



Therapieerfolg in der Mutismustherapie – Entwicklung und Erprobung eines Beobachtungs- instruments zur Analyse des kommunikativen Verhaltens von Kindern*

Therapy success in mutism therapy – development and trial of an observational tool for the analysis of children’s communicative behavior

Katharina Rademacher, Jannika Böse, Katja Subellok, Anja Starke

Zusammenfassung

Hintergrund: Der selektive Mutismus (sM) zeigt sich im kindlichen Schweigen in bestimmten Situationen. Innerhalb therapeutischer Maßnahmen wie der Dortmunder Mutismustherapie stehen neben der Quantität auch die Qualität des kommunikativen Verhaltens einschließlich nonverbaler, paraverbaler und inhaltlicher Aspekte im Mittelpunkt. Bislang fehlt es allerdings an Beobachtungsinstrumenten, mithilfe derer quantitative und qualitative Aspekte kindlichen Sprechverhaltens bei sM dokumentiert und Therapiefortschritte abgeleitet werden können.

Ziel: Im Fokus steht die Entwicklung, Erprobung und Evaluation des Beobachtungsinstruments InterDoT (Interaktionsanalyse zur Dokumentation des Therapieerfolgs bei Mutismus) zur Analyse kommunikativen Verhaltens eines selektiv mutistischen Kindes inklusive nonverbaler, paraverbaler und inhaltlicher Aspekte.

Methodik: Im Zuge einer kontrollierten Einzelfallstudie wurde das kommunikative Verhalten eines Kindes mit sM erhoben. Während der Interventionsphase wurden die Therapiesitzungen videografiert. Für die Videoanalyse wurde deduktiv (theorie- und expertisebasiert) sowie induktiv ein Kategoriensystem entwickelt, erprobt und im Hinblick auf seine Reliabilität überprüft.

Ergebnisse: Das Beobachtungsinstrument InterDoT beinhaltet acht Hauptkategorien (Äußerungslänge, Lautstärke, Interaktivität, Empfänger:in, Thema, Paraverbal, Nonverbal, Interaktivität Nonverbal). Die Reliabilitätsüberprüfung mit fünf Coderinnen ergab eine substanziale bis nahezu perfekte Übereinstimmung.

Diskussion: Mithilfe des Beobachtungsinstruments InterDoT konnte das kommunikative Verhalten eines Kindes mit sM reliabel erfasst und analysiert werden. Eine Individualisierung von InterDoT auf den Einzelfall kann nicht ausgeschlossen werden. Eine Übertragbarkeit auf andere Fälle muss daher noch geprüft werden.

Schlüsselwörter

Selektiver Mutismus, Therapieforschung, Beobachtungsinstrumente, Dortmunder Mutismustherapie (DortMuT)

* Dieser Beitrag hat das double-blind Peer-Review-Verfahren durchlaufen.

Abstract

Background: Selective mutism (sM) manifests itself in children's silence in certain situations. Within therapeutic measures such as the Dortmund Mutism Therapy, the focus is not only on the quantity but also on the quality of communicative behavior, including nonverbal, paraverbal, and content-related aspects. To date, however, there is a lack of observational instruments with the help of which quantitative and qualitative aspects of speech behavior in children with sM can be documented and progress in therapy can be derived.

Aims: The focus is on the development, trial evaluation of the observational instrument InterDoT (Interaction Analysis for Documentation of Therapy Success in Mutism) for the analysis of communicative behavior of a selectively mute child including nonverbal, paraverbal and content-related aspects.

Methods: During a controlled single case study, the communicative behavior of a child with sM was assessed. In course of the intervention phase, therapy sessions were videotaped. For the video analysis, a category system was deductively (theory- and expert-based) as well as inductively developed, tested, and reviewed regarding its reliability.

Results: The observation instrument InterDoT contains eight main categories (length of utterance, volume, interactivity, receiver, topic, paraverbal, nonverbal, nonverbal interactivity). Reliability review with five coders showed substantial to almost perfect agreement.

Discussion: With the aid of the observational instrument InterDoT, the communicative behavior of a child with sM could be reliably assessed and analyzed. An individualization of InterDoT to the single case cannot be excluded. Therefore, transferability to other cases still has to be examined.

Keywords

Selective mutism, therapeutic research, observational instruments, Dortmund Mutism Therapy (Dort-MuT)

1 Selektiver Mutismus

1.1 Erscheinungsbild, Kontexte des Schweigens und Prognose

Der selektive Mutismus (sM) zeichnet sich durch das konsequente Schweigen in spezifischen sozialen Situationen aus, während Betroffene in anderen Situationen unbeeinflusst sprechen können (Bahrfeck, Subellok & Starke, 2017). Mit einer Prävalenz von ca. 1 Prozent (Muris & Ollendick, 2015) ist der sM eher selten. In den aktuellen Klassifikationssystemen DSM-5 und ICD-11 wird der sM als Angststörung klassifiziert (American Psychiatric Association, 2018; World Health Organization, 2022), die sich vor allem in sprachlich-kommunikativen Anforderungssituationen zeigt (Poole, Cunningham, McHolm & Schmidt, 2021). Durch seine vielschichtige Symptomatik und facettenreiche Ausprägungsformen gilt der sM als sehr heterogenes Phänomen (Kearney & Rede, 2021). Kinder mit sM zeigen häufig begleitende Entwicklungsauffälligkeiten wie eine erhöhte Schüchternheit und Ängstlichkeit (80 Prozent), bei mehr als zwei Drittel liegen nach Driessen et al. (2020) Anzeichen einer sozialen Phobie vor. Darüber hinaus sind bei 30 bis 50 Prozent der Fälle sprachliche Auffälligkeiten zu beobachten, welche insbesondere expressive und phonologische Fähigkeiten betreffen (Bahrfeck et al., 2017; Cohan, Chavira & Stein, 2006; Kearney & Rede, 2021). Das Schweigen wird von Außenstehenden oft als reine Schüchternheit oder gar Protest missinterpretiert. Betroffene Kinder und Jugendliche *wollen* jedoch sprechen, *können* es in spezifischen Situationen aber nicht (Bahrfeck et al., 2017). Gleichzeitig sprechen mutistische Kinder insgesamt seltener, leiser und weniger initiativ. Zusätzlich zeigen Kinder mit sM auch häufig einen verminderten Einsatz von Mimik, Gestik und paraverbalen Äußerungen, wie etwa Summen und Lachen. In Extremfällen setzt sogar ein psychomotorisches Erstarren ein (Schwenck & Gensthaler, 2017).

Das Schweigen zeigt sich in vorhersehbaren und umschriebenen Situationen. Aus klinischer Sicht können drei übergeordnete, bedeutsame Einflussfaktoren für das Kommunikationsverhalten schweigender Kinder identifiziert werden: Partner:in, Ort und Inhalt beziehungsweise Aktivität der Interaktion (Schwenck et al., 2021). Alle drei Faktoren bedingen einander und verstärken das Schweigen, je weniger vertraut das Kind mit ihnen ist. So sprechen die Kinder mit engen Familienangehörigen eher als mit weniger bekannten oder gar fremden Interaktionspartner:innen (Schwenck & Gensthaler, 2017). Weiterhin sprechen mutistische Kinder tendenziell eher mit Gleichaltrigen, zum Beispiel Gruppenmitgliedern in der Kita, als mit Erwachsenen, etwa Erzieher:innen. Auch beim Ort der Interaktion sind Vertrautheit und Privatheit für das kommunikative Verhalten bei sM relevant. Demzufolge schweigen die meisten Kinder mit sM in der Öffentlichkeit, in welcher sie womöglich von Fremden beim Sprechen beobachtet werden könn-

ten, während sie sich zuhause meist frei äußern können. Ferner lösen Orte, an denen sprachliche Äußerungen erwartet werden, wie beispielsweise die Kita oder die Schule, in den meisten Fällen mutistisches Verhalten aus. Auch der Inhalt beziehungsweise die Aktivität der Interaktion bedingen das Sprechverhalten des Kindes, indem kindzentrierte oder neue Aktivitäten (Schwenck et al., 2021) und persönliche oder unvertraute Inhalte (Schwenck & Gensthaler, 2017) die Unfähigkeit zu sprechen verstärken. Entsprechend fällt es Kindern mit sM eher leichter, geschlossene Ja-Nein-Fragen reaktiv zu beantworten als offene Fragen zu Emotionen oder ihrer persönlichen Meinung. Weiterhin gelingt es den Kindern oft nicht, Gesprächsinhalte von sich aus initiativ und mit direkter Ansprache in Form von Bedürfnisäußerungen oder mit dem Pronomen „Du“ einzubringen. Während eine direkte Ansprache mit Blickkontakt bei vielen mutistischen Kindern Schweigen auslöst, wirkt eine defokussierte, indirekte Begegnung des/der Interaktionspartner:in in der Kommunikationssituation entlastend. Eine kindgesteuerte Interaktion ermöglicht dem Kind im Zuge dessen Kontrolle über die Situation, wodurch die Hemmschwelle zum Sprechen geringer wird (Schwenck et al., 2021).

