

Rösler, Michael

## **Befunde beim neurotischen Mutismus der Kinder - Eine Untersuchung an 32 mutistischen Kindern**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 30 (1981) 6, S. 187-194*

urn:nbn:de:bsz-psydok-28594

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt 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 dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)

Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

## INHALT

Nachruf Prof. Dr. med. Hubert Harbauer (Obituary Prof. Dr. med. Hubert Harbauer) .....	1
Johann Zauner 60 Jahre (Johann Zauner 60 Years) ..	153
Rudolf Adam 60 Jahre (Rudolf Adam 60 Years) .....	265

### Aus Praxis und Forschung

G. Baethge: Kindertherapie oder Familientherapie? (Child Therapy or Family Therapy?) .....	159
F. Baumgärtel: Die Rolle projektiver Verfahren in der therapieorientierten Diagnostik (The Function of Projective Methods in Therapy-centered Diagnostics) ..	77
E. H. Bottenberg: Persönlichkeitspsychologische Analyse der „Vorstellung vom eigenen Helfen“ (VEH) (Personality-psychological Analysis of the "Idea of own Helping" (VEH) .....	124
E. H. Bottenberg: Prosoziales Verhalten bei Kindern: „Vorstellung vom eigenen Helfen“ (VEH), Persönlichkeitskontext und Dimensionen des elterlichen Erziehungsstiles (Prosocial Behavior in Children: "Idea of own Helping" (VEH), Personality Context, and Dimensions of Parental Child-rearing Style) .....	137
M. B. Buchholz: Psychoanalyse — Familientherapie — Systemtheorie: Kritische Bemerkungen zur These vom Paradigmawechsel (Psychoanalysis—Family Therapy—System Theory: Critical Remarks upon the Theory Concerning a Change of Paradigm) .....	48
G. Deegener, Ch. Jacoby u. M. Kläser: Tod des Vaters und seine Bedeutung für die weitere Entwicklung des Kindes: eine retrospektive Studie (Death of the Father and its Importance for the Psychosocial Development of the Children) .....	205
M. Fuchs: Beziehungsstörungen und Funktionelle Entspannungstherapie (Disturbed Personal Relations and Functional Relation Therapy) .....	243
U. Gerhardt: Familientherapie — Theoretische Konzeptionen und praktische Wirklichkeit — Ergebnisse einer Umfrage (Family Therapy in Theory and Practice) ..	274
P. Hälgi: Symbolik und Verlauf in der Therapie eines dreizehnjährigen Stotterers mit dem katathymen Bilderleben (Symbolism and Process in a Short Term Therapy of a Male Juvenile Stutterer using the Day Dream Technique of Guided Affective Imagery (GAI)) ....	236
H. Kury u. Th. Deutschbein: Zur Erfassung gesprächstherapeutischer Prozessvariablen anhand von Bandaufzeichnungen (Collecting Data by Tape Recordings on Process Variables in Clientcentered Psychotherapy) ..	2
J. Leistikow: Ein Wechselwirkungsmodell zur Ableitung von Therapieentscheidungen aus diagnostischen Informationen (A Model of Reciprocal Action for Arriving at Therapeutic Decisions on the Basis of Information Obtained in Diagnostics) .....	118
G. Lischke-Naumann, A. Lorenz-Weiss u. B. Sandock: Das autogene Training in der therapeutischen Kindergruppe (Autogenous Training in Group Psychotherapy with Children) .....	109
E. Löschenkohl u. G. Erlacher: Kinder an chirurgischen Stationen: Überprüfung eines kognitiv orientierten Interventionsprogrammes zur Reduktion von Verhaltensstörungen (Children in a Surgical Ward: A Cognitive Intervention Program for Reducing Behavioral Disorders) .....	81
B. Mangold u. W. Obendorf: Bedeutung der familiären Beziehungsdynamik in der Förderungsarbeit und Therapie mit behinderten Kindern (The Significance of the Dynamics of Family Relationships in Regard to Management of Retarded Children) .....	12

F. Mattejat: Schulphobie: Klinik und Therapie (School Phobia: Clinical and Therapeutic Aspects) .....	292
U. Rauchfleisch: Alters- und geschlechtsspezifische Veränderungen der Frustrationsreaktion bei Kindern und Jugendlichen (Age-and Sex-related Changes in the Reaction to Frustration in Children and Adolescents) ..	55
Ch. Reimer u. G. Burzig: Zur Psychoanalytischen Psychologie der Latenzzeit (Some Considerations upon Psychoanalytic Psychology of the Latency Period) ..	33
V. Riegels: Zur Interferenzneigung bei Kindern mit minimaler zerebraler Dysfunktion (MZD) (Interference Tendencies in Children with Minimum Cerebral Dysfunction (MCD)) .....	210
M. Rösler: Befunde beim neurotischen Mutismus der Kinder — Eine Untersuchung an 32 mutistischen Kindern (An Investigation of Neurotic Mutism in Children—Report on a Study of 32 Subjects) .....	187
J. Rogner u. H. Hoffelner: Differentielle Effekte einer mehrdimensionalen Sprachheilbehandlung (Differentiated Effects of a Multi-dimensional Speech Therapy) ..	195
U. Seidel: Psychodrama und Körperarbeit (Psychodrama and Bodywork) .....	154
G. H. Seidler: Psycho-soziale Aspekte des Umgangs mit der Diagnose und der intra-familiären Coping-Mechanismen bei Spina bifida- und Hydrocephaluskindern (Psycho-social Aspects of Coping with Diagnosis and of Related Family Dynamics in Families Having Children Afflicted with spina bifida and Hydrocephalus) .....	39
R. Schleiffer: Zur Psychodynamik des Gilles de la Tourette-Syndroms (Psychodynamic Considerations in Gilles de la Tourette's Syndrome) .....	199
H.-Ch. Steinhausen u. D. Göbel: Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population: I. Erhebungsmethode und Prävalenzraten (Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population: 1. Methodology and Prevalence) .....	231
A. Stieber-Schmidt: Zur Arbeit im „Realitätsraum“ einer Jugendlichen-Station in einer psychotherapeutischen Klinik (Observations on Adolescent Clinical Psychotherapy) .....	247
W. Vollmoeller: Zur Problematik von Entwicklungskrisen im Jugendalter (On Problems of the Concept of Juvenile Crisis) .....	286
H. R. Wohnlich: Die psychosomatisch-psychotherapeutische Abteilung der Universitäts-Kinderklinik Zürich: Krankengut, Organisation und therapeutisches Konzept (Psychosomatic-psychotherapeutic Ward of the Children's Hospital Zürich: Patients, Organisation, Therapeutic Concept) .....	266

### Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge

H. Budde u. H. Rau: Unterbringung von verhaltensauffälligen Kindern in Pflegefamilien — Erfahrungen bei der Auswahl und Differenzierung im Rahmen eines Pflegeelternprojektes (Selection and Differentiation of Foster Families for Behaviorally Disturbed Children) .....	165
G. Deegener: Ergebnisse mit dem Preschool Embedded Figures Test bei fünfjährigen deutschen Kindergartenkindern (Results with the Preschool Embedded Figures Test on Five-Year-Old Children) .....	144
G. Glissen u. K.-J. Kluge: Berufliche Unterstützung und Förderung von Pädagogen in einem Heim für verhaltensauffällige Schüler (Occupational Assistance and Promotion of the Pedagogic Staff in a Home for Behaviorally Disturbed School Children) .....	174

