

Das diagnostische Vorgehen bei selektiv mutistischen Kindern im Alter von 4–11 Jahren in der ambulanten logopädischen Praxis – Ergebnisse einer Master-Thesis

Tina Oppermann ist Logopädin und absolvierte berufsbegleitend an der Hochschule HAWK in Hildesheim den Masterstudiengang Logopädie. Im Folgenden beschreibt sie ausgewählte Ergebnisse ihrer Master-Thesis. Darin interviewte sie fünf erfahrene Logopäden dazu, wie sich das diagnostische Vorgehen bei selektiv mutistischen Kindern im Alter von vier bis elf Jahren in der ambulanten logopädischen Praxis gestaltet.

Tina Oppermann is a speech and language therapist and completed an extra-occupational master's course of speech and language therapy at the university of applied sciences HAWK in Hildesheim. In the following she describes selected results of her master-thesis. In this she interviewed five experienced speech and language therapists about the diagnostic procedure with selectively mute children at the age of 4–11 years in outpatient practice of speech and language therapy.

Schlüsselwörter: selektiver Mutismus – Kindesalter – Diagnostik – Logopädie – ambulante logopädische Praxis – Expertenwissen

Keywords: selective mutism – infancy – diagnostic investigation – speech therapy – outpatient practice of speech and language therapy – expert knowledge



Die Autorin:

- Tina Oppermann
Steile Mahnte 9
37520 Osterode am Harz
logopaedie.oppermann
@web.de

1. Einleitung/Ausgangspunkt

Um eine zielführende Therapie anbieten zu können, die die individuellen Lebensumstände des Patienten berücksichtigt, ist es erforderlich, eine logopädische Diagnostik durchzuführen (Brauer/Tesak 2010, 22). Mittels Anamnese und Befunderhebung wird das sprachliche Problem definiert bzw. Symptome sowie erhaltene Fähigkeiten differenziert beschrieben (ebd.). Oftmals sind es die Patienten, die in Bezug auf die Störung wichtige Informationen an den Therapeuten weitergeben. Speziell bei kindlichen Patienten und Störungen, die eine Kommunikation lediglich eingeschränkt bzw. gar nicht ermöglichen, sind aber auch Personen aus dem sozialen Umfeld (z. B. Eltern, Geschwister etc.) als Informationsquelle unerlässlich.

Der selektive Mutismus stellt in der ambulanten logopädischen Praxis ein sehr seltenes Störungsbild dar (Hartmann 2013, 271). Meist sind es Kinder im Alter zwischen 4;0 und 11;0 Jahren, die mit dem Verdacht auf diese Diagnose vorstellig werden. Ziel der Anamnese und Befunderhebung ist es, das systematische Schweigen nachvollziehen zu können und Kommunikationsformen aufzudecken, die das Kind trotz des Mutismus verwendet (Subellok/Starke 2012, 225). Aufgrund des Schweigens des Betroffenen kann das diagnostische Vorgehen aber erschwert werden. In vielen Fällen können daher erforderliche Informationen lediglich durch die Angehörigen bzw. Begleitpersonen erhoben werden.

In der nationalen sowie internationalen Literatur sind (meist interdisziplinäre) Veröffentlichungen zu finden, die die Inhalte der Diagnostik bei selektivem Mutismus beschreiben. Überwiegend wird eine Kombination aus dem direkten Kontakt mit dem betroffenen Kind, Elterngesprächen und dem Einsatz von Elternfragebögen als Gegenstand des diagnostischen Vorgehens beschrieben (Subellok/Starke 2012, 225). Die Anzahl spezi-

fischer Instrumente ist allerdings sehr gering, sodass Logopäden nur auf wenige Informationen bzw. Hilfsmittel zurückgreifen können. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass Logopäden, die sich auf den selektiven Mutismus spezialisiert haben, eine diagnostische Vorgehensweise und eine gewisse Routine entwickelt haben und dass dieses zielführende Vorgehen von dem Ausbildungshintergrund beeinflusst wird (Garbani Ballnik 2009, 111).

2. Fragestellungen

Vor dem Hintergrund, dass über das tatsächlich praktizierte diagnostische Vorgehen bei selektiv mutistischen Kindern in Deutschland derzeit keine genauen Informationen vorliegen, stellte sich die Frage, wie sich die Anamnese und Befunderhebung bei selektiv mutistischen Kindern im Alter von vier bis elf Jahren in der ambulanten logopädischen Praxis gestaltet. Diese übergeordnete Fragestellung wurde u. a. folgendermaßen spezifiziert:

- Welche Informationen werden auf welche Art und Weise von welchen Personen erhoben?

3. Methodik

Das methodische Vorgehen gestaltete sich wie folgt (Oppermann 2014, 25ff.): Als Basis der Master-Thesis erfolgte eine ausführliche Literatur- und Datenbankrecherche, in der die Informationen in Bezug auf den Untersuchungsgegenstand (Anamnese/Befunderhebung bei Mutismus) ermittelt, zusammengetragen und systematisch dargestellt wurden. Weiterhin wurden mittels leitfadengestützter Experteninterviews fünf Logopäden zu der unter Punkt 2 aufgeführten Forschungsfrage befragt. Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte anhand zuvor festgelegter Kriterien. So sollten die Probanden u. a. den Beruf des Logopäden ausüben, in einer deutschen ambulanten logopädischen Praxis tätig sein und Erfahrungen in der Be-

	Proband 1	Proband 2	Proband 3	Proband 4	Proband 5
Berufserfahrung (mit Mutismus) zum Zeitpunkt der Befragung	seit 2005	seit 1997	fünf Jahre	seit 2010	ca. 1,5 Jahre
Therapeutisches Konzept & Arbeitsweise	Mischung aus SYMUT & DortMuT	Theraplay, hausinternes Konzept: enthält Einflüsse aller Konzepte	ganzheitliche Betrachtung durch: SYMUT & Einflüsse aus der Cranio-Sacral-Ausbildung sowie dem Systemischen, Epigenetik	KoMut, SYMUT & Katz-Bernstein; individuell auf das Kind abgestimmt	SYMUT
Fortbildungen	SYMUT & DortMuT	SYMUT, Mutismus-Tagung	SYMUT, KoMut, Sprechangst, StillLeben Fachtagungen	KoMut-Zertifizierung, StillLeben Fachtagung	SYMUT & praxisinterne Fortbildungen
Zusatzausbildung	keine Angabe	Theraplay-Therapeut, individualpsychologischer Berater	Cranio-Sacral-Ausbildung	KoMut-Zertifizierung	keine Angabe

Abb. 1: Informationen zu den Probanden (Oppermann 2014, 67)

handlung selektiv mutistischer Kinder im Alter von 4;0 bis 11;0 Jahren besitzen. Weiterhin sollten die Befragten keine Urheber von störungsspezifischen Therapieverfahren sein. Die aus den fünf durchgeführten Experteninterviews gewonnenen Informationen wurden mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) vollständig ausgewertet. Nach der Auswertung der Daten wurden diese zur Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen.

4. Probanden

Der Tabelle in Abb. 1 sind jene Eckdaten der Befragten zu entnehmen, die zum Verständnis der Arbeitsweisen von Bedeutung sind.

5. Ergebnisse

5.1 Übersicht über bestehende Methoden der Anamnese und Befunderhebung

Bei den im Folgenden aufgeführten Informationen handelt es sich lediglich um eine kurze Beschreibung bzw. Nennung diagnostischer Möglichkeiten. Für weitere Ausführungen ist die angegebene Fachliteratur heranzuziehen.

5.1.1 (Differential-)diagnostische Kriterien

- Ausschließung Autismus (Hartmann/Lange 2013, 19), Sprechangst (Subellok/Starke 2012, 220), psychotische Symptome, Hörstörungen oder neurologischer Störungen (Melfsen/Warneke 2009, 563).
- Überprüfung der Intelligenz mittels nonverbaler Testung (ebd.)
- Anwendung der Kriterien der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen (Hartmann 2013, 268f.)
- Kriterien nach dem diagnostischen und statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV-TR)

5.1.2 Konzeptunabhängige diagnostische Inhalte, Methoden und Vorgehensweisen

(Bezug auf alle Beschreibungen bzw. Veröffentlichungen, die in der ambulanten logopädischen Praxis einsetzbar sind.)

