

Die Behandlung eines (s)elektiv mutistischen Mädchens nach dem Konzept der Systemischen Mutismus-Therapie/SYMUT – Teil

.....
Boris Hartmann

Zusammenfassung

Wurden im ersten Teil die wissenschaftlichen Grundlagen der Systemischen Mutismus-Therapie/SYMUT sowie die diagnostischen Möglichkeiten im Allgemeinen und im Speziellen beschrieben, befasst sich der zweite Teil mit der konkreten Didaktik dieser Behandlungskonzeption. Anhand der Kasuistik eines mutistischen Mädchens erfolgt die Darstellung der „Mutismus-Therapie in 4 Phasen“ mit ihren Teilschritten: 1. Präverbale Phase, 2. Lexikalisch-syntaktische Phase, 3. Kommunikativ-sozialinteraktive Phase und 4. Nachbetreuungsphase. Therapieerprobte Beispiele aus der Praxis ermöglichen die Einbettung des theoretischen Fachwissens in konkrete Handlungsschritte und damit die Behandlung schweigender Menschen durch Logopäden/Sprachtherapeuten.

SCHLÜSSELWÖRTER: Mutismus-Therapie in 4 Phasen – Therapeutischer Vertrag – Training der Sozialkompetenz – Diathese-Stress-Modell – SSRI – Homöopathie

Mutismus-Therapie in vier Phasen

1. Präverbale Phase

Die präverbale Phase beinhaltet:

- den Aufbau einer therapeutischen Beziehung zu Marie,
- den Beginn der Beratung bzw. Elternarbeit,
- die Vermittlung, was Reden und Sprechen für den Menschen bedeuten,
- die Evozierung der ersten flüsternden, später phonischen Lautäußerungen.

Vor dem Hintergrund, dass schweigende Menschen vor allem gegenüber Fremden mit kommunikativem Rückzug und Angst reagieren, stand der Aufbau einer Vertrauensebene, das Gefühl des Sich-gegenseitig-Annehmens sowie die Vermittlung von Freude an der Sprachtherapie anfänglich

im Vordergrund. Als Vorteil erwies sich, dass zwischen Maries Mutter und mir von Anfang an „die Chemie“ stimmte. Sie war sehr an mutismusspezifischen Hintergrundinformationen interessiert, übernahm von Anfang an die Funktion der therapeutischen Schnittstelle zwischen Kindergarten und Praxis und stellte ein gutes humoristisches Pendant zu mir dar, um Anfangsunsicherheiten ihrer Tochter gemeinsam aufzufangen. Ihr Bedürfnis nach einer *therapeutischen Kehrtwende*, das zeigte sich deutlich, wurde gespeist aus der für die gesamte Familie leidvollen Erfahrungszeit von Maries Schweigen.

In der ersten Phase der Behandlung wurde sofort mit der Beratung/Elternarbeit begonnen. Hier ging es von Beginn an darum, folgende Fragen entweder therapiebegleitend oder im Rahmen einer separaten Intensivberatung der Mutter zu beantworten:



Dr. paed. Boris Hartmann studierte Sprachheilpädagogik an der Universität Köln. Er beschäftigt sich seit fünfzehn Jahren mit Mutismus und systemischer Therapie: seit 1993 in der eigenen Praxis in Köln, als Dozent an Hochschulen – zurzeit an der Universität Freiburg/CH – sowie praxisbezogener Fort-

bildungen und als Autor verschiedener Publikationen, zuletzt des 2003 im Schulz-Kirchner-Verlag erschienenen Ratgebers „Mutismus im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“.

- Was ist Mutismus?
- Welche Konsequenzen können für Maries sozialen Bereich entstehen oder sind bereits entstanden?
- Welche Probleme liegen im Kindergarten vor?
- Welche Konsequenzen können sich aufgrund des Schweigens beim Eintritt in die Schule für Maries weitere Entwicklung ergeben?
- Regelschule oder Sonderschule?
- Welche Rolle spielt Marie in der Familie?
- Über welche Kontrollmechanismen verfügt sie?
- Wie gehen die Eltern mit den Kontrollversuchen von Marie um?
- Welche Risikofaktoren halten das Schweigen bei Marie aufrecht?

Als Risikofaktoren innerhalb der Familie, die das Schweigen aufrechterhalten können und damit in der Beratung zu diskutieren waren, kamen unter anderem in Frage: Inanspruchnahme eines kommunikativen Mediums, Sonderstellung von Marie innerhalb der Familie, Entstehung eines subjektiven Krankheitsgewinns, Befreiung von

häuslichen Pflichten, Ungleichbehandlung der Geschwister oder Sich-einigeln-Können im eigenen Zimmer bei nicht mehr vorhandenen familiären Gemeinsamkeiten.