K.-J. Kluge u. B. Strassburg: Wollen Jugendliche durch Alkoholkonsum Hemmungen ablegen, Kontakte knüpfen bzw. ihre Probleme ertränken? (Alcohol Abuse in Adolescents—A Means of Discarding Inhibitions, of Establishing Contacts, or of Drowning One's Problems) .....	24	zieherinnen (The Problem of Social Desirability in a Survey of Motives for Choosing the Profession Aspired to with Trainees at Training Colleges for Welfare Workers) .....	214
K.-J. Kluge: Statt Strafen logische Konsequenzen (Logic Consequences Instead of Punishment) .....	95	<b>Tagungsberichte</b>	
F. Mattejat u. J. Jungmann: Einübung sozialer Kompetenz (A Group Therapy Program for Developing and Exercising Competent Social Behaviour) .....	62	H. Remschmidt: Bericht über die 17. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in München vom 25.-27.5.1981 (Report of the 17th Scientific Meeting of the German Association for Child and Adolescent Psychiatry in Munich, May 25-27, 1981) .....	223
L. Merckens: Motivationspsychologische Erwägungen bei der Planung und Durchführung des Unterrichts in der Körperbehindertenschule (Psychological Considerations on Motivation for the Planning and Realization of Teaching in Schools for the Physically Handicapped) .....	305	G. Wolff u. J. Brix: Bericht über eine Arbeitstagung zum Thema „Psychosoziale Betreuung onkologisch erkrankter Kinder und ihrer Familien“ in Heidelberg vom 3.10.-5.10.1980 (Report on a Workshop on: "Psychosocial Care for Children as Tumor Patients and for Their Families", Heidelberg October 3-5, 1980) .....	100
I. Milz: Die Bedeutung der Montessori-Pädagogik für die Behandlung von Kindern mit Teilleistungsschwächen (The Significance of the Montessori Teaching Method in the Treatment of Children with Partial Performance Disorders) .....	298	<b>Kurzmitteilung</b>	
F. Petermann: Eltern- und Erziehertraining für den Umgang mit aggressiven Kindern (Parents and Educator Training with Regard to Aggressive Child's Behavior) .....	217	A. R. Bodenheimer: Vom Unberuf des Psychiaters (Psychiatrist—the Non-Profession) .....	103
J. Peters: Systematische Förderung von Selbstsicherheit und Selbstbehauptung bei Heimkindern (Training of Self-reliance and Assertiveness with Orphanage-children) .....	182	<b>Literaturberichte: Buchbesprechungen (Bookreviews)</b>	
R. Rameckers u. W. Wertenbroch: Prophylaxe von Verhaltensauffälligkeiten als Aufgabe von Kindergärten (The Prevention of Inadequate Behaviour in Kindergarten) .....	70	Affemann, Rudolf: Woran können wir uns halten? — Kompaß durch die Konfliktfelder unserer Zeit — Erfahrungen eines Psychotherapeuten .....	226
J. R. Schultheis: Verhaltensprobleme im Berufsschulalter unter dem Aspekt der Realitätstherapie (The Significance of Reality Therapy in Regard to Behavior Problems of Adolescents Receiving Vocational Education) .....	256	Antoch, Robert F.: Von der Kommunikation zur Kooperation. Studien zur individualpsychologischen Theorie und Praxis .....	227
J. Wienhues: Der Einfluß von Schulunterricht auf die Konzentrationsfähigkeit von Kindern im Krankenhaus (Hospitalization from the Point of View of Children in Secondary School Results from a Questionnaire) .....	18	Hau, Theodor, R.: Psychoanalytische Perspektiven der Persönlichkeit .....	107
J. Wienhues: Schulunterricht im Krankenhaus als Kompensations- und Rehabilitationsfaktor (Schoolteaching in the Hospital - a Factor of Compensation and Rehabilitation) .....	91	Halsey, A. D. (Hrsg.): Vererbung und Umwelt .....	105
H. Zern: Zum Problem „Sozialer Erwünschtheit“ bei der Erfassung von Berufswahlmotiven angehender Er-		Hellwig, Heilwig: Zur psychoanalytischen Behandlung von schwergestörten Neurosekranken .....	107
		Hommes, Ulrich (Hrsg.): Es liegt an uns — Gespräche auf der Suche nach Sinn .....	227
		Kellmer Pringle, Mia: Eine bessere Zukunft für Kinder .....	105
		Kuhmerker, Lisa, Mentkowski, Marcia u. Erickson, Lois (eds): Zur Evaluation der Wertentwicklung .	106
		Schmidt, Hans Dieter, Richter, Evelyn: Entwicklungswunder Mensch .....	227
		<b>Mitteilungen (Announcements)</b> 76, 108, 150, 186, 228, 262, 313	

## Aus Praxis und Forschung

Aus der Universitäts-Nervenklinik, Homburg/Saar – Psychiatrie –  
(Direktor: Prof. Dr. K. Wanke)  
Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
(Leiter: Prof. Dr. K. Schenck)

### Befunde beim neurotischen Mutismus der Kinder Eine Untersuchung an 32 mutistischen Kindern

Von Michael Rösler

#### Zusammenfassung

Es konnten 32 Mutisten mit einem Durchschnittsalter von 8,1 Jahren untersucht werden. Die Ergebnisse weisen aus, daß in 68,8% der Fälle eine frühkindliche Hirnschädigung zu diagnostizieren war. Statomotorische und vor allen Dingen sprachliche Entwicklungsverzögerungen neben anderen Leistungsstörungen waren die dadurch wesentlich mitverursachte Folge. Die Analyse der mütterlichen und väterlichen Einstellung bzw. deren sprachliche Charakteristika wiesen darauf hin, daß sich bei der Entwicklung der mutistischen Symptomatik hirnorganisch bedingte Faktoren und soziale, reaktive Faktoren summieren.

Die Kinder waren in hohem Maße mütterlicher Overprotection und mangelnden Entwicklungsanreizen ausgesetzt und zum großen Teil sozial isoliert. Diese Konstellation aus frühkindlicher Hirnschädigung und mangelnden Entwicklungsanreizen wurde als Prägnanzgruppe definiert. Sie traf bei 68% unserer mutistischen Kinder zu.

#### 1. Einleitung

Seitdem *Kußmaul* 1877 erstmals das Krankheitsbild, damals noch *Aphasia voluntaria* genannt, beschrieb, hat es vielfältige Beachtung gefunden. *Popella* (1960) nahm aufgrund seiner Untersuchung von Familien mit mutistischen Kindern eine Störung des Sprechtriebes auf erblicher Grundlage an. *Schepank* (1960) betont die Bedeutung des „Geheimnisverrates“ bei familiärer Konfliktsituation für die Entwicklung des kindlichen Mutismus. *Pustrom* (1964) kam zu einem ähnlichen Ergebnis und stellte darüberhinaus die Unzufriedenheit der Mütter dieser Kinder in der ehelichen Situation heraus. Einer abnormen Mutter-Kind-Beziehung wird besonderes Gewicht beigemessen (*Weber*, 1950; *Pangalila-Ratulangie*, 1959, *Pustrom*, 1964).

Überwiegend wird auf die multifaktorielle Ätiologie dieser Kinderneurose hingewiesen (*Misch*, 1952; *Dührssen*, 1965; *Kehrer*, 1974; *Funke*, 1978). Hinweise auf das Vorhanden-

sein einer hirnorganischen Störung finden sich bei *Lorand* (1960), *Kehrer* (1974), *Kos-Robes* (1975) und *Funke* (1978). In dieser Arbeit wollen wir keinen neuen Beitrag zur Neurosentheorie leisten, sondern unser Hauptaugenmerk auf das eventuelle Vorhandensein hirnorganischer Störungen richten. Trotzdem sollen psychodynamische Befunde nicht außer acht gelassen werden.