- **Anamnese bzw. Erstgespräch** mit den Eltern (Garbani Ballnik 2009, 113) oder der Familie (ebd., 122), Empfehlung: Das Kind sollte bei einem Anamnesegespräch nicht anwesend sein (ebd., 112)
- **Hierarchie von Sprechsituationen:** Erstellen einer Hierarchie von Situationen, in denen das Kind spricht bzw. nicht spricht unter Berücksichtigung der Form der Kommunikation (z. B. verbal, nonverbal), dem empfundenen Belastungsgrad sowie der Abhängigkeiten von Personen, Räumlichkeiten, thematischen Inhalten etc. (Melfsen/Warneke 2009, 564)
- **Befunderhebung bzw. Erstkontakt mit dem Kind:** Spielsituationen (Garbani Ballnik 2009, 128), in denen das kindliche Verhalten (gezeigtes Rückzugsverhalten des Kindes bzw. Ablehnung oder Ignorieren einer kommunikativen Handlung bzw. der Spielsituation), dessen Ausdrucks- und Kommunikationsfähigkeiten (ebd., 131) sowie Ressourcen erhoben werden (ebd., 127).
- **Einschätzung der Kommunikationsfähigkeit:** Erkennen nonverbaler kommunikativer Fähigkeiten, kommunikativer Grundformen (z. B. zeigen, bitten, fragen, antworten) und Ausdrucksformen (z. B. Mimik, Gestik, Haltung) im Spiel (Garbani Ballnik 2009, 137).
- **Sprachdiagnostik:** Analyse des Schweigens und Erkennen kommunikativer Zugangswege (z. B. Einsatz von Gestik, Schriftsprache etc.), die das Kind trotz des Schweigens nutzt (Subellok/Starke 2012, 225). Ebenso ist das Diagnostizieren von Sprach- und Sprechstörungen ein Thema der Sprachdiagnostik (Melfsen/Warneke 2009, 563). Der aktuelle Sprachstand (z. B. Artikulation, rezeptive und expressive Fähigkeiten) kann mit üblichen logopädischen Testverfahren erhoben werden (ebd.). Allerdings erst dann, wenn das Kind mit dem Logopäden spricht. ▶

Übergeordnete Themen	Spezifische Inhalte
Belastende Lebensereignisse und Übergangssituationen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Eintritt in den Kindergarten oder in die Schule
Entwicklungsgeschichte der Störung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Beginn, Dauer, Ausmaß, sozialer Kontext und Verlauf des mutistischen Verhaltens ■ aktuelle Symptomatik: Wann und wo wird mit wem gesprochen bzw. nicht gesprochen? Wie wird kommuniziert? ■ kommunikative Hilfsmittel, die das Kind nutzt ■ negative und positive Faktoren bzw. aufrechterhaltende Faktoren (z. B. subjektiver Krankheitsgewinn) ■ Einflüsse im Kindergarten oder in der Schule ■ Pränatale und Geburtsanamnese ■ frühkindliche Entwicklung: detaillierte Erfassung des Spracherwerbs, Motorik, Kognition, soziale Entwicklung, frühere Verhaltensprobleme, Kontaktprobleme, Trennungängste/Trennungszeiten ■ Charaktereigenschaften wie Schüchternheit, Perfektionismus etc. ■ medizinische Vorgeschichte ■ psychiatrische Komorbidität wie Angsterkrankungen ■ traumatische Erlebnisse wie körperlicher und/oder sexueller Missbrauch, Misshandlungen ■ Schullaufbahn ■ Familienanamnese: Mutismus- und Angstsymptomatiken oder Angsterkrankungen bei Familienmitgliedern, Sprech- oder Sprachstörungen sowie Bewältigungsstrategien im Umgang mit angstzeugenden Situationen, Fremdsprachlichkeit oder Dialekt, Sozialleben, Bedeutung des Schweigens, des Sprechens bzw. der Sprache innerhalb der Familie, Rollenverteilung der Familie in Bezug auf das Symptom (z. B. Familienmitglieder antworten für das Kind, dienen als Sprachrohr), Grenzsetzung und Aufgabenverteilung
Therapiemotivation der Eltern und des Kindes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Therapieerwartung und Bereitschaft zur Mitarbeit
Elternspezifische Themen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Störungsursache aus Sicht der Eltern ■ Eindruck der Mutter und des Vaters zur Problematik ■ Erfahrungen und Umgang mit Stress, Problemen (z. B. Druck durch Verwandtschaft) ■ Inwieweit fühlen sich die Eltern durch die Störung eingeschränkt? ■ Auswirkungen der Symptomatik auf den Alltag ■ soziale Integration ■ Reaktion der Umwelt auf das Verweigern des Sprechens: vermehrte Zuwendung oder vermehrtes Schutzbedürfnis → Wird für das Kind geantwortet? Wird das Kind lächerlich gemacht? Wird das Kind für das mutistische Verhalten bestraft (z. B. durch Ablehnung, körperliche Züchtigung)? ■ Ressourcen des Kindes aus Elternsicht (z. B. Stärken, besondere Fähigkeiten)
Kindspezifische Themen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sozialanamnese ■ Interessen, Hobbys, Vereine ■ Familienbeziehungen ■ Inwieweit fühlt sich das Kind durch die Störung eingeschränkt? ■ Erfahrungen und Bedürfnisse aus Sicht des Kindes (z. B. Tagebuch) ■ (falls möglich) psychopathologischer Befund
Informationen aus Kindergarten oder Schule	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verhalten des Kindes in der Institution ■ Integration des Kindes in der Gruppe ■ belastende Bedingungen in Kindergarten oder Schule ■ Ressourcen des Kindes ■ Störungskonzept der Erzieher bzw. Lehrer ■ Beziehung zwischen Kind und den Pädagogen ■ Veränderungen hinsichtlich der Symptomatik ■ Bereitschaft der Pädagogen zur Mitarbeit in der Therapie

Abb. 2: Inhalte der Anamnese

(Garbani Ballnik 2009, 111ff.; Melfsen/Warmke 2009, 563f.; Perednik 2011, 82f.; Bahr 2012, 56ff.; Plener/Spröber 2013, 83f.; Oppermann 2014, 13ff.)

Möglich ist es auch, die sprachlichen Fähigkeiten (z. B. Sprachverständnis) im Freispiel zu eruieren (Garbani Ballnik 2009, 132) oder eine privat erstellte Audioaufnahme mitbringen zu lassen (ebd.). Ebenso ist eine vorliegende Mehrsprachigkeit (Stand des Erst- und Zweitspracherwerbs) zu untersuchen (Melfsen/Warneke 2009, 563): Abgrenzung zwischen einer Unkenntnis der Sprache (d. h. einer Nichtbeherrschung der Sprache durch Migration) und der Unfähigkeit, das Sprachsystem zu verwenden (z. B. im Zusammenhang mit einer starken kognitiven Beeinträchtigung); Unterschied zwischen einem reinen Mutismus und einem aus einer Mehrsprachigkeit resultierenden Mutismus (schwer zu erkennen) (Katz-Bernstein 2011, 67).

