

Schule für Logopädie

am Universitätsklinikum

Im Neuenheimer Feld 400

69120 Heidelberg

Selektiver Mutismus bei Kindern

Welche Rolle spielt die interprofessionelle Zusammenarbeit bei der
therapeutischen Begleitung selektiv mutistischer Kinder?

Logopädische Hausarbeit

Wintersemester 2018

Ella Reiner

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	2
2 Mutismus	3
2.1 Definition	3
2.2 Formen des Mutismus	3
2.2.1 Der totale Mutismus	3
2.2.2 Der selektive Mutismus	3
2.3 Risikofaktoren und zusätzliche Auffälligkeiten (Co-Morbidität) bei selektiv mutistischen Kindern	5
3 Therapie	6
3.1 SYMUT – die Systemische Mutismustherapie	6
3.2 DortMuT - Dortmunder Mutismus Therapie	8
3.3 Medikamentöse Behandlung	10
4 Vergleich von SYMUT und DortMuT	11
5 Interprofessionelle Zusammenarbeit und ihre Grenzen	12
6 Familienarbeit	14
7 Fazit	16
Literaturverzeichnis	17

1 Einleitung

Wie kann es gelingen, ein beharrlich schweigendes Kind auf seinem Weg aus dem Schweigen zu begleiten? Das Störungsbild des selektiven Mutismus lässt sich nicht ohne Weiteres einem einzelnen Fachbereich zuordnen. Vielmehr bedarf es einer Verzahnung von Sprachtherapie und Kinder- und Jugendpsychotherapie, um das Schweigen sowie seine Ursachen und Folgen abfangen zu können.

Bis zu sieben von 1000 Kindern schweigen, obwohl sie sprechen können. Die Ursache ist oft das Zusammenspiel vieler Faktoren, die teils in der Lebenswelt, teils im Wesen des Kindes begründet liegen. Hinter dem Schweigen des Kindes verbergen sich nicht nur Versagensängste und Überforderung, sondern paradoxerweise durchaus der Wunsch, sprechen zu können. Häufig wird das Schweigen jedoch von Personen im Umfeld des Kindes als Sturheit, Schüchternheit oder Trotz missverstanden. Dies führt allmählich zu sozialer Isolation. Das Schweigen muss jedoch eher als Bewältigungsstrategie und Reaktion auf scheinbar nicht anders lösbare Situationen angesehen werden, denen das Kind ausgesetzt ist. Schließlich findet sich das Kind oft in einem Strudel wieder, der einerseits vom Wunsch nach dem Durchbrechen des Schweigens, und andererseits vom Genießen der Sonderstellung, sowie dem Gefühl der Unumkehrbarkeit gekennzeichnet ist.

Die Gesichter des Schweigens sind so individuell wie die Kinder selbst. Um ein selektiv mutistisches Kind im Kontext seiner komplexen Lebensrealität bestmöglich therapeutisch begleiten zu können, bedarf es besonderem Fingerspitzengefühl.

Als angehende Logopädin beschäftigt mich deshalb die Frage, inwiefern Fachkräfte der einzelnen Disziplinen – Sprachtherapie auf der einen, Kinder- und Jugendpsychotherapie auf der anderen Seite – der Therapie selektiv mutistischer Kinder gewachsen sind. Die ernüchternde Antwort: Ohne zusätzliche Weiterbildung nicht besonders gut. Doch welche Qualifikationen muss ein Therapeut mitbringen, um dem komplexen und vielseitigen Anspruch einer Mutismustherapie gerecht zu werden? Und welche Rolle spielt hierbei die Interprofessionalität und interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Eltern, Pädagogen und Therapeuten? Mit diesen Fragen beschäftigt sich meine Hausarbeit im Folgenden.

2 Mutismus

2.1 Definition

Das Wort "Mutismus" leitet sich vom lateinischen Begriff *mutus* ab und bedeutet *stumm*. Der Begriff des Mutismus bezeichnet eine Kommunikationsstörung, bei der betroffene Menschen schweigen, obwohl die Sprach-, Sprech- und Hörfähigkeit nicht eingeschränkt ist (Hartmann, 1991). Man unterscheidet zwischen totalem und selektivem Mutismus (Bahr, 2002).

2.2 Formen des Mutismus

2.2.1 Der totale Mutismus

Unter totalem Mutismus versteht man eine völlige Verweigerung der lautsprachlichen Kommunikation inklusive aller Geräusche wie Räuspern, Niesen, Husten oder Lachen, die mit dem Mund erzeugt werden. Hierbei zieht sich das Schweigen durch sämtliche Situationen und ist nicht personenabhängig, sondern universell (Katz-Bernstein, 2007). Da totaler Mutismus bei Kindern äußerst selten auftritt, beschäftigt sich diese Hausarbeit vorwiegend mit dem unter 2.2.2 beschriebenen selektiven Mutismus.

2.2.2 Der selektive Mutismus

Selektiv mutistische Kinder sprechen mit ausgewählten Personen oder an bestimmten Orten. Bei fremden Personen oder in unbekanntem Situationen verstummen sie jedoch (Katz-Bernstein, 2007).