#### 2. Krankengut und methodisches Vorgehen

Es konnten 32 Kinder, 19 Mädchen und 13 Jungen, untersucht werden. Es handelt sich um 20 stationär und 12 ambulant betreute Kinder, die zwischen 5,9 und 14,1 Jahre alt waren, bei einem Durchschnittsalter von 8,1 Jahren. Die Grundlage der Diagnose war die von *Weber* (1950) gegebene Definition. Er teilte den Mutismus der Kinder ein in einen einfachen reaktiven Mutismus und stellte ihm den neurotischen Mutismus gegenüber, wobei der neurotische Mutismus in seiner Symptomatik eher elektiv, der einfache reaktive Mutismus eher total sein soll.

Trotz der Kritik, die an dieser Einteilung geäußert wurde (*Foerster*, 1956), scheint dies die praktikabelste Systematik zu sein (*Wallis*, 1957).

In unserer Untersuchung haben wir nur neurotische Mutisten erfaßt. Wie zu erwarten, waren bis auf eine Ausnahme die Kinder elektiv mutistisch. Auf eine strenge Abgrenzung gegenüber Sprachscheu und zum einfachen, reaktiven Mutismus einerseits und zu den mehr autistischen Bildern andererseits wurde geachtet.

1. Anamnese, ergänzt durch standardisierten Elternfragebogen, Kindergarten- bzw. Schulbericht.
2. Neurologischer Befund, Beurteilung der Fein- und Grobmotorik mittels Schriftprobe.  
Die Grobmotorik wurde mit einigen Untertests aus dem Körper-Koordinations-Test von *Kiphard* und *Schilling* erfaßt.
3. EEG.
4. Röntgen-Schädel.

- 5. Augen- und hals-nasen-ohren-ärztliche Abklärung.
- 6. Psychopathologischer Befund.
- 7. Testpsychologische Befunde (colourierte Matrizen und standardisierte progressive Matrizen von Raven, Columbia-Skala, Göttinger Formreproduktions-Test und wenn möglich Wechsler-Intelligenztest für Kinder in seiner Kurzform). Die Testung war nicht bei allen Kindern möglich. Die Gründe liegen in der mutistischen Symptomatik und im Rückzugverhalten der Kinder.
- 8. Verhaltensbeobachtung unter Verwendung einer Rating-Skala.

3. Die Ergebnisse

3.1. Frühkindliche Hirnschädigung

Bei der Beurteilung der Frage, ob eine frühkindliche Hirnschädigung (FKHS) vorliegt, haben wir uns weitgehend an das Vorgehen von *Lempp* (1978) gehalten.

Tabelle 1: Pathologische Merkmale bei 32 Mutisten

Pathologische Anamnese	50 %
Auffällige Anamnese	34,4%
Unauffällige Anamnese	15,6%
Klinisch-neurologischer Befund und Röntgen-Schädel pathologisch	50 %
Pathologisches EEG	68,7%

Pathologische Anamnese bedeutet hier, daß aufgrund der durchgemachten Schädigung eine frühkindliche Hirnschädigung in hohem Maße zu erwarten ist. Auffällige Anamnese heißt, daß eine FKHS möglich ist.

Die EEG-Auswertung erfolgte nach den Normwerten von *Olofsson* (1970/71) und *Petersen* (1970/71). In Anlehnung an die von *Schenck* und *Weber* (1968) gemachten Angaben, haben wir eine FKHS diagnostiziert, wenn wenigstens zwei der oben dargestellten Einzelmerkmale zutrafen. Auf eine Darstellung des psychopathologischen Befundes haben wir hier bewußt verzichtet, er wird weiter unten angeführt. Da seine diagnostische Relevanz bezüglich einer FKHS problematisch ist, haben wir ihn nicht als Kriterium herangezogen (*Sieber*, 1978). Wie wir es erwartet haben, zeigten alle Kinder mit einer pathologischen Anamnese zusätzliche Befunde.

Tabelle 2: Merkmalskombination bei 69% FKHS-Kindern

3 Merkmale	46,9%
2 Merkmale	21,9%
1 Merkmal	21,9%

In 22 Fällen konnten wir die Diagnose einer FKHS stellen. Auf die Angabe einer Verdachtsdiagnose FKHS haben wir verzichtet.

3.2 Psychopathologischer Befund

Die im folgenden dargestellte Psychopathologie umfaßt alle Daten, die aus dem beschriebenen diagnostischen Repertoire zu erheben waren. Viele Kinder boten über den Mutismus hinausgehende psychiatrisch bedeutsame Symptome

Bei der Prüfung der Intelligenz fiel uns auf, daß 37,5% der Kinder einen IQ unter 90 aufwiesen, während 6,3% über einem IQ von 119 lagen.

Dies bedeutet, daß es sich nicht um normal verteilte Intelligenzbefunde handelt. Das gehäufte Auftreten schwach normal Begabter und leicht Minderbegabter kann in einem gewissen Zusammenhang zum gehäuften Auftreten einer FKHS gesehen werden. Darüberhinaus erscheint uns der durch den Mutismus verursachte Kommunikationsverlust besonders in der Schule bedeutsam zu sein.

Tabelle 3: Verteilung psychopathologischer Befunde

Angst	90,6%
passives Rückzugsverhalten	63 %
Stimmungsschwankungen	37,5%
Konzentrations- u. Leistungsstörung	37,5%
Aggressivität	28,1%
Hypermotorik	28,1%
Starker mimisch-gestischer Ausdruck	28,1%
Trotzverhalten	18,8%
Enuresis	31,2%
Tic's, Jaktation, Stereotypien	21,9%
Zwänge	21,9%
Enkopresis	6,3%
Nägelbeißen, Daumenlutschen, Haareraufen	40,6%

Wir verstehen unter passivem Rückzugsverhalten sich Entziehen bei Anforderungen und Isolierungstendenzen in der Gruppe. Viele Kinder boten Stimmungsschwankungen, wobei sich die Tendenz in Richtung zum depressiv Verstimmten bewegte. Im Verhaltensbereich Aggressivität finden sich sowohl Hetero- als auch Autoaggressionen. Die Beurteilung des mimisch-gestischen Verhaltens sollte auf die Möglichkeit eines Kompensationsmechanismus des durch den Mutismus eingeeengten Kommunikationsverhaltens hinweisen.

3.3 Entwicklungsstörungen

Unter der Bezeichnung Entwicklungsstörungen haben wir Befunde zusammengetragen, die sich auf bestimmte Leistungen beziehen, die üblicherweise als Marksteine der Entwicklung gelten und zur Diagnostik herangezogen werden (z.B. Sprachentwicklung oder statomotorische Entwicklung). Es handelt sich um Daten aus der anamnестischen Erhebung, darüberhinaus kommen testpsychologische Befunde zum Tragen. Aufgrund der eingangs erwähnten Schwierigkeiten konnten lediglich bei 21 Kindern vollständige testpsychologische Befunde erhoben werden. Einige der zur Darstellung kommenden Daten zeigen deshalb eher zu niedrige Werte an, sie sind deswegen mit einem Fragezeichen versehen.

Tabelle 4: Entwicklungsstörungen bei 32 Mutisten

Statomotorische Entwicklungsverzögerung	31,3%
Sprachentwicklungsverzögerung	65,6%
Sprachstörung	46,9%
Visu-motorische Störung	40,6% (?)
Linkshänder	12,5% (?)
Legasthenie	15,6% (?)