- **Anamnese und Diagnostikmaterialien:** Zur Erfassung des selektiven Mutismus existieren Bögen, die Informationen aus Sicht der Eltern (in Bezug auf das Kind und die Familie) sowie von Pädagogen erheben (Melfsen/Warneke 2009, 564; Subellok/Starke 2012, 225).
 - Elternfragebogen: Fragebogen zur Erfassung des Elektiven Mutismus – Elternversion (Bergman/Steinhausen 2005)
 - Lehrerfragebogen: Fragebogen zur Erfassung des Elektiven Mutismus – Lehrerversion (Steinhausen 2007)

5.1.3 Konzeptbezogene Anamnese und Befunderhebung

Innerhalb bestehender Therapiekonzepte wird jeweils ein konzeptbezogenes diagnostisches Vorgehen mit teilweise konzepteigenen Materialien beschrieben. Im Folgenden werden die diagnostischen Inhalte dreier deutscher Therapieverfahren exemplarisch zusammengefasst:

Systemische Mutismus-Therapie (SYMUT) nach Hartmann (2013). Maximalangebot ist hier ein achtstufiges diagnostisches Vorgehen, das individuell an das Kind angepasst wird (Hartmann 2013, 268):

- Kriterien nach ICD-10 (ICD-10-GM) und des DSM-IV-TR, neurologische Untersuchungen zum Ausschluss progredienter Hirnabbauprozesse, HNO-ärztliche Untersuchung (ebd., 275)
- Familien- und Eigenanamnese des schweigenden Kindes (ebd., 275f.)
- Psychologische Interpretationsverfahren (z. B. der Baumtest, Familie in Tieren) zur Aufdeckung von Persönlichkeitsmerkmalen, des entwicklungspsychologischen Entwicklungsalters und der familiären Beziehungsdynamik (ebd., 280). Aufgrund der Komorbidität mit Sozialphobien, Depressionen etc. können auch nonverbal durchzuführende psychologische Testverfahren wie das Sozialphobie und -angstinventar für Kinder (SPAIK o. J.) und das Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ o. J.) eingesetzt werden (ebd.).
- Wenn das Schweigen des Kindes aufgelockert ist → Sprachdiagnostik
- Ist-Zustand des mündlichen Kommunikationsverhaltens: Anamnesebogen Mutismus-Soziogramm (Hartmann 2009) (Ist-Zustand des situationsbezogenen Sprechens: Evaluationsbogen für das sozialinteraktive Kommunikationsverhalten bei Mutismus (Hartmann/Lange 2006))
- Beschreibung emotionaler Motivationskriterien (Hartmann 2013, 284)

Dortmunder Mutismus-Therapie (DortMuT) bzw. Therapieansatz nach Katz-Bernstein (2011)

- Feststellung des selektiven Mutismus auf Grundlage der ICD-10-Kriterien mittels einer Beobachtungcheckliste für Kindergarten und Schule (Katz-Bernstein 2011, 66f.)

- Je nach individuellem Bedarf werden drei diagnostische Perspektiven eingenommen: die Symptomdiagnostik (Wie ist das Symptom?), die Strukturdiagnostik (Welchen Sinn hat das Schweigen?) und die Systemdiagnostik (Welchen familiären Sinn hat das Schweigen?) (ebd., 73)
- In der Symptomdiagnostik werden Personen und Situationen erfasst, mit/in denen das Kind kommuniziert (ebd.). Materialien hierzu sind in Form eines Beobachtungsbogens und der sogenannten Topographie des Sprechens und Schweigens verfügbar (ebd., 74f.). Im letzteren Bogen kann angekreuzt werden, mit wem und wo das Kind spricht. Auch werden Prozesse des Kommunizierens und Sprechens erhoben. Weiter werden mit Hilfe einer weiteren Tabelle Äußerungsformen des Kindes erfasst.
- Derzeit werden im Rahmen der DortMuT diagnostische Verfahren entwickelt (Subellok/Starke 2012, 226):
 - Elternfragebogen DMI (Dortmunder Mutismus-Inventar) (Kresse 2011)
 - Entwicklung des Dortmunder-Mutismus-Screenings für den Bereich Kindergarten (DortMuS-K) und Schule (DortMuS-S) (Vorstellung der in der Entstehung befindlichen Instrumente auf dem ersten Interdisziplinären Mutismus Forum IMF am 20. September 2014 in Bad Nenndorf)

Kooperative Mutismustherapie (KoMut) nach Kramer (o. J.)

- Therapieindikation: differentialdiagnostische Abklärung (Feldmann et al. 2012, 18)
- Mittelpunkt des diagnostischen Vorgehens: systemisch-kooperatives, ressourcen- und lösungsorientiertes sowie rein förderungsrelevantes Vorgehen (ebd.).
- Die KoMut versteht Diagnostik u. a. als Entwicklung von Hypothesen über Lösungs- und Förderungsmöglichkeiten aus Sicht der Eltern, des Kindes und System-Beteiligter (z. B. Lehrer) (ebd.).
- Die entwickelten Hypothesen werden prozessbegleitend überprüft und gegebenenfalls geändert (ebd.).
- Im Rahmen der KoMut werden derzeit von Alexandra Kopf Fragebögen entwickelt, deren Veröffentlichung kurz bevorsteht: Diagnostische Fragebögen zum Selektiven Mutismus (DiFraMut) → Fragebögen zur Erhebung anamnestischer und diagnostischer Daten aus Sicht des Therapeuten, der Eltern, Lehrer, des Kindes bzw. Jugendlichen (Subellok/Starke 2012, 226).
- Es erfolgt eine Indikations- und eine Förderdiagnostik in Kombination mit Gesprächen und Beobachtungen (Feldmann et al. 2012, 18)

5.2 Interviewergebnisse

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse der Interviews dargestellt. Um eine übersichtliche Darstellung der Ergebnisse zu gewährleisten, wird die oben genannte Forschungsfrage in ihren einzelnen Bestandteilen und den dazugehörigen Ergebnissen aufgeführt.

5.2.1 Anamnese

In Bezug auf die Anamnese sind folgende Ergebnisse zu nennen:

Von welchen Personen werden in einem Anamnesegespräch Informationen erhoben?

Alle befragten Logopäden erheben generell anamnestische Informationen von den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten des betroffenen Kindes (Oppermann 2014, 40). Ebenfalls werden Personen des engeren Familienkreises wie Geschwister sowie ▶

andere Bezugspersonen (z. B. Großeltern, Babysitter) in die Anamnese eingebunden, sofern diese in der Familienkonstellation eine Rolle spielen (ebd., 40f.).

Hinsichtlich der Anwesenheit des betroffenen Kindes in der Anamnese zeigen sich konträre Meinungen zwischen den Befragten. Zwei der fünf Logopäden (Proband 1 und 2) betonten, dass das betroffene Kind während des Gesprächs nicht anwesend ist, da dieses dem „Über-das-Kind-sprechen“ nicht ausgesetzt sein soll. Grundsätzlich findet die Anamnese bei Proband 4 ohne das Kind statt, einer Teilnahme des Kindes kann allerdings im individuellen Fall zugestimmt werden (ebd.). Konträr dazu bestehen zwei der fünf Logopäden auf der Anwesenheit des Kindes (Proband 3 und 5), um der Tabuisierung des Themas entgegenzuwirken (Oppermann 2014, 40f.).

Welche Informationen werden erhoben?

In der Gesamtheit erfragen die interviewten Logopäden gleiche bzw. ähnliche Themen (individuell auf den Patienten ausgerichtet), die sich in spezifische Themen aufteilen lassen. Abb. 2 (S. 28) beinhaltet eine Auflistung möglicher Inhalte der Anamnese aus der Literatur (Garbani Ballnik 2009, 111ff.; Melfsen/Warnke 2009, 563f.; Perednik 2011, 82f.; Bahr 2012, 56ff.; Plener/Spörber 2013, 83f.). Diese Inhalte wurden durch die Interviews der Master-Thesis in ihrer Anwendung bestätigt (Oppermann 2014, 41ff.).

Auf welche Art und Weise werden die Informationen erhoben?

Die in Abb. 2 aufgeführten Inhalte der Anamnese werden überwiegend (Proband 1, 2 und 3) mittels einer Befragung der Eltern bzw. der Erzählung der Eltern ermittelt (Oppermann 2014, 45). Gewinnbringend kann es laut Proband 4 dabei sein, zunächst die Eltern erzählen zu lassen und somit keine Inhalte vorwegzunehmen (ebd.). Proband 5 führt neben einem Anamnesegespräch (Patientenanamnese) eine Intensivberatung (Familienanamnese) durch, die auf der Acht-Stufen-Diagnostik nach Hartmann aufgebaut ist (ebd.). Abweichend zu den anderen Befragten erfolgt bei den Probanden 1 und 2 die Befunderhebung bzw. der Erstkontakt mit dem Kind vor dem Anamnesegespräch.