Die kontextabhängige Unfähigkeit zu sprechen bedeutet eine wesentliche Einschränkung in der gesellschaftlichen Teilhabe. Demnach ist durch das Schweigen auch die (vor-)schulische Partizipation beeinträchtigt, was unter anderem auch einen maßgeblichen Einfluss auf den Bildungserfolg nehmen kann. Nur ein Fünftel der von sM Betroffenen zeigt bis ins Erwachsenenalter selektiv mutistisches Verhalten (Steinhausen, Wachtner, Laimböck & Winkler Metzke, 2006), während ein Großteil auch ohne spezifische Therapie das Schweigen bis ins Erwachsenenalter ablegt. Bei Nichtbehandlung des sM besteht jedoch ein deutlich erhöhtes Risiko, weitere psychische Erkrankungen wie andere Angststörungen oder eine Depression zu entwickeln (Bahrfeck et al., 2017; Remschmidt, Poller, Herpertz-Dahlmann, Hennighausen & Gutenbrunner, 2001; Steinhausen et al., 2006). Demnach ist eine möglichst frühzeitige Therapie – idealerweise bereits im Kita-Alter – angeraten, damit sich Verhaltensweisen nicht erst verfestigen und Bildungsmisserfolg, sozialer Isolation und psychischen Erkrankungen vorgebeugt werden kann (Bahrfeck et al., 2017).

1.2 Therapeutische Ansätze in der Mutismus-Therapie

Therapeutische Maßnahmen haben zum Ziel, das Schweigen von Kindern und Jugendlichen mit sM abzubauen bei gleichzeitigem Aufbau des Sprechverhaltens in verschiedenen Kontexten (Remschmidt et al., 2001). Primäre disziplinäre Zuständigkeiten bleiben aufgrund verschiedener existierender Ansätze schwer zu definieren (Katz-Bernstein & Subellok, 2020). So sahen sich früher maßgeblich die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie für das Störungsbild des sM zuständig. Durch die Konstruktion von Behandlungsansätzen mit dem Ziel des Aufbaus (non-)verbaler Kommunikation sind seit einigen Jahren auch die Sprachtherapie und Logopädie als Disziplinen im Behandlungsfeld von sM anerkannt (Katz-Bernstein & Subellok, 2020). Im deutschsprachigen Raum existieren einige sprachtherapeutische Konzepte zur Behandlung von sM: Die Systemische Mutismustherapie (SYMUT; Hartmann, 2004), die Dortmunder Mutismustherapie (DortMuT; Subellok, Katz-Bernstein, Bahrfeck-Wichitill & Starke, 2012) sowie die Kooperative Mutismustherapie (KoMuT; Feldmann, Kopf & Kramer, 2012). Auch künstlerische und experimentelle Ansätze finden in der Therapie von sM Anwendung, wie etwa die Musiktherapie (Jones & Odell-Miller, 2022; Künzel & Sallat, n.d.) oder die so genannte „Virtual reality exposure therapy“ (VRET; Tan et al., 2022), wobei ein verhaltensorientierter Ansatz am häufigsten für sM-Interventionen Einsatz findet (Zakszeski & DuPaul, 2017).

Während einzelne Wirksamkeitsnachweise für internationale Therapiekonzepte existieren, steht die Evaluation deutschsprachiger Therapien hingegen noch aus (Bahrfeck et al., 2017). Daher liegen keine eindeutigen Indikationen für eine spezifische Therapiemaßnahme vor (Subellok et al., 2012). Der aktuelle wissenschaftliche Konsens besteht darin, dass ein methodenkombiniertes, interdisziplinäres Vorgehen für eine erfolgreiche Therapie von sM erforderlich ist (Cohan et al., 2006; Katz-Bernstein & Subellok, 2020). Subellok und Starke (2015) formulierten dementsprechend Leitlinien des Interdisziplinären Mutismus Forums (IMF) für die Mutismustherapie, welche eine qualitätssichernde Orientierung für die klinische Arbeit bieten und das Verständnis von sM als „subjektiv sinnvolle Regulationsstrategie der zwischenmenschlichen Kommunikation“ (S. 108) unterstreichen. Darüber hinaus halten Bahrfeck et al. (2017) mögliche Komponenten der Mutismus-Therapie fest, die einen methodenkombinierten Ansatz verfolgen: (a) die direkte Arbeit am Schweigen, (b) die Verarbeitung psychodynamischer Thematiken, (c) die systemische Auseinandersetzung und (d) der Aufbau verbaler und nonverbaler Kompetenzen.

2 Evaluation von Mutismus-Therapie

2.1 Überprüfung der Wirksamkeit von Therapieansätzen

Bislang gibt es nur wenige Wirksamkeitsnachweise für therapeutische Maßnahmen bei sM (Bahrfeck et al., 2017). Einzelne Studien weisen beispielsweise darauf hin, dass ein möglichst früher Behandlungsbeginn effektiver als eine spätere Therapie ist und verhaltenstherapeutische Methoden in der Behandlung von sM wirksam sind (Pionek Stone, Kratochwill, Sladeczek & Serlin, 2002). Weiterhin erweisen sich besonders systemische Therapieansätze, welche die unterschiedlichen Lebenskontexte des mutistischen Kindes einschließen, als erfolgsversprechend (Zakszeski & DuPaul, 2017). Kontrollierte, randomisierte Studien mit hoher Stichprobenanzahl sind im Kontext des sM jedoch durch die Seltenheit und Heterogenität des Phänomens nur schwer umsetzbar. Weiterhin ist die Therapie gerade wegen der Heterogenität im Erscheinungsbild besonders stark individualisiert. Dadurch ist eine methodisch belastbare Evaluation zusätzlich erschwert. Um das Phänomen in seinem Facettenreichtum erfassen zu können, erscheint daher ein einzelfallorientiertes Vorgehen neben kontrollierten Gruppenstudie als besonders bedeutsam.

Prinzipien der Dortmunder Mutismustherapie

Dortmunder-Mutismus-Therapie (DortMuT) (Bahrfeck et al., 2017; Subellok et al., 2012)

Basis der DortMuT ist der methodenintegrierende Therapieansatz von Katz-Bernstein (2019). Grundlegend wird sM respektive das Kernsymptom des Schweigens nicht als Störung betrachtet. Vielmehr wird es als eine für betroffene Kinder oder Jugendliche sinnhafte Strategie verstanden, mit problembehafteten Umständen umzugehen, für die (aktuell) keine alternativen funktionelleren Lösungsmöglichkeiten verfügbar sind. Dabei wird vorausgesetzt, dass alle Menschen sprechen möchten, manche es aber gerade nicht können. Zentral für das therapeutische Vorgehen ist die Unterstellung, dass irgendwann das dysfunktionelle Schweigen zugunsten des Sprechens überwunden wird – weil alle Menschen sprechen wollen.