Eine Sprachentwicklungsstörung wurde diagnostiziert, wenn die in der Denver-Skala enthaltenen Soll-Werte nicht erreicht wurden, oder wenn der Sprachbeginn jenseits des 18. Lebensmonats einsetzte. Auch die Beurteilung der statomotorischen Entwicklung stützt sich auf die Denver-Skala.

### 3.4 Familiensituation

Zur Beurteilung der familiären Situation, Persönlichkeit und Erziehungsverhalten von Mutter und Vater, der ehelichen Harmonie und des sozialen Status der Familie bedienen wir uns der anamnestischen Daten, der Verhaltensbeobachtung mit dem Kind, Explorationsergebnissen und der Untersuchung der Mütter mit dem FPI.

Tabelle 5: Familiensituation mutistischer Kinder

Mütter:	Overprotection	56,3%
	Defizienz des Sprachvorbildes	25 %
	in der Ehe dominierende Haltung	21,9%
	psychiatrische Krankheiten	15,6%
	abweisende Haltung	12,5%
Väter:	verringerte sprachliche Kommunikation bei zurückgezogener Persönlichkeit	34,4%
	Brutalität	15,6%
	Defizienz des Sprachvorbildes	15,6%
	psychiatrische Krankheiten	15,6%
Eheliche Situation:	gestörte Harmonie	31,3%
	Isolation der Familie	37,5%
	starker Dialekt bei beiden Eltern	93,8%
Landbevölkerung		93,8%

Unter der Rubrik Defizienz des Sprachvorbildes sind alle bedeutsamen Auffälligkeiten von schweren Ausfällen bis hin zu verwaschener, undeutlicher Sprache enthalten. Zwei Mütter wurden in einer Gehörlosen-Schule erzogen und müssen Hörgeräte tragen. Bis auf zwei Ausnahmen leben alle Familien in Gemeinden unter 5000 Einwohnern. Die Kinder entstammen ausschließlich der sozialen Unter- und Mittelschicht, wobei die letztere überwiegt. Unter der Rubrik Overprotection sind Mütter eingereiht, die eine einengend-schonende Verwöhnung und übermäßigen Schutz gegenüber ihren Kindern zeigen. Über die Erhebung von Einzelbefunden hinaus, haben wir das Zusammentreffen von Konstellationen zu erfassen versucht.

### 3.5 Symptomkonstellationen

Die zahlenmäßig größte Gruppe von Kindern bietet die Kombination FKHS und Overprotection. Innerhalb dieser Gruppe finden sich darüberhinaus Väter, die in geringem Maße sprachliche Kommunikation mit ihren Angehörigen üben und insgesamt als zurückgezogene Persönlichkeiten anzusehen sind. Um eine weitere, größere Gruppe von Kindern diskriminieren zu können, war es notwendig, alle Einzelbefunde, die auf einen mangelnden Umweltanreiz während der Entwicklung hindeuten, zusammenzufassen. Es

entstand die Kombination FKHS/mangelnder Umweltanreiz. Vorzugsweise beinhaltet diese Gruppe isoliert lebende Familien, defizientes elterliches Sprachvorbild sowie kalte und abweisende Eltern. Da mütterliche Overprotection ebenfalls eine Einengung des Kindes in seinen sozialen Kontakten und unter Umständen mangelnden Entwicklungsanreiz aufgrund fehlender Außenreize bedeutet, können wir die beiden eben beschriebenen Gruppen zusammenfassen, womit es gelingt, insgesamt 68,8% unserer mutistischen Kinder in einer Gruppe zu vereinen.

Tabelle 6: Kernsyndrom mangelnder Entwicklungsanreiz bei 22 Mutisten

FKHS/Overprotection	46,9%
FKHS/mangelnder Umweltanreiz	21,9%

Es verbleiben 10 Kinder, die in das beschriebene Kernsyndrom nicht eingeordnet werden können. Ihnen ist gemeinsam, daß sich keine Hinweise auf eine FKHS finden. In dem Auftreten von über den Mutismus hinausgehenden Symptomen unterscheiden sie sich nicht von unserer Kerngruppe. Es ergibt sich lediglich eine gewisse Tendenz in Richtung vermehrtem Auftretens von Legasthenie und Linkshändigkeit.

Tabelle 7: Symptome bei 10 in der Kerngruppe nicht erfaßten Mutisten

Enuresis	30%	Nägelbeißen, Daumenlutschen	20%
Linkshänder	30%	statomot. Entwicklungsverzögerung	20%
Legasthenie	30%	Sprachentwicklungsverzögerung	30%
Tic	10%	Sprachstörung	40%
Stimmungslabilität	40%	gestörte Familienharmonie	40%

Unabhängig von der bisher gefundenen Gruppierung ist es möglich, das Sprachverhalten bzw. die Sprachentwicklung als Ausgangspunkt einer Einteilung heranzuziehen. Die Analyse dieser Daten zeigte, daß 40,6% der Kinder die Konstellation Sprachentwicklungsverzögerung/Sprachstörung und defektes Sprachbild boten. Über diese Einzelsymptome hinaus war es nicht möglich, weitere Gruppen zu bilden, es zeigte sich, daß in den beiden oben genannten Patientengruppen eine unterschiedliche Verteilung der Daten bezüglich Sprachentwicklung, Sprachfehler und Sprachvorbild nicht vorhanden waren. Wir verstehen unter Sprachstörung in diesem Zusammenhang alle offenkundigen Defekte, wie Stottern, Stammeln, Dysgrammatismus, Telegrammstil und verwaschene Aussprache.

Wir hätten uns gewünscht, weitergehende statistische Bearbeitung der vorliegenden Daten vornehmen zu können, wie z.B. eine faktorenanalytische Betrachtung. Dies scheiterte am relativ geringen Stichprobenumfang und an der Tatsache, daß die Daten meistens nicht in der erforderlichen Skalierung vorlagen.

4. Vergleich mit anderen repräsentativen, klinischen Untersuchungen und Stichproben der Normalbevölkerung

Zu diesem Zweck greifen wir die Arbeiten von *Sieber* (1978) und *Thalmann* (1971) auf und vergleichen sie mit unseren Ergebnissen. *Sieber* untersuchte zwei parallelisierte Gruppen von Jungen und Mädchen mit psychoorganischem Syndrom (POS) oder mit psychoreaktiven Verhaltensauffälligkeiten (PRS). Das Durchschnittsalter betrug 8,88 bzw. 10,34 Jahre. *Thalmann* entnahm der Normalbevölkerung eine Stichprobe von 7–10jährigen Jungen. Methodisch haben wir die Ergebnisse der genannten Untersuchungen mit der Kontingenztafelanalyse verglichen.

4.1 Frühkindliche Hirnschädigung

Zur Frage der Erwartungswerte für FKHS liegen teilweise erhebliche divergierende Zahlen vor. Wir entnehmen der Arbeit von *Schenck* und *Weber* (1968) folgende Vergleichsdaten:

Tabelle 8: Häufigkeit frühkindliche Hirnschädigung

<i>Schenck u. Weber</i>	FKHS 2,74	Verdacht auf FKHS	14,9%
<i>Lempp</i>	FKHS 17,9%	Verdacht auf FKHS	63,6%
<i>Strunk</i>	FKHS 1,9%	Verdacht auf FKHS	11,8%
<i>Enke</i>	FKHS 6,5%		
Homburg (Mutisten)	FKHS 68,8%		

Bei den zitierten Untersuchungen liegen Stichproben aus der Normalbevölkerung vor.