Die von den Eltern zu erfragenden Inhalte werden mit folgenden Hilfsmitteln erhoben (Oppermann 2014, 45f.):

- Proband 1: freie Erfragung, Ergänzung durch das *Mutismus-Soziogramm* und den *Evaluationsbogen für das sozialinteraktive Kommunikationsverhalten* nach Hartmann
- Proband 2: freie Erfragung/kein Anamnesebogen, individuell ausgerichtete Fragen (inhaltliche Anlehnung an das *Mutismus-Soziogramm* nach Hartmann)
- Proband 3: Einsatz eines selbst konzipierten Fragen- und Informationskatalogs, der aus einem vorhandenen Anamnesebogen sowie einer Zusatzseite für Mutismus besteht. Zusätzlich füllen die Eltern getrennt voneinander den *Evaluationsbogen für das sozialinteraktive Kommunikationsverhalten* nach Hartmann aus.
- Proband 4: Einsatz eines selbst konzipierten Anamnesebogens
- Proband 5: Einsatz eines speziell konzipierten Anamnesebogens, gemeinsames Ausfüllen des *Mutismus-Soziogramms* und des *Evaluationsbogens für das sozialinteraktive Kommunikationsverhalten* nach Hartmann mit den Eltern (und dem Kind)

In den Fällen, in denen Informationen von dem betroffenen Kind erhoben werden können (sobald das Kind mit dem Logopäden spricht), werden laut Aussage der Probanden 1 und 4 die bereits erhobenen Informationen aus dem Elterngespräch ergänzt (ebd., 46). Da bei Proband 3 das Kind während der Anamnese anwesend ist, wird hier versucht, dem Kind Fragen zu stellen, da Kinder oftmals aus Versehen oder automatisch antworten (ebd., 46). Proband 5 stellt dem Kind kurze Fragen, die mit ja oder nein bzw. nonverbal (z. B. Kopfschütteln) beantwortet werden können (ebd.).

Die von dem Kind zu erfragenden Inhalte werden mit folgenden Hilfsmitteln erhoben (ebd., 46):

- Proband 1: Malen eines *Mutismus-Gespens* (nach Hartmann), gemeinsames Ausfüllen des *Mutismus-Soziogramms* und des *Evaluationsbogens für das sozialinteraktive Kommunikationsverhalten* (nach Hartmann)
- Proband 2: keine Verwendung der Bögen nach Hartmann in der Diagnostik (Sie werden jedoch ab und an zu Beginn der Therapie als Formular eingesetzt.)
- Proband 3: Da das Kind anwesend ist, wird zur Erhebung von Informationen aus Sicht des Kindes der Anamnesebogen verwendet.
- Proband 5: gemeinsames Erstellen eines *Mutismus-Soziogramms* und des *Evaluationsbogens für das sozialinteraktive Kommunikationsverhalten* nach Hartmann mit dem Kind (und den Eltern)

5.2.2 Interviewergebnisse: Befunderhebung

In Bezug auf die Befunderhebung sind folgende Ergebnisse zu nennen:

Von welchen Personen werden in der Befunderhebung Informationen erhoben?

Grundsätzlich erklären alle Probanden, dass sowohl das betroffene Kind als auch die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten Gegenstand der Befunderhebung sind (Oppermann 2014, 48). Proband 3 gibt an, dass grundsätzlich das Kind im Fokus steht, die Eltern allerdings nicht komplett ausgeschlossen werden. Auch von Proband 4 wird ähnlich beschrieben, dass in der Regel sowohl das Kind als auch die Eltern bei der Befunderhebung anwesend sind, die Eltern jedoch nicht den ganzen Untersuchungszeitraum im Therapieraum verbleiben (ebd.). Bei Proband 5 sind die Eltern, Geschwister und das betroffene Kind anwesend (ebd.).

Welche Informationen werden erhoben?

Nachfolgend werden die Inhalte der Befunderhebung aufgeführt. Da von den Befragten Inhalte beschrieben wurden, die ausschließlich das Kind bzw. ausschließlich die Eltern bzw. das Kind und die Eltern gleichermaßen betreffen, werden an dieser Stelle die Inhalte in diese Bereiche aufgeteilt (Oppermann 2014, 48ff.):

Das betroffene Kind

- Proband 1: Motorik (gehemmt/unauffällig); Körperhaltung; Vitalanzeichen (Aufregung etc.); Interesse (Sieht sich das Kind um?); Reaktionen auf Spiele, Fremde; Verhalten des Kindes (u. a. Durchsetzung gegenüber den Eltern); Ticks (z. B. Augenzucken); Bedarf einer psychologischen Abklärung; angstbesetzte Situationen und Reaktionen (z. B. Vitalanzeichen); Thema Schweigen (*Mutismus-Gespens*), Erklärung, dass mehrere Kinder unter Angst leiden und dass das Schweigen besiegt werden kann.

- Proband 2: Entscheidungsfindung des Kindes als Nebensymptomatik; Kommunikationsformen (z. B. Flüstern, Blickkontakt), Klärung wie das Kind spricht, welchen Bedingungen die Kommunikation unterliegt und ob eine Kommunikation angeregt werden kann; Ess- bzw. Trinkverhalten und der Toilettengang (je nach Schweregrad der Störung)
- Proband 3: ausschließlich Thematisierung der Symptomatik: genutzte Kommunikationsformen, Begleitsymptomatik, Sprachverständnis, Wortschatz, Artikulation sowie evtl. bestehende persistierende Reflexe, Massivität des Mutismus eingeschätzt (Kann sich das Kind öffnen? Lässt es sich auf einen Blickkontakt ein?). Auch Hobbys werden thematisiert, um in eine Kommunikation zu kommen.
- Proband 4: verbales bzw. nonverbales Kommunikationsverhalten zwischen dem Kind und Logopäden, Blickkontakt, Lachen, Freude zeigen, Mimik, Unterschiede der kindlichen Kommunikation zwischen Logopäden und der Mutter, Motorik, Artikulation
- Proband 5: sprachliche Fähigkeiten des Kindes (sobald das Kind auf Satzebene mit dem Logopäden spricht)

Die Eltern

- Proband 1 lässt sich inhaltlich bestätigen, ob Hörstörungen und neurologische Störungen vorliegen. Weitere Punkte sind die Symptome und Verhaltensweisen des Kindes (Wie äußern sich die Symptome? Wie haben die Eltern die Symptomatik bemerkt? Wieso können sie vorhersagen, dass das Kind in bestimmten Situationen nicht spricht?) und das bewusste Wahrnehmen der Reaktionen der Eltern.
- Proband 2 thematisiert die Rahmenbedingungen der Therapie (z. B. wird in dessen Gegenwart nicht über das Kind gesprochen) und eruiert das elterliche Verhalten gegenüber dem Kind.
- Proband 3 erfragt weiterführende Aspekte, die der Diagnosestellung zuträglich sind (z. B. Erfragung von Informationen aus osteopathischer Sicht).
- Proband 4 erwähnt keine spezifischen Inhalte bei der Befunderhebung, die allein die Eltern betreffen.
- Proband 5 beschreibt, dass die von den Eltern in der Anamnese erhobenen Informationen hinsichtlich der Sprachentwicklung, des Sprachverständnisses, der Unterschiede im Sprechverhalten und der Vorhersagbarkeit des Schweigens inhaltlich auch die Befunderhebung berühren.