Wie in jeder Mutismustherapie ist es das längerfristige **Ziel** der DortMuT, dass ein schweigender Mensch möglichst in allen Lebenskontexten sprechen wird. Allerdings soll er nicht nur sprechen, weil es erwartet oder womöglich erzwungen wird. Vielmehr ist im Fokus, dass er mit Freude kommuniziert und sich als selbstwirksamer Interaktionspartner erlebt, der zur Gestaltung einer unbeschwertten Kommunikation ebenso wie sein Gegenüber beitragen kann. Im Rahmen von DortMuT ist damit Therapieerfolg nicht nur an der Quantität von verbalsprachlichen Beiträgen einer Person geknüpft. Vielmehr geht es maßgeblich auch um qualitative Aspekte. Konzeptionell orientiert sich DortMuT an drei Ebenen:

- **Strukturebene.** Jedes Schweigen wird vor dem Hintergrund biographischer Gegebenheiten eines Kindes erklärbar. Den jeweils individuellen Sinn des Schweigens hypothetisch zu erfassen und es dem Betroffenen – altersadäquat – zu spiegeln, ist quasi die Eintrittspforte für einen (gelingenden) Therapieprozess. Im weiteren Verlauf ist es essenziell, die Motivation zum Sprechen zu stärken und mögliche dagegensprechende Gründe zu mindern. Überzeugungen über sich selbst und die vermutete Sichtweise Anderer auf sich selbst müssen durch alternative Selbstkonzepte revidiert werden. Nachhaltiges Ziel wäre es, dass sich das Selbstbild sukzessive von ‚schweigend‘ in Richtung ‚kompetent sprechend‘ modifizieren wird.
- **Symptomebene.** Sowohl die Ausprägung des Schweigens wie auch die Begleitsymptomatik von sM können variantenreich sein. Bei aller Verschiedenheit der Erscheinungsbilder sind dennoch ein strukturierter Aufbau und die Erweiterung aller Möglichkeiten zur Kommunikation zentral. Hierbei würde der alleinige Fokus auf Lautsprachlichkeit allerdings der Komplexität von sM nicht gerecht werden. Auch mittels non- und paraverbaler Kommunikationsformen kann Interaktion gelingen. Insofern werden stets alle Modalitäten gelingender Kommunikation auf der Symptomebene avisiert. Durch die Hinzunahme der schüchternen Handpuppe „Schneck“ können beispielsweise indirekte Modelle zur Interaktion angeboten werden. Gleichzeitig kann „Schneck“ als niedrigschwellige Interaktionspartnerin fungieren.

- **Systemebene.** Ein Schweigen existiert nicht für sich allein. Es konstituiert sich über die Wechselbeziehungen zu andern Lebenswelten wie Großeltern, Kita, Schule, Ausbildung, Peers oder wird über ungünstige Bedingungen in diesen Systemen aufrechterhalten. Um nachhaltige Wirkungen zu erzielen, müssen also alle diese Umfelder engmaschig in die Therapie einbezogen werden.

DortMuT greift auf ein breites Repertoire entwicklungspsychologischer, tiefenpsychologisch fundierter, kognitiv-behavioraler, sprachtherapeutischer und systemischer **Methoden** zurück, die flexibel je nach Kind und Therapieprozess angewendet werden. Nicht ein Therapieprogramm kommt zum Einsatz, sondern das Vorgehen ist bei jedem Kind individuell anders, weil seine Bedürfnisse und sein aktives Mitwirken im Mittelpunkt stehen.

2.2 Qualitative, einzelfallorientierte Forschung

Einzelfallorientierte Forschung kann sehr unterschiedlich gestaltet sein. Einerseits kann auch eine kontrollierte Gruppenstudie einzelfallorientiert sein, wenn beispielsweise stark individualisierte Therapien evaluiert werden sollen. Andererseits lassen sich unter dem Begriff vor allem Einzelfallstudien fassen, bei denen ein individueller Fall (z. B. eine Person oder auch eine Familie) detailliert betrachtet wird (Kazdin, 2011). Dabei lassen sich wiederum qualitative und quantitative Herangehensweisen unterscheiden. In den letzten Jahren wurden kontrollierte Einzelfallstudien, bei denen beispielsweise Daten engmaschig über einen längeren Zeitraum erhoben werden, sowohl in sprachtherapeutischen als auch pädagogischen Kontexten vermehrt umgesetzt (z. B. Benway et al., 2021; Busacca, Anderson & Moore, 2015; Casale & Haarhoff, 2022; Curran & van Owen Horne, 2019). Durch die engmaschige Erfassung immer gleicher Maße können so auch für Einzelfälle und idealerweise ebenfalls für mehrere Einzelfälle Aussagen zur Wirksamkeit einer Intervention gemacht werden, die sich auch durch statistische Kennwerte nachweisen lassen. Durch das einzelfallorientierte Vorgehen lassen sich so zudem spezifische Ursachen – und damit Hinweise für etwaige Wirkmechanismen – für individuelle Veränderungen untersuchen, was zu einer deutlichen Steigerung der internen Konsistenz der Interventionsforschung führt (Kratowill et al., 2013).

Dabei können vor allem auch qualitative Herangehensweisen hilfreich sein, um solch individuelle Einflussfaktoren näher zu betrachten. Ziel des Vorgehens ist es, die Fallbetrachtung auf verschiedene Systemebenen auszuweiten. Entsprechend wird das Individuum (Mikroebene) ganzheitlich in seinem familiären Kontext (Mesoebene) und seiner Integration in eine Institution, wie die Kita oder Schule, (Exosystem) verstanden betrachtet (Kohler, Starke & Kohmäscher, 2021). Für die qualitative Datenerhebung steht eine Vielfalt an Methoden zur Verfügung, beispielsweise die Beobachtung, Interviews, Gruppendiskussionen oder die Dokumentenanalyse (Lamnek & Krell, 2016). Die Datenauswertung und -interpretation haben die Entwicklung von Kategorien zum ganzheitlichen Verständnis des Falls zum Ziel. Hier besteht zunächst kein Anspruch auf Generalisierbarkeit, sondern vorerst nur Gültigkeit für den Fall (Kohler et al., 2021). Für die einzelfallorientierte Interventionsforschung erscheint vor allem eine Kombination quantitativer und qualitativer Herangehensweisen sinnvoll, um einerseits Effekte der Intervention nachweisen und andererseits Hintergründe zu Entwicklungsprozessen und Lernverläufe individualisiert betrachten zu können.

Im Rahmen der Wirksamkeitsforschung im Bereich sM liegen bereits zahlreiche Einzelfall- und kleinere Gruppenstudien vor. Hier wurden maßgeblich Prä-Post-Test-Designs genutzt, bei denen vor allem das Sprechverhalten als Maß für den Therapieerfolg gemessen wurde. Dabei wurden vorwiegend Fragebögen, Checklisten und Interviews zur Erhebung des kindlichen Sprechverhaltens eingesetzt (Zakszeski & DuPaul, 2017). Hierbei handelt es sich allerdings beinahe ausschließlich um Fremdeinschätzungen, ohne das sprachlich-kommunikative Verhalten des Kindes objektiv und direkt in der Handlungssituation zu erheben. Weiterhin liegt bei den bisherigen Erhebungsinstrumenten der Fokus vor allem auf quantitativen Aspekten der Interaktion, beispielsweise der mittleren Länge kindlicher Äußerungen (ebd.). Qualitative Aspekte, welche die nonverbale, paraverbale und inhaltliche Ebene des kommunikativen Ausdrucks von Kindern mit sM einschließen, werden dabei häufig außer Acht gelassen. Die Analyse videografiertter Interaktionssituationen bietet hier die Möglichkeit, das kommunikative Verhalten auf all diesen Ebenen in seiner Komplexität zu erfassen und zu untersuchen.

2.3 Videokodierung als Methode

Das Medium Video bietet den besonderen Vorteil, Interaktion multimodal, das heißt in Bezug auf verbale, nonverbale, paraverbale sowie inhaltliche Aspekte, abzubilden (Denmuth, 2020). Durch die Videoaufzeichnung können Situationen langfristig konserviert und mehreren Personen weitgehend ohne Qualitätsverlust für die Datenverarbeitung wiederholbar zugänglich gemacht werden (ebd.). Damit bieten Videodaten im Vergleich zu Ergebnissen einer Beobachtung eine hohe intersubjektive Verlässlichkeit (Schnettler & Knoblauch, 2009).

Für die Analyse muss das Videomaterial zunächst auf verbaler Ebene in definierte Einheiten segmentiert und transkribiert, also in einen Text transformiert, werden (Ayass, 2017). Dadurch wird das dynamische Videomaterial in Form eines statischen Textes für die Interpretation verfügbar gemacht, was die fokussierte und sequenzielle Bearbeitung spezifischer Situationen ermöglicht. Mithilfe der sogenannten Kodierung werden die transkribierten Segmente in Bezug auf ihren Inhalt analysiert (Tuma, 2018). Die Kodierung kann deduktiv, das heißt durch im Vorhinein definierte theorie- oder expertisebasierte Kategorien, oder induktiv, das heißt aus dem Datenmaterial heraus, oder aber auch kombiniert deduktiv-induktiv erfolgen (Schreier, 2012). Weiterhin ermöglicht die Kodierung auch die Dokumentation und Analyse nonverbaler, paraverbaler und sonstiger Aspekte der Interaktion. Zur Standardisierung der Transkription und Kodierung ist die Erstellung eines spezifischen Kodierleitfadens notwendig (Tuma, 2018). Hier werden Regeln der Segmentierung, Transkription und Kodierung ausführlich mit Beispielen dargestellt, sodass das Vorgehen für Außenstehende transparent wird. Die Kodierung kann so auch im Hinblick auf ihre Inter-coder-Reliabilität hin überprüft werden. Die Ergebnisse der Kodierungen ermöglichen schließlich neben der qualitativen Analyse des Materials auch quantitative Untersuchungen, beispielsweise durch Häufigkeitsvergleiche (Schreier, 2012).