Die *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* (kurz: ICD-10) definiert selektiven Mutismus folgendermaßen:

F94.0: Elektiver Mutismus

Dieser ist durch eine deutliche, emotional bedingte Selektivität des Sprechens charakterisiert, so dass das Kind in einigen Situationen spricht, in anderen definierbaren Situationen jedoch nicht. Diese Störung ist üblicherweise mit besonderen Persönlichkeitsmerkmalen wie Sozialangst, Rückzug, Empfindsamkeit oder Widerstand verbunden. (www.icd-code.de)

Die Anzahl und Auswahl der Personen, mit denen das selektiv mutistische Kind spricht, ist sehr individuell. Meist beschränkt sich die Auswahl auf enge Familienmitglieder wie Eltern, Geschwister oder Haustiere, sowie wenige enge Freunde. Es kommt aber auch vor, dass eine bestimmte Personengruppe als solche bevorzugt oder ausgeschlossen wird, wenn das Kind beispielsweise nur mit anderen Kindern, jedoch niemals mit Erwachsenen (ausgenommen den Eltern) oder kategorisch nicht mit dem anderen Geschlecht spricht.

Das Schweigen beziehungsweise die Auswahl der Personen, mit denen gesprochen wird, darf laut Katz Bernstein (2007) jedoch nicht als freiwillig angesehen werden, sondern muss viel eher als "Bewältigungsstrategie" (Bahr, 2002) verstanden werden. Die irrtümliche Annahme der freien Wahl lässt sich auch in der Begriffsbezeichnung "elektiver Mutismus" (1934 erstmals beschrieben von Tramer) wiederfinden. Der Begriff *elektiv* suggeriert fälschlicherweise, dass das Kind frei wählt, mit wem es spricht und wem gegenüber es schweigt. Die Bezeichnung *selektiv* suggeriert eine solche Freiwilligkeit der Auswahl nicht.

Aus diesem Grund wird in dieser Hausarbeit der Terminus "selektiver Mutismus" verwendet. Inhaltlich bezeichnen beide Begriffe dasselbe Störungsbild und werden daher in der Literatur synonym verwendet.

Um einen selektiven Mutismus eindeutig zu diagnostizieren, müssen folgende Kriterien laut Saß et al. (1998, S. 155f) erfüllt sein:

- A. Andauernde Unfähigkeit, in bestimmten Situationen zu sprechen (in denen das Sprechen erwartet wird, z.B. in der Schule), wobei in anderen Situationen normale Sprechfähigkeit besteht.
- B. Die Störung behindert die schulischen oder beruflichen Leistungen oder die soziale Kommunikation.
- C. Die Störung dauert mindestens einen Monat (und ist nicht auf den ersten Monat nach Schulbeginn eingeschränkt).
- D. Die Unfähigkeit zu sprechen ist nicht durch fehlende Kenntnisse der gesprochenen Sprache bedingt, die in der sozialen Situation benötigt werden oder dadurch, dass der Betroffene sich in dieser Sprache nicht wohlfühlt.
- E. Die Störung kann nicht besser durch eine Kommunikationsstörung (z.B. Stottern) erklärt werden und tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, Schizophrenie oder einer anderen Psychotischen Störung auf.

Dies soll einerseits die differenzialdiagnostische Abgrenzung zu organischen und psychiatrischen Erkrankungen sowie Entwicklungsstörungen jeglicher Art erleichtern. Zudem muss ausgeschlossen werden, dass es sich um eine vorübergehende Reaktion auf eine Änderung der Lebenssituation handelt. Kinder können mitunter schweigend auf einen Wohnortwechsel (vor allem in Verbindung mit einem Umgebungssprachenwechsel durch Migration), traumatische Erlebnisse wie den Verlust eines Familienmitglieds, eine große Alltagsveränderung wie der Einschulung oder die Geburt eines Geschwisterkindes, reagieren. Bleibt das Schweigen jedoch auch nach Adaption an die neue Situation bestehen, können sämtliche andere organische und psychiatrische Störungen ausgeschlossen werden und erfüllt das Kind alle anderen Kriterien, kann die Diagnose selektiver Mutismus gestellt werden.

2.3 Risikofaktoren und zusätzliche Auffälligkeiten (Co-Morbidität) bei selektiv mutistischen Kindern

Es gibt bestimmte Verhaltensauffälligkeiten und pathologische Muster, die das Phänomen des selektiven Mutismus bei Kindern oft begleiten. Die folgenden Beobachtungen stützen sich auf Untersuchungen von Castell und Schmidt (1999; 2000) und Rösler (1981), zitiert nach Katz-Bernstein (2007, S. 28).

Die komorbiden, psychiatrischen Begleiterscheinungen lassen sich unter den Punkten

1. "soziale Ängstlichkeit
2. Störungen des sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten
3. depressive Symptomatik
4. Regulationsstörung von Schlaf, Essen, Ausscheidungsfunktion und Verhaltenskontrolle"

(Castell und Schmidt, 1999; 2000, S. 2)

zusammenfassen.