Das betroffene Kind und die Eltern

- Proband 1: Verhalten bzw. Interaktion zwischen Eltern und Kind (z. B. Fürsorglichkeit der Eltern); Thema Bindung zwischen Kind und Eltern bzw. symbiotische Beziehung zwischen Kind und Mutter
- Proband 2: Interaktion zwischen Kind und Eltern (z. B. Emotionalität, Führung, Stress, Bewältigung/Überwindung); Überbehütung des Kindes, allgemeines Kommunikationsverhalten
- Proband 4: Konzentration auf nonverbales Kommunikationsverhalten (z. B. Blickkontakt zwischen Kind und Mutter bzw. dem Logopäden), verbale Kommunikation wird nicht berücksichtigt
- Proband 5: gemeinsames Ermitteln des allgemeinen Kommunikationsverhaltens (u. a. Personen und Situationen, mit/ in denen gesprochen bzw. nicht gesprochen wird) mit dem Kind und den Eltern

Auf welche Art und Weise werden die Informationen erhoben?

Die oben aufgeführten Inhalte werden mit den in Abb. 3 (S.32) genannten Hilfsmitteln erhoben (Oppermann 2014, 45f.).

6. Diskussion

Im Folgenden werden die beschriebenen Ergebnisse der Interviews hinsichtlich Gemeinsamkeiten und Unterschieden sowie möglichen Gründen für die Anwendung bzw. Nichtanwendung diagnostischer Vorgehensweisen diskutiert.

Es lässt sich erkennen, dass alle Interviewpartner den Aspekt der Differentialdiagnostik berücksichtigen. Die differentialdiagnostischen Kriterien werden überwiegend nicht namentlich benannt, sind aber dennoch in den Inhalten und Fragestellungen der Logopäden deutlich zu erkennen (Oppermann 2014, 68).

Weiterhin zeigt sich, dass alle Probanden ein Anamnese- bzw. Erstgespräch durchführen. Somit wird hier ein in der Literatur beschriebenes Vorgehen realisiert. Allerdings werden unterschiedliche Arten der Umsetzung deutlich (Anamnese mit Eltern oder mit gesamter Familie, Ab- bzw. Anwesenheit des Kindes). Die Mehrzahl der Probanden führt die Anamnese mit den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten des betroffenen Kindes in dessen Abwesenheit durch (ebd.). Bei den Probanden 3 und 5 ist abweichend das Kind anwesend. Die Begründungen der Befragten für die Abwesenheit des Kindes gleichen der in der Literatur beschriebenen Argumentation, dass die Anamnese-situation negative Auswirkungen auf das Kind haben könnte (ebd., 13). Eine Begründung für die Anwesenheit des Kindes bei der Anamnese ist laut Proband 3 das Entgegenwirken eines Tabuisierungsprozesses (ebd., 40f.). Da sowohl Proband 3 als auch Proband 5 grundsätzlich nach der SYMUT (s. Abb. 1) arbeiten, ist davon auszugehen, dass die einhergehende direktive Arbeitsweise und der erforderliche Leidensdruck des Kindes als Therapiegrundlage das Vorgehen begründen. Im Umkehrschluss könnte die non-direktive Arbeitsweise der Probanden 2 und 4 die Abwesenheit des Kindes erklären. Proband 1 arbeitet tendenziell direktiv (ebd., 67), der Aspekt des abwesenden Kindes resultiert allerdings mit großer Wahrscheinlichkeit aus den non-direktiven Einflüssen des Konzeptes nach Katz-Bernstein (s. Abb. 1).

Bei allen Probanden sind die in Abb. 2 beschriebenen Inhalte einer Anamnese zu erkennen. Neben individuellen thematischen Schwerpunkten lassen sich auch thematische Gemeinsamkeiten erkennen (ebd., 69f.): allgemeine Kindesentwicklung; aktuelle Symptomatik; allgemeine bzw. auffällige Verhaltensweisen des Kindes; Sozialanamnese und Freizeitgestaltung, Therapiemotivation bzw. Leidensdruck des Kindes sowie der Familie; Reaktionen der Umwelt; Familienanamnese. Die Probanden 4 und 5 setzen in der Anamnese eigens konzipierte Anamnesebögen ein. Proband 3 arbeitet mit einer thematischen Erweiterung (Zusatzseite Mutismus) eines bereits bestehenden Anamnesebogens (ebd., 70). Die Probanden 1 und 2 verlassen sich auf ihre innere Struktur hinsichtlich zu erfragender Inhalte. Diese Ergebnisse zeigen, dass das Zurückgreifen auf herkömmliche Anamnesebögen, wie es laut Subellok und Starke (2012, 225) oftmals der Fall ist, unter den befragten Logopäden nicht zutreffend ist. Das Fehlen eines spezifischen Anamnesebogens führt eher dazu, dass eigene Materialien konzipiert werden. Demnach scheint es nicht ausreichend zu sein, einen herkömmlichen Anamnesebogen zu verwenden. ▶

Personen/Methoden	Proband 1	Proband 2	Proband 3	Proband 4	Proband 5
Kind	<ul style="list-style-type: none"> ■ Beobachtung des Kindes ■ Kontaktaufnahme im Spiel ■ Kind zum Sprechen bringen mittels sprachlicher Bombardierung ■ gemeinsame Umfrage in den Praxisräumen zum Thema Angst ■ keine klassischen Testverfahren ■ <i>Mutismus-Gespenst</i> nach Hartmann 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Beobachtung des Kindes ■ Kontaktaufnahme im Spiel ■ sprachliche Hyperaktivität des Logopäden ■ Arbeit mit Unterstellung, wenn das Kind nicht kommuniziert ■ Kind geht erst, wenn es sich wohl fühlt und Termin „rund“ beendet werden kann ■ keine klassischen Testverfahren ■ Bei Schulkindern: <i>Sozialphobie und -angstinventar für Kinder, Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche, Farbpyramidentest (Zusammenhang von Farbe und Affekten, Gefühlen auf Basis der Farbpsychologie)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Beobachtung des Kindes ■ Kontaktaufnahme im Spiel ■ kein normiertes Testverfahren ■ Befragung des Kindes, die bei Schulkindern schriftl. durchgeführt werden soll ■ <i>Mutismus-Soziogramm</i> nach Hartmann im späteren Therapieverlauf ■ Durchführung des <i>TROG-D (Test zur Überprüfung des Grammatikverständnisses n. Fox)</i> ■ bei sprechenden Kindern: Lautbefund 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Beobachtung des Kindes ■ Kontaktaufnahme im Spiel ■ spielerische Überprüfung der Artikulation (z. B. Pustespiel → <i>IfI</i>) ■ Vorgehen ohne Druck ■ kein Einsatz von Testverfahren ■ evtl. Videoaufnahme 	<ul style="list-style-type: none"> ■ sobald das Kind mit dem Logopäden spricht: sprachtherapeutische Diagnostik mit individuell ausgewählten, logopädischen Testverfahren ■ evtl. Videoaufnahme ■ weiterführende Diagnostik bei Schulkindern (späterer Zeitpunkt): <i>Sozialphobie und -angstinventar für Kinder, Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche</i>
Eltern/ Erziehungsberechtigte	<ul style="list-style-type: none"> ■ Befragung/Erzählung 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Beobachtung elterlichen Verhaltens 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Befragung/Erzählung 		<ul style="list-style-type: none"> ■ Befragung/Erzählung
Kind & Eltern	<ul style="list-style-type: none"> ■ Beobachtung des Verhaltens/der Interaktion zw. Eltern und Kind 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Beobachtung des Verhaltens/der Interaktion zw. Eltern und Kind (bzgl. Emotionalität, Führung, Stress, Bewältigung/Überwindung) durch die <i>Heidelberger Marschak Interaktionsmethode</i> nach Franke (2002) 		<ul style="list-style-type: none"> ■ Beobachtung des Verhaltens/der Interaktion zw. Eltern und Kind 	<ul style="list-style-type: none"> ■ beim Zutreffen der <i>ICD-10-Kriterien: Einsatz des Mutismus-Soziogramms sowie des Evaluationsbogens für das sozialinteraktive Kommunikationsverhalten</i> nach Hartmann → weiterführende Beratung/ Therapieempfehlung

Abb. 3: Methoden der Befunderhebung (Oppermann 2014, 51ff.)

