

Das Konzept der Kooperativen Mutismustherapie (KoMut)

Eine systemisch-handlungsorientierte Therapie für Kinder mit Selektivem Mutismus

Daniela Feldmann, Alexandra Kopf, Jens Kramer

ZUSAMMENFASSUNG. Dauerhaft nicht-sprechende Kinder irritieren uns. Die Konsequenzen, die sich für die Kinder daraus ergeben, sind im Hinblick auf ihre Identitätsbildung außerordentlich ungünstig. Zudem wird die eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit vom Familiensystem und anderen Personen, die dem Kind nahe stehen, als sehr belastend empfunden. Aus dieser Sichtweise ergibt sich ein spezifisches Konzept der Therapie selektiv mutistischer Kinder: Die KoMut – Kooperative Mutismustherapie. Zentral dabei ist es, Bedingungen zu gestalten, die für die Identitätsentwicklung der betroffenen Kinder und der sie begleitenden Bezugspersonen hilfreich sind und die sprachliche, aber auch die non-verbale Handlungsfähigkeit der Kinder erweitern.

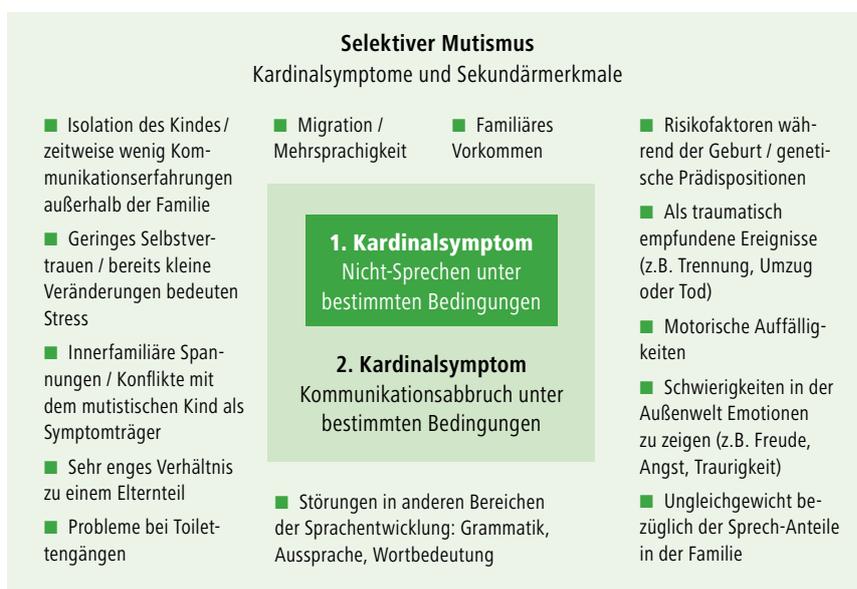
Schlüsselwörter: Selektiver Mutismus – Therapie – Kooperation – Kommunikation – Handlungsfähigkeit

Einführung

Kinder sind von Selektivem Mutismus betroffen, wenn sie längerfristig unter bestimmten Bedingungen nicht sprechen bzw. keinen Kontakt zu spezifischen Kommunikationspartnern aufbauen können, obwohl sie potenziell die Möglichkeit dazu hätten (Bahr 1996a, 14). Der Mutismus beschränkt sich nicht nur auf das Sprechen im engeren Sinne, sondern meistens auch auf die non-verbale Kommunikation (Kramer 2007). Dies äußert sich z.B. in einer starren Körperhaltung und

unbeweglicher Mimik, fehlendem Lächeln oder Blickkontakt. Mutismus ist in der Regel kein isoliertes Störungsbild. Er kann mit anderen sprachlichen und nicht-sprachlichen Beeinträchtigungen einhergehen. Es bestehen keine linearkausalen Zusammenhänge zwischen den Sekundärmerkmalen und den Kardinalsymptomen, jedoch ist von einem sich gegenseitig bedingenden Wirkungsgeflecht auszugehen. Es ist zudem wichtig, dass nicht alle Sekundärmerkmale in Erscheinung treten

■ Abb. 1: Das Störungsbild des Selektiven Mutismus (nach Kramer 2004)



Daniela Feldmann ist Diplom-Sonderpädagogin und Sprachheilpädagogin. Sie ist seit 2006 im Sozialpädiatrischen Zentrum in Oldenburg tätig, zurzeit in Elternzeit und absolviert ein Masterstudium Sonderpädagogik mit den Förderschwerpunkten Verhalten und Lernen. Ihre fachlichen Schwerpunkte sind Diagnostik und Therapie von Sprachentwicklungsstörungen, Förderung von Kindern mit selektivem Mutismus sowie Lese- und Rechtschreibstörungen. Sie ist Mitbegründerin von StillLeben e.V. Hannover.