Psychopathologie

Unter den psychischen Merkmalen fällt die hohe Ängstlichkeit nahezu aller Mutisten auf. Sie unterscheiden sich darin von allen anderen Vergleichsgruppen.

Die Angst, die mutistische Sprachstörung selbst und die Neigung zu passivem Rückzugsverhalten führen zu einer Isolation in der Gruppe. In seltenen Fällen wurde Gegenteiliges beobachtet. Offenbar der Attraktivität der Störung zufolge gelingt es einigen Mutisten zum stummen Mittelpunkt der Gruppe zu werden. Es handelt sich hierbei ausschließlich um Kinder, die ein lebhaftes, kompensatorisches Ausdrucksgebaren zeigten und nicht zu depressiven Verstimmungen neigten. Neigung zu dysphorischen und depressiven Verstimmungen sahen wir öfter als bei POS und normalen Kindern. Nach *Weber* (1950) und *Dührssen* (1965) sollen depressive Verstimmungen für Mutisten typisch sein, ein Befund, den wir in diesem Ausmaß nicht voll bestätigen können. Auf einen Zusammenhang zwischen Angst und Zwängen hatte *Dührssen* (1967) hingewiesen. Die hohe Ängstlichkeit unserer Mutisten zeigt sich gegenüber allen Vergleichsuntersuchungen. Möglicherweise erklärt dies auch die relativ hohe Anzahl von Zwängen in unserem Krankengut. Häufigstes über den Mutismus hinausgehendes Symptom war die Enuresis, die signifikant häufiger als in den Untersuchungen von *Sieber* und *Thalmann* auftrat. Enkopresis fanden wir bei 2 Kindern, ein Ergebnis, das sich im Rahmen der Erwartungswerte bewegt. Ebenso finden sich keine bedeutsamen Abweichungen, was Trotzverhalten und Aggressivität angeht.

Unter dem Eindruck hoher Ergebnisse für FKHS hätten wir mehr hypermotorische Kinder erwartet. Die gefundenen, relativ niedrigen Hypermotorik-Ergebnisse fügen sich insgesamt gut in den Befund ein, daß das typische exogene Psychosyndrom bei unseren Mutisten die Ausnahme ist.

4.3 Entwicklungsstörung

Unsere mutistischen Patienten unterschieden sich deutlich von allen Vergleichsgruppen, besonders was den sprachlichen Bereich anbelangt.

Neben diesen sprachlichen Leistungsdefekten ergeben sich auch deutliche Hinweise auf vermehrte Ausfälle bei der

Tabelle 9: Vergleich psychopathologischer Befunde

	Homburg	POS	Sieber PRS	Thalmann
Angst	90,6%	33,2% $p \leq 0.001$	28,9% $p \leq 0.001$	12,7% $p \leq 0.001$
passives Rückzugsverhalten	62,5%			18,7%
Stimmungs labilität	37,5%	27,4% $p \leq 0.001$	40,7%	11,3% $p \leq 0.001$
Hypermotorik	28,1%			28,0%
starker Trotz	18,7%	13,5%	18,7%	14,7%
Aggressivität	28,1%	21,0%	23,2%	24,0%
Enuresis	31,2%	15,1% $p \leq 0,05$	14,6% $p \leq 0.01$	8,7% $p \leq 0.001$
Tic, Bewegungsstereotypien	21,8%	8,7%	8,4%	13,6%
Zwänge	21,8%	8,7%	8,4%	18,7%
Enkopresis	6,2%	7,5%	14,3%	2,7%

motorischen Entwicklung, zumindest was den Vergleich mit der Normalbevölkerung angeht. Dies geht aus den unter 3.3 genannten Daten hervor.

Als weitere Leistungsschwächen fanden sich bei 40,6% der Mutisten visumotorische Koordinationsstörungen.

Im Vordergrund der an den Vätern erhobenen Ergebnisse steht eine Haltung, die wir als in der Kommunikation mit den Angehörigen sparsam und insgesamt zurückgezogen charakterisieren wollen. Dieser Befund korrelierte statistisch signifikant mit dominierenden Müttern ( $p = 0.05$ ). Häufig

Tabelle 10: Entwicklungsverzögerung im Vergleich mit anderen Kinderpopulationen

	Homburg	POS	Sieber PRS	Thalmann
Sprachentwicklungsverzögerung	65,6%	21,2% $p \leq 0.001$	3,1% $p \leq 0.001$	
Sprachstörung	46,8%	11,6% $p \leq 0.001$	9,1% $p \leq 0.001$	11,3% $p \leq 0.001$
Legasthenie	15,6%	20,9%	6,1%	18,7%

Tabelle 11: Vergleich mütterlichen Verhaltens

	Homburg	POS	Sieber PRS	Kos/Biermann
Overprotection	56,2%	10,9% $p \leq 0.001$	10,8% $p \leq 0.001$	5,2% $p \leq 0.001$
abweisende Haltung	12,5%	5,6%	6,7%	6,2%
psychiatrische Krankheiten	15,6%	23,0%	28,2%	

Tabelle 12: Vergleich väterlicher und ehelicher Befunde

	Homburg	POS	Sieber PRS	Thalmann
psychiatrische Krankheiten	15,6%	10,9%	19,9%	
gestörte eheliche Harmonie	31,2%	14,1% $p \leq 0.01$	17,0% $p \leq 0.05$	12,0% $p \leq 0.01$

#### 4.4 Familiensituation

Beim Vergleich einiger untersuchter Dimensionen des mütterlichen und väterlichen Verhaltens und der ehelichen Situation war das häufige Auftreten einer einengenden Verwöhnung und übermäßigen Schutzhaltung von seiten der Mütter augenfällig.

Der Vergleich mit anderen Untersuchungen bietet signifikante statistische Unterschiede im Sinne des eben ausgeführten overprotectiven Verhaltens. Kos/Biermann (1973) gewannen ihre Ergebnisse während der Entwicklung ihres Testes „Die verzauberte Familie“ an 600 Kindern, die psychiatrisch behandelt wurden.

Eine abweisende Haltung nahmen nur 4 Mütter ein, ein Resultat, das auf einer Ebene mit den Erwartungswerten liegt. Auch die Zahl in psychiatrischer Behandlung befindlicher Mütter zeigt im Vergleich keine bedeutsamen Unterschiede.

gesehen wurden zur Brutalität neigende Väter und in gleichem Umfang wie bei den Müttern psychiatrische Krankheiten. Die Familienharmonie war weit häufiger gestört als in der obigen Tabelle 12 zitierten Vergleichsuntersuchungen. Aufgrund des Vergleiches mit der in der Literatur geäußerten Erwartungswerten dürfen wir für unsere Mutisten festhalten, daß sie sich von anderen Kindern ihrer Altersklasse über die eigentliche mutistische Symptomatik hinaus in folgenden Punkten wesentlich unterscheiden: sie bieten oft eine FKHS und in der Folge davon statomotorische Entwicklungsverzögerungen, Sprachentwicklungsverzögerungen und Sprachstörung, visumotorische Störungen und Beeinträchtigung der Feinmotorik. Im Bereich psychopathologischer Merkmale fallen Angst, passives Rückzugsverhalten und das häufige Auftreten von Enuresis auf. Die Mütter der mutistischen Kinder neigen zur Overprotection, dominieren in der Ehe und sind in ihrem Sprachvorbild häufig defizient. Die Väter zeichnen sich durch einen zurückhaltenden



sprachlichen Kommunikationsstil im Umgang mit ihren Angehörigen aus und sind insgesamt zurückgezogene Persönlichkeiten. Auch hier finden sich die Zeichen eines defizienten Sprachvorbildes. Die Familienharmonie ist oft gestört, es wird überwiegend ausgeprägter Dialekt gesprochen, fast alle mutistischen Kinder wachsen auf dem Land auf, viele sind ohne ausreichende soziale Außenkontakte.

