverzögerung oder mit Artikulationsproblemen.

Auch eine gewisse residuale soziale Phobie und andere Ängste können fortbestehen. Quelle: Nitza Katz-Bernstein, „Selektiver Mutismus bei Kindern“, 4. Auflage, E. Reinhardt Verlag, 2015, Seite 198 und 199.

Ebenso besteht die Gefahr, dass in späteren Lebensphasen Lern- und Verhaltensschwierigkeiten fortbestehen. Daher bleiben eine frühzeitige und adäquate Diagnose sowie Therapie unerlässlich.

Gleichwohl der selektive Mutismus eine relativ seltene Störung mit einer unklaren Ätiologie ist, wurde die Störung schon 1877 von Kussmaul beschrieben – unter dem Namen *Aphasia Voluntaria*. In den 30er Jahren des 20. Jahrhunderts wurde die Störung als „elektiver Mutismus“ charakterisiert, um hervorzuheben, dass sich die Kommunikationsstörung nur auf bestimmte Situationen bezieht.

1.3. Diagnose – Selektiver Mutismus

In den letzten Jahren hat die Zahl der Kinder mit neurologischen Entwicklungsauffälligkeiten rapide zugenommen. Für die Eltern sind die Probleme nicht immer offensichtlich und sie stehen vor der Herausforderung die richtige Anlaufstelle zu finden.

Die Evaluierung und Diagnosestellung erfolgt in der Regel durch umfassende multimodale Ansätze. Neben Erziehungsberechtigte und Schullehrer, sind auch Gesundheitsfachkräfte wie Ärzte, Audiologen, Logopäden und Kinder- und Jugendpsychiater in der multidimensionalen Auswertung und Diagnosestellung involviert und spielen bei einer gründlichen Anamnese und diagnostischen Testung eine tragende Rolle.

In der frühen Phase wird durch umfassende Interviews/Gespräche mit den Eltern die Anamnese des Kindes ermittelt. Zudem werden retrospektiv sowohl die pränatale als auch perinatale Phasen gründlich untersucht und diskutiert. Die Familienanamnese und das psychosoziale Umfeld des Kindes sind nicht minder wichtig.

Ferner analysieren die Gesundheitsfachkräfte das Maß an sozialer Interaktion, die Kommunikationsbedürfnisse, die Fähigkeit Freundschaften zu schließen, die Teilnahme an sozialen Aktivitäten und das Gesamtausmaß der Kommunikationsstörung. Die direkte Beobachtung des Kindes und auch die direkte Interaktion mit dem Kind unter variablen Rahmenbedingungen liefern wertvolle Informationen für eine erfolgreiche Anamnese und diagnostische Testung.

Auch wichtig sind Details wie zum Beispiel ob das Kind generell versucht nicht-verbal zu kommunizieren. Die oben genannten Evaluierungen helfen auch dabei den selektiven

Mutismus von anderen ähnlichen Krankheitsbildern abzugrenzen. Darüber hinaus gilt es mögliche Traumata und neurologische Auffälligkeiten in Betracht zu ziehen, welche das Potential haben die Kommunikation und soziale Interaktion des Kindes zu beeinträchtigen. Physiologisch bedingte Hörschwächen sollen mittels Hörtests ausgeschlossen werden, denn diese maskieren sich nicht selten als selektiver Mutismus.

Ein kleiner Exkurs in der heute aktuelle und brisante Thematik der Migration, sprich Integration von Migrantenkindern sollte hier nicht fehlen.

Als Risikofaktoren für Sprachentwicklungsstörungen, gelten Migration und Bilingualität mit 28% bzw. 22%, als nicht zu vernachlässigende mögliche Ursache für selektiver Mutismus. Quelle: Nitza Katz-Bernstein, „selektiver Mutismus bei Kindern“, 4. Auflage, E. Reinhardt Verlag, 2015, Seite 35.