Marie tendierte nur zum Teil zu den genannten Risiken, war sich aber ihrer Sonderstellung innerhalb der Familie bewusst. Bei gemeinsamen Aktivitäten mit Kindern aus der Nachbarschaft spannte sie ihre jüngere Schwester als kommunikatives Medium ein. Ging die Mutter mit ihr einkaufen, beantwortete die Mutter ritualisiert alle Fragen, die an Marie gerichtet wurden. Diese Kompensationsstrategie galt es sofort abzustellen. Bei häuslichen Pflichten dagegen war Marie nicht auffällig abwehrend, sondern integrierte sich altersentsprechend in das Familiensystem.

Bei der Erklärung, was Reden und Sprechen für den Menschen bedeuten, wird die Vermittlung einer Sinnhaftigkeit der lautsprachlichen Kommunikation kindgerecht erarbeitet z.B. durch Zeichnen, die Erstellung von Collagen, durch Rollenspiele und/oder den Einsatz von Materialien aus der Wahrnehmungsschulung. Diesbezügliche Themen waren:

- Was kann man durch Sprechen erreichen?
- Was für einen Sinn haben Fragen und Antworten?
- Wie lassen sich eigene Fähigkeiten für andere sichtbar machen?
- Hat die Bildung von Freundschaften etwas mit Sprechen zu tun?
- Was kann durch Sprechen im Kindergarten verbessert werden?
- Oder anders gefragt: Was verbaue ich mir mit meinem Schweigen im Kindergarten?
- Macht es einen Sinn, nicht fragen zu können, wenn ich etwas nicht verstanden habe?
- Welche Gegenstände, Tiere, menschliche Verhaltensweisen lassen sich welchen Geräuschen zuordnen?
- Was bedeutet frei sprechen zu können für meine eigene Entwicklung?

Schließlich wird in Phase 1 an der Evolverung der ersten flüsternden und phonischen Lautäußerungen gearbeitet. Die Praxis zeigt, dass eine gut gemeinte „Entlastung“ in Form von „Du brauchst hier nicht zu sprechen, wenn Du nicht möchtest“ analog zur Spieltherapie nicht von Vorteil ist. Im Gegenteil: Marie wurde von mir offen mit ihrem Schweigen konfrontiert (Psychoedukation Richtung Problembe-



wusstsein) bei permanenter Anbietung meiner/unserer Hilfe als Problemlösung. Wenn es in den ersten Behandlungsstunden gelänge, Marie zu eigenen lustvollen Äußerungen zu animieren, würde sie mit Stolz und erhöhtem Selbstvertrauen gerne wiederkommen, was wiederum Grundlage für die weiteren therapeutischen Schritte ist.

Die direkte Methode ist meines Erachtens gerade aus dem letztgenannten Grund der oben angeführten indirekten Methode vorzuziehen, was die häufigen Therapieabbrüche im Bereich der Spieltherapie geradezu unterstreichen, wenn nach einem Jahr das schweigende Kind immer noch schweigt. „Wenn (wie im hier dokumentierten Fall) ein Kind länger als ein Jahr in der ambulanten Einzeltherapie (Spieltherapie) zu keiner verbalen Äußerung zu bringen ist, scheint die Aussicht auf Änderung im selben Kontext gering, was die hier behandelnde Therapeutin richtig erkannte. Denkbar wäre sogar, dass die Spieltherapie, die ein Ausweichen in nonverbale Kommunikation erlaubt, symptomverstärkend wirkte“ (Wernitznig, 1993).

In dieser entscheidenden Phase werden mit Hilfe von Geräuschen die ersten flüsternden und/oder phonischen Lautäußerungen angebahnt. Zum Repertoire gehören neben der Hörerziehung Übungen wie geräuschvolles Salzstangen-Essen, Trinken mit Schmatz- und Schluckgeräuschen, Klatschen, Stampfen mit den Füßen, Schminken der Lippen und lauter Kussabdruck auf einem Blatt Papier, Pustefußball von Lingoplay, „Magische Schnecke“

(MFT-Material), Pustespiele aller Art (Seifenblasen, Watte-Pusten, Kerze ausblasen etc.), Mal- und lautsprachliche Spiele der „Logo-Hefte“ (Triologo-Verlag), „Kunterbunte Bimmelbahn“, „Fleißige Bienen“ mit Realisierung des stimmhaften /s/-Phonems, das Karton-Sprechen (Antworten werden durch einen Karton der Mutter ins Ohr gesprochen und dadurch akustisch verstärkt; das Kind kann durch den Karton keinen Körperkontakt zum mütterlichen Ohr herstellen wie häufig der Fall).

Marie sprach auffallend gut auf das Eisenbahnspiel an, bei dem wir mit der Mutter bei jeder Bewegung des Zuges ein permanentes /sch/, /sch/, /sch/ bildeten. Als weiteres favorisiertes Spiel gesellte sich schnell „Fleißige Bienen“ hinzu, bei dem sie gemäß unserer Vorgabe, wenn auch anfänglich sehr gehemmt, ein stimmhaftes /s/ produzierte. Dennoch sollten beide Materialien innerhalb kurzer Zeit zu ihren Lieblingsspielen werden und den Anfangserfolg stabilisieren. So konnten zügig weitere Laut- und Silbenübungen z.B. aus den /sch/- und /s/-Logo-Heften hinzugenommen werden. Für Marie war es auf diesem Weg innerhalb von zehn Behandlungsstunden selbstverständlich geworden, mit mir als fremdem Nichtfamilienmitglied – eine ansonsten zu Schweigen motivierende Konfiguration – Geräusche, Laute und Silben zu bilden. Und, was noch wichtiger war: Sie kam gerne zur Sprachtherapie. Mutter und Kind verspürten neue Kräfte hinsichtlich der Bewältigung von Maries Gehemmtheit.