Wie aus Abb. 1 ersichtlich ist, haben die Probanden 1 und 2 die längste Erfahrung in der Diagnostik bzw. Behandlung des selektiven Mutismus. Es kann angenommen werden, dass das Arbeiten ohne Anamnesebogen durch die langjährige berufliche Erfahrung ermöglicht wird.

Das Erheben von Sprechsituationen (u. a. angewendete Kommunikationsformen in Abhängigkeit von unterschiedlichen Faktoren sowie der einhergehenden Belastung des Kindes) wird von allen Probanden berücksichtigt. Die methodische Umsetzung dieses Punktes unterscheidet sich jedoch (Oppermann 2014, 70f.): Alle Probanden erfragen die Inhalte in der Anamnese. Die Probanden 1, 2, 3 und 4 erheben ergänzende Informationen in der Befunderhebung (z. B. durch die Beobachtung des Kindes in Bezug auf diesen Faktor). Die

Probanden 1 und 5 verwenden das *Mutismus-Soziogramm* und den *Evaluationsbogen für das sozialinteraktive Kommunikationsverhalten* nach Hartmann. Anders als die anderen Befragten setzt Proband 5 allerdings neben den Instrumenten nach Hartmann keine weiteren Erhebungsmethoden ein, was mit der starken Orientierung am diagnostischen Vorgehen der SYMUT erklärt werden könnte. Diese sieht nämlich keine diagnostischen Maßnahmen in Form einer Beobachtungssequenz mit dem Kind vor.

Die Befunderhebung wird in der Mehrzahl der Fälle durch einen (Erst-)Kontakt mit dem Kind vollzogen, in dem innerhalb einer Spielsituation die Beobachtung der Kommunikationsfähigkeit sowie weiterer Aspekte erfolgt (ebd., 70). Die jeweiligen Beobachtungsinhalte unterscheiden sich unter den Probanden,

die Basis bildet jedoch bei allen die Beobachtung des allgemeinen Kommunikationsverhaltens (ebd.). Erweiterungen der Beobachtungsinhalte stehen u. a. im Zusammenhang mit der Erfahrung des Therapeuten, die es erleichtert, relevante Informationen zu erkennen und zu erheben (ebd.).

Der in der Literatur beschriebene Punkt Sprachdiagnostik (ebd., 70f.) wird von den Probanden 3 und 5 durch das Erheben des aktuellen Sprachstandes mittels logopädischer Testverfahren berücksichtigt. Der Zeitpunkt des Tests ist jedoch verschieden. Proband 3 setzt zu Beginn grundsätzlich den TROG-D (*Test zur Überprüfung des Grammatikverständnisses nach Fox*) ein und ergänzt das Vorgehen um eine Ausspracheüberprüfung, wenn das Kind spricht. Proband 5 führt diesen Schritt ebenfalls erst dann durch, wenn das Kind spricht, allerdings meist zu einem späteren Zeitpunkt. Hier wird die Problematik bei der Diagnostik selektiv mutistischer Kinder hinsichtlich des (expressiven) Sprachstandes deutlich. Wenn ein Kind nicht spricht, können keine Daten mittels logopädischer Tests erhoben werden. Aus diesem Grund setzen die Probanden 1 und 2 bewusst in der Diagnostik kein Testverfahren ein. Generell ist die Erhebung des Sprachstandes ein wichtiger Aspekt der (Differential-)Diagnostik. Daher erscheint das Vorgehen der Probanden 3 und 5, den Sprachstand des Kindes zu erheben, sobald dieses mit dem Logopäden spricht, sinnvoll. Gleichwohl ist auch das Vorgehen der Probanden 1 und 2, keine Testverfahren einzusetzen, nachvollziehbar, da dieses auf einer klaren und störungsspezifischen Begründung beruht.

Die Ergebnisse zeigen weiter, dass Anamnese und Befunderhebung nicht eindeutig voneinander zu trennen sind, sondern ineinanderfließen und sich ergänzen (ebd., 72). Dies wird unter anderem dadurch deutlich, dass die befragten Logopäden Informationen wie das Kommunikationsverhalten sowohl in der Befunderhebung als auch in der Anamnese thematisieren (ebd.). Von der erwähnten Problematik ausgehend, dass sich u. a. der expressive Sprachstand des Kindes aufgrund des Schweigens zum Zeitpunkt der Diagnostik oft nicht erheben lässt, verdeutlicht sich, dass die Diagnostik bei der Störung Selektiver Mutismus einen Prozess darstellt, der nach der Durchführung der Anamnese und der Befunderhebung nicht zwingend beendet ist (ebd., 72f.).

Hinsichtlich der eingesetzten Erhebungsinstrumente sind folgende Punkte herauszustellen (ebd., 73f.): Das *Mutismus-Soziogramm* sowie der *Evaluationsbogen für das sozialinteraktive Kommunikationsverhalten* nach Hartmann werden von vier der fünf Probanden (Ausnahme Proband 4) in dem diagnostischen Vorgehen angewandt. Der hohe Bekanntheitsgrad der Bögen ist damit zu erklären, dass die besagten Logopäden die SYMUT in ihre therapeutische Arbeitsweise integrieren (Mischung der Konzepte oder isolierte Anwendung), in der das *Mutismus-Soziogramm* und der Bogen für das *sozialinteraktive Kommunikationsverhalten* verankert ist. Es ist zu vermuten, dass Proband 4 durch die erworbene KoMut-Zertifizierung und die einhergehend andere therapeutische Arbeitsweise keine Verwendung für die Bögen findet. Der Gebrauch der besagten Materialien unterscheidet sich unter den Befragten sehr stark. So werden diese sowohl von den Eltern als auch von dem Kind alleine bzw. mit dem Kind gemeinsam ausgefüllt. Darüber hinaus werden die Bögen sowohl in der Anamnese als auch zum Zeitpunkt der Befunderhebung eingesetzt. Letzteres ist damit zu erklären, dass die Anamnese und die Befunderhebung nicht eindeutig voneinander zu trennen sind und der Einsatz der

Bögen folglich zu unterschiedlichen Zeitpunkten des Diagnostikprozesses erfolgen kann. Die Probanden 2 und 3 verwenden die Bögen sogar fast ausschließlich im Therapieverlauf, da sie der Meinung sind, dass die Materialien in diesem Rahmen besser anwendbar sind und darüber hinaus eine Verlaufsdiagnostik ermöglichen. Generell bestehen jedoch keine genauen Angaben zu der Handhabung der Bögen, was als weitere Begründung für den individuell unterschiedlichen Einsatz der Materialien angeführt werden kann.

Bei Schulkindern finden bei den Probanden 2 und 5 der *SPAIK* und das *DIKJ* Anwendung. Diese Testverfahren werden im Rahmen der Acht-Stufen-Diagnostik nach Hartmann (SYMUT) aufgegriffen und sind der Disziplin Psychologie zuzuordnen (ebd., 73f.): Die Anwendung der Verfahren wird von Proband 3 bewusst verneint, da die Informationen von psychologischen Verfahren nicht benötigt werden, um eine Therapie beginnen zu können. Im Fall von Proband 5 kann die Anwendung des *SPAIK* und des *DIKJ* abermals mit der offensichtlich angestrebten, möglichst lückenlosen Anwendung der beschriebenen Diagnostikstufen erklärt werden. Bei Proband 2 lässt sich vermuten, dass sich der Bezug zu psychologischen Verfahren neben den bestehenden SYMUT-Kenntnissen durch die Zusatzausbildung als individualpsychologischer Berater ergibt (s. Abb. 1) und die Hemmschwelle, Instrumente dieser Disziplin einzusetzen, geringer ist als im Fall von Proband 3. Bemerkenswert ist, dass inhaltlich und bezogen auf den Zweck ähnliche Materialien (z. B. die *Topographie des Sprechens und Schweigens* sowie die *Tabelle für Äußerungsformen*) nach Katz-Bernstein keine Anwendung unter den Befragten finden, obwohl auch dieses Konzept (ausgenommen von Proband 5) anteilig in die therapeutische Arbeitsweise einfließt.