„Will man selektiv mutistische Kinder verstehen, so wird man notwendigerweise versuchen müssen, die Eingebundenheit dieser Kinder in die Kultur ihrer Herkunft mit zu verstehen“
Quelle: Reiner Bahr, „Schweigende Kinder verstehen“, Edition S, 2006, Seite 233.

Als weitere relevante Risikofaktoren für das Störungsbild selektiver Mutismus gelten: „Prä-, peri-, postnatale Komplikationen, 75% mutistisch anmutender Verhaltensweisen der engsten Angehörigen, 72,2% psychische Störungen, Persönlichkeitsstörungen der Eltern, 10,5%“. Quelle: Nitza Katz-Bernstein, „Selektiver Mutismus bei Kindern“, 4. Auflage, E. Reinhardt Verlag, 2015, Seite 35.

Eine erfolgreiche und wissenschaftlich fundierte Methode zur Diagnosestellung und Therapie stellt die sogenannte INPP-Methode dar. Seit den 70er Jahren stehen im Institut für Neuro-Physiologische Psychologie (INPP) unter Leitung von Dr. Peter Blythe und Sally Goddard Blythe frühe Entwicklungsstörungen in Form von zentralnervösen Dysfunktionen und Unreifen im Fokus der Forschung – mit Augenmerk auf Folgen für die Wahrnehmung, das Lernen, die Bewegung und das Verhalten von Kindern. Dabei kann die INPP Methode mit einer eigens entwickelten Austestung folgende Aspekte beurteilen:

Die grobmotorische Koordination und Gleichgewicht, die motorische Entwicklung, die Kleinhirnfunktion, Diadochokinese, rechts-links Diskriminierung, Raumorientierung, räumliche Wahrnehmung, Seitigkeit, okulomotorische Funktionen, visuelle

Wahrnehmungsfähigkeit und aberrante Reflexe. So kann die INPP Methode sowohl effektiv, als auch effizient den Stand der neuromotorischen Ausreifung des Kindes feststellen und somit eine mögliche Verbindung zu den vorhandenen Symptomen erfassen und therapieren.

1.4. Theorien über die Ätiologie des Selektiven Mutismus

Es existieren vielfältige Theorien um die Ätiologie des selektiven Mutismus zu erklären (**Tabelle 1**). Dabei werden diverse Perspektiven einbezogen: Die psychodynamische Theorie, welche die Wichtigkeit frühkindlicher Erfahrungen anerkennt; die Verhaltenstheorie; soziale Phobien und Ängste; das Familiensystem; dissoziative Identitätsstörung und die Rolle von Traumata. Nicht zuletzt werden auch biologische Faktoren (zum Beispiel, Genetik, Entwicklungsstörungen, etc.) in diesem Kontext erörtert. Weiterhin wird diskutiert, dass die beschriebenen Symptome wie das Ausbleiben von verbalem Output, Phobien oder Erstarren eine Folge von persistierenden frühkindlichen Reflexen sein können. Dabei werden frühkindliche Reflexe z.B. durch schwierige Schwangerschafts- und Geburtsverläufe (Kaiserschnitt) oder nachgeburtliche Traumata eventuell nicht transformiert (Erwachsene nicht ausgenommen).

Darüber hinaus finden bei frühkindlichen Traumata laut Ledoux (2001) Fehlsteuerungen im limbischen System (vornehmlich im Bereich der Amygdala) statt. Das „emotionale Gedächtnis“ löst als vergessenes und stummes „prozedurales Unbewusstes“ eine Aktivierung der verinnerlichten Angst- und Schreckreaktion aus. Wegen der damit verbundenen Konditionierung hat dies häufig einen therapieresistenten Prozess zur Folge.

Es wird postuliert, dass zum Beispiel der Moro-Reflex (Klammerreflex, Umklammerungsreflex), wenn eine Integration ausbleibt, zu einer gesteigerten Wahrnehmungsempfindung führt. Auch der sogenannte Furchtlähmungsreflex (FPR, Fear Paralysis Reflex) als Vorläufer des Moro-Reflexes (der erste frühkindliche Reflex) kann sich, wenn er sich nicht ausreichend zurückbildet, als möglicherweise ursächlich für den selektiven Mutismus erweisen.