2. Lexikalisch-syntaktische Phase

Das Ziel der lexikalisch-syntaktischen Phase ist die Umwandlung bzw. Erweiterung der ersten phonischen Geräuschäußerungen zu Wörtern und Sätzen. Maries Mutter und ich erstellten einen *Therapeutischen Vertrag* (s. Abb. 1, nächste Seite) zum verhaltenstherapeutischen Aufbau einer Bereitschaft und Realisierung des Sprechens außerhalb der Familie im hierfür kritischen Lebensumfeld Kindergarten.

Ich erinnere mich noch deutlich, wie die Mutter bei Punkt 5 – „Du gibst laut 10 Antworten an jedem Kindertag“ – völlig resigniert anmerkte, diese Ebene werde Marie sowieso nicht erreichen nach der Vorgeschichte und ob wir das wirklich so stehen lassen sollten. „Natürlich lassen wir das so stehen, das wird schon, Sie werden sehen!“

Liebe Marie,

Du möchtest gerne ein großes Mädchen werden, Dich alleine mit Freundinnen verabreden und nächstes Jahr in die Grundschule Schmittgasse gehen. Dazu ist es notwendig, dass Du schrittweise lernst, schon in der Kindergartengruppe zu sprechen. Außerdem gehört das laute Sprechen zum Größerwerden von Kindern. Wir wollen sehen, wie oft es Dir täglich gelingt, etwas im Kindergarten zu sagen.

Wie kannst Du lernen groß zu werden und ohne Furcht mit allen Menschen laut zu sprechen?

1. Du kannst, wenn Du über Mittag im Kindergarten bist, Sprechspiele (die Du schon von Herrn Hartmann kennst) mit den wenigen Kindern und Erzieherinnen spielen, die auch über Mittag bleiben, ohne dass die Mama im Kindergarten ist.
2. Du kannst bei Spielen oder Liedern im Stuhlkreis laut mitspielen bzw. mitsingen.
3. Du kannst, wenn man Dich etwas fragt, laut mit „Ja“ oder „Nein“ antworten.
4. Du kannst, wenn man Dich etwas fragt, laut in ganzen Sätzen antworten.
5. Du gibst laut 10 Antworten an jedem Kindergarten tag.

Jedes Mal, wenn Du in der soeben beschriebenen Weise in der Gruppe gesprochen hast, kannst Du Dir in Deinem Wochenplan für den jeweils laufenden Tag zwischen 1 und 5 eine Zahl vermerken. Einmal in der Woche darfst Du Dir für die Anzahl der täglich erzielten Zahlen in dem Feld „Gesamt“ eine entsprechende Zahl eintragen. Daran kannst Du genau ablesen, wie erfolgreich Du gewesen bist oder wie sehr Du Dich bei Deinen Bemühungen, im Kindergarten zu sprechen, noch anstrengen musst.

Therapeutischer Vertrag zum verhaltenstherapeutischen Aufbau eines altersadäquaten Kommunikationsverhaltens

Marie wurde nun von der Mutter und mir gut vorbereitet. Wir besprachen detailliert die einzelnen Punkte, wodurch sie sich unterscheiden und wie man die eigenen Äußerungen im selbst gezeichneten Wochenplan danach dokumentiert. Das Mädchen erhielt einen Schnellhefter mit dem vorbereiteten Wochenplan (Montag bis Freitag) und einen Stift. Die Mutter besprach als meine Co-Therapeutin unser Vorhaben mit dem Kindergarten, und dann ging es an einem Montag los (s. Abb. 2, Dokumentation). In der ersten Woche schaffte sie, bis auf den Mittwoch, jeden Mittag ein Sprechspiel analog zu den Geräuschevozierungen in der Therapiesituation (1 Punkt). Gesamtpunktzahl in der ersten Woche: 4. Vor dem Hintergrund, dass dieses Mädchen über ein Jahr lang im Kindergarten nicht verbal kommuniziert hatte, war dies schon ein erster Erfolg.

Dann die zweite Woche: Montag zweimal 1 Punkt, Dienstag 1 Punkt, Mittwoch Schweigen, Donnerstag 1 Punkt, Freitag 1 Punkt. Gesamtpunktzahl: 5. Die dritte Woche begann wieder mit Schweigen. Geduld war angezeigt. Und dann: Am Dienstag dokumentierte Marie erstmals eine 2 (für ein Lied, bei dem sie mitgesungen hatte), eine 3 (für eine Ja/Nein-Antwort) und eine 4 (für einen Satz oder das, was Marie für einen Satz hielt: mehrere Wörter auf einmal). Die Mutter und ich reagierten

freudig überrascht. Marie freute sich über ihre Leistung und unser Lob. Dran bleiben, hieß es.