Insgesamt bringt die Videoanalyse insbesondere bei einer großen Materialmenge durch ihre umfangreichen Verarbeitungsschritte der Segmentierung, Transkription und Kodierung einen von der Forschungsfrage abhängigen, aber zumeist recht hohen zeitlichen Aufwand mit sich (Ayass, 2017; Denmuth, 2020). Um Interaktionssituationen jedoch in ihrer Komplexität erfassen zu können, ist die Videoanalyse zwingend notwendig. Insbesondere, wenn Interaktionen in ihrer inhaltlichen Tiefe und Wechselwirkung untersucht werden sollen, muss die Kodierung sehr umfangreich und vielschichtig erfolgen. Gerade bei Phänomenen wie sM ist durch die facettenreiche Symptomatik und die dadurch höchst individuellen therapeutischen Maßnahmen die Videografie im Rahmen der Therapieevaluation unerlässlich. Bislang fehlt es allerdings an Kodiersystemen, mithilfe derer das kindliche kommunikative Verhalten und im Weiteren auch die Wirksamkeit der Mutismustherapie analysiert und evaluiert werden können.

3 Zielsetzung

Ziel des vorliegenden Beitrags ist die Konzeption und Evaluation eines Beobachtungs- und Analyseinstruments zur systematischen Erfassung des kommunikativen Verhaltens von Kindern mit sM im Rahmen der Mutismustherapie. Zu diesem Zweck wurden im Rahmen einer kontrollierten Einzelfallstudie (Starke, Subellok & Mazzotta, 2019) neben der Erfassung verbaler Kommunikation auch nonverbale, paraverbale und insbesondere inhaltliche Aspekte kommunikativen Verhaltens berücksichtigt.

4 Methode

Im Folgenden wird zunächst die Datengrundlage der Studie und daran anschließend die Erläuterung der Entwicklungs- und Erprobungsprozesse des Beobachtungsinstruments InterDoT (Interaktionsanalyse zur Dokumentation der Therapie bei Mutismus) beschrieben. Schließlich werden die Überprüfung der Gütekriterien von InterDoT dargestellt.

4.1 Datengrundlage: Fallbeschreibung „Sophia (5;9 Jahre)“

Im Rahmen einer kontrollierten Einzelfallstudie wurde das kommunikative Verhalten eines fünfjährigen Mädchens mit sM („Sophia“, Name anonymisiert) erhoben. Mittels standardisierter und informeller Instrumente wurden dazu Daten von Eltern und der Kita zum Sprech- und Kommunikationsverhalten des Kindes erhoben. Außerdem wurden alle 15 Therapieeinheiten per Videoaufnahmen durch zwei an der Decke installierte Kameras im Raum und in einem informellen Bericht der Therapeutin dokumentiert.

Sophia ist ein aufgewecktes Kind, das vielseitig interessiert ist und mit ihren Eltern und jüngerem Bruder gerne spricht (monolingual deutsch). Hingegen ist sie außerhalb der Kernfamilie und im Kindergarten, den sie seit 2,5 Jahren gerne und regelmäßig besucht, sehr zurückhaltend und schweigsam, insbesondere in der Großgruppe. Manchmal spricht sie leise einzelne Worte mit ihrem Erzieher, wenn die beiden allein sind. In der Sprachtherapie ist sie in den ersten beiden Stunden ebenfalls noch sehr verhalten und kommuniziert ausschließlich mit ihrem Vater. Ab der dritten Einheit möchte sie seine Begleitung nicht mehr, kommt alleine in den Therapieraum und spricht fortan unbefangen und offen mit der Therapeutin.

Vor dem Hintergrund eines ausgesprochen kooperativen sozialen Umfelds (Eltern und Kita) hat sich die Sprachtherapie mit Sophia für eine kontrollierte Einzelfallstudie zur Evaluation der Dortmunder Mutismus Therapie (Subellok et al., 2012) angeboten. Denn es müssen Daten aus allen relevanten Lebensbereichen des Kindes erfasst werden, da sich Sprech- und sonstige Fortschritte als Effekte der Therapie in allen sozialen Kontexten des Kindes, also auch außerhalb der Therapieeinheiten selbst, zeigen können.

Die Studie (Starke et al., 2019) wurde mit einem klassischen A-B-E-Design durchgeführt (siehe Abb. 1). Die Grundrate (A-Phase) wurde im Zuge einer Diagnostikeinheit mit anschließender fünfwöchiger Baseline und einem Elterngespräch erhoben. Die Interventionsphase (B-Phase) umfasste insgesamt 15 Therapieeinheiten. Im Follow-Up (E-Phase) erfolgte eine engmaschige Erweiterung der Datenerhebung. Für die Konzeption von InterDoT wurden die Videografien der Diagnostikeinheit (D) sowie die der Therapiesitzungen der Interventionsphase (Sitzungen 1 – 15) hinzugezogen. Jede Therapiesitzung wurde aus zwei Blickwinkeln mithilfe von zwei unabhängigen Kameras videografiert. Die wöchentlich stattfindenden Therapiesitzungen dauerten im Mittel 54 Minuten (SD = 5,5).

Sitzung		D	E	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	...	23	...	34	...	54
Eltern	FSSM																							
	Eltern-Bogen online																							
	BAV 3-11																							
Kita	DortMuS-Kita																							
	Kita-Bogen online																							
Therapie	Video-Kodierung																							
	Therapeut*innen-Report																							
		Baseline		Intervention											Follow Up									

Anmerkung: In der Zeile „Sitzung“ steht jedes Kästchen für eine Kalenderwoche, D = Diagnostiksitzung, E = Elterngespräch, die Zahlen stehen für die Nummer der Therapiesitzung, leeren Kästchen in der Interventionsphase zeigen krankheits- oder ferienbedingte Ausfälle.

Abb. 1: Übersicht über den Zeitverlauf und die Dokumentation der Therapieeinheiten.

4.2 Entwicklungs- und Erprobungsprozesse des Beobachtungsinstruments InterDoT

Im Kern dieses Beitrags wird dargestellt, wie das Videomaterial der Therapieeinheiten systematisch für die Analyse aufbereitet und ausgewertet wurde. Nachfolgend wird zunächst der deduktive, theorie- und expertisebasierte Teil des Kategoriensystems und anschließend die induktive Ergänzung dessen präsentiert.

Deduktive Kategorienbildung. Da Sophia bereits ab der dritten Therapieeinheit unbefangen mit der Therapeutin gesprochen hat, wurde der Fokus bei der Systematisierung des Kommunikationsverhalten zunächst auf verbale und paraverbale Elemente gelegt. In bisherigen Studien wurden im Rahmen von Videoanalysen neben der Erfassung der Äußerungslänge (Kategorie 1) (u. a. Beare, Torgerson & Creviston, 2008; Sanetti & Luiselli, 2009) auch die Interaktivität kindlicher Äußerungen (Kategorie 2) vor allem mittels Unterscheidung zwischen Reaktion („response“) und Initiation untersucht (u. a. Kern, Starosta, Cook, Bambara & Gresham, 2007; Mayworm, Dowdy, Knights & Rebelez, 2015). Entsprechend ergeben die Unterkategorien „Reaktion“, „Initiation“, ergänzt durch „keine Reaktion“ bei ausbleibender Erwiderung trotz direkter Ansprache. Ein spezifisches therapedidaktisches Prinzip der DortMuT sind weiterhin indirekte Interakti-

onsangebote durch die Therapeutin oder die Handpuppe Schnecki. Daher wurde die Unterkategorie „Reaktion“ in „Reaktion auf eine direkte Frage/Aufforderung“ und „Reaktion auf eine indirekte Frage/Äußerung“ aufgeteilt. Ein Beispiel für ein indirektes Interaktionsangebot ist die folgende Frage der Therapeutin an die Handpuppe: „Schnecki, glaubst du, wir könnten Sophia fragen, ob wir die grüne Knete haben können?“, wodurch sie zwar eine Frage stellt, diese allerdings nicht direkt an Sophia richtet. Antwortet Sophia darauf beispielsweise „Ja, könnt ihr.“, dann ist dies eine Reaktion auf eine indirekte Frage.

