



4.  
Auflage

Katz-Bernstein • Meili • Wyler (Hg.)

## Mut zum Sprechen finden

Kinder mit selektivem Mutismus  
in der Therapie

** reinhardt**



Nitza Katz-Bernstein • Erika Meili-Schneebeli •  
Jeannette Wyler-Sidler (Hg.)

# **Mut zum Sprechen finden**

Kinder mit selektivem Mutismus in der Therapie

4., aktualisierte Auflage

Mit 10 Abbildungen und 3 Tabellen

Mit Beiträgen von Kerstin Bahrfeck,  
Franziska Florineth-Baatsch, Nitza Katz-Bernstein,  
Erika Meili-Schneebeli, Anke Schuler Pitschmann,  
Anja Schröder, Jeannette Wyler-Sidler

Ernst Reinhardt Verlag München

Prof. Dr. *Nitza Katz-Bernstein*, Beraterin, Supervisorin, Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin (SPV, CH) und Logopädin, leitete das Zentrum für Beratung und Therapie und zusammen mit Katja Subellok das Sprachtherapeutische Ambulatorium an der Fakultät Rehabilitationswissenschaften der Universität Dortmund.

Dr. phil. *Erika Meili-Schneebeil*, Fachpsychologin für Psychotherapie (Kinder und Jugendliche FSP, SPK, FPI). Freie Psychotherapeutin in eigener Praxis für Kinder und Jugendliche. Autorin zum Thema Kinderzeichnungen.

Jeannette *Wylar-Sidler*, diplomierte Logopädin, Psychotherapieausbildung für Kinder und Jugendliche (FPI, SVG; CH), systemische Supervisorin, Primarlehrerin. Sie arbeitete für einen Logopädischen Dienst im Kanton Zürich.

Von Nitza Katz-Bernstein außerdem im Ernst Reinhardt Verlag lieferbar:  
*Katz-Bernstein*: Selektiver Mutismus bei Kindern. Erscheinungsbilder, Diagnostik, Therapie. 5., aktualisierte Aufl. ISBN 978-3-497-02912-9  
*Katz-Bernstein/Subellok (Hg.)*: Gruppentherapie mit stotternden Kindern und Jugendlichen. Konzepte für die sprachtherapeutische Praxis. ISBN 978-3-497-01622-8

#### Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

ISBN 978-3-497-03085-9 (Print)

ISBN 978-3-497-61536-0 (PDF-E-Book)

ISBN 978-3-497-61537-7 (EPUB)

4., aktualisierte Auflage

© 2021 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Der Verlag Ernst Reinhardt GmbH & Co KG behält sich eine Nutzung seiner Inhalte für Text- und Data-Mining i.S.v. § 44b UrhG ausdrücklich vor.

Printed in EU

Cover unter Verwendung eines Fotos von ©rouakcz-fotolia.com

Satz: JORG KALIES – Satz, Layout, Grafik & Druck, Unterumbach

Ernst Reinhardt Verlag, Kemnatenstr. 46, D-80639 München

Net: [www.reinhardt-verlag.de](http://www.reinhardt-verlag.de) E-Mail: [info@reinhardt-verlag.de](mailto:info@reinhardt-verlag.de)

# Inhalt

Vorwort.....	9
Was ist selektiver Mutismus? – Einführung in Theorie, Therapie und Fördermaßnahmen <i>von Nitza Katz-Bernstein, Jeannette Wyler-Sidler, Erika Meili-Schneebeli</i> .....	16

## Falldokumentationen I: Psychotherapie

Stéphanie und die Stimme des Schweigens <i>von Franziska Florineth-Baatsch</i> .....	32
1 Vorgeschichte – Aktuelle Lebenssituation – Anamnese .....	33
2 Erste Therapiephase: Zaghaft und unbändig wild – erste Annäherungen .....	36
3 Zweite Therapiephase: Tabubruch und die Hinwendung zum Anderen .....	48
4 Dritte Therapiephase: Der Sieg über das Schweigen – Aufbruch und Expansion .....	54
5 Vierte Therapiephase: Abschied und Neuanfang .....	56
6 Resümee .....	58
6.1 Wie geht es Stéphanie nach Abschluss der Therapie? .....	58
6.2 Mögliche Wirkfaktoren der Therapie .....	59
6.3 Psychodynamische Betrachtungen .....	61
7 Resümee .....	63
Ach, wie gut, dass niemand weiß, dass ich Liliana heiß? <i>von Erika Meili-Schneebeli</i> .....	64
1 Vorgeschichte .....	65
2 Familienkonstellation .....	66
3 Topographie des Sprechens und Schweigens .....	66
4 Anamnese und Ursachenhypothesen .....	67

5	Therapeutisches Vorgehen.....	68
6	Therapieverlauf.....	70
6.1	Annäherungen durch nonverbales Kommunikationsverhalten	70
6.2	Erste schriftlich verbale Situation – schriftliche Dialoge – Prozessstillstand .....	75
6.3	Bekanntnis zur Überwindung des Schweigens .....	84
6.4	„ICH HAN“ – Auflösung des Schweigens in der Schulsituation	84
6.5	Ausdehnung der Sprechsituationen .....	88
6.6	Differenzierung der geräusch- und tongebenden Kommunikation .....	91
6.7	Abschlussphase: Schweigen in der Therapiesituation – Sprechen in der sozialen Lebenswelt .....	94
7	Abschließende Überlegungen zu Ursachen und Wirkfaktoren ....	96
Wie Naomi ihren Weg aus dem Schweigen findet		
<i>von Jeannette Wyler-Sidler .....</i>		
		98
1	Anamnese und Familienkonstellation .....	99
2	Vorgeschichte .....	100
3	Diagnostik.....	100
4	Therapeutisches Vorhaben.....	101
5	Der therapeutische Prozess .....	102
5.1	Geborgen sein .....	103
5.2	Selber machen .....	108
5.3	Handeln wollen .....	112
5.4	Leisten können.....	117
6	Zusammenarbeit mit den Eltern .....	121
7	Kooperation mit Fachleuten .....	122
8	Ist-Zustand bei der Entlassung .....	122
8.1	Veränderung der Kontakt- und Beziehungsfähigkeit.....	123
8.2	Veränderung des Selbstkonzepts .....	123
8.3	Veränderungen in der Familie.....	123
9	Wirkfaktoren .....	124