Alexandra Kopf ist Diplom-Sonderpädagogin sowie Medizinische Sprachheilpädagogin und seit 2008 in eigener Praxis in Hannover tätig. Hinzu kommen verschiedene Lehraufträge an der Universität Gießen und der CJD-Schule Schlaffhorst-Andersen sowie Informations- und Fortbildungsveranstaltungen für verschiedene Berufsgruppen (SprachtherapeutInnen, ErzieherInnen, LehrerInnen). Sie ist Gründungsmitglied von StillLeben e.V. und gestaltet Informationsmaterialien und diagnostische Instrumentarien zum selektiven Mutismus.



Jens Kramer ist Diplom-Sonderpädagoge, Medizinischer Sprachheilpädagoge und Förderschullehrer für Kinder mit sprachlichen Beeinträchtigungen sowie für Erziehungshilfe. Derzeit tätig als Institutsleiter im CJD Institut Schlaffhorst-Andersen / Schule für Atem-, Sprech- und Stimmbildung in Bad Nenndorf sowie als Dozent für Sprachbehindertenpädagogik, computergestützte Stimmanalyse und Leiter des Bad Nenndorfer Therapietages. Darüber hinaus ist er freier Mitarbeiter einer sprachtherapeutischen Praxis und hat verschiedene Lehraufträge mit den Schwerpunkten Diagnostik und Therapie von Sprachentwicklungsstörungen, Förderung von Kindern mit selektivem Mutismus, Lese- und Rechtschreibstörungen. Er ist Gründungsmitglied von StillLeben e.V.



müssen und auch, dass die entsprechenden Sekundärmerkmale nicht zwangsläufig zu einem mutistischen Verhalten führen. Tritt der Mutismus auf, so wirken zirkuläre Prozesse, die den Mutismus manifestieren und fixieren können (Hartmann 2007).

Therapeutische und pädagogische Grundhaltung der Kooperativen Mutismustherapie (KoMut)

Die im Weiteren dargestellte pädagogische und therapeutische Grundhaltung orientiert sich an interaktionistischen und systemischen Grundprinzipien und vor allem an der Herangehensweise der Kooperativen Pädagogik (Schönberger et al. 1987). Letztere hat die Identitätsbildung des Menschen als primäre Zielsetzung im Fokus. Im Dialog werden Bedingungen bzw. Chancen gestaltet, die durch eine möglichst hohe Lebensqualität gekennzeichnet sind. Entsprechend ist es wichtig, dass selektiv-mutistische Kinder und die Personen, die mit ihnen umgehen, die Möglichkeit haben, wechselseitig Mitverantwortung und Eigeninitiative zu übernehmen, sich in der Kooperation zu erleben und dadurch ihre Identität zu entwickeln. Dabei ist es wichtig, dem Kind zu vertrauen bzw. ihm die Kommunikation im Rahmen seiner Möglichkeiten zuzumuten.

Das systemische Denken betont die Sinnhaftigkeit eines jeden Verhaltens in einem gegebenen Kontext (Wichtmann 2011). Auf der Basis seiner individuellen Lebensgeschichte bringt das Kind bestimmte Grundvoraussetzungen mit und entwickelt sich in der Interaktion mit seinen engsten Bezugspersonen. Hier können sich Handlungsmuster entwickeln, in denen sich das Schweigen als sinnhaftes Verhalten manifestiert hat. Urie Bronfenbrenner (1989, 73ff) bezeichnet als entwicklungsfördernde Komponente, wenn sich das Aktionspotenzial innerhalb der Interaktion zwischen Bezugspersonen und Kind immer mehr zugunsten des Kindes verschiebt. So kann sich das Kind als wirkungsvoll und selbst-tätig erleben, auch wenn das sinnhafte Schweigen langfristig nicht entwicklungsförderlich ist. In der Kooperativen Mutismustherapie geht es demnach darum, gemeinsam mit dem Kind Bedingungen zu gestalten, die ihm eine eigenaktive Erweiterung seines Handlungsrepertoires ermöglichen.

Mutismus – eine kommunikativ-pragmatische Entwicklungsstörung

Das Nicht-Sprechen erscheint als das Offensichtliche, die Spitze des Eisberges eines komplexen Verhaltensmusters, dessen Ur-

sachengefüge und Symptome auch auf der kommunikativ-pragmatischen Sprachebene gelagert sind. Das Kind hat unter ungünstigen Bedingungen nicht die energetischen Ressourcen und Kompetenzen, sich im Umgang mit der Sprache auf andere Menschen zu beziehen. Ungünstig dabei wirkt, dass es offensichtlich unter solchen Bedingungen nur mäßige Möglichkeiten zu sprachlicher Variabilität aufgebaut hat und kommunikativ-pragmatische Kompetenzen nicht ausreichend automatisiert wurden.