Da schweigende Kinder tendenziell leiser sprechen als gleichaltrige Kinder ohne sM (Schwenck & Gensthaler, 2017), wird im Instrument ebenfalls die Lautstärke verbaler Äußerungen (Kategorie 3) berücksichtigt. Hier wurde die Abstufung „flüsternd – leise – normal – laut“ gewählt.

Ein wesentlicher Einflussfaktor des interaktiven Verhaltens selektiv mutistischer Kinder ist der/die Partner:in der Interaktion (Schwenck & Gensthaler, 2017; Schwenck et al., 2021), das heißt der Empfänger (Kategorie 4) der verbalen Äußerung. Entsprechend der möglichen Interaktionspartner:innen wurden die Unterkategorien „Therapeutin“, „Schnecki“, „Bezugsperson“ (insbesondere für die Diagnostiksituation, in welcher der Vater anwesend war) sowie Äußerungen ohne spezifischen Empfänger „In den Raum“ formuliert.

Kategorie 5 mit dem Namen „Topic“ umfasst den Inhalt der kindlichen Äußerungen. Die Unterkategorie „Spielhandlung“ wurde für allgemeine, vom Spiel handelnde Äußerungen festgelegt, wie zum Beispiel „Die Puppe schläft.“. In Anlehnung an Schwenck et al. (2021) ergaben sich die Unterkategorien „Emotionale Äußerung“ (bei Gefühls- oder Meinungsäußerungen, z. B. „Das hat weh getan.“ oder „Das finde ich doof.“), „Erzählung von sich“ (bei Äußerungen über persönliche Ereignisse und Themen, bspw. „Wir haben sowas auch im Kindergarten.“) und „Du-bezogene Äußerung“ (bei direkter Ansprache mit dem Pronomen du, z. B. „Kannst du mir das geben?“), da gerade diese Aspekte inhaltlich stark herausfordernd für Kinder mit sM sind. Im Dialog mit Expertinnen wurden die Unterkategorien „Entscheidung“ (z. B. „Ich nehme den roten Becher.“) sowie „Bedürfnis/Hilfe“ (z. B. „Ich muss auf die Toilette.“) ergänzt, da sowohl das bewusste Treffen von Entscheidungen als auch die Äußerung von individuellen Bedürfnissen, etwa zur Toilette gehen, oder das Bitten um Hilfe, zum Beispiel beim Ausschneiden eines Motivs, interaktiv sehr anspruchsvoll sind.

Das paraverbale Interaktionsverhalten des Kindes wurde mit Kategorie 6 erfasst. So wurden zunächst die Unterkategorien „Symbolisch“ (symbolisches Imitieren von Geräuschen, z. B. eine knarrende Tür), „Lachen“, „Tierlaut“ (z. B. Imitation des Bellens eines Hundes) sowie „Schreien“ (wortloser Aufschrei) gebildet.

Erste Erprobung des deduktiv entwickelten Kategoriensystems. Das Videomaterial wurde mithilfe der Transkriptions- und Annotations-Software ELAN (*Eudico Linguistik Annotator*, Version 6.4; Max Planck Institute for Psycholinguistics, 2022) verarbeitet. Im Zuge dessen wurden die einzelnen Therapievideos mit der vorläufigen Kodiervorlage in die Software eingebettet. In einem Kodierleitfaden wurden Regeln für die Segmentierung und Transkription in Anlehnung an Starke (2014) festgelegt. Zwei unabhängige Coderinnen erprobten die Segmentierung, Transkription und Kodierung des kommunikativen Verhaltens am Beispiel der dritten Therapiesitzung. Das Video dieser Sitzung fungierte als sogenanntes „Mastervideo“, das heißt als der Teil des Datenmaterials, anhand dessen das deduktiv entwickelte Kodiersystem hauptsächlich erprobt und angepasst wurde, alle Coderinnen zu Beginn abschnittsweise geschult wurden und ebenfalls die Intercoder-Reliabilität geprüft haben. Für das deduktiv entwickelte Kategoriensystem wurden im Zuge dessen Kodierregeln formuliert und Ankerbeispiele aus dem Material extrahiert. Im Rahmen der Kodierung ergab sich die Notwendigkeit der induktiven Erweiterung des Kategoriensystems, was ebenfalls anhand des Mastervideos erfolgte.

Induktive Ergänzung des Kategoriensystems. Die induktive Ergänzung der Kategorien aus dem Datenmaterial heraus erfolgte in dialogischer Zusammenarbeit zwischen den beiden Coderinnen und Expertinnen. In der Kategorie 2 (Lautstärke) wurde die Unterkategorie „leise“ eliminiert, da sie sich aus akustischen Gründen nur ungenau identifizieren ließ. Die Kategorie 5 (Topic) wurde durch die beiden Unterkategorien „Repetition“ für Wiederholung bereits gesagter Inhalte sowie „Unvollständig/ohne Informationsgehalt“ für inhaltlich nicht auswertbare Äußerungen hinzugefügt. Durch wiederholtes Auftreten stimmlich-melodischer Äußerungen erfolgte die Ergänzung der Unterkategorie „Summen/Singen“.

Generell ist bei schweigenden Kindern häufig auch das nonverbale Verhalten wie Gestik und Mimik gehemmt (Schwenck & Gensthaler, 2017). Obwohl zunächst angenommen wurde,

dass nonverbale Äußerungen bei Sophia individuell von untergeordneter Relevanz sind, wurde schließlich doch die Kategorie 7 „Nonverbal“ aufgenommen. Begründet wurde dies, da im Videomaterial gehäuft auch nonverbale Aktionen, beispielsweise in Form eines Nickens und Kopfschüttelns als Antwort auf eine Frage der Therapeutin auftraten. Da dies im Allgemeinen in vielen Interaktionssituationen ein durchaus legitimes und ausreichendes Interaktionsmuster darstellt, konnten diese Aktionen von Sophia nicht als „keine Reaktion“ gewertet werden. Demnach wurden die Unterkategorien „Nicken“ und „Kopfschütteln“ aufgenommen. Zusätzlich zeigte Sophia in einigen Situationen auch das „Zeigen“ (entweder mit dem Indexfinger oder die Präsentation eines Gegenstandes) als nonverbale Interaktionsform, sodass auch diese Unterkategorie ergänzt wurde.

Da auch nonverbales Verhalten interaktive Charakteristika beinhaltet, wurde die Kategorie 8 „Interaktivität nonverbal“ definiert. Hier entstanden die drei Unterkategorien „Reaktion nonverbal direkt“ (auf eine direkte Frage/Aufforderung), „Reaktion nonverbal indirekt“ (auf ein indirektes Interaktionsangebot) und „Initiation nonverbal“. Diese Kategorie wurde nur kodiert, wenn die nonverbale Handlung nicht durch eine verbale Äußerung begleitet wurde, da verbale Äußerungen bereits in ihrer Interaktivität kodiert werden. Beispielsweise zeigte Sophia während einer Spielsituation initiativ mit dem Indexfinger auf einen Arztkoffer (Zeigen, Initiation nonverbal). Auf die Frage der Therapeutin, ob sie nun Arzt spielen möchte, antwortet sie mit einem Nicken, was eine direkte nonverbale Reaktion impliziert. Würde Sophia auf die Frage aus dem Beispiel mit der grünen Knete mit einem Nicken/Kopfschütteln oder dem Hinhalten der grünen Knete reagieren, so stellt dies eine indirekte nonverbale Reaktion dar.

Schließlich wurde der Kodierleitfaden durch die induktiv generierten Kategorien und weitere Ankerbeispiele ergänzt. Zusätzlich wurden alle Kodierregeln in dialogischer Zusammenarbeit der Coderinnen konkretisiert. Der Kodierleitfaden wurde schließlich in Form eines „Manuals zur Transkription und Analyse von Videoaufnahmen im Rahmen der Mutismustherapie“ (Böse, Hoge, Subellok & Starke, 2021) finalisiert. Die finalen übergeordneten Kategorien werden in Abb. 2 dargestellt.