## Falldokumentationen II: Sprachtherapie

Juliens Haus, mein Haus und der Raum dazwischen <i>von Kerstin Babrfeck</i> .....	126
1 Einleitung .....	127
2 Als Julien zu mir kam .....	127
2.1 Die erste Begegnung .....	127
2.2 Diagnostische Hypothesen .....	128
2.3 Der „Therapievertrag“ .....	131
3 Dein Haus, mein Haus und der Raum dazwischen .....	131
3.1 Bausteine der Therapie .....	131
3.2 Phasen der Therapie .....	133
4 Die Arbeit mit den Eltern und dem weiteren Umfeld .....	142
5 Juliens Entwicklung außerhalb des Therapiesettings .....	142
6 Was Julien gelernt hat und wie es weitergeht .....	144
Lukas überwindet die Mauern der Sprachlosigkeit <i>von Anke Schuler Pitschmann</i> .....	145
1 Einleitung .....	146
2 Fallbeschreibung .....	148
2.1 Ausgangslage .....	148
2.2 Lukas' Familie .....	148
2.3 Abklärung und Diagnostik .....	150
2.4 Therapieverlauf im Überblick .....	152
2.5 Stundenverläufe .....	155
2.6 Lukas, außerhalb der logopädischen Therapie .....	165
2.7 Interdisziplinäre Zusammenarbeit .....	166
2.8 Zusammenarbeit mit der Familie .....	168
3 Blick nach vorn: Therapeutische Fortschritte .....	171
4 Resümee .....	172

## Falldokumentationen III: Therapie ohne Ende

Alexander bleibt dazwischen <i>von Anja Schröder</i> .....	174
1 Einleitung .....	175
2 Möglichkeiten zur Organisation einer interdisziplinären Zusammenarbeit .....	176
3 Falldokumentation .....	177
3.1 Anamnese und Diagnostik .....	177
3.2 Ziele für Therapie und Zusammenarbeit .....	181
3.3 Wesentliche Therapiestationen .....	183
3.4 Therapieergebnisse .....	191
4 Schlussbetrachtung und Ausblick .....	194
Ein Ende ohne Abschied – Philipp inmitten systemischer Verstrickungen <i>von Kerstin Bahrfeck</i> .....	195
1 Wie Philipp zu mir kam .....	196
1.1 „Hier gefällt es mir; ich komme wieder!“ – Die erste Begegnung mit Philipp .....	196
1.2 „Heute Nacht werde ich endlich wieder ruhig schlafen!“ – Das erste Elterngespräch .....	197
2 Die Therapie mit Philipp .....	199
2.1 Ein Kind voller Ängste .....	199
2.2 Das Thema „Schule“ .....	202
3 Die große Krise .....	206
3.1 Philipps Zeugnis .....	206
3.2 Ein Ende ohne Abschied .....	208
4 Resümee .....	210
Die Autorinnen .....	213
Literatur .....	215

## Vorwort

Selektiver Mutismus ist bei Kindern ein Phänomen, das immer noch eine Besonderheit darstellt.

*Erstens* ist die Störung eher selten und wird oft als kindliche Schüchternheit, jedoch nicht als Störung – was sie sehr wohl ist – erkannt. Sie stellt nachweislich einen Risikofaktor in der Entwicklung für jegliche Bildungs- und Sozialisationsprozesse dar. Neu ist die Erkenntnis, dass der selektive Mutismus in einer mobilen, globalisierten Welt mit Migrationsbewegungen am Zunehmen ist, da Migration insbesondere von Kindern hohe Anpassungsleistungen sprachlicher und kultureller Art erfordert (Starke 2015; auch Melfsen/Walitzka 2017).

*Zweitens* löst das mutistische Verhalten bei Erziehungs- und therapeutischen Fachpersonen, die mit diesen Kindern in Berührung kommen, oft starke Betroffenheit aus. Es ist sehr schwierig, angesichts eines hartnäckig schweigenden, ängstlich-scheuen, oppositionell-sturen oder gar erstarrten, sich verweigernden Kindes optimistisch und gelassen zu bleiben. Bekannt sind Reaktionen wie erhöhte Fürsorge und Aufmerksamkeitsbedürfnis, Ärger über Kind und Eltern („...es soll sich nicht so anstellen!“), Gefühle des Versagens und der Ohnmacht. Oft führt das beharrliche Schweigen Fachpersonen tatsächlich an die Grenzen ihres pädagogischen oder therapeutischen Könnens und Wissens.

*Drittens* bedingt die gezielte Veränderung eines solchen Verhaltens ein komplexes Paket an diagnostischen und therapeutisch-pädagogischen Maßnahmen, die eine Koordinierung und interdisziplinäre Zusammenarbeit verlangen. Nicht selten, da sich die Störung in der Regel komorbid, d. h. interagierend mit weiteren Störungen, darstellt, sind intensive Mobilisierungen von diagnostischen Bemühungen erforderlich, welche erst allmählich den Sinn und die Ausprägung der Störung und ihr familiäres und soziales Ausmaß offenlegen. Erst dann ist die Abstimmung und Koordination der Maßnahmen sinnvoll und effizient.

*Viertens* beanspruchen diese Kinder spezielles therapeutisches und pädagogisches Wissen. Fachkräfte benötigen Techniken für den systematischen Kommunikations- und Sprachaufbau, Wissen über Kommunikations-, Sprach- und Sprechstörungen sowie zum Umgang mit kindlichen Angststörungen. Außerdem sind eine Portion an Gelassenheit, Durchhaltevermögen sowie therapeutischer Optimismus und Zuversicht hilfreich. Oft werden Fachpersonen im Verlauf der Maßnahmen mit eigenen Ängsten des Ungenügens – „nicht gut genug zu sein“ – oder mit Ungeduld, der eigenen, der Familie oder der pädagogischen Fachpersonen kon-

frontiert, die nicht selten auch zum unerwarteten Abbruch der Therapien oder Wechsel der Maßnahmen führen (siehe dieses Buch – „Alexander bleibt dazwischen“ sowie „Ein Ende ohne Abschied“). Oft bedürfen diese vielfältigen Anforderungen an die Therapeutin eine supervisorische Begleitung.