Weit mehr als die Hälfte aller von selektivem Mutismus betroffenen Kinder zeigen Angstsymptome, passives Rückzugsverhalten und ausgeprägte Schüchternheit. Ein Drittel der Kinder leidet an Stimmungsschwankungen und Konzentrationsstörungen, sowie einer erhöhten Aggressivität. Zudem beschreibt Rösler (1981) Verhaltensauffälligkeiten wie Bettnässen, Daumenlutschen und Schlafstörungen.

Katz-Bernstein stellte bereits 2007 fest, dass Mutismus oft aus einem Zusammenspiel vielfältiger Risikofaktoren entsteht. Diese sind beispielsweise Bilingualität, Persönlichkeitsstörungen der Eltern oder bestimmte Temperamentsmerkmale des Kindes.

Es existieren vielfältige Ätiologiemodelle, auf die in dieser Ausarbeitung jedoch nicht näher eingegangen wird.

3 Therapie

Im Folgenden führt diese Hausarbeit zwei Therapiekonzepte für selektiven Mutismus bei Kindern und Jugendlichen auf. Beschrieben und verglichen werden die Systemische Mutismustherapie (SYMUT) nach Dr. Boris Hartmann mit Zentrale in Köln und die Dortmunder Mutismustherapie (DortMuT) nach Nitza Katz-Bernstein mit Sitz in Dortmund.

3.1 SYMUT - die Systemische Mutismustherapie

Die Systemische Mutismustherapie, kurz SYMUT, wurde 2004 von Dr. Boris Hartmann entwickelt und ist interdisziplinär ausgerichtet. Aus den Bereichen Psychiatrie, Psychotherapie und Sprachtherapie werden individuelle Behandlungsmaßnahmen zusammengestellt, um das Kind bestmöglich vor psychosozialen Konsequenzen wie sozialer Isolation oder schwerer schulischer Probleme zu bewahren. Sämtliche Informationen über das Therapiekonzept sind, soweit nicht anders gekennzeichnet, Hartmanns Werk "Gesichter des Schweigens" (2006) entnommen.

SYMUT basiert, wie der Name bereits besagt, auf einem systemischen Menschenbild. Gemäß dieser Grundlage wird nicht von einer einseitigen Ursache-Wirkungs-Erklärung zwischen dem Betroffenen und seinem Schweigen ausgegangen. Der Mensch steht viel mehr sowohl mit sich selbst als auch mit der Umwelt in einer beidseitigen Wechselbeziehung, in der sich beispielsweise die Beziehungen innerhalb der Familie, das Temperament des Kindes sowie Reaktionen auf sein Verhalten gegenseitig bedingen.

Die fünf Säulen, in die sich die Systemische Mutismustherapie gliedern lässt, sind das systemische Menschenbild (Modul 1), eine 8-Stufen-Diagnostik (Modul 2), interdisziplinäre Gesprächsrunden (Modul 3), Beratung/Elternarbeit (Modul 4) und die tatsächliche Therapie in vier Phasen (Modul 5) (www.boris-hartmann.de).

In der Diagnostik (Modul 2) spielen neben ärztlichen und psychologischen Untersuchungen die Patienten- und Familienanamnese sowie die Bewertung des sozialen Kommunikationsverhaltens eine große Rolle. Gemäß des systemischen Menschenbildes muss das schweigende Kind immer im Kontext seiner gesundheitlichen, familiären und sozialen Situation betrachtet werden.

Die interdisziplinären Gesprächsrunden des dritten Moduls wurden ins Leben gerufen, um Personen aus dem Umfeld des Kindes (Erzieher, Lehrer, Therapeuten) ins therapeutische Geschehen mit einzubeziehen. Nur, wenn in der Praxis erreichte Erfolge in einst gefürchtete Situationen im Lebensalltag des Kindes transferiert werden können, kann das Kind das Schweigen überwinden.

Modul 4 steht unter dem Stern der Beratung und Elternarbeit. Es werden wichtige Fragen wie eine geeignete Beschulung besprochen. Zudem ist es wichtig, aufrechterhaltende Faktoren wie etwa die Freistellung von unangenehmen Aufgaben, die einen subjektiven Krankheitsgewinn mit sich bringt, zu erkennen und ihnen entgegenzuwirken.

Ziel des fünften Moduls, der eigentlichen Therapie, ist es schließlich, das Schweigen des Kindes aufzulockern und dabei das familiäre und soziale Umfeld des Kindes mit einzubeziehen. Zum ersten Mal wird hier in vier Phasen direkt am Sprechen gearbeitet.

Diese sind:

1.) Präverbale Phase

In dieser ersten Phase steht der Aufbau einer therapeutischen Beziehung besonders im Vordergrund. Gleichzeitig wird mit der Elternarbeit und Beratung begonnen. Sowohl mit den Eltern als auch mit dem Kind wird schließlich erarbeitet, welche Bedeutung das Sprechen für die Betroffenen hat. Den Abschluss der ersten Phase stellt die Evozierung der ersten Laute dar.

2.) Lexikalisch-syntaktische Phase

In der zweiten Phase wird die Steigerung hin zu Wort- und Satzäußerungen vorgenommen, sowie eine Begrüßungs- und Verabschiedungsformel etabliert. Im weiteren Verlauf wird ein therapeutischer Vertrag zwischen Therapeuten und Kind geschlossen, der Vereinbarungen über bestimmte, sprachlich zu meisternde Aufgaben des Transfers schriftlich festhält. Zusätzlich finden in dieser Phase interdisziplinäre Gesprächsrunden statt, an denen neben den Eltern Erzieher, Lehrer und Therapeuten weiterer Disziplinen teilnehmen.