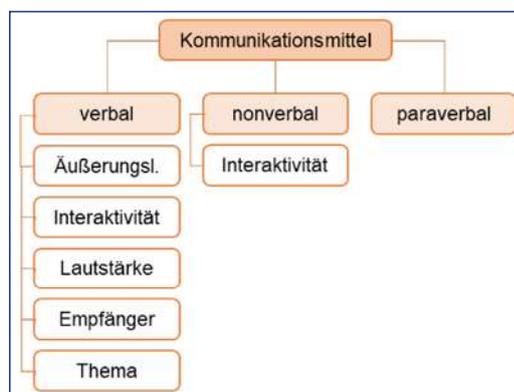


Abb. 2: Finale Oberkategorien des Beobachtungsinstruments InterDoT

4.3 Überprüfung der Gütekriterien

Drei weitere Coderinnen wurden mithilfe des Manuals (Böse et al., 2021) und einer begleitenden Kodierschulung in die Segmentierung, Transkription und Kodierung des Videomaterials eingearbeitet. Alle Coderinnen erprobten die Analyseschritte mithilfe des Mastervideos und wurden von den Autorinnen begleitet und supervisiert. Für die Überprüfung der Gütekriterien von InterDoT segmentierten, transkribierten und kodierten alle fünf Coderinnen unabhängig voneinander den gleichen zehnminütigen Ausschnitt aus dem Mastervideo. Die statistische Analyse der Inter-coder-Reliabilität (Schreier, 2012) wurde im Analyseprogramm R (Version 4.2.1; GNU, 2022) durchgeführt. Dafür wurden zuvor die Kodierungen in eine Excel-Tabelle übertragen und im Anschluss auf ihre Übereinstimmung hin überprüft. Die Übereinstimmung der Kategorien 2-8 wurde mithilfe von Fleiss Kappa ermittelt. Die Übereinstimmung der metrischen Variable „Äußerungslänge“ (Kategorie 1) wurde mithilfe eines Intraklassen-Korrelationskoeffizienten bestimmt.

5 Ergebnisse

Die finale Version von InterDoT umfasst ein Kategoriensystem aus insgesamt acht Oberkategorien und 30 Unterkategorien (das gesamte Kategoriensystem kann auf Anfrage zur Verfügung gestellt werden). Die Kategorien 1 bis 5 dienen der Analyse verbaler kindlicher Äußerungen. Darüber hinaus wird das Auftreten paraverbaler Kommunikation erfasst und die Quantität nonverbaler Kommunikationsmittel mit ergänzender Analyse der nonverbalen Interaktivität analysiert. Das kodierte Material kann sowohl auf quantitativer Ebene durch eine Häufigkeitsanalyse als auch auf qualitativer Ebene analysiert werden. Tab. 1 stellt das Kategoriensystem mit allen Ober- und Unterkategorien und die dazugehörigen Reliabilitätskennwerte dar.

Im Mittel verfügen die erfassten Kategorien über eine Reliabilität von $k = 0,81$, was einer nahezu perfekten Übereinstimmung entspricht (Landis & Koch, 1977). Die Übereinstimmung der Kodierung der metrischen Variable „Äußerungslänge“ kann ebenfalls als gute Übereinstimmung interpretiert werden (Koo & Li, 2016). Aufgrund des ausdifferenzierten Kategoriensystems mit disjunkten Kategorien, eindeutigen Kodierregeln und exemplarischen Ankerbeispielen ergibt sich ein geringer Interpretationsspielraum. Insgesamt kann demnach die Durchführungsobjektivität des Verfahrens als sehr gut eingestuft werden.

Tab. 1: Kategoriensystem des Beobachtungsinstruments InterDoT und Reliabilitäts-Kennwerte

Kategorie	Unterkategorie (Codes)	Intercoder-Reliabilität
Äußerungslänge	–	ICC = 0.961**
Interaktivität (verbal)	2.1. Reaktion auf eine direkte Frage/Aufforderung	$k = 0.76$
	2.2. Reaktion auf eine indirekte Frage/Äußerung	
	2.3. Initiation	
	2.4. Keine Reaktion	
Lautstärke	Flüsternd	$k = 0.83$
	3.2. Normal	
	3.3. Laut	
Empfänger:in	Therapeut:in	$k = 0.82$
	Empfänger:in	
	Bezugsperson (wenn anwesend)	
	In den Raum	
Thema	Emotionale Äußerung	$k = 0.7$
	Thema	
	Entscheidung	
	Bedürfnis/Hilfe	
	Du-bezogene Äußerung	
	Bezug zur Spielhandlung	
	Repetition	
Unvollständig/ohne Informationsgehalt		
Paraverbal	Symbolisch	$k = 0.91$
	Paraverbal	
	Tierlaut	
	Schreien	
	Summen/Singen	
Nonverbal	Nicken	$k = 0.77$
	Nonverbal	
	Zeigen	
Interaktivität (non-verbal)	Reaktion nonverbal direkt	$k = 0.89$
	Interaktivität (nonverbal)	
	Initiation nonverbal	

Anmerkung: ** $p \leq 0.01$. ICC = Intraklassen-Korrelationskoeffizient. Ein ICC < 0.75 kann als gute Übereinstimmung interpretiert werden (Koo & Li, 2016).

k = Koeffizient von Fleiss Kappa. Ein k -Wert zwischen 0.61 und 0.8 wird als substantielle Übereinstimmung und zwischen 0.81 und 1 als nahezu perfekte Übereinstimmung interpretiert (Landis & Koch, 1977).

6 Diskussion und Ausblick

Im Rahmen dieser Studie wurde das Beobachtungsinstrument InterDoT entwickelt, mithilfe dessen kommunikatives Verhalten auf verbaler, nonverbaler, paraverbaler und inhaltlicher Ebenen systematisch und reliabel erfasst werden kann.

Insbesondere die Interaktivität und die Inhalte (Topic) des kommunikativen Verhaltens des Kindes konnten durch das deduktiv-induktive Vorgehen bei der Entwicklung des Kategoriensystems differenziert aufgeschlüsselt werden. Gleichzeitig zeigten sich insbesondere in der Kodierung der Lautstärke Schwierigkeiten bei der Kodierung durch Limitationen akustisch-technischer Natur. Im Fall Sophia kommt dieser Kategorie keine übergeordnete Rolle zu, da sie bereits früh im Therapieverlauf auch in normaler Lautstärke spricht. Bei anderen Kindern mit sM könnte leises, flüsterndes Sprechen jedoch durchaus einen Zwischenschritt zur Kommunikation in Sprechlautstärke darstellen (Schwenck & Gensthaler, 2017) und damit mit Blick auf Therapieerfolge stärker ins Gewicht fallen. Die technischen Limitationen können hier jedoch nur schwer umgangen werden, da beispielsweise der Einsatz eines Sprechermikrofons in der Interaktion mit ohnehin gehemmten Kindern kontraindiziert wäre.

Im vorgelegten Beobachtungsinstrument InterDoT werden nonverbale Kommunikationsmittel nur global in Form von Nicken, Kopfschütteln und Zeigen erfasst. Differenzierte nonverbale Interaktionen wie zum Beispiel Blickkontakt, welche als Formen direkter oder gar direkterer Interaktion (Schwenck et al., 2021) gelten, werden dagegen nicht einbezogen. Auch dies ist einerseits durch den Einzelfall Sophias begründet, da sie bereits zu einem frühen Zeitpunkt in der Therapie Blickkontakt sowie verbales Verhalten zeigte und damit die Verbalität in den Analysefokus rückte. Weiterhin ist im Speziellen der Blickkontakt auch durch technische Limitationen weder durchgehend noch objektiv erfassbar. Während durch moderne Verfahren, wie zum Beispiel Eye-Tracking, diese Schwierigkeit umgangen werden könnte, schließt sich auch diese technikaufwändige Methode in der Mutismustherapie durch die ohnehin schon durch Ängstlichkeit geprägte Interaktion der mutistischen Kinder aus. Das nonverbale Verhalten könnte beispielsweise in anderen Einzelfällen eine deutlich größere Rolle für Therapiefortschritte als bei Sophia spielen und müsste demnach auch differenzierter erfasst werden. Weiterhin sind beispielsweise die Handpuppe „Schnecke“ als Interaktionspartnerin sowie indirekte Interaktionsangebote (Subellok et al., 2012) vermutlich individuelle therapeutische Elemente, welche möglicherweise auf andere Therapiekonzepte nicht zu transferieren sind.