Am Mittwoch glücklicherweise kein Schweigen wie in den Wochen vorher. Marie sammelte eine 2 und zweimal eine 3. Am Donnerstag ergab sich neben einer 2 und einer 3 die erste 5 für zahlreiche Satzantworten. Am Freitag ging es weiter mit den Punkten 2, 3, 3 und 5. Das mutistische Mädchen hatte sich im Kindergarten ein Mitteilungssystem angewöhnt, das außerhalb der Familie lange unmöglich war und auch intrafamiliär nur äußerst eingeschränkt zu ihrem Verhaltensrepertoire gehört hatte:

Sprechen. Marie holte in dieser dritten Woche 40 Punkte, sie war überglücklich. Erfreulicherweise blieb Maries neu gewonnenes Kommunikationsverhalten in den darauf folgenden Wochen stabil. Einen kleinen Einbruch zeigte sie in der Karnevals- und Nachkarnevalswoche, weil durch die närrischen Tage der Kindergarten zweimal geschlossen hatte. Sie brauchte wieder eine gewisse Anlaufzeit, doch sollte sich an dem stabilen Sprechverhalten nichts ändern.

Hinsichtlich der zu erweiternden Sozialkompetenz begannen wir mit dem Training jener Verhaltensweisen, die sich bei mutistischen Personen häufig als hartnäckig therapieresistent erweisen: Begrüßung und Verabschiedung. Hierzu wurde, wie oft der Fall, eine separate Behandlungsstunde verwendet, in der Mutter und Tochter zehn-, zwanzigmal in den Behandlungsraum kamen und von mir jeweils begrüßt wurden. Trat ein Schweigen auf, was anfangs zu erwarten war, wurde Marie an der Hand der Mutter wieder hinausgeschickt. Vor der Zimmertür sollte das Mädchen nun – im Sinne einer Bewusstwerdung – der Mutter den Grund für sein Schweigen erklären. Kindgemäß. Bewusst. Authentisch.

Die Begründung wechselte von „Ich wollte etwas sagen, aber es kam nichts raus“ über „Ich schäme mich“ bis „Ich war kurz davor, gleich schaffe ich es.“ Das von Schweigern häufig geäußerte Argument „Ich weiß nicht“ ließ ich (und lasse ich) dabei nicht gelten, da es sogar von jungerwachsenen und erwachsenen Mutisten als versteckte Reaktion im Sinne von „Keine Lust“ verwendet werden kann, was einer konstruktiven Problemlösung im Wege steht. Schließlich schaffte Marie in der Behandlungsstunde ihre Begrüßung und trainierte

Abb. 2: Dokumentation des Kommunikationsverhaltens

Liebe Marie, wie oft hast Du heute im Kindergarten gesprochen?

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Gesamt
1	1	–	1	1	4
1 1	1	–	1	1	5
–	2 3 4	2 3 3	2 3 5	2 3 3 5	40!
2 3 5	2 3 4 5	2 3 5	2 3	2 3	44
2 3 5	2 2 4	2 2 2 2	2 3	2 3	36
/	/	2 3	Weiberfastnacht	/	5
Rosenmontag	2 3	2 3 3	2 3 3 3	2 3	29
1 1 2 3	2 2 3 3 5	2 3	2 3 3 5	1 3 3	47
2 3 3	2 3 3	2 3 3	2 3 3 5	/	37
2 3 5	2 3	2 3	2 3	/	25
2 3	2 3 3	2 3	2 3	2 3 5	33

Dokumentation des Kommunikationsverhaltens nach dem 5-stufigen Therapeutischen Vertrag (/ = nicht anwesend)

alsdann die Verabschiedung. Ab diesem Zeitpunkt verging keine Stunde mehr ohne diese Floskeln, wobei der Mutter die Aufgabe zukam, auch im Kindergarten auf die Begrüßung und Verabschiedung zu achten, was Marie tatsächlich durchhielt.

Das *Training der Sozialkompetenz* wird neben Begrüßung und Verabschiedung durch weitere Aufgaben, die von der Familie im vorgegebenen Turnus realisiert werden, ergänzt:

- Einmal pro Woche Besuch mindestens eines Kindes aus der Einrichtung (Kindergarten, Schule).
- Einmal pro Woche Besuch mindestens eines Kindes aus der Nachbarschaft.
- Einmal pro Woche Besuch mindestens eines Kindes von Freunden der Eltern.
- Einmal pro Monat Übernachtung eines Kindes im eigenen Elternhaus oder Übernachtung bei einer anderen Familie.