Äthiologie	Beschreibung
Psychodynamische Theorie	Die psychodynamische Theorie basiert auf das Leitbild ungelöster Konflikte. Der Mutismus dient als Mechanismus um Frust, Wut und Ängste zu bewältigen.
Verhaltenstheorie	Der selektive Mutismus als erlerntes Verhalten und Reaktion auf externe Auslöser. Der selektive Mutismus als adaptive Reaktion auf eine Erregung des sympathischen Nervensystems, so dass das Sprachverhalten betroffen wird.
Soziale Ängste und Phobien	Verbindung zwischen selektiver Mutismus und exzessive soziale Ängste. Selektiver Mutismus als extreme Ausprägung einer sozialen Angststörung.
Familiensystem	Eine starke und intensive Bindung zu den Eltern führt zu einer extremen Interdependenz und einem Misstrauen gegenüber der Umwelt.
Traumata	Der selektive Mutismus als Folge einer posttraumatischen Belastungsstörung. Diverse Fallstudien zeigen eine Korrelation zwischen Kindern die extremen Traumata oder Missbrauch ausgesetzt waren und dem Auftreten des selektiven Mutismus.
Dissoziative Identitätsstörung	Betroffene mit scheinbar multiplen Persönlichkeiten kommunizieren verbal weniger – aus Angst vor traumatischen Erfahrungen und Konflikten.
Entwicklungspsychologie	Basiert auf Prädispositionen, z.B.: Sprachdefizite, Ängste etc. Erst bei Beginn der Kindergarten- oder Schulzeit, werden sich die Betroffenen ihrer Defizite bewusst. Sie verstummen als Resultat eines ständigen Vergleichs mit anderen Kindern und bei Mobbing.
Genetik - Epigenetik	Umfassende Studien mit Familien zeigen, dass Eltern von betroffenen Kindern, häufig auch gleiche Verhaltenscharakteristika aufzeigen (Schüchternheit, soziale Phobien, soziale Ängste). Dies deutet auf eine Vererbung hin. Epigenetische Konzepte werden aktuell auch diskutiert. Insbesondere Modifikationen des FKPB5-Gens.
Frühkindliche Reflexe	Frühkindliche Reflexe werden z.B. durch schwierige Schwangerschafts- und Geburtsverläufe (Kaiserschnitt) oder nachgeburtliche Traumata eventuell nicht transformiert. Das Kind hat somit Schwierigkeiten seine Entwicklung zu vervollständigen.

Tabelle 1: Theorien über die Ätiologie des selektiven Mutismus

Die Störung scheint also durch Umweltfaktoren (zum Beispiel, Stress, Umfeld, Familiensystem) als auch durch genetische und epigenetische Faktoren begünstigt zu werden.

Die Grundlage der INPP Methode eröffnet hierbei eine neue und vielversprechende Möglichkeit zum Verständnis der Störung und nicht minder auch zur Behandlung und Förderung der betroffenen Kinder. Dabei werden Restreaktionen frühkindlicher Reflexe, die nicht transformiert wurden als Treiber für die Entwicklungsauffälligkeiten ausgemacht.