### 5. Diskussion

Die Angst als ein hervorragendes Merkmal mutistischer Kinder wurde immer wieder hervorgehoben (Weber, 1950; Tramer, 1952; Jaeger, 1968; Kehrer, 1971; Gerö, 1975; Kos-Robes, 1975; Kehrer, 1978). Unsere Ergebnisse bestätigen, daß Angst ein gemeinsames Merkmal nahezu aller Mutisten ist. Das Wissen um die erhöhte Ängstlichkeit hatte Anlaß zu der Annahme gegeben, daß es sich bei der mutistischen Symptomatik um eine Strategie zur Reduktion von Angst handelt (Reed, 1963). Hierfür spricht auch, daß eine andere geläufige Strategie zur Verminderung von Angst nach der Untersuchung von Dührssen (1965) die Entwicklung von Zwängen ist. In Untersuchungen an mutistischen Kindern wurde wiederholt auf Zwangssymptome hingewiesen (Pustrom, 1964). Unsere Befunde weisen in die gleiche Richtung wie sie auch bei Halpern (1971) und Funke (1978) berichtet wurden. Im Gegensatz zu den Zwängen können wir Mitteilungen von trotzig-widerspenstigem Verhalten nicht bestätigen. Unsere mutistischen Kinder unterscheiden sich hierin weder von der Normalpopulation, noch von verhaltensauffälligen Kindern. Wir sahen eine ausgeprägte Neigung zu passivem Rückzugsverhalten, zu Isolation in der Gruppe und zu Unfähigkeit, in adäquaten Kontakt zu gleichaltrigen Kindern zu treten. Obwohl es an einer Bereitschaft anderer Kinder nicht mangelt, diese sich gelegentlich regelrecht anboten, hielten sich die Mutisten immer etwas in ängstlicher Zurückhaltung. Einen Anteil daran hat sicherlich die Overprotection von mütterlicher Seite z.T. auch die familiäre Isolation, die es dem Kind nicht gestatten, in üblicher Weise zu Gleichaltrigen Kontakt aufzunehmen. Es scheint uns bezeichnend zu sein, daß nur fünf unserer 32 Kinder einen Kindergarten besucht haben. Auf diese Weise kommen erst mit dem Schuleintritt Außenkontakte zustande. In diesem Alter wird die Störung dann offensichtlich, nachdem sie vorher oftmals nicht bemerkt wurde. Wiederholt haben wir anamnestisch erfahren, daß das mutistische Verhalten der Kinder von den Eltern dahingehend gedeutet wurde, daß das Kind einige Menschen offenbar nicht ausstehen kann und deswegen nicht in sprachlichen Kontakt tritt. Das in gegenseitige Beziehung zu Außenstehenden Treten ist bei diesen Kindern in der Regel gestört, wobei die sprachliche Kommunikationsstörung nur ein Bestandteil dieser globalen Störung zu sein scheint. Lorand (1960) diskutierte eine geistige Rückständigkeit als mitverursachendes Prinzip. Unsere Ergebnisse weisen in die gleiche Richtung. Der überwiegende Teil der Kinder war zwar durchschnittlich intelligent, es finden sich jedoch mehr schwach normal begabte und lernbehinderte Kinder als dies der Verteilung der Normalbevölkerung entspricht.

Über die Häufigkeit und Wertigkeit der FKHS bei dem mutistischen Krankheitsbild herrscht Uneinigkeit (Lorand,

1960; Kehrer, 1971; Kos-Robes, 1975; Funke, 1978). Den höchsten Anteil teilten bisher Kos-Robes mit einem Drittel und Lorand mit 5 von 11 Kindern mit. Reed (1963) hält dagegen den neurotischen Mutismus für ein rein psychogen verursachtes Krankheitsbild. Unsere Ergebnisse sprechen in eindeutiger Weise für die Annahme einer hirnnorganisch bedingten Matrix bei einem Großteil der Patienten, die die Grundlage für die mutistische Entwicklung liefert. Es sind die Folgen des FKHS, die uns bedeutsam erscheinen. Weniger das typische exogene Psychosyndrom, das nur selten in voller Ausprägung gesehen wurde, als vielmehr die verzögerte Sprachentwicklung und die Sprachstörungen sind offenbar bedeutsame hirnnorganische Faktoren, von denen der Mutismus seinen Ausgang nimmt. Nach Graichen (1972, 1973, 1975) und Lempp (1979) sind alle Sprachentwicklungsstörungen und alle Sprachstörungen ein gewichtiger Hinweis auf das Vorliegen einer Teilleistungsstörung oder Programmsteuerungsstörung. Lorand (1960) interpretierte diesen Sachverhalt im Sinne einer „funktionellen Organminderwertigkeit“. Ähnliche Befunde, im Sinne von Leistungsstörungen, wurden von Salfeld (1950), Halpern (1971) und Kehrer (1971) mitgeteilt.

Interessant unter dem Aspekt des Mutismus scheint uns der Hinweis von Graichen (1973) zu sein, daß das frühkindlich exogene Psychosyndrom nicht die gesamte Spannweite der Möglichkeiten erfaßt. Auch eine erhöhte Reizverslossenheit, z.B. im sprachlichen Bereich, sei möglich. Affolter (1977) berichtet über eine Gruppe von „supramodal“ geschädigter Kinder, die einen ausgeprägten Initialstupor in fremden Situationen boten, also ein dem Mutismus ähnliches Bild. Bei diesen Kindern waren über die Defekte im sprachlichen Bereich hinaus sensomotorische Leistungsbeeinträchtigungen nachzuweisen, ein Befund, der in hohem Maße auch für unsere Kinder zutrifft.

Ob Sprachentwicklungsstörungen und Sprachstörungen allein auf einen Organschaden zurückzuführen sind, erscheint uns zweifelhaft, da zwischen sozialer Umgebung und Sprachentwicklung Zusammenhänge nachgewiesen sind. (Göllnitz, 1972; Gloning, 1977; Langmeier und Matejcek, 1977).

Die Familien der Mutisten erwiesen sich als eindeutig auffällig bezüglich der Befunde, Sprachvorbild und Familienharmonie. Wie ein Vergleich mit den hirnnorganisch geschädigten Kindern in der Studie von Sieber (1978) zeigt, müssen sich hirnnorganische und soziale Faktoren bei der Entwicklung von Sprachstörungen gegenseitig summieren. Die hirnnorganisch geschädigten Probanden von Sieber bieten in weit geringerem Maße als unsere hirngeschädigten Kinder sprachliche Ausfälle, was unseres Erachtens ein Hinweis auf das zusätzliche Wirken sozialer, reaktiver Faktoren ist.