3.) Kommunikativ-sozialinteraktive Phase

Die dritte Phase ist vor der Nachsorge die letzte direkt therapeutische Phase. Ziel dieser Phase ist es, den Übergang vom gelenkten Sprechen auf eine freie Kommunikationsebene zu schaffen. Begleitet wird dieser Transfer von In-vivo-Übungen wie Telefonieren und dem Ansprechen von Passanten.

4.) Nachbetreuungsphase

Nach drei und neun Monaten werden die Patienten dem Therapeuten erneut vorgestellt, um den weiteren Verlauf der mündlichen Kommunikation und Angstbewältigung zu besprechen und eine eventuelle Wiederaufnahme der Therapie zu veranlassen.

3.2 DortMuT - Dortmunder Mutismus Therapie

Die Dortmunder Mutismus Therapie, kurz DortMuT, ist ein Therapieansatz, der sich an selektiv mutistische Kinder und Jugendliche sowie ihre Familien richtet. Es handelt sich um ein integratives Therapiekonzept, das logopädische, psychodynamische, systemische und kognitiv-behaviorale Elemente miteinander vereint.

Die Basis des Konzepts schaffte Nitza Katz-Bernstein erstmals 2005. Seitdem wurde es in der Arbeit mit Betroffenen im Sprachtherapeutischen Ambulatorium (SpA) der Technischen Universität Dortmund weiterentwickelt und ausdifferenziert (<http://spa.tu-dortmund.de>).

Das Ziel der Therapie ist es, dass sich das schweigende Kind als sozial kompetenter Handelnder erlebt, der vollwertig am sozialen und gesellschaftlichen Leben teilhaben kann. Auf der Grundlage dieser Gewissheit der Selbstwirksamkeit soll das Kind schließlich in allen relevanten Situationen dazu in der Lage sein, zu sprechen (<http://spa.tu-dortmund.de>).

Ein konstantes Element ist der entschlossene Optimismus des Therapeuten, dass das Kind zwar im Moment noch nicht, jedoch später sicher in der Lage sein wird, zu sprechen. Die positive Unterstellung, dass es dem noch schweigenden Kind irgendwann gelingen wird, das Schweigen zu überwinden, gilt als ein wichtiger Wirkfaktor der Therapie (<http://spa.tu-dortmund.de>).

Zu Beginn der Therapie wird ein sogenannter "Safe Place" geschaffen: ein sicherer, geschützter Ort, der es dem Kind zunächst erlaubt, sich räumlich und damit auch innerlich

vom Therapeuten abzutrennen. Die Angebote des Therapeuten können in der eigenen, individuellen Geschwindigkeit des Kindes wahr- und angenommen werden. So wird mit der Zeit die Interaktion zwischen Kind und Therapeut immer freier und löst sich schrittweise vom "Safe Place" ab (Katz-Bernstein, 2007).

In dieser ersten Zeit der Therapie wird noch kein Transfer vom Kind erwartet. Es geht lediglich darum, dass Therapeut und Kind eine vertrauensvolle, sichere Beziehung zueinander aufbauen. Es gestaltet sich jedoch nicht immer einfach, das Vertrauen eines selektiv mutistischen Kindes zu erlangen, da viele der Kinder sich als sehr misstrauisch zeigen. Eine wichtige Aufgabe des Therapeuten ist es deshalb, dem Kind zu vermitteln, dass es wertvoll ist, wie es ist. Dennoch wird dem Kind, wie bereits oben erwähnt, positiv unterstellt, dass es die Fähigkeit besitzt, über sich selbst hinauszuwachsen und beispielsweise das Schweigen zu überwinden (Katz-Bernstein, 2007).

Eine Besonderheit der DortMuT liegt darin, dass es ein Drinnen (die Therapie) und ein Draußen (den Lebensalltag des Kindes) gibt, die zu Beginn zwar getrennt sind, sich später einander aber immer mehr öffnen sollen (Subellok, Bahrfeck-Wichitill und Winterfeld, 2015). Haben Therapeut und Kind eine sichere Basis erlangt und nehmen die kommunikativen Fähigkeiten zu, hat der Therapeut die Aufgabe, das Drinnen und Draußen schrittweise miteinander zu vernetzen.

Dies geschieht beispielsweise, indem Personen von "Draußen" wie beispielsweise Freunde, Lehrer oder Großeltern mit Einverständnis des Kindes in die Therapie eingeladen werden. Im Vorhinein wird mit dem Therapeuten genau besprochen, was in der gemeinsamen Therapiestunde gespielt oder unternommen wird, sowie zu welchen Schritten das Kind noch nicht bereit ist. Ebenso besteht die Möglichkeit, dass der Therapeut den Kindergarten oder die Schule des Kindes besucht. Auch hier liegt die Entscheidung über den Umfang und den genauen Rahmen beim Kind (Subellok et al, 2015).