Dieses „Social Framing“ – das therapeutische Einrahmen des familiären Sozialverhaltens –, das neben der schweigenden Person auch die Eltern mit einschließt, bedeutet für alle Beteiligten eine große Herausforderung. Das vormals ruhige, pflegeleichte Familienleben erfährt eine neue Dynamik, in der die Eltern und die Schweigenden gleichermaßen Neuland betreten und in ihrem Sozialverhalten gefordert werden. Analog zu anderen Lernprozessen kommt den Eltern dabei eine Vorbildfunktion zu, die sie konstruktiv für sich sowie für ihre mutistischen und in der Regel sozial isolierten Kinder nutzen können.

In der zwölften Stunde nahm ich meine kleine Patientin mit einer Videokamera auf. Unser noch holpriges Frage-Antwort-Spiel, das Abfragen des Sprachverständnisses mit der Aufforderung, die von mir benannten Objekte zu zeigen, sowie die Nahaufnahme des bei den Antworten noch verspielt unsicher wirkenden Kindergesichtes werteten wir zu dritt aus. Marie rutschte bei ihrem Anblick auf dem Stuhl hin und her, man merkte die Anspannung bei gleichzeitigem neugierigen Interesse, sich selbst im Fernsehen zu sehen. Es wurde deutlich, dass sich die zu Beginn der Behandlung noch starre Mimik aufzulockern begann, vereinzelt sogar schon ein verschämtes Lächeln über ihr Gesicht huschte.

In den folgenden Behandlungsstunden wurden weitere Materialien zur Stabilisierung von Wort- und Satzantworten

eingesetzt wie z.B. Phonem-Memories, Phonemquartette und „Logo-Hefte“ aus der Dyslalietherapie sowie bereits die ersten freien Kommunikationsmaterialien wie die Spiele „Unser Bauernhof“, „Wer ist es?“ und „Happy End?“. Spontane Fragen meinerseits wurden von Marie bis auf einen Blick aus großen Kinderaugen noch nicht beantwortet. Blieb ich dagegen auf der Ebene des gelenkten Sprechens in Form von Ein-Wort- oder Mehrwort-Sequenzen, sprach Marie ungehemmt, phonisch und deutlich. Das Kommunikationsverhalten im Kindergarten blieb weiterhin stabil, so dass ich davon ausgehen konnte, dass das Mädchen für die nächste Phase vorbereitet war.

3. Kommunikativ-sozialinteraktive Phase

In der dritten und letzten Therapiephase ging es darum, die Erfolge aus der „gelenkten Spontansprache“ in ein ungehemmt freies Kommunikationsmuster zu überführen, das eine Dialog- und Narrationsfähigkeit mit anschließender sozialinteraktiver Alltagsauglichkeit gestattet. Neben weiteren Übungen zum kommunikativen Syntaxtraining z.B. mit den Materialien „Wer? Wie? Was?“, „Na Logo!“, „Zwergenreise um den See“ oder „Reise durch den Märchengarten“ aus der Dyslalie- und Dysgrammatismus-Therapie begannen wir mit reinen Bildergeschichten wie „Papa Moll“ und „Der kleine Herr Jakob“. Marie verbalisierte die Bildvorgaben nicht nur unvorbereitet in der Therapiestunde, sondern auch am Stück als vorbereitete Hausaufgabe.

Da wir uns von Beginn der Behandlung an zweimal in der Woche sahen, bekam sie zu diesem Zeitpunkt zwei Bildergeschichten pro Woche auf. Um die verbale Textkompetenz zu intensivieren, übten wir anhand von Kinderbüchern des kleinen skandinavischen Helden „Nisse“ (z.B. „Nisse beim Friseur“, „Nisses neue Mütze“) das Nacherzählen von vorgelesenen Geschichten. Bei diesen Übungen wird neben der Qualität der Sprachexpression die auditive Merkspanne und das serielle Textverständnis trainiert. Marie zeigte sich mit zunehmender Vertrautheit im Umgang mit den Materialien textsicher und fantasievoll.

Parallel zu den narrativen Leistungen übten wir das *Dialogschema* in freien Gesprächen. Zählten die Mutter und ich noch anfangs die Anzahl der Antworten innerhalb einer Sanduhrlaufzeit von drei Minuten, begann ich nun, mich mit ihr spontan zu unter-

halten. Dabei wurde durch die behutsame semantische Öffnung meiner Fragen das Ziel verfolgt, die anfänglich zufällige Aneinanderreihung von induzierten Ein-Wort-Antworten in Richtung Spontanantworten zu erweitern. Marie ließ sich darauf ein, wie die folgende Gesprächssequenz wiedergibt. Der intendierten Darstellung eines Handlungsablaufs (Zubereitung von weich gekochten Eiern) wich sie allerdings charmant aus:

- Th.: *Warst Du heute im Kindergarten?*
 Marie: *Ja.*
 Th.: *Regnet es draußen?*
 Marie: *Nein.*
 Th.: *Welche Haarfarbe hast Du?*
 Marie: *Blond.*
 Th.: *Welche Augenfarbe?*
 Marie: *Blau.*
 Th.: *Wie fandest Du das Bauernhof-Spiel?*
 Marie: *Schön.*
 Th.: *Welche Tiere gefallen Dir am besten?*
 Marie: *Katze und Hund.*
 Th.: *Katze und Hund?*
 Marie: *Ja.*
 Th.: *Und andere Tiere?*
 Marie: *Pferde und Hühner.*
 Th.: *Erzähl' mal, warum magst Du das Pferd?*
 Marie: *Weil man darauf reiten kann.*
 Th.: *Und das Huhn?*
 Marie: *Wegen den Eiern.*
 Th.: *Was muss man machen, um weich gekochte Eier essen zu können?*
 Marie: *Rührei ...*

In einer erneuten Videoaufnahme zeigte sich das ehemals mutistische Mädchen gelöst, kommunikativ, verspielt. Die Mutter berichtete, dass auch im Kindergarten das Thema Schweigen nicht mehr existent war und Punkt 5 des Therapeutischen Vertrages täglich erfüllt wurde. Soziokommunikative Situationen stellten vor dem Hintergrund angebahnter, variabler Sprachressourcen keine überfordernden Ereignisse mehr da. Statt einer vulnerablen Bewältigung in Form des Schweigens, verwendete Marie ihr neu gewonnenes Kommunikationsverhalten als konstruktive Copingstrategie.

In der 43. Therapiestunde konnte ich in meiner Klappkarte folgenden Vermerk notieren: „Marie spricht mit allen bekannten und unbekanntenen Personen.“ Die Mutter und Praktikanten der Praxis führten „In-vivo-Maßnahmen“ wie gemeinsames Einkaufen

gehen, sich in Geschäften beraten lassen und das Telefonieren mit Freundinnen durch. Marie zeigte sich rückfallresistent.

Den allerletzten Test hatte das Mädchen allerdings noch vor sich. Ich wollte sehen, inwieweit ich als Therapeut bei Marie noch künstlich einen Schamreflex auslösen kann, der dann infolge eines stärkeren Affektschubes vielleicht doch in ein situatives Schweigen mündet. Als sie das nächste Mal zu mir in die Praxis kam, hatte ich auf meinem Tisch ein Buch mit Kinderliedern liegen, das ein kleines CD-Abspielgerät enthält. Ich forderte sie nun auf, nachdem die Mutter den Raum verlassen hatte, mit mir zusammen ein Kinderlied zu singen. Welches, das konnte sie sich aussuchen. Marie sah mich etwas ungläubig mit sich leicht rötenden Wangen an, überlegte einen Augenblick und nahm schließlich erst zögerlich, dann entschlossen das Buch in die Hand und wählte aus.

Fasziniert von der CD-Technik sang sie mit mir fröhlich ein Lied nach dem anderen und legte immer wieder eine neue CD ein. So erklangen mit synthetischer Begleitung des Mikrochip-Zeitalters vertraute Kinderlieder aus Großmutterns Zeiten wie „Hopp hopp hopp“, „Ri-ra-rutsch“, „Es tönen die Lieder“ und „Auf einem Baum ein Kuckuck“. Bei Letztgenanntem klatschten und stampften wir jedes Mal beim Refrain, so dass eine bizarre Mischung aus computertechnischer Klanguntermalung, Maries glockenhellem Sopran, meinem brummigen Bass und rhythmisierten Klatsch- und Stampfgeräuschen durch die Praxis drang.

Für Marie schien das gemeinsame Singen keine große Herausforderung mehr zu sein, denn auch in den nächsten Stunden konnte ich diese Übung fortsetzen. Marie ergänzte unser Liedgut mit dem „ABC-Lied“ aus dem Kindergarten und dem Karnevalsschlager „Denn wenn et Trömmelche jeiht“, den sie treffsicher „op Kölsch“ intonierte (Generalisierung in verschiedenen sozialen Situationen). Sie hatte damit auch die letzte Prüfung erfolgreich bestanden.

Nach 66 Behandlungsstunden und einer abschließenden Deskription ihres Kommunikationsverhaltens mit dem Mutismus-Soziogramm, das kein Schweigen mehr erfasste, konnte ich die Sprachtherapie bei meiner kleinen Patientin abschließen. Aus dem ehemals gehemmten, schweigenden Mädchen, das soziokommunikative Ereignisse aufgrund einer geringen Ressourcenwahrnehmung fürchtete, hatte sich eine

Kontakt suchende, quirlige kleine Dame entwickelt, die, ein offensichtliches Nachholbedürfnis auslebend, den Kindern und Erzieherinnen bald die „Haare vom Kopf quasselte“. Vor dem Hintergrund ihres erschweren Lebensweges nahmen die Eltern und die Pädagoginnen des Kindergartens diese neue Situation mit einem Schmunzeln wohlwollend hin.