Neben den auf hirnnorganischen Schaden zurückführbaren Leistungsausfällen, boten unsere Mutisten eine ganze Reihe weiterer Symptome. Die Bedeutung der Enuresis wird bei Misch (1952), Tramer (1952), Lorand (1960), Popella (1960), Pustrom (1964), Schachter (1977) und Halpern (1971) gewürdigt. Die Häufigkeit des Auftretens der Enuresis unterscheidet die Mutisten von altersgleichen Kindern anderer Untersuchungsgruppen. In Verbindung von Mutismus, Enuresis und Enkopresis sprach man vom pluriorifi-

ziellen Schmollen. Im Gegensatz zur Enuresis fanden wir nicht mehr Enkopretiker als in den Vergleichsgruppen.

Wiederholt ist auf abnorme Mutter-Kind-Beziehungen, speziell auf mütterliche Overprotection, hingewiesen worden (Weber, 1950; Misch, 1952; Browne, 1963; Pustrom, 1964; Jaeger, 1968).

Mehr als die Hälfte unserer Kinder war massiver Overprotection ausgesetzt. Das Zusammentreffen von FKHS und Overprotection ist erklärbar. Diese Kinder mit ihren häufig zu beobachtenden Entwicklungsverzögerungen der verschiedenen Bereiche fordern offensichtlich eine besondere Fürsorge der Mutter heraus, die im Falle der mutistischen Familien in übertriebene Formen ausartet.

Psychodynamische Zusammenhänge, die die mütterliche Biographie und die Struktur der Familien charakterisieren, dürften für diese übersteigerte Form mütterlicher Zuwendung verantwortlich sein. Die bei unseren Kindern nachweisbare mangelnde familiäre Harmonie ist Ausdruck einer derartig gestörten intrafamiliären Psychodynamik. Sie liefert den Müttern uneingestandene Motive, sich in eine übertriebene fürsorgliche und ängstliche Haltung zu flüchten. Auf diesen Sachverhalt wurde von Pustrom (1964), Rüger (1973) und Schachter (1977) hingewiesen. Bei Lorand (1960) und bei Funke (1978) finden sich Hinweise auf zurückgezogene, im Kommunikationsverhalten zu ihren Familienangehörigen unproduktive Väter, ein Befund, der in einem Drittel unserer Familien eintrat. Die Bedeutung auch des väterlichen Sprachvorbildes wurde in jüngerer Zeit von Mattejat (1980) dargestellt. Das mütterliche Sprachvorbild fanden wir häufiger als das väterliche defizient. Unter Berücksichtigung der oben gemachten Ausführungen zum gestörten Spracherwerb und den Sprachstörungen erscheint uns das elterliche Sprachvorbild besonders bedeutungsvoll. Entsprechend unserer Erwartung war eine signifikante Korrelation von verzögerter Sprachentwicklung/Sprachdefekt und defektem elterlichen Sprachvorbild für 40,6% unserer Kinder zutreffend ( $p = 0.05$ ).

Aus der Fülle an Einzelbefunden gelang es, einige uns typisch erscheinende Merkmalskonstellationen herauszuar-

beiten. Unser Kernsyndrom umfaßt Kinder der Kombination FKHS und mangelnden Entwicklungsanreiz, sowohl hinsichtlich familiärer Binnenreize als auch sozialer Außenreize. Diese Gruppe von Kindern halten wir für besonders prägnant. Mit dieser Prägnanz-Gruppe umfassen wir mehr als zwei Drittel unserer Kinder. Es verbleibt eine Gruppe, die kein einheitliches Bild bietet. Wie in unserer Kerngruppe, sind auch hier Sprachentwicklungsverzögerungen und Sprachstörungen vorhanden. Es besteht ein gewisser Trend zu vermehrtem Auftreten von Legasthenie und Linkshändigkeit.

Sozioökonomisch erscheint uns bedeutungsvoll, daß fast alle Mutisten aus ländlichem und stark dialektsprechendem Milieu stammen.

Ob dies ein wirksamer Faktor in dem von Misch (1952) diskutierten Sinne des „Pseudobilingualismus“ ist, muß offen bleiben. Immerhin hat auch Zappella (1975) auf eine Häufung des Mutismus in ländlichen Gebieten hingewiesen.

Als Übersicht seien an dieser Stelle die wesentlichen Befunde noch einmal graphisch zusammengefaßt.

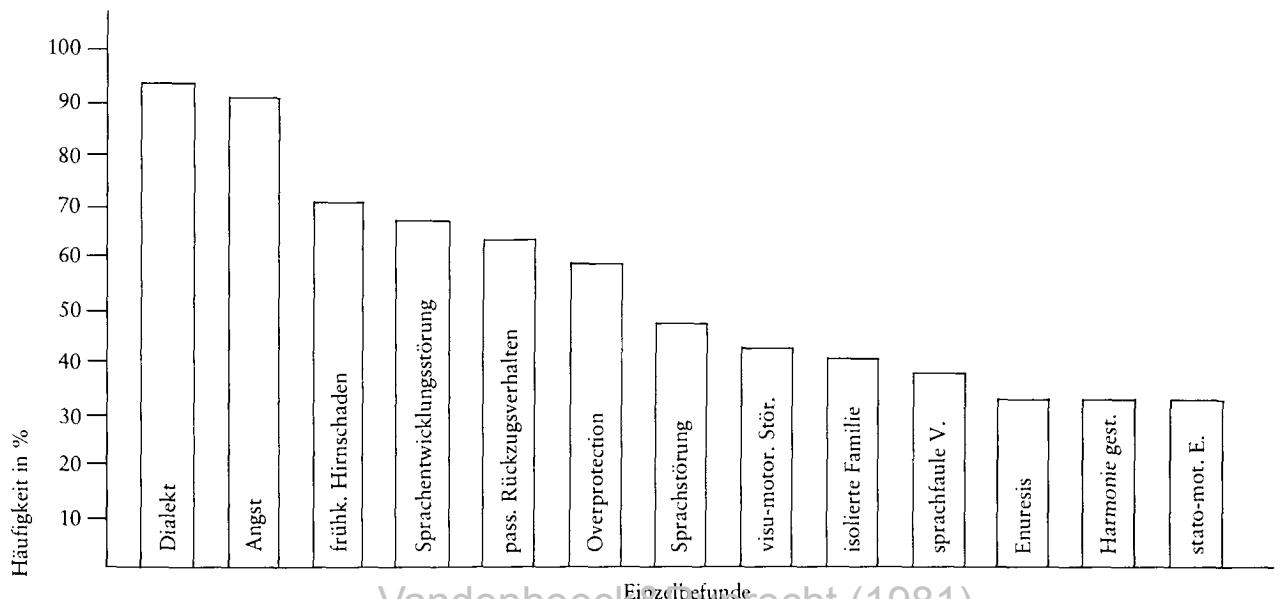
Vieles deutet darauf hin, daß Mutisten durch FKHS mitbedingte Leistungsschwächen, besonders im sprachlichen Bereich, bieten. Als Folge der Elternhaltung haben sie kaum die Möglichkeit zur Kontaktaufnahme in ihrer sozialen Umgebung. Sprachlich kommunikative Anreize sind vielfach nicht ausreichend oder fehlerhaft, oft tritt gerade eine Unterforderung im sprachlichen Bereich durch die Mutter auf.

Die so beeinträchtigte sprachliche Kommunikation führt zu einer erhöhten Angstbereitschaft, die im Falle der Mutisten in Vermeidungsstrategien einmündet.

### Summary

#### *An Investigation of Neurotic Mutism in Children. Report on a Study of 32 Subjects*

The Study was carried out with 32 children suffering from mutism, average age 8.1 years. The results revealed a diagnosis of infantile brain damage in 68.8% of the cases.



Among the items tested motor skills and, above all, speech development were found to be retarded.