Die im vorliegenden Buch dokumentierten Fallberichte sind über zwei Berufsgruppen verteilt (Psychotherapie und Sprachtherapie-Logopädie), integrativ, interaktiv, verhaltensmodifikatorisch-aufbauend sowie systemisch-interdisziplinär angelegt. Erfreulich dabei ist die Tatsache, dass, obwohl die dokumentierten Fälle schon länger zurückliegen, sie nichts von der Aktualität des Vorgehens verloren haben. Die meisten Autorinnen sind mittlerweile Spezialistinnen für das Störungsbild selektiver Mutismus geworden, bieten Weiterbildungen, Supervision und Coaching an.

Folgende Kriterien zur Gestaltung der Therapie werden durch Melfsen/Walitzka (2017), basierend auf Subellok/Starke (2016) sowie Kenn DV et al. (2008), zusammengefasst:

- Die Therapie sollte so bald wie möglich initiiert werden (nicht abwarten bis das Schweigen sich manifestiert hat).
- Die therapeutische Beziehung wird durch Unterstützung, Respekt und Verständnis geprägt, ist gleichzeitig fordernd, jedoch nicht überfordernd.
- Kurze und häufige Therapiesitzungen (30–60 Min., 2× oder öfter pro Woche) werden als günstig erachtet.
- Enge interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Eltern, Erziehern und anderen Fachpersonen ist angesagt.
- Schweigekontexte sollen identifiziert und diagnostiziert werden. Redeverhalten soll übend-aufbauend unter Einbezug von Peers und relevanten Bezugspersonen zu Sprechkontexten erweitert und manifestiert werden.
- Aufrechterhaltende Faktoren in Familie und Umwelt sowie zugrunde liegende weitere Ängste und Störungen sollen berücksichtigt, angegangen und wenn möglich aufgelöst werden.
- Bei zusätzlichen, komorbiden psychischen Störungen wie soziale Ängste, Trennungsängste, Depressionen, Essstörungen etc. sollen entsprechende Maßnahmen und Behandlungen erfolgen.
- Eine Therapiemaßnahme soll nicht zu früh unter- bzw. abgebrochen werden, da emotionale Probleme länger anhalten als das erweiterte Sprechverhalten.

In vorliegendem Buch galt es, keine Vorzeigefälle, sondern die für die therapeutische Realität typischen Wege, Möglichkeiten, Erfolge und Teilerfolge, aber auch Lichtblicke darzustellen. Genauso war es uns wichtig, Störungen,

Krisen und Irritationen aufzuzeigen, die ebenso zur Realität der therapeutischen Maßnahmen gehören. Die in der Fachliteratur dokumentierten Fälle sind oft solche, bei denen vorzeigbare Erfolge zu verzeichnen sind. Damit droht Fachpersonen, die mit Hürden und Resignation konfrontiert sind, eine Verstärkung von eigenen Gefühlen der Entmutigung und des Ungenügens. Dieses Buch soll dem entgegenwirken. Ein ähnliches Beispiel in der Literatur für eine dem Kind dienende, sinnvolle Auseinandersetzung mit Hürden und Störungen ist bei Bahrfeck/Subellok (2016) zu finden. Die Mit-Autorinnen im vorliegenden Buch wurden instruiert, bei der Fall-Dokumentation auf folgende, für diese Störungsart spezifischen Fragestellungen, einzugehen.

- *Motivation und Kontinuität:* Wie werden Motivation, Zuversicht und Kontinuität auch angesichts von Krisen und drohenden Abbrüchen aufrechterhalten? (oder eben nicht!)
- *Therapeutische Beziehung:* Wie baut man bei Kindern und Eltern, die einem Misstrauen, Fremdheit, hohe Erwartungen und Leistungsansprüche entgegensetzen, eine Arbeitsbeziehung auf, die von Vertrauen, Vertrautheit und Entspannung geprägt ist, und welche Erschwerungen und Krisen sind dabei zu erwarten?
- *Techniken und Methoden:* Welche Techniken, Möglichkeiten des Übungsaufbaus, Methoden und Ideen gibt es, um einen Zugang zum jeweiligen Kind zu finden, angesichts unterschiedlicher Alters- und Entwicklungsstufen, sehr individueller Ansprechbarkeit und anfänglicher Unwirksamkeit von gängigen verbalen Methoden und Techniken? Und wie behält man diese bei, obwohl sie kaum linear und vorhersagbar verlaufen?
- *Zusammenarbeit mit Eltern- und Fachpersonen sowie Transfer:* Welche spezifischen Prinzipien der Zusammenarbeit haben sich als effizient und weiterbringend gestaltet, welche waren störend, wo lagen Fallen und Sackgassen, die allenfalls zum Misserfolg oder gar zum Therapieabbruch führten?

Die hier präsentierten Fälle variieren je nach professionellem Kontext, Zielen und therapeutischer Ausrichtung, aber auch wegen der individuellen Persönlichkeit des Kindes, seines Umfeldes und seiner Kultur sowie aufgrund der Verlässlichkeit eines tragenden, abgestimmten Netzes – oder eben seines Fehlens. Es sollte hier auch die Persönlichkeit und Ideenvielfalt der Fachperson im Umgang mit ihrem Fall deutlich werden und als Inspiration für Fachpersonen dienen. Denn gerade dort, wo unerwartete Entwicklungen, Überraschungen und Unvorhergesehenes eintreten, bedarf es zu deren Überwindung einer Portion Kreativität. Dies macht diese Arbeit nach wie vor reizvoll und herausfordernd.