4. Nachbetreuungsphase

Eine Nachbetreuung ehemals mutistischer Kinder, Jugendlicher und Erwachsener in den Intervallen drei und neun Monate nach Beendigung der Therapie sowie bei aktuellen biografischen Weichenstellungen kann dort angeboten werden, wo aufgrund des weiterhin ruhigen Temperaments oder durch möglicherweise vorhandene Restsymptome später eintretende Fragestellungen entstehen wie:

- Ist der Therapieerfolg stabil geblieben?
- In welcher Qualität wird im Kindergarten bzw. in der Schule kommuniziert?
- Welche weiterführende Schule kommt in Frage?
- Welcher Schulabschluss sollte anvisiert werden?
- Welche Berufsperspektive ist möglich?
- Wiederaufnahme einer intensiven psychometrischen oder sprachtherapeutischen Diagnostik bzw. Therapie zur Fundierung von Beratungen hinsichtlich inadäquater Leistungsbewertungen in der Schule (vgl. Hartmann, 2004) und erschwelter Ausbildungsentscheidungen oder zur Behandlung additiver Problemfelder (verbalexpressive oder schriftliche Sprachdevianzen, Wahrnehmungsstörungen etc.).

Das Ziel der Systemischen Mutismus-Therapie ist neben der interdisziplinären Auflockerung der mutistischen Symptomatik die gemeinsame Erarbeitung von ganzheitlichen/systemischen Zukunftsperspektiven, um den Schweigenden bzw. die Schweigende in die soziale Gemeinschaft (zurück) zu führen.

Ich sollte Marie nach ca. sechs Monaten wiedersehen. Nach mehreren Telefonaten mit der Mutter, in denen sie mich über die weitere gute Entwicklung von Marie informierte, stellte die Mutter ihre Tochter im Rahmen der Nachbetreuung noch einmal bei mir vor. Marie unterschied sich in unserem lockeren Miteinander durch nichts

mehr von anderen Kindern, sprach, scherzte und lief mit ihrer Schwester durch den Behandlungsraum und den Garten der Praxis, während ich mich mit der Mutter unterhielt. Auch bei dem für den Nachmittag angesetzten Fotoshooting für den später veröffentlichten *Ratgeber Mutismus* (Hartmann/Lange, 2003) zeigte sich das Kind wohltuend aufgeweckt, obwohl viele unbekannte Personen in der Praxis waren. Im Vergleich zu meinen anderen zum Teil erst frisch in die Therapie aufgenommenen mutistischen Patienten wurde der Mutter und mir deutlich, welchen Entwicklungssprung Marie getan hatte.

Marie besucht zurzeit eine Regelgrundschule, auf der keine der Lehrkräfte und keiner der Mitschüler etwas von ihrer mutistischen Vergangenheit erahnt.

Epilog

Die Systemische Mutismus-Therapie wird in der Mehrzahl der Fälle durch die weiche (homöopathische) oder schulmedizinisch orientierte Medicotherapie unterstützt. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass in neueren Studien eine klassifikatorische Zuordnung des Mutismus zu den Angsterkrankungen (vgl. Anstendig, 1999; Beck/Warnke, 2003) postuliert wird, weshalb in therapieresistenten Fällen und/oder bei der zusätzlichen Diagnose Sozialphobie, Angst oder Depression SSRI-Präparate, das heißt Selektive Serotonin (5-HT)-Wiederaufnahmehemmer eingesetzt werden können (vgl. Black & Uhde, 1994; Carlson et al., 1999; Golwyn & Sevlie, 1999; Beck & Warnke, 2003). Es gilt, mit Hilfe einer mehrgleisigen Therapiekonzeption das selektive Schweigen zeitlich zu limitieren, um die Entstehung einer *Mutismusbiografie* im Ansatz zu verhindern oder sie, wenn sie im Jugend- bzw. Jungerwachsenenalter bereits vorhanden ist, mit Hilfe einer therapeutischen Kehrtwende aufzulösen. Hier erweist sich eine biobehavioristische Perspektive als sinnvoll (vgl. Amari et al., 1999), die eine physiologische Vulnerabilität und Umweltfaktoren miteinander verbindet (vgl. auch Mutismus nach dem Diathese-Stress-Modell; Hartmann, 1997).

Im Kindesalter eignen sich Konstitutionsmittel aus dem Bereich der Homöopathie, um parallel zu einer funktionellen Therapie die endogene Hemmung zusätzlich endogen aufzulockern. Im Fall des mutisti-

schen Mädchens Marie wurden von einer Homöopathin ab der Präverbale Phase verschiedene Konstitutionsmittel eingesetzt: Phosphor C 200, Lycopodium C 200, Sulfur C 30, erneut Lycopodium C 200, Calcium carbonicum C 200, sieben Wochen später wieder Calcium carbonicum C 200, weitere neun Wochen später Calcium carbonicum C 1000, Sulfur C 30 und, bereits nach Abschluss der Therapie, noch einmal Phosphor C 200.