An analysis of parental attitudes, especially with regard to speech characteristics, showed that in the development of the mutistic symptom complex organic cerebral factors and socially reactive factors are additive.

The children suffered from motherly overprotection and from a lack of developmental stimuli. In addition the majority of them was socially isolated. These factors proved to be decisive in the development of the symptom complex and occurred in 68% of the subjects under investigation.

### Literatur

- Affolter, F.: Die Fehlentwicklung von Wahrnehmungsprozessen, insbesondere im auditiven Bereich. Berger, E. (Hrsg.): Teilleistungsschwächen bei Kindern. Verlag Hans Huber, Bern-Stuttgart-Wien, 1977. — Balla-Jaeger, W.: Mutismus bei eineiigen Zwillingen — ein katamnästischer Bericht. Zeitschrift für Kinderpsychiatrie, 38, S. 17–21, 1971. — Browne, E., Wilson, V., Laybourne, P.: Diagnosis and Treatment of Elektive Mutism in Children. Journal of the American Acad. of child Psychiatry, 2, 605–617, 1963. — Dührssen, A.: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. 5. Auflage. Verlag für medizinische Psychologie, Göttingen, 1965. — Foerster, E.: Zur Systematik des kindlichen Mutismus. Zeitschrift für Kinderpsychiatrie, 23, 175–180, 1956. — Funke, P., Schlange, H. Ullrich, I.: Klinische Untersuchung und Therapie bei Kindern mit selektivem Mutismus. Acta paedopsychiat., 43, 47–55, 1978. — Gerö, S.: Psychotherapeutic Experiences in Elektive Mutism. Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Kongressbericht, Band 2, 103–106, H. Egermann Verlag, 1975. — Gloning, K.: Teilleistungstörungen der Sprache: Grundlagen und Pathologie. Ernst Berger (Hrsg.): Teilleistungsschwächen bei Kindern. Verlag Hans Huber, Bern-Stuttgart-Wien, 1977. — Göllnitz, G.: Das organische Psychosyndrom — ein klinischer Begriff. In: Rett, A., Das organische Psychosyndrom im Kindesalter. Springer-Verlag, Wien-New York, 1972. — Graichen, J.: Kann man legasthenische und dyskalkulatorische Schulschwierigkeiten voraussagen? Praxis der Kinderpsychologie, 24, 52–57, 1975. — Ders.: Zentrale Hör- und Sprachstörung im Rahmen des organischen Psychosyndromes. In: Rett, A., Das organische Psychosyndrom im Kindesalter. Springer-Verlag, Wien-New York, 1972. — Ders.: Teilleistungsschwächen, dargestellt an Beispielen aus dem Bereich der Sprachbenützung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 1, 113–143, 1973. — Halpern, W., Hammond, J., Cohen, R.: A Therapeutic Approach to Speech Phobia: Elektive Mutism Reexamined. J. amer. Acad. child Psych. 10, 94–107, 1971. — Harbauer, H., Lempp, R., Nissen, G. und Strunk, P.: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. 3. Auflage, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 1976. — Jaeger, W., Metzker, H.: Mutismus bei eineiigen Zwillingen. Acta paedopsychiat. 35, 59–70, 1968. — Kehrer, H. E., Körber, H. P.: Sprachbehandlung durch Verhaltenstherapie autistisch-mutistischer Kinder. Acta paedopsychiat. 38, 2–17, 1971. — Kos, M., Biermann, G.: Die verzauberte Familie. Ernst Reinhardt Verlag, München, 1973. — Kos-Robes, M.: Zur Behandlung des elektiven Mutismus. Therapien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Kongressberichte, Band 1, 87–90, Verlag H. Egermann, 1975. — Langmeier, J., Matejcek, Z.: Psychische Deprivation im Kindesalter. Urban u. Schwarzenberg Verlag, München-Wien-Baltimore, 1977. — Lempp, R.: Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose. 3. Auflage. Verlag Hans Huber, Bern-Stuttgart-Wien, 1978. — Ders.: Teilleistungstörungen im Kindesalter. Verlag Hans Huber, Bern-Stuttgart-Wien, 1979. — Lorand, B.: Katamnese elektiv mutistischer Kinder. Acta paedopsychiat. 27, 273–289, 1960. — Mattejat, F., Niebergall, G., Nestler, V.: Sprachauffälligkeiten von Kindern bei aphasischer Störung des Vaters. Eine entwicklungspsycholinguistische Fallstudie. Praxis der Kinderpsychologie. 83–89, 1980. — Misch, A.: Elektiver Mutismus im Kindesalter. Zeitschrift für Kinderpsychiatrie, 19, 49–87, 1952. — Olofsson, E.: The development of the EEG in normal children from the age of 1 through 15 years. 14 and 6 Hz positive spike phenomenon. Neuropaediatric, Vol. 2, 405–427, 1970/71. — Olofsson, E., Petersen, I., Sellden, V.: The development of the elektroencephalogram in normal children from the age of 1 through 15 paroxysmal activity. Neuropaediatric, 2, 375–404, 1970/71. — Pangalila-Ratulangie, E.: Clinical Treatment of a case of Mutism. Zeitschrift für Kinderpsychiatrie. 26, 33–41, 1959. — Popella, E.: Psychogener Mutismus bei Kindern. Der Nervenarzt. 31, 257–263, 1960. — Pustrom, E., Speers, R. W.: Elektive Mutism in Children. J. Amer. Acad. child Psych. 3, 287–297, 1964. — Reed, G. F.: Elektive Mutism in Children: A Re-Appraisal. J. Child. Psychol. Psychiat. 4, 99–107, 1963. — Rüger, U.: Der interaktionelle Prozeß bei der psychoanalytischen Behandlung eines mutistischen Jungen. Praxis der Kinderpsychologie. 22, 37–41, 1973. — Salfeld, D. J.: Observations on Elektive Mutism in Children. J. mental science, 96, 1024–1032, 1950. — Schachter, M.: Le mutisme electif chez l'enfant d'age préscolaire et scolaire. Contribution à la psychopathologie de la communication. Schweizerische Rundschau für Medizin. 66, 1442–1449, 1977. — Schenck, K., Weber, D.: Diagnostische Kriterien zur Einteilung frühkindlicher Hirnschädigungen. Vortrag: Symposition der Deutschen Vereinigung für Jugendpsychiatrie. Königswinter, Juni 1968. — Schepank, H.: Ein Fall von elektivem Mutismus im Kindesalter. Praxis der Kinderpsychologie. 9, 124–137, 1960. — Sieber, M.: Das leicht hirngeschädigte und das psychoreaktiv gestörte Kind. Verlag Hans Huber, Bern, 1978. — Thalmann, H.-C.: Verhaltensstörungen bei Kindern im Grundschulalter. 1. Auflage. Ernst Klett Verlag, Stuttgart, 1971. — Tramer, M., Geiger-Marty, O.: Zur Frage von elektivem und totalem Mutismus des Kindesalters. Zeitschrift für Kinderpsychiatrie. 19, 88–91, 1952. — Wallis, H.: Zur Systematik des Mutismus im Kindesalter. Zeitschrift für Kinderpsychiatrie. 24, 129–133, 1957. — Weber, A.: Zum elektiven Mutismus der Kinder. Zeitschrift für Kinderpsychiatrie. 17, 1–15, 1950. — Zappella, M.: An Etological Approach to Elektive Mutism. Therapien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Kongressbericht, Band 2, 93–96, H. Egermann Verlag, 1975.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Michael Rösler, Universitäts-Nervenklinik, 6650 Homburg/Saar