Bei aller Unterschiedlichkeit der Kinder, der institutionellen Bedingungen sowie der therapeutischen Ansätze, lassen sich Qualitätsmerkmale als gemeinsame Wirkfaktoren der präsentierten Fälle zusammenfassen:

- Das *große Engagement der Fachpersonen* ist unverkennbar. Die psychische und professionelle Widerstandsfähigkeit, die erforderlich ist angesichts der resignativen, verzweifelten, skeptischen, misstrauisch-depressiven Tendenzen sowie der ambivalenten Botschaften („Lass mich in Ruhe/Hilf mir aus dem Schweigen!“) der Kinder und ihren Angehörigen, ist nicht zu unterschätzen. Diese psychische Leistung wird in der Fachliteratur zwar erwähnt (Cline/Baldwin 2004, Melfsen/Walitzka 2016), ihre Konkretisierung in der alltäglichen Arbeit jedoch selten beschrieben. Ein weiterer Fallbericht, der Schwierigkeiten und den Umgang mit Teil-Erfolgen konkretisiert, findet sich neu auch bei Bahrfeck/Subellok (2016).
- *Die Bereitschaft, eigenes Vorgehen und Verhalten offenzulegen* und zu reflektieren, gehört unseres Erachtens zum Qualitätsmerkmal eines redlichen, prozessual ausgerichteten und interaktiven Vorgehens. Das eigene Können und persönliches Motivations- und Kommunikationsverhalten kennenzulernen sowie die Auseinandersetzung mit eigenen professionellen und persönlichen Grenzen ist oft kein leichter Prozess, der vielfach auch begleitende Supervision benötigt.
- *Um das Dilemma zwischen „Safe Place“ und Anforderungen zur Überwindung des Schweigens zu lösen* bedarf es Erwägungen therapeutischer Art. Diese geben Entscheidungshilfen, um zu klären, wie viel Schonung vor Überforderung, die zu verstärktem Schweigen und Rückzug führt, und wie viel bewusste Konfrontation mit dem Widerstand des Kindes angemessen ist. Die entsprechende Gewichtung variiert je nach Alter, Persönlichkeit und Ausprägung der Störung sowie gemäß dem jeweiligen Therapieverlauf. Dann muss immer wieder neu entschieden werden, welches systematische Vorgehen und welche Techniken zur Überwindung des Schweigens sinnvoll erscheinen und sich voraussichtlich bewähren werden. Diese therapeutische Gratwanderung verlangt einerseits ein Wissen und Können betreffend des systematischen Aufbaus von pragmatischen, kommunikativen Präkompetenzen bis hin zu reaktivem und eigeninitiiertem Sprechen. Andererseits verlangt das Vorgehen auch Wachheit, Empathie und auch eine ungebrochene Zuversicht und ein Durchhaltevermögen gegenüber einem Geschehen, das nicht immer steuerbar und vorhersagbar ist.
- *Transfergestaltung als unbedingter integraler Teil der Therapie*: Wenn das Kind im Therapiezimmer anfängt zu sprechen, was sehr schnell oder aber nie geschieht, mag man im siebten therapeutischen Himmel sein (siehe Fall „Naomi“ in diesem Buch). Das Sprechen mit der Therapeutin

gilt jedoch noch lange nicht als erfolgreiche Therapie. Denn damit die Therapie als wirksam angesehen werden kann, bedingt der Übergang zur Lebenswelt des Kindes, zu den Eltern, Lehrpersonen, Schulraum, Peers, anonymer Umwelt und zu weiteren Fachpersonen, eine systemische und interdisziplinäre Vernetzung sowie eine koordinierte, zielgerichtete Zusammenarbeit. Erschwerungen einer solchen Transferarbeit (Bahr 2002) werden hier ebenfalls dargestellt.

Zwei gute Nachrichten zur Behandlungspraxis des selektiven Mutismus:

In der neueren Literatur im deutschsprachigen Raum sind systematisch erfassende, z. T. wissenschaftlich erprobte Diagnostikinstrumente vorgestellt worden, die diese Arbeit wesentlich erleichtern (Bahr 2016; Braun et al. 2018; Johanssen et al. 2016; Feldmann/Kopf 2016; Hartmann 2016; Starke/Subellok 2016 u. a. m.).

Auch gibt es im deutschsprachigen Raum immer mehr Berichte zu neuen und sich bewährten Therapieansätzen integrativer Art, nachzulesen in den Sonderheften „Praxis Sprache“ (DGS Sprachheilarbeit, Themenheft Selektiver Mutismus 2016) sowie in „Sprache Stimme Gehör“ (Zeitschrift für Kommunikationsstörungen, Schwerpunkt Selektiver Mutismus, 2017). Beide Hefte wurden von der Fachstelle „Netzwerk Mutismus“ der TU Dortmund gestaltet, mitgestaltet bzw. initiiert, wozu auch die Publikation dieses Buches gehört.

Für die 4. Auflage wurden im Vorwort und in der Einführung Neuerungen einbezogen. Dadurch konnten diese beiden Kapitel aktualisiert werden. Die Falldarstellungen sind unverändert geblieben, da die konkrete Darstellung des Vorgehens unseres Erachtens bis heute nichts von ihrer Aktualität eingebüsst hat.

Die oft gestellte Frage nach der multiprofessionellen Zuständigkeit von Psychotherapie einerseits und Sprachtherapie/Logopädie andererseits zur Behandlung des selektiven Mutismus, auf der dieses Buch basiert und die bei der 1. Auflage (2007) im deutschsprachigen Raum ein Novum darstellte (Katz-Bernstein/Subellok 2009), wird heute von der Fachliteratur anhand von empirischen Studien als Selbstverständlichkeit und Notwendigkeit angesehen (Kristensen/Oebeck 2006; Johnson/Wintgens 2006; Steinhausen et al. 2006; Hartmann 2016; Melfsen/Walitzka 2017; Henkin/Bar-Haim 2015; Starke 2015 u. a.). Sprachstörungen haben sich in den obigen Studien als bedeutender Risikofaktor für diese Störung erwiesen. Daher wird das diagnostische und therapeutische Vorgehen des Fachgebietes der Sprachtherapie als unverzichtbar erklärt (Speech and Language Pathology, Communication and language Disorders). Daraus entwickelte sich auch das Verfahren von DortMut, einer Grundlage für das Vorgehen in diesem Buch (Subellok et al. 2012). Als Grundregel zur Klärung der professionellen Zuständigkeit gelten zusammengefasst folgende Kriterien: Liegt das Gewicht

in der Diagnostik eher auf emotionalen, behavioralen oder systemischen Verursachungs- und Störungsmodalitäten, so ist es erforderlich, eine psychiatrisch-psychotherapeutische Intervention vorzunehmen bzw. das Kind einer entsprechenden Fachperson zuzuweisen. Sind Auffälligkeiten im Spracherwerb oder sonstige Kommunikations- und Sprachstörungen als mitverursachend diagnostiziert worden, so sind diese sprachtherapeutisch zu behandeln, auch alternierend oder ergänzend von beiden Berufsgruppen, im Idealfall bei einer auf selektiven Mutismus spezialisierten Fachkraft (Katz-Bernstein/Subellok 2009).