Oft sind Verzögerungen und Störungen bei der kindlichen Entwicklung eine Folge von prä-, peri- sowie postnatalen und intrauterinen Störfaktoren, postuliert Sally Goddard Blythe (Kodirektorin des Instituts für Neuro-Physiologische Psychologie (INPP) in England,

Chester), dass „[...]dem elektiven Mutismus eine körperliche Ursache zu Grunde liegt“ Quelle: Sally Goddard Blythe, „Greifen und Begreifen“, 9. Auflage, 2011, VAK Verlag, . In diesem Zusammenhang ist auch der Einfluss von Stress in der intrauterinen Phase zu berücksichtigen (siehe Epigenetik, Punkt 1.4.1.). Damit fokussiert sich Sally Goddard weniger auf eine psychologische Ätiologie, sondern untersucht „(...) Mechanismen, die in bestimmten Situationen eventuell die zur Produktion von Sprache notwendigen Organe hemmen“ Quelle: Sally Goddard Blythe, „Greifen und Begreifen“, 9. Auflage, 2011, VAK Verlag. Sally Goddard Blythe fällt auf, dass „Angst und Atemlosigkeit“ das Krankheitsbild des selektiven Mutismus entscheidend mitprägen und identifiziert diese als Resultat einer neurologischen Entwicklungsstörung. Diese Schlussfolgerung hat ein starkes Fundament, denn die Sprachfähigkeit hängt entscheidend vom motorischen System ab – erst das komplexe Zusammenspiel zwischen Kehlkopf, Rachen, Zunge und Muskeln ermöglichen das Sprechen.

Die INPP Methode hilft also die Ätiologie des selektiven Mutismus besser zu verstehen. Nach dieser Methode ist eine intakte und gut funktionierende sensomotorische Entwicklung (Zusammenspiel von sensorischen und motorischen Leistungen) eine Grundvoraussetzung für die Bewältigung von anspruchsvollen sozialen und schulischen Aufgaben.

Sally Goddard beschrieb den oben dargestellten Sachverhalt zutreffend: „Wenn man ein Haus baut, sollte man nicht mit dem Dach anfangen, sondern mit dem Fundament.“

Im Rahmen dieser Arbeit wollen wir uns auf die interessantesten und aktuell diskutierten ätiologischen Aspekte konzentrieren: Die Epigenetik und frühkindliche Reflexe.

1.4.1. Epigenetik

Unsere Gene sind ein dauerhaftes Rezept für unsere Merkmale und Einzigartigkeit. Externe Faktoren können unsere Gene nur im begrenzten Maße beeinflussen, jedoch haben sie großen Einfluss darauf, ob ein Gen exprimiert wird oder nicht.

Frau Dr. Dr. med. univ. Elisabeth Binder vom Max Plank Institut München erklärt die Epigenetik folgendermassen: „Epigenetisch nennt man Abläufe, die nicht die eigentliche Erbinformation verändern, sondern diese nur besser oder schlechter zugänglich machen“.

Stress kann das Netzwerk außerhalb des Genoms erheblich beeinflussen: das sogenannten Epigenom. Das Forschungsfeld der Epigenetik (altgr. *ἐπί* *epi* ‚dazu‘, ‚außerdem‘ und Genetik) steckt noch in den Kinderschuhen und bisher haben Forscher diverse externe Faktoren entdeckt, die die epigenetische Landschaft und somit auch die Aktivität der Gene beeinflussen (zum Beispiel, Stress, Rauchen, Ernährung).

Viele epigenetische Veränderungen finden aufgrund natürlicher Prozesse statt, zum Beispiel beim Altern und der normalen Entwicklung. Andere wiederum aufgrund externer Faktoren. Diese Umweltfaktoren können sowohl einen positiven als auch negativen Einfluss auf die Gesundheit eines Individuums haben. So können epigenetische Veränderungen in den Keimzellen (Spermien und Eizellen) eines Menschen die Fruchtbarkeit und die Entwicklung des Fetus beeinflussen. Dementsprechend können einige epigenetische Veränderungen zu bestimmten Entwicklungsstörungen und Störungsbilder führen.