Die Probanden 1 und 3 setzen das *Mutismus-Gespenst* nach Hartmann in ihrem diagnostischen Vorgehen ein, um u. a. den Kontakt mit dem Kind zu gestalten (ebd., 74). Der Einsatz dieser Methode wird jedoch in der SYMUT erst im Therapieschehen im Zusammenhang mit der Vermittlung von Zuversicht und Ich-Stärkung beschrieben (Hartmann 2013, 298ff.). Das zeigt, dass auch Methoden, die grundsätzlich nicht für die Diagnostik vorgesehen sind, in diesem Bereich anwendbar und zielführend sein können (Oppermann 2014, 74).

In Bezug auf die Erhebungsinstrumente bzw. -methoden grenzt sich Proband 2 deutlich von den restlichen Befragten ab. So nennt er neben dem bereits beschriebenen Vorgehen weitere Methoden, die im Zusammenhang mit der Störung Selektiver Mutismus nicht allzu bekannt zu sein scheinen (ebd., 74). Neben weiteren aus der Psychologie stammenden Verfahren wie dem *Menschzeichentest* oder dem *Farbpyramidentest* liegt der Fokus innerhalb der Befunderhebung auf dem Einsatz der *Heidelberger Marschak Interaktionsmethode* nach Franke (2002, 19). Diese Methode ermöglicht es, Informationen in der Interaktion zwischen Eltern und Kind innerhalb einer Beobachtungssituation zu erheben (ebd.). Die Anwendung der *Heidelberger Marschak Interaktionsmethode* lässt sich zweifelsfrei mit der Weiterbildung zum Theraplay-Therapeuten begründen (s. Abb. 1), da diese Methode innerhalb des Therapiekonzeptes nach Ulrike Franke fest verankert ist (ebd., 75). Fraglich ist an dieser Stelle, ob die Methode ohne eine Fort- bzw. Weiterbildung einsetzbar ist. Generell ist die Durchführung der Methode in Veröffentlichungen ausführlich und verständlich beschrieben, eine zwingend notwendige Fortbildung im

Zusammenhang mit der Anwendung der *Heidelberger Marschak Interaktionsmethode* wird nicht beschrieben (ebd.).

Hinsichtlich des allgemeinen Einsatzes von Testverfahren wie z. B. Fragebögen geben Proband 2 und 3 an, dass es zur Definition des Schweigens grundsätzlich keiner (normierter) Instrumente bedarf (Oppermann 2014, 52f.). Dieser Aspekt könnte erklären, dass die befragten Logopäden die in der Literatur beschriebenen Eltern- und Lehrerfragebögen (z. B. die Eltern- und Lehrerfragebögen *FEM-E-R* und *FEM-L*) augenscheinlich nicht benötigen. Deutlich wird, dass der Einsatz von Erhebungsinstrumenten in einem engen Zusammenhang mit den angewendeten Therapiekonzepten und der einhergehenden therapeutischen Arbeitsweise steht (ebd., 75). Das zeigt sich in der Stichprobe der Master-Thesis u. a. an dem Beispiel der SYMUT, welche als therapeutisches Konzept eine breite Anwendung findet und eine Vielzahl der erwähnten Erhebungsinstrumente in deren Ausführungen beschreibt bzw. empfiehlt (ebd.).

Betrachtet man das allgemeine diagnostische Vorgehen der Probanden im Hinblick auf die angewendeten therapeutischen Verfahren (s. Abb. 1), ergeben sich starke Hinweise darauf, dass

die Unterschiede in der diagnostischen Vorgehensweise mit der Mischung der Therapiekonzepte sowie den Einflüssen von Zusatzausbildungen und der fachlichen Erfahrung zusammenhängen (ebd., 76). Einzig Proband 5 nimmt keine Mischung von Konzepten vor, hat jedoch auch zugleich die geringste Erfahrung mit der Störung (s. Abb. 1). Die starke Konzentration auf das in der SYMUT beschriebene diagnostische Vorgehen wird somit zu einer hohen Wahrscheinlichkeit durch den alleinigen Einsatz des Therapiekonzeptes sowie der im Vergleich geringeren Erfahrung verursacht (ebd.). Ein weiteres Beispiel kann anhand von Proband 4 aufgezeigt werden. Hier wird im diagnostischen Vorgehen oft eine abwartende und vorsichtige Haltung gegenüber dem Kind sowie dessen Familie eingenommen. Der zertifizierte KoMut-Therapeut setzt somit den Grundgedanken der KoMut um. Insgesamt ist zu erkennen, dass sich die diagnostischen Inhalte der Therapiekonzepte und die der allgemeinen Literatur ähneln (ebd.). Abschließend ist anzunehmen, dass auch die persönliche Einstellung bzw. die Charaktereigenschaften der Logopäden die Entwicklung und Umsetzung des diagnostischen Vorgehens beeinflussen.

7. Fazit und Ausblick

Die Ergebnisse der Master-Thesis zeigen, dass sich das diagnostische Vorgehen bei selektiv mutistischen Kindern im Alter von 4;0 bis 11;0 Jahren in der ambulanten logopädischen Praxis unter den befragten spezialisierten Logopäden stark an dem in der Literatur beschriebenen diagnostischen Vorgehen orientiert (Oppermann 2014, 78). Es lassen sich Gemeinsamkeiten und Unterschiede in Bezug auf die Inhalte und die angewendeten diagnostischen Methoden erkennen. Prinzipiell erfolgt neben der Durchführung eines Anamnesegesprächs in der Mehrheit der Fälle die Befunderhebung anhand einer Beobachtungssituation bzw. Kontaktaufnahme (z. B. Spielsituation) zwischen dem betroffenen Kind und dem Logopäden. In diesem (Erst-) Kontakt werden wichtige Informationen wie z. B. das allgemeine Kommunikationsverhalten erhoben. Zudem wird deutlich, dass die Diagnostik bei selektiv mutistischen Kindern ein Prozess ist, in dem sich erhobene Daten aus der Anamnese und der Befunderhebung ergänzen bzw. ineinanderfließen.

Bezogen auf den Einsatz von Erhebungsinstrumenten wie z. B. Fragebögen zeigt sich, dass in der Literatur vorhandene Diagnostikmaterialien tendenziell selten angewendet werden (ebd.). Auch werden logopädische Testverfahren zur Erhebung des Sprachstandes unter den Befragten nur vereinzelt zum Zeitpunkt der Diagnostik eingesetzt. Hinsichtlich der Notwendigkeit der Anwendung von Fragebögen oder Testverfahren zeichnet sich generell die Meinung ab, dass diese in der Altersgruppe von 4;0 bis 11;0 Jahren nicht erforderlich ist (ebd., 75). Erkennbar fehlende, aber notwendige Materialien wie u. a. Anamnesebögen werden von den Logopäden teilweise selber konzipiert und angewendet (ebd., 70).

Es existieren zudem Faktoren, die sich auf das diagnostische Vorgehen auswirken und innerhalb der Stichprobe zu einer individuellen Gestaltung sowie Durchführung des Vorgehens führen. Diese Individualität wird u. a. durch die gemischte Anwendung beschriebener Therapiekonzepte, persönliche Arbeitsweisen, allgemeine fachliche Erfahrungen mit dem Störungsbild oder Zusatzausbildungen hervorgerufen (s. Abb. 1). Somit zeigt sich, dass neben übereinstimmend wichtigen Inhalten und Methoden der Diagnostik (z. B. Anamnesegespräch) kein allgemeingültiger zielführender methodischer Weg existiert, sondern

Anzeige

Stellenangebot

Wir suchen ab sofort eine (-n) Sprachtherapeuten (-in) Logopäden (-in)

Wenn Sie engagiert, sympathisch und einfühlsam sind, erwartet Sie eine abwechslungsreiche und verantwortungsvolle Stelle in Hoyerswerda.