Viele Studien und Spieltheorien haben uns die handelnde, kreativ-spielende und humorvolle Beteiligung des Kindes an einer gemeinsamen Handlung oder einem sogenannten „Projekt“ als beste Vorstufe und besten Weg bestätigt, um das Kind aus der Starre als natürlichen Mitspieler zu gewinnen und damit auf eine natürliche Art die Sprache zu entwickeln (Tomasello 2010; Pellegrini 2010 u. a.). Darauf aufbauend wird Stufe für Stufe ein systematischer Aufbau von Kommunikation, Sprache und Transfer-Leistungen vermittelt, ausgehandelt und konsequent als „Therapievertrag“ gemeinsam mit dem Kind verfolgt. Neu dazu haben sich in manchen schwierigen Fällen auch psychotherapeutische Strategien wie Psychodrama (Aichinger 2015), EMDR (Hensel 2007; Sechtig 2008) oder Ego-State-Therapie (Watkins/Watkins 2003; Katz-Bernstein 2019, 176 ff.) bewährt. Für die nicht immer einfache beraterische Arbeit mit Familien von selektiv mutistischen Kindern hat sich die Haltung „Unterstützen, Durchhalten helfen, nicht kneifen lassen!“, die bei Omer/Lebowitz (2015) zu finden ist, als hilfreich erwiesen (Katz-Bernstein 2019, 202 ff.).

Trotz aller Mühen, die die therapeutische Arbeit von Fachpersonen abverlangt, die mit diesem komplexen Störungsbild arbeiten, ist die Arbeit mit diesen Kindern außergewöhnlich, faszinierend und oft unvergleichbar bereichernd. Die Chancen, dass das Kind infolge einer adäquaten, individuell abgestimmten Therapie zu sprechen beginnt, sind laut aktuellen Studien vor allem im Vorschulalter besonders gut (Melfsen/Walitzka 2017)! Daher ist es nach wie vor unser Anliegen, Fachpersonen zu motivieren, ihr Möglichstes dazu beizutragen, um die Störung früh anzugehen und zu beheben.

Einige weitere Forschungen, Weiterentwicklungen und Vertiefungen sind seit der Erstauflage dieses Buches durch die hier mitschreibenden und weitere Autorinnen und Autoren publiziert worden – sozusagen die Leistung einer nächsten Generation. Diese wird getragen vom Wissen und Können sowie einer Haltung, die als therapeutisches Fundament in der Schweiz seit 1973 (schulärztlicher Dienst der Stadt und Kanton Zürich, Katz-Bernstein 2019) entwickelt und etabliert und später an die TU-Dortmund, sprachtherapeutisches Ambulatorium, exportiert und weiterentwickelt wurde. Dies gibt den Herausgebenden den Eindruck, dass die Weg-

vorbereitungen, die damals innovativ waren, ihren Sinn gehabt haben und sich auch heute noch als aktuell bewähren.

Darauf erlauben wir uns, stolz zu sein.

*Nitza Katz-Bernstein, Erika Meili-Schneebeli, Jeannette Wyler-Sidler  
Zürich/Pfäffikon/Winterthur, Mai 2021*

# Was ist selektiver Mutismus? – Einführung in Theorie, Therapie und Fördermaßnahmen

*von Nitza Katz-Bernstein, Jeannette Wyler-Sidler, Erika Meili-Schneebeli*

## Was ist eigentlich selektiver Mutismus?

Selektiver Mutismus ist ...

„... persistent failure to speak in specific social situations where speech is expected, despite speaking in other situations“ (Kearney 2010, 4).

„In der ICD-10(-GM-2018) wird das Phänomen wie folgt definiert: Der elektive Mutismus

„... 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.“

Beim selektiven Mutismus handelt es sich um die einzige Sprach- oder Entwicklungsstörung, die mehr Mädchen als Jungen betrifft (Hartmann/Lange 2013; Kearney 2010). In der aktuellen Literatur zu Störungsbildern in der Kindheit wird selektiver Mutismus der Gruppe der sozialen Phobien oder der Angststörungen zugerechnet (Veccio/Kearney 2005; Cohan et al. 2006; Yeganeh et al. 2006; Chavira et al. 2007; Wischensky/Ströhle 2016; Schwenk/Gensthaler 2017).

Gehäuft finden sich Studien, die belegen, dass Sprachstörungen mitverantwortlich sind für das Entstehen des selektiven Mutismus. Daher ist es fast unverzichtbar, eine differenzierte, auch nonverbal erhobene Diagnostik vorzunehmen (Johnson/Wintgens 2006; Kearney 2010; Steinhausen et al. 2006; Schwenk/Gensthaler 2017). Oft können demnach Sprachentwicklungsstörungen, Redeflussstörungen oder Ähnliches als primäre Ursachen für das Schweigen betrachtet werden.

Der Anteil von zwei- und mehrsprachigen Kindern an den selektiv mutistischen Kindern wird in diversen Studien als etwa 50% und höher angegeben. Die Bewältigung von Mehrsprachigkeit, vor allem jedoch die Anforderung, das Gefühl der Fremdheit in einer neuen Kultur zu überwinden, scheint das mutistische Phänomen zu begünstigen (Katz-Bernstein 2019; Elizur/Pered-

nik 2003; Toppelberg et al. 2005; Steinhausen et al. 2006; Starke 2017).

Untersuchungen geben Hinweise darauf, dass Beeinträchtigungen in weiteren Bereichen gehäuft mit dem Selektiven Mutismus einhergehen, sei es als Folge oder als Verursachungsfaktor. Dies gilt für Störungen im auditiven Bereich (Bar Haim et al. 2004; Henkin/Bar Haim 2015) oder der Gedächtnisspanne (Kristensen/Oebeck 2006; Manassis et al. 2007). Untersuchungsbefunde deuten zudem auf Defizite der narrativen Kompetenzen (McInnes et al. 2004) hin, was die hier vertretene Therapierichtung stützt, die für einen Aufbau der pragmatischen und narrativen Kompetenzen bei den Kindern plädiert (Katz-Bernstein 2019; Quasthoff/Katz-Bernstein 2007; Quasthoff et al. 2011; Katz-Bernstein/Schröder 2017).