Zum Beispiel haben Forscher vom Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München herausgefunden, dass misshandelte Kinder signifikant anfälliger sind Angst und Gemütsstörungen zu entwickeln, denn persistierender negativer Stress auf hohem Niveau kann dauerhaft die Genregulation verändern, Quelle: Max Plank Institut für Psychiatrie, „Kindliches Trauma hinterlässt bei manchen Opfern Spuren im Erbgut“. So können epigenetische Modifikationen bezüglich des *FKBP5*-Gens – ein Gen welches in der Stress- und Immunregulation und anderen grundlegenden zellulären Vorgängen eine wichtige Rolle spielt – das Stresshormonsystem nachhaltig fehlregulieren. Das Resultat ist eine lebenslange Behinderung bezüglich der Bewältigung von Stresssituationen. Dies kann schließlich zu Depression und Angststörungen führen. Quelle: FKBP 5, Wikipedia.

Als zweites Beispiel sei hier eine weitere Studie des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie in München erwähnt, Quelle: MPI München, „Holocaust Überlebende geben Trauma an ihre Kinder weiter“. Eine umfassende Studie mit 32 jüdischen Individuen, die zur Zeit des zweiten Weltkriegs Gefangenschaft, Folter oder Verfolgung erleiden mussten, stellt folgendes fest:

Wissenschaftler fanden heraus, dass der erfahrene Stress erheblichen Einfluss auf die Entwicklung der Nachkommen hatte. Die Nachkommen weisen ein erhöhtes Risiko für Stresserkrankungen auf. „Jetzt können wir zeigen dass es wohl auch generationsübergreifende Effekte gibt“, Quelle Frau Dr. Dr. med. univ. Elisabeth Binder, MPI München.

Der Stresspegel der Mutter während der Schwangerschaft könnte demnach einen erheblichen Einfluss auf die Ausreifung und Hemmung verschiedener Reflexe beim Ungeborenen haben.

Im Umgang mit dem Gegenüber wird schnell ein Urteil gefällt. Die von Außen im Zwischenmenschlichem Kontakt beobachteten typischen Charaktereigenschaften wie unkorrekte Wahrnehmung, inadäquates Benehmen, vermeidlichem unsozialen Verhalten, persönlichem Scheitern, könnten als Beeinträchtigung des „individuellen Entwicklungsprogramms“ im Sinne einer Kompensation von nicht transformierten und unausgereiften Reflexen gedeutet werden.

Es ist kein Zufall, dass zahlreiche Ärzte und Wissenschaftler den selektiven Mutismus als Angststörung werten und das Störungsbild verbreitet in der Familie wiederzufinden ist.

1.4.2.Frühkindliche Reflexe und Prägung

Psyhyrembel: „Reflexe sind unwillkürlich und regelhaft ablaufende Vorgänge als physiologische Reaktion eines Erfolgsorgans auf einen adäquaten Reiz“. Sally Goddard-Blythe definiert den Reflex als: „... eine unwillkürliche Reaktion auf einen Reiz und den gesamten physiologischen Prozess der ihn aktiviert“ Quelle: Sally Goddard-Blythe, „Greifen und Begreifen“, VAK, 2005.

Da Reflexe unwillkürlich ausgeführt werden, besteht keine Kontrolle über sie.

Frühkindliche Reflexe, auch im Hirnstamm entstehende primitive Reflexe genannt, haben (abgesehen von pathologischen Entwicklungen, zum Beispiel bei Zerebralpareesen, später unfallbedingt, nach einem Schlaganfall oder degenerative Erkrankungen wie Multiple Sklerose oder Alzheimer; Quelle: Sally Goddard-Blythe, „Neuromotorische Schulreife“, Huber Bern, 2013) eine zeitlich limitierte Wirkdauer. Sie entwickeln sich in-utero sowie

postnatal und werden im weiteren Verlauf der Entwicklung des Nervensystems gehemmt und transformiert.

Dennoch, können diese Reflexe manchmal in mehr oder weniger ausgeprägter Form als Restreaktionen persistieren. Wie bereits erwähnt kann dieser Prozess bereits in utero seinen Anfang nehmen. Aufgrund vielfältiger Faktoren (zum Beispiel genetische, epigenetische Einflüsse) entstehen Prädispositionen.