Besonders die Flankierung mit den drei Einzelgaben Calcium carbonicum, dessen letzte Potenz (C 1000) bei einem Kind beinahe ein schulmedizinisches Präparat darstellt, erwies sich m.E. als sehr wirkungsvoll, fiel doch die auffällige soziokommunikative Öffnung des Kindes in den Zeitraum dieser drei Applikationen. Zum kindlichen Persönlichkeitsporträt von Calcium carbonicum heißt es: „Da die Kinder kaum Eigeninitiative aufweisen, werden sie von anderen beim Spiel mitgerissen, sind dabei aber auch etwas ängstlich. Umgekehrt sind sie äußerst zufrieden, wenn sie nur herumsitzen und gar nichts tun müssen, schauen den anderen beim Spiel sogar zu. Beim Spiel selbst sind sie schwerfällig und neigen dazu, sich sehr bald zurückzuziehen. Sie haben kein Durchhaltevermögen, um eine Sache intensiv durchzudenken und sich lange mit ihr zu beschäftigen. Ihre geistige Trägheit ist jedoch nicht krankhaft. Schon im Kleinkindalter hasst Calcium carbonicum es, ausgelacht oder gar verspottet zu werden. Aus Angst davor trauen sich die Kinder bei schulischen Frage- und Antwortspielen nicht zu antworten, auch wenn sie die richtige Antwort wissen“ (Gawlik, 1999, 189f).

Der Mutismus im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter verdeutlicht in seiner systemischen Sichtweise die Komplexität menschlicher Verhaltensweisen. Gerade weil das Schweigen unser wichtigstes soziales Instrument – die Sprache und das Sprechen – empfindlich beeinträchtigt, stellt eine Mutismus-Therapie nicht nur eine Herausforderung in kommunikativer, sondern auch und vor allem in psychosozialer Hinsicht dar. Die Systemische Mutismus-Therapie, die vor dem Hintergrund einer psychophysiologischen Sichtweise des Schweigens in praxi interdisziplinär ausgerichtet ist und kognitive Copingstrategien involviert, appelliert dabei konzeptionell an die autopoietischen Kräfte der betroffenen Person im Sinne einer sich befreienden Selbstregulation eines vormals gehemmten Organismus.

Amari, A.; Slifer, K. J.; Gerson, A. C.; Schenck, E.; Kane, A. (1999). Treating selective mutism in a paediatric rehabilitation patient by altering environmental reinforcement contingencies. *Pediatric Rehabilitation* 3 (2), 59-64

Anstendig, K. D. (1999). Is selective mutism an anxiety disorder? Rethinking its DSM-IV classification. *Journal of Anxiety Disorders* 13, 417-434

Beck, N. & Warnke, A. (2003). Teilstationäre Behandlung zweier Geschwister mit elektivem Mutismus. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 31 (1), 59-68

Black, B. & Uhde, T. W. (1994). Treatment of elective mutism with fluoxetine: a double-blind, placebo-controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 33 (7), 1000-1006

Carlson, J. S.; Kratochwill, Th. R.; Johnston H. F. (1999). Sertraline Treatment of 5 Children Diagnosed with Selective Mutism: A Single-Case Research Trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 9 (4), 293-306

Gawlik, W. (1999). Arzneimittelbild und Persönlichkeitssporträt. Konstitutionsmittel in der Homöopathie. 3. Aufl. Stuttgart: Hippokrates

Golwyn, D. H. & Sevlie, C. P. (1999). Phenzelazine treatment of selective mutism in four prepubertal children. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 9 (2), 109-113

Hartmann, B. (1997). Mutismus – Zur Theorie und Kasuistik des totalen und elektiven Mutismus. 4. Aufl. Berlin: Edition Marhold im Wissenschaftsverlag Volker Spiess

Hartmann, B. (2004). Mutismus in der Schule – ein unlösbares Problem? *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete* 73 (1), 29-52

Hartmann, B. & Lange, M. (2003). Ratgeber Mutismus im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Idstein: Schulz-Kirchner

Wernitznig, H. (1993). Stationäre Behandlung eines elektiv mutistischen Kindes – eine Fallstudie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 42 (5), 160-167

Autor

Dr. paed. Boris Hartmann
 Petersenstr. 20
 51109 Köln-Brück
bo.hartmann@netcologne.de
www.drhartmann.mynetcologne.de

Summary

Treatment of a selectively mute girl based on the concept Systemic Mutism Therapy/SYMUT (Part II)

Whereas Part I described the scientific and theoretic fundamentals of Systemic Mutism Therapy/SYMUT as well as the diagnostic possibilities in general and specific terms, Part II focuses on a concrete didactic approach to this treatment concept. Based on the case history of a mute girl, "Mutism therapy in 4 phases" is outlined, together with its substeps: 1. Preverbal phase, 2. Lexical-syntactic phase, 3. Communicativ-social-interactive phase and 4. Follow-up phase. On the basis of therapy examples that have stood the test of scrutiny in practice, it is possible to translate theoretic specialist expertise into concrete management steps and thus provide for the treatment of mute persons through speech therapists.

KEY WORDS: Mutism therapy in 4 phases – therapeutic contract – training social competence – Diathesis stress model – SSRI – homeopathy