Eltern von selektiv mutistischen Kindern berichten, dass sie selbst in der Kindheit oder auch später ähnliche Verhaltensweisen gezeigt haben (Meyers 1999). Verständlicherweise fühlen sich solche Eltern oft unsicher und „schuldig“ und sind über eine respektvolle, wertschätzende Begleitung und Beratung sehr dankbar. Oft ist eine gelungene Verstärkung der elterlichen Kompetenzen ein – meist unbewusst wahrgenommenes – „grünes Licht“ für das Kind, um sich in Richtung Sprechen und soziale Offenheit weiterzuentwickeln.

Auch familiäre Schwierigkeiten wie eheliche Disharmonie, sozioökonomische Unsicherheit, Arbeitslosigkeit oder – wie bereits erwähnt – das Leben in einer fremden Kultur gelten als Risikofaktoren bezüglich des selektiven Mutismus (Meyers 1999). Beobachtete oder selbst erfahrene Gewalt und traumatische Kriegserfahrungen können bei Kindern ebenfalls eine solche Reaktion auslösen – wenn auch äußerst selten. Daher muss, wenn mit selektiv mutistischen Kindern gearbeitet wird, auch eine enge Betreuung der Angehörigen gewährleistet sein.

Einige der Kinder aus den im Folgenden beschriebenen Fallbeispielen sind bei Therapiebeginn ungefähr fünf Jahre alt, was als typisch bezeichnet werden kann. Erst im Kontakt mit fremden Personen, Kontexten und fremder Kultur zeigt sich das Phänomen. Im Vorschulalter wird von „Frühmutismus“, ab dem Schulalter von „Spätmutismus“ gesprochen (Bahr 2002a; Hartmann/Lange 2013). Manche Eltern sind erstaunt darüber, in welchem Maß und mit welcher Hartnäckigkeit sich das Schweigen im neuen Kontext zeigt. Zu Hause, so berichtet die Mehrzahl der Eltern, ist das Kind „so ganz anders“: gesprächig, spontan oder gar jähzornig, laut, tyrannisch ... (Spasaro/Schaefer 1999; Katz-Bernstein 2019).

Diese Definitionen, Daten und Fakten zum selektiven Mutismus bei Kindern sollen an dieser Stelle genügen, um das Phänomen im Ansatz zu verstehen und die Falldarstellungen nachvollziehen zu können. Die Intention der Herausgeberinnen ist es nicht, in diesem Buch eine theoretische Übersicht zu geben. Solche aktuellen Übersichten sind bei Bahr (2002a), Hartmann (1997), Katz-Bernstein (2019) oder in der angloamerikanischen

Literatur bei Spasaro und Schaefer (1999), Cline und Baldwin (2004), Johnson und Wintgens (2006) sowie Smith/Sluckin (2015) zu finden. Die vorliegende Publikation ist auch nicht an erster Stelle als Ratgeber für Eltern und Pädagoginnen zu verstehen. Für die Suche nach allgemeinen Ratgebern kann auf Bahr (2002b), Hartmann/Lange (2013), und im Bereich Schule auf Schoor (2002), Dobschlaff (2005), Bahr (2015, 2016) und – in englischer Sprache – besonders auf Kearney (2010) verwiesen werden.

### **Was will das Buch zeigen?**

Die Beiträge dieses Bandes stellen eine Komprimierung von Therapieverläufen in unterschiedlichen Kontexten vor. Diese Zusammenstellung vermag Bedeutsames zu leisten:

- Sie verdeutlicht zunächst die individuelle Art der Kinder, das heißt die idiographische (einzelfallbezogene) (Motsch 1992) Gestaltung des Mutismus als Strategie der Kinder, um ihre schwierigen oder sogar sehr schwierigen Lebensbedingungen zu bewältigen. Manche dieser Kinder wecken in uns Bewunderung und Faszination, aber auch Ärger und Ohnmachtsgefühle aufgrund der Beharrlichkeit und Kraft, mit der sie an ihrem Schweigen festhalten.
- Da wir in unterschiedlichen Kontexten arbeiten – in Psychotherapie und Logopädie – möchten wir unterschiedliche Therapiemöglichkeiten zeigen, die sehr individuell und speziell sein können. Jeder Therapiekontext hat seine Chancen und Möglichkeiten, aber auch Tücken, Hürden und Grenzen. Die Fallbeispiele zeigen, wie wichtig die Zusammenarbeit der verschiedenen Fachleute ist; diese kann sogar zum Erfolg oder Scheitern der Therapie beitragen (siehe Beitrag Schröder).
- Sehr wichtig gestaltete sich der Wunsch, die besondere Arbeitsrealität mit diesen Kindern so anschaulich und direkt wie möglich abzubilden. Abbrüche, Umzüge, Rückfälle, Krisen und „gescheiterte“ Therapieversuche gehören ebenso zum Alltag in Therapie und Schule mit mutistischen Kindern (siehe Beiträge Bahrfeck-Wichitill, Schröder, Pitschmann), wie überraschende Wendungen, prompte Fortschritte, „Heilungen“ und große, sehr erfreuliche Erfolge (wie wiederum die anderen Beiträge zeigen). Allen gemeinsam sind das notwendige Engagement, die intensiven Bemühungen sowie das Durch- und Aushalten von Durststrecken. Daher ist die Therapie und gezielte Förderung dieser Kinder nicht jedermanns Sache. Wir möchten die Verantwortung vor Augen führen, die damit verbunden ist, ein solches Kind in Therapie zu nehmen. Man muss wissen, dass eine gescheiterte Therapie zur Resistenz dieser beträchtlich einschränkenden Störung beiträgt. Dies soll einerseits zum nötigen Respekt vor der Verantwortung führen, aber auch Mut machen,

durchzuhalten. Zum Persönlichkeitsschutz der Kinder und ihrer Familien haben wir die Namen, Orte und Berufsbezeichnungen unkenntlich gemacht.