Dadurch, dass durch die Besuche die Grenze zwischen "Drinnen" und "Draußen" immer durchlässiger wird, fällt es dem Kind leichter, in Situationen zu sprechen, in denen es vorher geschwiegen hat, obwohl es dem Umfeld als Schweiger bekannt ist. Diese Hürde ist besonders groß, wird jedoch durch die gegenseitigen Besuche leichter zu überwinden (Subellok et al, 2015).

Schließlich werden In-vivo-Übungen durchgeführt, in denen beispielsweise ein Passant nach dem Weg gefragt werden soll. Zu Beginn ist der Therapeut anwesend, um das Kind zu unterstützen. Gelingt dem Kind der Transfer der im "Drinnen" erworbenen Kommunikationsfähigkeiten zunehmend auch ohne Hilfe des Therapeuten, zieht sich dieser immer weiter zurück, bis sich das Kind den Situationen auch eigenständig stellen kann (Subellok et al, 2015).

Die Therapie kann abgeschlossen werden, wenn das Kind in (fast) jedem Kontext spricht und unvertraute Situationen eigenständig bewältigen kann (Katz-Bernstein, 2007).

3.3 Medikamentöse Behandlung

Bleibt eine Kommunikationstherapie mehrere Jahre ohne Erfolg (Katz-Bernstein, 2007) oder wird die mutistische Symptomatik durch komorbide Erkrankungen wie Angststörungen, Depressionen oder sozialer Phobie begleitet, kann eine medikamentöse Therapie indiziert sein (Klampfl und Seifert, 2009). Mutismus wird, ähnlich den Angsterkrankungen, Zwängen und Depressionen, auf Störungen im Hirnstoffwechsel zurückgeführt (Hartmann und Lange, 2010). Näher beschrieben vermutet man eine zu niedrige Konzentration des Neurotransmitters Serotonin. Besonders Kinder schwerer Verlaufsformen können davon profitieren, wenn eine Mutismustherapie medikamentös begleitet und dadurch das Angsterleben somatisch aufgelockert wird (Hartmann und Lange, 2010).

In Frage kommen beispielsweise sogenannte Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs), eine bestimmte Gruppe der Antidepressiva. SSRIs können durch einen Anstiegs der Serotoninkonzentration zu einer Normalisierung des Hirnstoffwechsels beitragen. Als Vorstufe zu schulmedizinischen Antidepressiva können zudem homöopathische Präparate (wie beispielsweise Johanniskraut oder Calcium carbonicum) in Betracht gezogen werden (Hartmann und Lange, 2010).

In jedem Fall sollte eine medikamentöse Behandlung nur unter zwei Aspekten stattfinden: 1.) muss sie schulmedizinisch sorgfältig betreut und bei Erfolg kontrolliert abgesetzt werden und 2.) müssen alle anderen therapeutischen Maßnahmen weiterhin regelmäßig durchgeführt werden. Eine medikamentöse Therapie darf niemals eine psycho- oder sprachtherapeutische Behandlung ersetzen (Katz-Bernstein, 2007).

4 Vergleich von SYMUT und DortMuT

Die Systemische Mutismustherapie nach Dr. Boris Hartmann und die Dortmunder Mutismustherapie nach Nitza Katz-Bernstein haben ein gemeinsames Ziel: Den schweigenden Menschen bei der Überwindung des Schweigens zu begleiten. Die Herangehensweise an diese Aufgabe mag sich ähneln – die genauen Methoden sind aber dennoch verschieden.

Ein Punkt, an dem sich beide Konzepte treffen, ist die Interdisziplinarität. Sowohl SYMUT als auch DortMuT sehen sie als unabdingbare Voraussetzung, damit die Therapie gelingen kann. Im Rahmen beider Konzepte ist das Miteinbeziehen von Kinder- und Jugendpsychotherapeuten sowie -psychiatern und pädagogischen Fachkräften wie Erziehern oder Lehrern vorgesehen. Auch die enge Zusammenarbeit mit den Eltern ist in beiden Konzepten fest verankert.

Weitere Gemeinsamkeiten finden sich in der gründlichen Erarbeitung einer guten Therapeuten-Kind-Beziehung, der schrittweisen Trennung von Bezugspersonen sowie der Auflockerung der Grenzen zwischen Therapie und Alltag durch die Besuche von Personen aus dem Lebensumfeld des Kindes. Zudem wird in beiden Konzepten das in der Therapie Gelernte schrittweise durch Abmachungen, Aufgaben und schließlich In-vivo-Übungen in den Alltag transferiert.

In beiden Konzepten suggeriert der Therapeut dem Kind, dass er fest von der Fähigkeit des Kindes überzeugt ist, das Schweigen zu überwinden und schließlich zur Sprache zu finden. Der Unterschied zeigt sich jedoch im Umgang mit ersten Erfolgen: Während Katz-Bernstein es bewusst vermeidet, Freude über beispielsweise erste Laut- oder Wortäußerungen des Kindes zu zeigen, setzt Hartmann diese Freude als Verstärker ein. Katz-Bernstein vertritt die Überzeugung, dass man einem ersten Durchbrechen des Schweigens nicht zu viel Aufmerksamkeit schenken soll, um beim Kind kein Gefühl des Schrecks über das plötzliche Sprechen auszulösen. Viel mehr sollte weiterhin die "Kraft der Unterstellung" (Katz-Bernstein, 2007, S. 151) wirken, nach der der Therapeut bereits von Beginn an überzeugt davon war, dass das Kind sprechen wird. Hartmann (2006) hingegen empfindet, dass das Glück und der Stolz, den der Therapeut über die erste Äußerung empfindet, positiv auf das Kind übergreift und die gelungene erste Überwindung des Schweigens für mehr Nähe zwischen Therapeut und Kind sorgt.