Es erwartet Sie:

Teil- oder Vollzeitstelle,

- eine angenehme Arbeitsatmosphäre,
- Behandlung vielseitiger Störungsbilder (SES/ SEV, Mutismus (nach Einarbeitung), MFT, Aphasie, Dysarthrie, Dysphagie, Stottern, u.a.),
- ausreichend Zeit für eine gute Einarbeitung,
- interdisziplinären Austausch,
- regelmäßige Fortbildungen (incl. Fortbildungsurlaub),
- umfangreiches Therapiematerial,
- angemessene Bezahlung.

Wir sind eine Praxis mit dem Schwerpunkt auf das Störungsbild (s)elektiver Mutismus, behandeln aber auch alle anderen logopädischen Störungsbilder.

Zudem liegt uns der interne und externe interdisziplinäre Austausch mit unseren Kooperationspartnern zum Wohle unserer Patienten besonders am Herzen.

Wir erwarten:

- eine abgeschlossene Ausbildung,
- Engagement, Zuverlässigkeit,
- empathisches Wesen,
- selbständiges und eigeninitiatives Arbeiten,
- Teamfähigkeit.

Wir freuen uns, Sie als neue Kollegin bzw. neuen Kollegen in unserem Team begrüßen zu dürfen!



Dresdener Str. 2a
02977 Hoyerswerda
mail@sprachtherapie-hy.de

auch unterschiedliche diagnostische Vorgehensweisen gewinnbringend bzw. zielführend sein können (ebd., 78f.).

Derzeit befinden sich mehrere diagnostische Materialien wie z. B. Elternfragebögen in der Entwicklung (ebd., 79). Ob und wie diese Materialien sich nach Veröffentlichung und Erprobung in der ambulanten logopädischen Praxis auf das diagnostische Vorgehen auswirken, bleibt abzuwarten (ebd.). Hinsichtlich der

Konzeption von Anamnese- und Befundbögen wäre es denkbar, dass die innerhalb der Stichprobe bereits existierenden Materialien als Grundlage bzw. Struktur für die Entstehung eines allgemeingültigen und konzeptübergreifenden Anamnese- und Befundbogens dienen (ebd., 79). Mögliche bzw. notwendige Inhalte sowie anwendbare Darstellungsformen könnten beispielsweise in Form eines Expertentreffens erörtert und aufbauend konzipiert werden (ebd.). ■

Literatur

- Bahr, R. (2012): Wenn Kinder schweigen. Redehemmungen verstehen und behandeln. Ein Praxisbuch (5. Auflage). Ostfildern: Patmos
- Bergman, R. L.; Steinhausen, H.-C. (2005): Fragebogen zur Erfassung des Elektiven Mutismus – Elternversion (FEM-E-R). Zugriff am 13.11.2013 auf: http://www.kjpd.zh.ch/dam/gesundheitsdirektion/kjpd/infos_fachpersonen/praxismaterialien/mutismus/6.1_FEM-E-R.pdf.spooler.download.1386842199366.pdf/6.1_FEM-E-R.pdf
- Brauer, T.; Tesak, J. (2010): Logopädie. Was ist das? Eine Einführung mit Tonbeispielen (4., überarbeitete Auflage). Idstein: Schulz-Kirchner
- DIKJ (o.J.): Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche. Zugriff am 10.01.2014 auf: <http://www.testzentrale.de/programm/depressionsinventar-fur-kinder-und-jugendliche.html>
- Feldmann, D.; Kopf, A.; Kramer, J. (2012): Das Konzept der Kooperativen Mutismustherapie (KoMut). Eine systemisch-handlungsorientierte Therapie für Kinder mit Selektivem Mutismus. Forum Logopädie 26/1, 14–20
- Franke, U. (2002): Erkennen durch Beobachten: Interaktionsdiagnostik in der Logopädie. Forum Logopädie 16/1, 17–23
- Garbani Ballnik, O. (2009): Schweigende Kinder. Formen des Mutismus in der pädagogischen und therapeutischen Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Hartmann, B. (2009): Mutismus-Soziogramm. Zugriff am 13.11.2013 auf: http://www.boris-hartmann.de/sprachtherapie-boris-hartmann/files/mutismus_soziogramm3_copy.pdf
- Hartmann, B. (2013): Die Systemische Mutismus-Therapie/SYMUT als Therapiealternative. In: Hartmann, B. (Hrsg.), Gesichter des Schweigens. Die Systemische Mutismus-Therapie/SYMUT als Therapiealternative (4., überarbeitete und ergänzte Auflage). Idstein: Schulz-Kirchner, 261–347
- Hartmann, B.; Lange, M. (2006): Evaluationsbogen für das sozialinteraktive Kommunikationsverhalten bei Mutismus. Zugriff am 13.11.2013 auf: <http://www.boris-hartmann.de/sprachtherapie-boris-hartmann/files/evaluationsbogen.pdf>
- Hartmann, B.; Lange, M. (2013): Mutismus im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Für Angehörige, Betroffene sowie therapeutische und pädagogische Berufe (6., überarbeitete Auflage). Idstein: Schulz-Kirchner
- ICD-10-GM (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) 10. Revision. German Modification. Version 2014: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90–F98). Zugriff am 8.11.2013 auf: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2014/block-f90-f98.htm>
- Katz-Bernstein, N. (2011): Selektiver Mutismus bei Kindern. Erscheinungsbilder, Diagnostik, Therapie (3., überarbeitete Auflage). München: Ernst Reinhardt Verlag
- Kopf, A. (in Druck): DiFraMut – Diagnostische Fragebögen zum selektiven Mutismus. Köln: ProLog-Verlag
- Kramer, J. (o.J.): KoMut – Grundzüge der Kooperativen Mutismustherapie. Zugriff am 09.11.2013 auf: http://www.selektiver-mutismus.de/?download=Weitere_Informationen_zu_KoMut_j_Kramer.pdf
- Kresse, A. (2011): Erfassung diagnostischer Daten bei Selektivem Mutismus. Entwicklung und Erprobung eines Elternfragebogens. Unveröffentlichte Masterarbeit. Universität Bielefeld. Fakultät für Linguistik und Literaturwissenschaften
- Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (11., aktualisierte und überarbeitete Auflage). Weinheim und Basel: Beltz
- Melfsen, S.; Warnke, A. (2009): Selektiver Mutismus. In: Schneider, S.; Margraf, J. (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 555–572
- Oppermann, T. (2014): Das diagnostische Vorgehen bei selektiv mutistischen Kindern im Alter von 4–11 Jahren in der ambulanten logopädischen Praxis – Eine Expertenbefragung –. Unveröffentlichte Master-Thesis. Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst (HAWK) Hildesheim/Holzminen/Göttingen
- Perednik, R. (2011): The Selective Mutism Treatment Guide. Manuals for Parents, Teachers, and Therapists. Still Waters Run Deep. Jerusalem: Oaklands
- Plener, P. L.; Spröber, N. (2013): (S)elektiver Mutismus. In: Fegert, J. M.; Kölch, M. (Hrsg.), Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (2. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, 82–89
- SPAIK (o.J.): Sozialphobie und -angstinventar für Kinder. Zugriff am 10.1.2014 auf: <http://www.testzentrale.de/programm/sozialphobie-und-angstinventar-fur-kinder.html>
- Steinhausen, H.-C. (2007): Fragebogen zur Erfassung des Elektiven Mutismus – Lehrerversion (FEM-L). Zugriff am 13.11.2013 auf: http://www.kjpd.zh.ch/dam/gesundheitsdirektion/kjpd/infos_fachpersonen/praxismaterialien/mutismus/6.2%20FEM-L.pdf.spooler.download.1386842315522.pdf/6.2+FEM-L.pdf
- Subellok, K.; Starke, A. (2012): Selektiver Mutismus. In: Niebuhr-Siebert, S.; Wiecha, U. (Hrsg.), Kindliche Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen. Gezielte Elternberatung. München: Urban & Fischer, 219–237