Demnach ist nicht auszuschließen, dass sich die individuelle Symptomatik des Einzelfalls und entsprechend starke Individualisierung der therapeutischen Maßnahme (Katz-Bernstein, 2019; Subellok et al., 2012; Zakszeski & DuPaul, 2017) auch im einzelfallbasierten InterDoT niederschlägt (Lamnek & Krell, 2016). Infolgedessen bleibt seine Eignung zur Dokumentation und Analyse kommunikativen Verhaltens von Kindern mit sM im Allgemeinen zwar wahrscheinlich, doch schließlich offen. Im Rahmen weiterer Einzelfallstudien müsste dies überprüft und das Instrument möglicherweise erweitert werden. Zentrales Ziel ist hierbei die Weiterentwicklung von InterDoT, so dass es künftig möglichst ökonomisch und universell parallel zur Therapie in Funktion einer Verlaufsdocumentation eingesetzt werden kann.

Der hohe Zeitaufwand der Videoanalyse (Ayass, 2017; Denmuth, 2020) hat sich auch in der Anwendung dieses Beobachtungsinstruments gezeigt. Versuche, das Verfahren zu ökonomisieren, verliefen bislang nicht ohne Qualitätsverlust bei den Ergebnissen. Da abhängig von der Therapedidaktik und der kindlichen Entwicklung jede Therapiesitzung sehr individuell verläuft, können beispielsweise bei der Videoanalyse nicht einzelne Sitzungen ausgelassen werden. In der DortMuT ist zum Beispiel gerade in den ersten Sitzungen das Kind handlungsleitend, während im späteren Verlauf die Therapeutin durch indirekte und direkte Interaktionsangebote das Therapiegeschehen stärker vorgibt (Bahrfeck et al., 2017; Katz-Bernstein, 2019; Subellok et al., 2012). Durch einen sensiblen, im weiteren Verlauf aber auch fordernden Therapieverlauf kann es zu Einbrüchen in der Quantität und Qualität des kommunikativen Verhaltens des Kindes kommen, was einen engmaschigen, längsschnittlichen Einsatz des Beobachtungsinstruments zwingend erforderlich macht.

Von zentraler Bedeutung ist, dass ebenso wie die Therapie auch die Evaluation mit systemischer Ausrichtung erfolgen sollte (Katz-Bernstein, 2019). Die systematische Beobachtung in der Therapie und damit das Potenzial von Videoanalysen (Denmuth, 2020) allein ist nicht ausreichend, um das sprachlich-kommunikative Verhalten des Kindes insgesamt abbilden zu können. Hierfür sind ergänzend Fremdeinschätzungen durch Fragebögen, Checklisten und Interviews

(Zakszeski & DuPaul, 2017) erforderlich, um das Verhalten in den verschiedenen Lebenskontexten des Kindes nicht nur auf Mikro-, sondern auch auf Mesoebene und im Exosystem (Kohler et al., 2021) erfassen zu können.

Von weiterführendem Interesse ist nun die Weiterverarbeitung der aus der Kodierung gewonnenen Daten. Mithilfe deskriptiver, aber auch inferenzstatistischer Verfahren sollen Methoden identifiziert werden, welche Entwicklungsverläufe und demnach auch Therapiefortschritte in qualitativer und quantitativer Hinsicht anzeigen. Dabei soll auch analysiert werden, welche Variablen im engeren Sinne sich für eine Verlaufsdokumentation des sprachlich-kommunikativen Verhaltens schweigender Kinder zu eignen scheinen. Daraus soll langfristig eine reduzierte Variante des Kodiersystems entstehen, die ökonomisch zu Forschungs- und gegebenenfalls Therapieevaluationszwecken genutzt werden kann. Denkbar ist hier ebenfalls die Entwicklung eines vereinfachten Beobachtungsinstrumentes oder einer Einschätzungsskala für therapeutische Fachpersonen, die jedoch auch die bedeutsamen qualitativen Aspekte im Sinne eines breiten Therapieerfolges umfassen.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass Therapieerfolg in der Mutismustherapie durch die Heterogenität des Störungsbildes (Kearney & Rede, 2021) und dementsprechend höchst individualisierte Therapieverläufe nach wie vor nicht einheitlich definiert werden kann. Fest steht, dass Therapieerfolg wahrlich nicht nur bedeutet, dass das Kind überhaupt spricht. Vielmehr ist die Zielsetzung zunächst dialogisch mit dem Kind zu erörtern. Demnach müssen auch Messinstrumente individualisierbar bleiben, etwa mithilfe einer modularisierten Struktur, um individuelle Erfolge abbilden zu können. Schließlich ist zentrales Bestreben der Mutismustherapie, dass Kinder qualitativ vielfältig, ungehemmt und damit angstfrei und freudvoll mit ihrer Umwelt in Interaktion treten und dadurch sozial teilhaben können.

Literatur

- American Psychiatric Association. (2018). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5* (2., korrigierte Auflage). Göttingen: Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/02803-000>
- Ayass, R. (2017). Transkribieren. In L. Mikos & C. Wegner (Hrsg.), *Qualitative Medienforschung. Ein Handbuch* (S. 421–431). Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.
- Bahrfeck, K., Subellok, K. & Starke, A. (2017). Mutismus. In A. Mayer & T. Ulrich (Hrsg.), *Sprachtherapie mit Kindern*. Mit 56 Abbildungen und 44 Tabellen (S. 472–511). Ernst-Reinhardt-Verlag.
- Beare, P., Torgerson, C. & Creviston, C. (2008). Increasing Verbal Behavior of a Student Who Is Selectively Mute. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 16(4), 248–255. <https://doi.org/10.1177/1063426608317356>
- Benway, N. R., Hitchcock, E. R., McAllister, T., Feeny, G. T., Hill, J. & Preston, J. L. (2021). Comparing Biofeedback Types for Children With Residual /Errors in American English: A Single-Case Randomization Design. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30(4), 1819–1845. https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-20-00216
- Böse, J., Hoge, K., Subellok, K. & Starke, A. (2021). *Manual zur Transkription und Analyse von Videoaufnahmen im Rahmen der Mutismustherapie*. Unveröffentlichtes Manual.
- Busacca, M. L., Anderson, A. & Moore, D. W. (2015). Self-Management for Primary School Students Demonstrating Problem Behavior in Regular Classrooms: Evidence Review of Single-Case Design Research. *Journal of Behavioral Education*, 24(4), 373–401. <https://doi.org/10.1007/s10864-015-9230-3>
- Casale, G. & Haarhoff, D. (2022). Cognitive Behavioral Training Reduces Socially Anxious Classroom Behavior in Primary School Students. *Frontiers in Education*, 7. <https://doi.org/10.3389/educ.2022.746094>
- Cohan, S. L., Chavira, D. A. & Stein, M. B. (2006). Practitioner review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: a critical evaluation of the literature from 1990-2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 47(11), 1085–1097. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01662.x>
- Curran, M. & van Owen Horne, A. (2019). Use of Recast Intervention to Teach Causal Adverbials to Young Children With Developmental Language Disorder Within a Science Curriculum: A Single Case Design Study. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 28(2), 430–447. https://doi.org/10.1044/2018_AJSLP-17-0164
- Denmuth, C. (2020). Videoanalysen. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 1–21). Wiesbaden.
- Driessen, J., Blom, J. D., Muris, P., Blashfield, R. K., & Molendijk, M. L. (2020). Anxiety in Children with Selective Mutism: A Meta-analysis. *Child Psychiatry & Human Development*, 51(2), 330–341.
- Feldmann, S., Kopf, A. & Kramer, J. (2012). Kooperative Mutismustherapie. *Forum Logopädie*, 26(1), 14–20.
- GNU. (2022). The R Project for Statistical Computing [Computer software]. Verfügbar unter: <https://www.r-project.org>
- Hartmann, B. (2004). Die Behandlung eines (s)elektiv mutistischen Mädchens nach dem Konzept der Systemischen Mutismus-Therapie/SYMUT – Teil I. *Forum Logopädie*, 18(1), 20–26.
- Jones, K. & Odell-Miller, H. (2022). A theoretical framework for the use of music therapy in the treatment of selective mutism in young children: Multiple case study research. *Nordic Journal of Music Therapy*, 1–25. <https://doi.org/10.1080/08098131.2022.2028886>
- Katz-Bernstein, N. (2019). *Selektiver Mutismus bei Kindern. Erscheinungsbilder, Diagnostik, Therapie*. München: Ernst Reinhardt.
- Katz-Bernstein, N. & Subellok, K. (2020). Selektiver Mutismus im Kindesalter – Ein Plädoyer für einen integrativen interdisziplinären Behandlungsansatz. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 17(2), 22–41.
- Kazdin, A. E. (2011). *Single-Case Research Designs* (2. Aufl.). New York: Oxford University Press.
- Kearney, C. A. & Rede, M. (2021). The Heterogeneity of Selective Mutism: A Primer for a More Refined Approach. *Frontiers in Psychology*, 12, 1–7.