Weitere Unterschiede finden sich in den verwendeten Methoden und Materialien. So erachtet Katz-Bernstein beispielsweise die Einrichtung eines "Safe Place" als Rückzugsmöglichkeit für das Kind als hilfreich. Im Konzept zu SYMUT findet sich hingegen beispielsweise eine Idee, die sich "Therapeutischer Vertrag" nennt. In diesem Vertrag werden Szenarien des Transfers festgehalten und das Kind kann sich durch die Erfüllung dieser Schritte Punkte verdienen. Im Evozieren erster Laute setzt Katz-Bernstein Musikinstrumente ein, mit denen Lärm erzeugt wird, während Hartmann symbolisch eine dampfende Lokomotive verwendet.

So unterschiedlich die genaue Ausgestaltung der Therapie auch sein mag, SYMUT und DortMuT arbeiten beide auf das Ziel hin, selektiv mutistische Kinder zurück zur Sprache zu bringen.

5 Interprofessionelle Zusammenarbeit und ihre Grenzen

Der selektive Mutismus lässt sich in seinem Wesen keiner Fachrichtung einzeln zuordnen. Als Kommunikationsstörung scheint er eine sprachtherapeutische Angelegenheit zu sein, als Ausdruck einer sozialen Phobie mit Angstsymptomatik ordnet man ihn der Psychotherapie zu und beachtet man die neurologische Komponente mit Störungen im Hirnstoffwechsel, eröffnet sich eventuell ein psychiatrischer Handlungsbedarf. Stößt das schweigende Kind im Regelschulbetrieb an seine Grenzen, gesellt sich die Sonderpädagogik hinzu. Das Schweigen des Kindes äußert sich inmitten einer verworrenen Familiensituation und die Eltern sind ratlos, wie sie sich verhalten sollen? Die Unterstützung eines Sozialarbeiters wird womöglich nötig.

Betrachtet man selektiven Mutismus in allen Bereichen, in denen er wirkt, wird deutlich: es bedarf eines gut vernetzten Teams an Fachkräften unterschiedlichster Disziplinen, um die Diagnose "selektiver Mutismus" im ersten Schritt überhaupt stellen zu können und schließlich das Kind und seine Familie aus den Fängen des Schweigens zu befreien.

Katz-Bernstein und Bahrfeck beschrieben die Schwierigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit 2012 folgendermaßen:

"Die Ohnmacht, die die Hartnäckigkeit des Schweigens bei allen auslöst, führt dazu, dass der Mutismus als willentliche Verweigerungshaltung oder Sturheit

missverstanden wird und die Zuständigkeiten unter den Fachleuten und Bezugspersonen hin und her geschoben werden.“ (S. 174)

Beim Versuch, auf Basis der bisherigen Auseinandersetzung mit dem Störungsbild Mutismus das Ideal einer interprofessionellen Betreuung zu beschreiben, zeichnen sich folgende Punkte ab:

1. Alle zur bestmöglichen Versorgung des Patienten benötigten Disziplinen sind vertreten.
2. Die Fachkräfte begegnen sich unabhängig von fachlichen Hierarchien respektvoll und auf Augenhöhe.
3. Entscheidungen werden patientenorientiert und gemeinsam getroffen.
4. Es besteht ein fester und regelmäßiger Rahmen, in dem die Besprechungen stattfinden.
5. Einer der Beteiligten übernimmt die Rolle, die verschiedenen Maßnahmen und Ziele zu koordinieren und aufeinander abzustimmen.

Dieses Ideal ist jedoch in vielerlei Hinsicht schwer umzusetzen.

Ein wesentliches Problem stellen die Rahmenbedingungen interdisziplinärer Gesprächsrunden dar. Nicht jede beteiligte Fachkraft hat in ihrem Berufsalltag die zeitlichen Ressourcen für zusätzliche Besprechungen oder müsste sie unvergütet als Überstunden wahrnehmen. Dies erzeugt jedoch das Gefühl, die Gesprächsrunden seien ein freiwilliges „Entgegenkommen“ aller Beteiligten, was sich wiederum hinderlich für die Arbeitshaltung und Verbindlichkeit der Sitzungen herausstellt.

Des Weiteren ergeben sich zwei wesentliche Konflikte aus der vielseitigen Zusammenstellung eines Teams mit beteiligten Personen unterschiedlicher Fachrichtungen und Professionen. Zum Einen müssen gemeinsame Maßnahmen koordiniert und aufeinander abgestimmt werden, damit das Handeln der Einzelnen für den Patienten zielführend sein kann. Nicht immer gibt es eine Art „Fallleitung“, die eine solche zentrale Koordinations- und Vermittlerrolle übernimmt. Zum Anderen sind die Sichtweisen, Prioritäten und Herangehensweisen der einzelnen Disziplinen mitunter so unterschiedlich, dass es leicht zu Interessenkonflikten unter den Beteiligten kommen kann.