Diese sorgen schon im embryonal Stadium durch beispielsweise hormonelle Steuerungsvorgänge für eine Prägung im Sinne Qualität der Reaktionsbereitschaft des Ungeborenen. Wie Sally Goddard-Blythe sehr zutreffend bei der Beschreibung des Phänomens „Reflex“ bemerkte, handelt es sich um eine Reaktion unwillkürlicher Art die von einer Reihe physiologischer Vorgänge generiert wird. Da heute, im 21. Jahrhundert, die Forschung der Physiologie und insbesondere die Schnittstellenerforschung der Neurologie und der hormonellen Steuerung bei Weitem noch nicht abgeschlossen sind, gibt es sicherlich in dieser Richtung noch viel zu entdecken.

Odent (1986) beschreibt in diesem Zusammenhang die Regulationsmechanismen der Hypophyse (die für die Steuerung aller anderen endokrinen Drüsen verantwortlich ist), welche bereits ab einem fötalen Alter von elf bis zwölf Wochen die Grundlagen der Entgleisung dieses hormonellen Systems bewirken könnten. Diese Regulationsmechanismen werden unter Stresseinwirkung für das spätere Leben des Betroffenen empfindlich gestört. Eine Erklärung dafür bietet als Antwort zur psychischen Stress, die Aktivierung der drei Regulierungssysteme:

- Limbisches System
- RAS
- Sympathikus (Teil des autonomen Nervensystems)

Bei erhaltenen Furchtlähmungs-, anomale Moro- sowie der anomale tonische Labyrinthreflex die persistierend nebeneinander wirken können, entwickeln sich eine Verarbeitungshemmung sowie eine enorme Kompensationsarbeit auf kortikaler Ebene. Die Oberhand des FPR, könnte sich nach Sally Goddard- Blythes Analyse, als eine der Gründe die für die Entwicklung eines selektiven Mutismus darstellen.

Woher kommen die bei Verwandten erstens Grades beschriebenen Anlagen zu einer „ ... Angst, die so extrem ist, dass sie nicht mehr in der Lage sind, mit der sie umgebenden Welt effektiv zu verkehren?“, Sally Goddard-Blythe, „ Greifen und Begreifen“, VAK Verlag, 9. Auflage, 2011:

- Hartmann(2010, 2011): stilles/gehemmtes Naturell auf mindestens einer Elternlinie (95,8%)
- und Ängste/Depressionen auf mindestens einer Elternlinie (74,79%)
- Kristensen (2000): ausgeprägte Schüchternheit (72,2%)
- Kristensen & Torgersen (2001): Sozialphobie/Schüchternheit auf mindestens einer Elternlinie (70,4%)
- Black und Uhde (1995): soziale Angststörungen (70%)
- Dobsloff (2005): gehemmte bis mutistische Züge (52,2%)

Wie Sally Goddard ausführt: „Eine Erklärung lässt sich vielleicht innerhalb des Konzeptes der neurologischen Entwicklungsverzögerungen finden“, Sally Goddard-Blythe, „Greifen und Begreifen“, VAK Verlag, 2011. Viele Symptome der neurologischen Entwicklungsverzögerungen (unter anderem die des selektiven Mutismus) scheinen aus einer „steckengebliebenen“ bzw. übersprungenen Stufe der Reflexentwicklung zu wurzeln.

Last but not least, woher kommt das „... indirekte Redeverbot ... im Zeitalter der narzisstischen Störungen“? Michael Lukas Moeller 2016. Wie können wir das Lauschen und Reden wieder lernen, sodass Menschenrechte „... vor allem das Recht zu reden und damit das Recht zu handeln und zu sein“ gesichert werden? Quelle: Michael Lukas Moeller, „Die Wahrheit beginnt zu zweit“, Rowohlt Verlag, 2016.

Viele Störbilder mit unklarer oder multidimensionaler Ätiologie, wie zum Beispiel der selektive Mutismus, lassen sich so mittels einer neuen Perspektive betrachten.

.....