- Kern, L., Starosta, K. M., Cook, C. R., Bambara, L. M. & Gresham, F. R. (2007). Functional Assessment-Based Intervention for Selective Mutism. *Behavioral Disorders*, 32(2), 94–108. <https://doi.org/10.1177/019874290703200203>
- Kohler, J., Starke, A. & Kohnmäscher, A. (2021). Einzelfallorientierung in der Evidenzbasierung der Sprachtherapie. *Forschung Sprache*, 9(2).
- Koo, T. K. & Li, M. Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Kratochwill, T. R., Hitchcock, J. H., Horner, R. H., Joel R. Levin, Odom, S. L., Rindskopf, D. M. et al. (2013). Single-Case Intervention Research Design Standards. *Remedial and Special Education*, 34(1), 26–38.
- Künzel, L. & Sallat, S. (n.d.). Dissertationsprojekt: *Evaluation musiktherapeutischer Methoden für die Kommunikationsanbahnung bei Kindern mit Mutismus*. Martin-Luther-Universität Halle/Wittenberg.
- Lamnek, S. & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung: Mit Online-Materialien* (6., überarbeitete Auflage). Weinheim, Basel: Beltz.
- Landis, J. R. & Koch, G. G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*, 33(1), 159. <https://doi.org/10.2307/2529310>
- Max Planck Institute for Psycholinguistics. (2022). *ELAN* (Version 6.4) [Computer software]. Nijmegen: ELAN (Version 6.4). Verfügbar unter: <https://archive.mpi.nl/tla/elan>
- Mayworm, A. M., Dowdy, E., Knights, K. & Rebelez, J. (2015). Assessment and Treatment of Selective Mutism with English Language Learners. *Contemporary School Psychology*, 19(3), 193–204. <https://doi.org/10.1007/s40688-014-0035-5>
- Pionek Stone, B., Kratochwill, T. R., Sladeczek, I. & Serlin, R. C. (2002). Treatment of selective mutism: A best-evidence synthesis. *School Psychology Quarterly*, 17(2), 168–190. <https://doi.org/10.1521/scpq.17.2.168.20857>
- Poole, K. L., Cunningham, C. E., McHolm, A. E. & Schmidt, L. A. (2021). Distinguishing selective mutism and social anxiety in children: a multi-method study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(7), 1059–1069. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01588-3>
- Remschmidt, H., Poller, M., Herpertz-Dahlmann, B., Hennighausen, K. & Gutenbrunner, C. (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251(6), 284–296. <https://doi.org/10.1007/PL00007547>
- Sanetti, L. M. & Luiselli, J. K. (2009). Evidence-Based Practices for Selective Mutism: Implementation by a School Team. *Research in Practice*, 3, 27–42. Verfügbar unter: https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=19382243&asa=y&an=44451761&h=wpe1v2lplsfr10nriu21qjvgit7irdablfd0160plti2ma6tvsukv42jdfmdctvyvwqeqhj4%2f9paejfgcafq%3d%3d&crl=c&casa_token=pizmjbxh1fuaaaaa:2sdihh02feiy8tbk_9kkrlg4ertu2ff0ugtadhfuzrypfnbvmyfnzai_aizkjavcwzvsq2xzhu3
- Schnettler, B. & Knoblauch, H. (2009). Videoanalyse. In S. Kühl, P. Strodtholz & A. Taffertthofer (Hrsg.), *Handbuch Methoden der Organisationsforschung. Quantitative und Qualitative Methoden* (S. 272–297). Wiesbaden.
- Schreier, M. (2012). *Qualitative Content Analysis in Practice*. London: SAGE Publications.
- Schwenck, C. & Gensthaler, A. (2017). Die Psychopathologie des Selektiven Mutismus. *Sprache – Stimme – Gehör*, 41(2).
- Schwenck, C., Gensthaler, A., Vogel, F., Pfeiffermann, A., Laerum, S. & Stahl, J. (2021). Characteristics of person, place, and activity that trigger failure to speak in children with selective mutism. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(9), 1419–1429. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01777-8>
- Starke, A. (2014). *Selektiver Mutismus bei mehrsprachigen Kindern. Eine Längsschnittstudie zum Einfluss kindlicher Ängste, Sprachkompetenzen und elterlicher Akkulturation auf die Entwicklung des Schweigens*. Dissertation. Verfügbar unter: <https://eldorado.tu-dortmund.de/bitstream/2003/34084/1/Dissertation.pdf>
- Starke, A., Subellok, K. & Mazzotta, N. (2019). *Design einer kontrollierten Einzelfallstudie zur Evaluation der Dortmunder Mutismus Therapie (DortMuT)*. Unveröffentlichtes Poster.
- Steinhausen, H.-C., Wachtner, M., Laimböck, K. & Winkler Metzke, C. (2006). A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(7), 751–756.
- Subellok, K., Katz-Bernstein, N., Bahrfeck-Wichitill, K. & Starke, A. (2012). DortMuT (Dortmunder Mutismus-Therapie): eine (sprach)therapeutische Konzeption für Kinder und Jugendliche mit selektivem Mutismus. *L.O.G.O.S. interdisziplinär*, 20(2), 84–94.
- Subellok, K. & Starke, A. (2015). Leitlinien des Interdisziplinären Mutismus Forums (IMF) für die Mutismustherapie. *Logos*, 23(2), 106–109.
- Tan, Y. R., Ooi, Y. P., Ang, R. P., Goh, D. h., Kwan, C., Fung, D. S. et al. (2022). Feasibility trial of virtual reality exposure therapy for selective mutism. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 27(2), 351–368. <https://doi.org/10.1177/13591045211056920>
- Tuma, R. (2018). Video-Interaktionsanalyse. In C. Moritz & M. Corsten (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Videoanalyse* (S. 423–444). Wiesbaden: Springer VS.
- World Health Organization. (2022). International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). *The global standard for diagnostic health information*. Verfügbar unter: <https://icd.who.int/en>
- Zakszeski, B. N. & DuPaul, G. J. (2017). Reinforce, shape, expose, and fade: a review of treatments for selective mutism (2005–2015). *School Mental Health*, 9(1), 1–15. <https://doi.org/10.1007/s12310-016-9198-8>

Zu den Autorinnen

Katharina Rademacher ist Sonderpädagogin (M. Ed.) und wissenschaftliche Mitarbeiterin im Arbeitsbereich Inklusive Pädagogik mit dem Schwerpunkt Sprache an der Universität Bremen. Ihre Forschung fokussiert sich auf die Professionalisierung angehender Lehrkräfte in Bezug auf Sprachförderkompetenzen und auf den Zusammenhang sprachlicher und sozial-emotionaler Fähigkeiten.

Jannika Böse ist Sonderpädagogin (M. Ed.) und wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachgebiet Sprache und Kommunikation an der TU Dortmund. Sie forscht schwerpunktmäßig zu den Themen Diagnostik und Förderung bei mehrsprachigen Kindern sowie zum Thema selektiver Mutismus.

Dr. habil. Katja Subellok war bis 2022 Oberstudienrätin i. H. im Fachgebiet Sprache und Kommunikation an der TU Dortmund und Leiterin des dortigen Sprachtherapeutischen Ambulatoriums. Ihre Arbeits- und Forschungsschwerpunkte sind Supervision, Beratung und Angehörigenarbeit, selektiver Mutismus und Therapedidaktik.

Prof. Dr. Anja Starke ist Universitätsprofessorin für Inklusive Pädagogik mit dem Schwerpunkt Sprache an der Universität Bremen. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Professionalisierung von Lehrkräften, Sprachentwicklungsstörungen, selektiver Mutismus sowie Sprachförderung und -therapie mit digitalen Medien.

Korrespondenzadressen

Katharina Rademacher
Universität Bremen
Fachbereich 12 – Inklusive Pädagogik – Sprache
Universitäts-Boulevard 11/13
28359 Bremen
E-Mail: katharina.rademacher@uni-bremen.de

Jannika Böse
Technische Universität Dortmund
Fakultät Rehabilitationswissenschaften
– Fachgebiet Sprache & Kommunikation –
Emil-Figge-Straße 50
44227 Dortmund
E-Mail: jannika.boese@tu-dortmund.de