Katz-Bernstein und Bahrfeck stellten diese Problematik 2012 folgendermaßen dar:

“Jede der beteiligten Personen hat [das Kind], sein Schweigen und die sich daraus ergebenden Schwierigkeiten aufgrund seiner Profession und der institutionellen Rahmenbedingungen seiner Arbeit auf unterschiedliche Weise kennengelernt. Jeder hat somit andere Erwartungen und Lösungsstrategien. Wenn es nicht gelingt, ein abgestimmtes Versorgungsnetz zu etablieren, und keine Koordination der Maßnahmen erfolgt, verlaufen viele Bemühungen im Sand oder ergeben sich als Missverständnisse, gefolgt von negativen Emotionen. Das alles ist in einer erfolgreichen Intervention sowie einer gelingenden interdisziplinären Zusammenarbeit nicht dienlich.” (S. 175)

Ohne eine hinreichende interdisziplinäre Versorgung kann das Kind sein Schweigen und seine vielfältigen Auswirkungen jedoch nicht überwinden. Dies wird bereits an einem Beispiel zum Transfer der Kommunikationsfähigkeit deutlich: Ohne die Zusammenarbeit mit Erziehern oder Lehrern gelingt es dem Kind meistens nicht, das sprechende Verhalten in den Alltag zu transferieren. Darum ist es wichtig, dass sich Therapeut und Erzieher beziehungsweise Lehrer über die Bedingungen und den Rahmen dieses Transfers beraten und besprechen (Katz-Bernstein, 2007).

In Köln (SYMUT) und Dortmund (DortMuT) ist bereits ein Netz verschiedener Disziplinen etabliert worden, die auf die Arbeit mit selektiv mutistischen Kindern ausgerichtet sind. Hier wird eine interprofessionelle Versorgung dieser Kinder beispielhaft bereits möglich. Leider gelingt es aufgrund des geringen Angebots solcher Zentren nicht jeder Familie mit einem selektiv mutistischen Kind, in Wohnortnähe einen geeigneten Therapieplatz zu finden.

6 Familienarbeit

Ein Kind muss immer im System Familie betrachtet werden. Besonders auf ein schweigendes Kind haben sämtliche Prozesse, Konflikte und Strukturen seiner Familie großen Einfluss, sowie das Schweigen des Kindes und seine vielfältigen Folgen wiederum auch Auswirkungen auf die Familie haben. Hier findet sich das systemische Menschenbild, das die Grundlage für SYMUT bildet, wieder. Besonders ist hierbei die Beidseitigkeit der Wechselbeziehung zwischen Kind und Familie zu betonen. Die Familiensituation beeinflusst den Mutismus ebenso wie das Schweigen die Familiensituation verändert (Hartmann, 2006).

Katz-Bernstein stellte 2007 unterdessen fest, dass im Umgang mit dem System Familie eines selektiv mutistischen Kindes oft Misstrauen und die Angst vor Einblick und Bewertung die Familienarbeit erschweren. Dies gilt es durch einfühlsame Professionalität und Geduld zu überwinden. Hartmann beschrieb zudem 2006, dass Schuldgefühle und die Frage nach der Verursachung des Schweigens die meisten Eltern schwer beschäftigen. Diese Schuldgefühle können mitunter das ganze System Familie belasten und müssen deshalb dringend thematisiert und gelöst werden. Für Hartmann (2006) ist es darum wichtig, die Therapiekonzeption transparent zu machen und die Eltern von ihren internalisierten Vorwürfen über die Verursachung des Schweigens zu befreien.

Beide Therapeuten sind sich einig, dass die Familienarbeit und Elternberatung wesentliche Bereiche der Therapie darstellen. Katz-Bernstein (2007) erachtet es als äußerst wichtig, sich in die Situation der Eltern einzufühlen und deren Sicht der Dinge zu verstehen zu versuchen. Es kann für die Eltern wiederum mitunter schwer sein, sich ihr Kind, das sie von zuhause als lebhaft, sprechfreudig und aktiv kennen, in der Rolle des beharrlichen Schweigers vorzustellen. Sowohl seitens der Eltern als auch seitens des Therapeuten ist deshalb die Bereitschaft gefragt, den jeweils fremden Blickwinkel anzuerkennen.

Weitere Beratungsinhalte können beispielsweise eine Aufklärung über das Krankheitsbild Mutismus oder Fragen zur Beschulung, zum Erziehungsverhalten oder zur medikamentösen Therapie sein (Katz-Bernstein, 2007)

Ein weiterer zentraler Punkt besteht im Aufdecken unbewusster Verhaltensmuster, die zur Aufrechterhaltung des Schweigens beitragen (Hartmann, 2006). Risikofaktoren für einen subjektiven Krankheitsgewinn stellen zum Beispiel die Mittelpunktstellung in der Familie, die Befreiung von unangenehmen Pflichten oder die vermehrte Zuwendung dar (Klampfl und Seifert, 2009). Diese Situationen können dazu führen, dass sich selektiv mutistische Kinder in ihrer Sonderstellung als Schweiger zunehmend wohlfühlen. Dies erschwert oder verhindert ein langsames Durchbrechen des Schweigens. Es ist dennoch für die Erhaltung der elterlichen Kooperationsbereitschaft wichtig, solche Beobachtungen behutsam anzusprechen. Die Eltern müssen als Eltern anerkannt und sowohl in ihrer Rolle als auch als Menschen wertgeschätzt werden (Katz-Bernstein, 2007).