- Das Schreiben dieses Buches war mit einer eingehenden Auseinandersetzung mit den praktischen Aspekten des Themas verbunden. Jede Therapeutin setzte sich erneut auf eine sehr intensive Weise mit ihrem eigenen Fall auseinander. Die Autorinnen lasen die jeweils anderen Beiträge, bekamen und gaben Kommentare und Anregungen, von denen sie viel profitieren konnten. Eine solche Arbeitsweise setzt einen respektvollen Umgang miteinander voraus. Manche der Schreibenden sind erfahrene Therapeutinnen, andere waren zum ersten Mal mit einem solchen Fall betraut. Uns erscheint es beinahe wie ein kleines Wunder, dass sich über Landes-, Fach- und Erfahrungsgrenzen hinweg gegenseitiges Interesse und Respekt entwickeln konnten, die den „gemeinsamen Geist“ des Buches ausmachen. Einigen Kolleginnen gelang es auf diese Weise, „Schreibkrisen“ zu überwinden, die beinahe dazu geführt hätten, wertvolle Beiträge zurückzuziehen ... Weiter ist zu bedenken, dass die Beschäftigung mit diesen Kindern und ihren Familien immer auch die eigene Resignation und die eigenen depressiven Tendenzen mobilisiert (Katz-Bernstein 2019). Alle Beiträge zeigen, dass die Therapeutinnen immer wieder mit den eigenen Grenzen konfrontiert werden.

### **Geteilte theoretische Positionen und Haltungen**

Wir nehmen Leserinnen und Leser in diesem Buch auf verschiedene Wege mit, die alle an ganz verschiedenen Orten beginnen und aufhören, ganz verschieden aussehen und in ihrer Länge, Bauweise, Art und Beschaffenheit ganz individuell sind. Dass es *den richtigen* Weg nicht gibt, dass Umwege, Neuanfänge, Holperwege, Gratwanderungen, Unter- und sogar Abbrüche dazu gehören, wird so hoffentlich deutlich. Es ist uns ein Anliegen, den Anspruch, gute Therapeutinnen und Therapeuten sein zu müssen, dahin gehend abzuändern, dass wir uns selber in Anlehnung an D. Winnicott, der den Begriff der „good enough mother“ prägte, als „good enough therapist“ sehen und auch so gesehen werden möchten. Idealisierte Vorstellungen bezüglich der Resultate der Arbeit können, wie manche Fälle zeigen, hinderlich sein für den Fortschritt. Offenbar werden solche Ansprüche von den Kindern als Druck wahrgenommen.

Andererseits gilt es, den therapeutischen Optimismus zurückzugewinnen. Wie hier zu sehen ist, stellen uns die Kinder – angesichts der Hartnäckigkeit ihrer Symptome und ihrer Ungläubigkeit gegenüber positiven Veränderungen – oft vor harte Proben. Die therapeutische Zuversicht scheint allerdings, wie zuletzt mehrfach vertreten wird, ein wesentlicher Wirkfaktor für das Durchhaltevermögen und den Erfolg jeglicher Therapie

zu sein (Miller et al. 2000).

Zudem soll gezeigt werden, dass auf diesen Wegen neben dem Kind und der Therapeutin noch andere Personen mit ähnlichen Zielen „unterwegs“ sind: Personen, die manchmal ganz für sich allein gehen, manchmal nebeneinander, manchmal miteinander oder hintereinander her, die sich manchmal zusammensetzen und sich manchmal leider kaum treffen, obwohl es erwünscht wäre. Dabei wird der Blick nicht nur auf viele selektiv mutistische Kinder und ihre Bezugspersonen gelenkt, sondern auch auf verschiedene Fachleute mit ihren unterschiedlichen beruflichen und persönlichen Voraussetzungen, Zugängen und Arbeitsweisen.

Wie oben erwähnt, stammen die Therapieberichte aus diversen institutionellen Kontexten: Beratungs- und Therapiezentren, Kinderpsychiatrischen Diensten, Ambulatorien und Privatpraxen. Die Autorinnen sind in verschiedenen Berufsgruppen tätig: in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und in der Logopädie. Daher fallen die Maßnahmen wie auch die jeweilige psychologische, didaktische oder logopädische Schwerpunktsetzung unterschiedlich aus. Sie bewegen sich in der therapeutischen oder sonderpädagogischen Arbeit mit Kindern zwischen Bausteinen und Zielsetzungen, die im Folgenden erläutert werden.

Die Integration verschiedener Zugänge, Berufsfelder und Arbeitsweisen in der Arbeit mit selektiv mutistischen Kindern entspricht einerseits der Praxis und andererseits auch den neuesten Erkenntnissen in Bezug auf die Behandlung dieser Störung (Katz-Bernstein 2019; Melfsen/Walitzka 2017).

Die therapeutische Klammer der Berichte in diesem Band versteht sich durchwegs *integrativ*.

- Die Therapeutinnen in diesem Buch integrieren soziale, systemische, tiefenpsychologische, behaviorale, psycholinguistische und entwicklungspsychologische Aspekte in ihre Arbeit. Die Gewichtung dieser Elemente ist unterschiedlich und an ihr jeweiliges Berufsfeld geknüpft.
- Sie richten ihren Fokus nicht allein auf Defizite, Traumata und Störungen, also auf krankmachende Teile im Leben eines Kindes und seiner Bezugspersonen, sondern sie integrieren ebenso die gesunden persönlichen Beziehungen und fördernden Teile aus seiner Umwelt, behandeln auf „salutogenetische“ (Antonowsky 1997) und ressourcenorientierte Weise.
- Die Therapeutinnen vertreten die Haltung, dass Entwicklung ein lebenslanger Prozess ist. Dies beinhaltet, dass neu gemachte, korrektive, ergänzende Erfahrungen zu den alten hinzukommen und in künftige Begegnungen und Beziehungen einfließen können. Die hier vorgestellten Fallgeschichten zeigen die lange, oft mühsame Arbeit der Integration, des Transfers über längere Zeiträume, ja oft sogar über Lebensphasen.