7 Fazit

Die interprofessionelle Zusammenarbeit spielt eine entscheidende Schlüsselrolle in der therapeutischen Begleitung selektiv mutistischer Kinder. Aufgrund der Vielschichtigkeit des Mutismus ist es nicht möglich, als Fachkraft einer einzelnen Disziplin alle Bereiche abzudecken, in die eine Mutismustherapie hineinragen muss. Eine Weiterbildung in den Fachgebieten der Familientherapie, systemischen Therapie oder Kinder- und Jugendpsychotherapie und die konkrete und gründliche Auseinandersetzung mit dem Phänomen Mutismus ist deshalb notwendig, um dem besonderen therapeutischen Anspruch eines selektiv mutistischen Kindes gerecht zu werden.

Da die Arbeit mit beharrlich schweigenden Kindern zuweilen kräftezehrend, langatmig und frustrierend sein kann, empfehlen sowohl Hartmann als auch Katz-Bernstein das Hinzuziehen einer supervisorischen Begleitung, um langfristig in der eigenen, mitunter belastenden Rolle als Therapeut unterstützt zu werden.

Selbst ein ausgezeichnet qualifizierter Therapeut ist dennoch darüber hinaus dazu verpflichtet, sich mit den beteiligten Eltern, Lehrern, Erziehern und Therapeuten anderer Disziplinen zu vernetzen. Dies ist wesentlich, um den Transfer des in der Therapie Gelernten in den Alltag zu unterstützen. Außerdem ist es wichtig, das Umfeld über das Wesen des selektiven Mutismus aufzuklären, damit das Schweigen nicht missverstanden wird. Diese Maßnahme ist von großer Bedeutung, um die (Wieder)Eingliederung des selektiv mutistischen Kindes in soziale Gruppen zu vereinfachen. Viele schweigende Kinder leiden unter der sozialen Isolation und Ausgrenzung, die dadurch entsteht, dass das Schweigen als absichtliche Ablehnungshaltung interpretiert wird.

Selektiv mutistische Kinder neigen dazu, ihre verschiedenen Umfelder – etwa Familie, Schule und Therapie – strikt voneinander zu trennen (Katz-Bernstein, 2007). So wird die Mauer, die das Kind vom Sprechen trennt, immer höher und unüberwindbarer. Im Idealfall gelingt es allen Beteiligten (Eltern, Lehrern, Erziehern und Therapeuten), sich so gut zu vernetzen, dass stabile Brücken zwischen den verschiedenen Lebensbereichen des Kindes entstehen. Diese Brücken können die entscheidende Möglichkeit für das Kind sein, die Mauern des Schweigens zu überwinden.

Literaturverzeichnis

- Bahr, R. (2002). *Schweigende Kinder verstehen*. Heidelberg: Edition S.
- Hartmann, B. (1991). *Mutismus*. Berlin: Edition Marhold im Wiss.-Verlag Spiess.
- Hartmann, Boris (2004). *Systemische Mutismus-Therapie/SYMUT®*. Verfügbar unter <http://boris-hartmann.de/de/mutismus/symut.html> [14.12.2017].
- Hartmann, B. (2006). *Gesichter des Schweigens*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Hartmann, B. (2010). *Mutismus im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- ICD-10-GM (2017). *F94.- Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend*. Verfügbar unter <http://www.icd-code.de/icd/code/F94.0.html> [3.12.2017].
- Katz-Bernstein, N. (2007). *Selektiver Mutismus bei Kindern* (2. Auflage). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Katz-Bernstein, N., Meili-Schneebeli, E. & Wyler-Sidler, J. (2012). *Mut zum Sprechen finden*. München [u.a.]: Ernst Reinhardt Verlag.
- Klampf, K. & Seifert, J. (2009). Elektiver (selektiver) Mutismus (F94.0). In M. Gerlach, C. Mehler-Wex, S. Walitza, A. Warnke & C. Wewetzer (Hrsg.), *Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter* (S. 461-463). Vienna: Springer Verlag.
- Saß, H.; Wittchen, H. U.; Zaudig, M. (1998): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen* (3. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Subellok, K., Bahrfeck-Wichitill, K. & Winterfeld, I. (2015) Übergänge von Drinnen nach Draußen – Transferarbeit in der Dortmunder Mutismus Therapie (DortMuT_Transfer). *Sprachförderung und Sprachtherapie*, Heft 1, 9-17.

Technische Universität Dortmund (2017). *Dortmunder Mutismus Therapie/DortMuT*.
Verfügbar unter
<http://spa.tu-dortmund.de/cms/spa/de/dortmuz/angebote-fachpersonen/dortmut-therapie/index.html> [17.12.2017].