- Integrativ bezieht sich außerdem darauf, die Kinder unter verschiedenen Perspektiven zu sehen, mit ihrer inneren Dynamik, ihrer Leiblichkeit, ihrem sozialen Umfeld und ihrer Lebensgeschichte, sodass wir Körper, Wahrnehmung und Motorik, kognitiv-emotionale Entwicklung sowie Familien- und Bildungskontext zu umfassen und zu verbinden suchen.
- Als letzter Punkt sei noch die Integration von drei Modalitäten erwähnt (nach Petzold 1993): a) die *übungszentriert-funktionale*, die dem Aufbau, der Stabilisierung und der Entwicklung dient, b) die *erlebnis-zentriert-stimulierende*, die alternative Erfahrungen ermöglicht und die Kreativität fördert, sowie c) die *konfliktzentriert-aufdeckende*, die zur Bearbeitung des verdrängten biographischen Materials beiträgt. Die Therapeutinnen arbeiten je nach Stand der Therapie, nach Art der Störung und nach Art der Ausbildung wechselnd jeweils in der einen oder anderen Modalität.

Weiter bleibt noch zu erwähnen: Fast alle Autorinnen der folgenden Beiträge sind oder waren im Laufe der Zeit einmal Kolleginnen, Mitarbeiterinnen oder Supervisorinnen von Nitza Katz-Bernstein. In gewisser Weise haben sie sich also gemeinsam mit diesen Kindern, mit den Theorien des Mutismus oder aber mit dem praktischen Vorgehen – auch in den unterschiedlichen Kontexten – auseinandergesetzt. Das wird in diesem Buch sicher spürbar. So treffen Leserinnen und Leser mehrfach auf eine ähnliche Systematik der diagnostischen Erhebungen, das Konzept des Safe Place, den bewährten Einsatz von Übergangsobjekten und nicht zuletzt auf eine große Begeisterung und Liebe für die Arbeit mit diesen Kindern.

### **Bausteine der Therapien und Fördermaßnahmen**

Im Folgenden werden die Bausteine vorgestellt, die in den verschiedenen Berichten erkennbar sind. Diese sind keinesfalls als Rezepte zu verstehen. Sie gehören jedoch zum vielfältigen Inventar, das in der Arbeit mit selektiv mutistischen Kindern nötig ist. Das Kind, sein Tempo und der Prozess bestimmen, welche Bausteine wann eingesetzt werden.

**Aufbau der nonverbalen kommunikativen Kompetenzen:** Dass man auch ohne Sprache ein kontinuierliches, funktionierendes Kommunikations- und Beziehungssystem aufbauen kann, gehört zu den ersten wichtigen Erfahrungen im menschlichen Leben. Das Kind erlebt, dass es sich durch Mimik, Gestik, Bewegung, Spiel, Handeln, Gestalten oder aber durch Schriftsprache ausdrücken, Absichten mitteilen und austauschen kann und so seinem Gegenüber und Mitspieler etwas „erzählt“, im weitesten Sinne also auch schon mit ihm spricht (Tomasello 2009).

**Allmähliche Ausdehnung und Aufbau des Sprechverhaltens:** Das Sprechverhalten setzt nicht einfach so ein. Zunächst sollen die Kompetenzen, die das Kind zum Sprechen benötigt, erworben und aufgebaut werden. Dies ist das theoretische Konstrukt der *sozial-konstituierenden, interaktiven Position* (Bruner 2008; Nelson 2002; vgl. auch Katz-Bernstein 2002; Quasthoff/Katz-Bernstein 2007). Alle Autorinnen haben die entsprechenden theoretischen – und während ihrer beruflichen Laufbahn auch praktischen – Kompetenzen erworben, um Defizite in diesen vorsprachlichen Bereichen zu diagnostizieren und therapeutisch zu behandeln. Eine kurze Erläuterung soll diesen Aufbau verständlich machen.

Stern (1995) teilt *die Entfaltung der Wirklichkeit im Leben eines Kindes in fünf Welten* auf. Sie erschließen sich auf verschiedenen Stufen der kognitiv-emotionalen Organisation und Abstraktion, die dem Sprechen, das heißt der Anwendung der Sprache als dialogisches Geschehen, vorangehen:

- *die Welt der Gefühle*
- *die Welt der direkten Kontakte*
- *die Welt der Gedanken*
- *die Welt der Wörter*
- *die Welt der Geschichten*

Diese Welten werden, mehr oder minder, mit jedem Schritt auf die vorigen aufbauend, mit dem mutistischen Kind in der Therapie durchquert, um zur Welt der Wörter, der Sprache und des Erzählens zu gelangen.

*Die Welt der Gefühle* bedeutet wahrnehmen, sehen und gesehen werden, hören und gehört werden, bereit sein für den anderen, angenommen sein und Unterstützung bekommen, um die eigenen Gefühle wahrzunehmen und zu regulieren. Dazu gehört aber auch, dass das Kind anfängt, sich als aktiver Mit-Gestalter und Mit-Verursacher in diesem Gefühlsaustausch zu erkennen und durch dieses Eigenwirksamkeitserleben ein „auftauchendes Selbstgefühl“ entwickelt. Daher wird zunächst ein Korrespondenzgefühl zum eigenen Erleben hergestellt, Gefühle gespiegelt (beispielsweise durch eine Puppe, die Gefühle des Unmuts, der Scham oder des Verstecken-Wollens symbolisiert) oder ein „Safe Place“ gebaut, in den das Kind sich zurückziehen kann, durch den es „legitim“ verweigern darf sowie den Kontakt zur Therapeutin aktiv mit-regulieren kann (Katz-Bernstein 2019, 106; vgl. die Beiträge von Meili-Schneebeli, Wyler-Sidler und Bahrfeck).

An diese Erfahrungen schließt sich *die Welt der direkten Kontakte* an. Das Kind ist umgeben von Personen, die mit ihm in Interaktion treten, Dialoge mit ihm führen: In der Therapie bekommt es „Hilfssysteme“ zu solchen Dialogen und Interaktionen angeboten und erlernt Begrüßungs-, Abschieds- und Tröstrituale, die Beziehungen organisieren. Über eine primäre Kommunikationsaufnahme und die Korrespondenz von Gefühlen