Es entsteht eine scheinbare Kompetenz-Performanz-Diskrepanz, da das Kind in bestimmten Situationen nicht über dieselben sprachlichen Kompetenzen verfügt wie im vertrauten häuslichen Umfeld: Das selektiv-mutistische Kind hat Schwierigkeiten in der situativen Adaptation seiner kommunikativ-pragmatischen Fähigkeiten.

Die eingeschränkte Adaptationsfähigkeit der kommunikativen Anforderungen in Kommunikationssituationen kann das Kind in eine unangenehme Lage versetzen, ja sogar Stress auslösen. Hüther (2001, 72ff) erläutert anschaulich die neurobiologischen Auswirkungen von Stresssituationen auf die kindliche Hirnentwicklung. Wiederholte, für das Kind unkontrollier- und unbewältigbare Stresssituationen führen durch erhöhte Stresshormonausschüttungen zur Destabilisierung neuronaler Verbindungen. Demnach ist das Kind so sehr damit beschäftigt, diese Stresssituationen zu überstehen, dass es in dem Moment über keine freien „Lernkanäle“ verfügt. Solange Kommunikationssituationen für das Kind angstbesetzt und mit zu hohem Erwartungsdruck besetzt sind, ist es per se nicht in der Lage, seine kommunikativ-pragmatischen Ressourcen zu nutzen und auszubauen.

Für die therapeutische Intervention ergibt sich daraus die Konsequenz, Bedingungen zu gestalten, die nicht übermäßigen Druck beinhalten und auch nicht die Handlungsstrukturen des Kindes zu „brechen“, wie es oft in Kinder- und Jugendpsychiatrien und auch teilweise von Mutismustherapeuten geschieht, die nach stärker direktiven Ansätzen arbeiten. Eine Überforderung in dieser Sicht bedeutet eine Verstärkung bzw. eine Verlagerung der Symptomatik auf andere Bereiche, letztendlich wird die Identitätsentwicklung des Kindes damit außerordentlich negativ beeinflusst.

In der Therapie muss es hingegen darum gehen, dass sich die selektiv mutistischen Kinder gemäß ihrer Möglichkeiten selbst „enthüllen“ lernen (Bahr 1996a, 99). Dieses Enthüllen bzw. sich Offenbaren fällt Kindern mit Mutismus schwer. Sie verwenden viel Energie

zur Selbsterhaltung und haben deshalb weniger Energie zur Verfügung, um nach außen treten zu können, bzw. sie verwenden viel Energie für die Aufrechterhaltung des Schweigens und somit der Erhaltung ihrer bisherigen Identität. Das Kind bleibt scheinbar starr in seiner Sprachlosigkeit – was sich in der Regel auch in der Bewegung, vor allem in der Mimik zeigt – und kann sich nicht auf das Wechselseitige, Offene, Nicht-Planbare einer Interaktion mit einer fremden Person einlassen. Es hat also bereits in der Vergangenheit relativ wenige Erfahrungen unter Bedingungen gesammelt, die ein hohes Maß an Selbsterhaltung einfordern, sich flexibel auf andere Menschen zu beziehen.

Dadurch fehlt Kindern mit Mutismus häufig eine innere Repräsentation von Dialogregeln. Sie sind unsicher in der Gestaltung von z.B. Begrüßungs- und Abschiedsritualen, im Blickkontakt und im angemessenen Nähe-Distanzverhalten. Weil sich diese Kinder in Kommunikationssituationen vielfach zurückhalten, haben sie wenig Übung darin, wie man mit einem Dialogpartner umgehen kann. Dadurch entwickeln sich zum einen die kommunikativ-pragmatischen Kompetenzen eines Kindes mit Selektivem Mutismus oft deutlich langsamer als bei Kindern, die nicht mutistisch sind. Zum anderen entsteht häufig ein Störungsbewusstsein in diesem Bereich, so dass das Kind aufgrund dessen schweigt.

In der Interaktion zwischen einem Menschen mit Mutismus und einem nicht-mutistischen Menschen entwickelt letzterer häufig eine Fürsprecherrolle, sodass sich beide Seiten schnell daran gewöhnen, dass der eine für den anderen spricht. So heißt es z.B. in der Schule oft: „Das ist Max, der spricht nicht!“ Das Schweigen gehört zur Identität von Max bzw. kann sogar zum Kern seiner Identität werden.

Das Schweigen aufzugeben bedeutet deshalb für das Kind, einen Teil seiner Identität aufzugeben. Der Weg zum Sprechen unter ungünstigen Bedingungen ist somit für das Kind außerordentlich schwierig, denn das Sprechen gehört bisher noch nicht zu den Facetten seiner Identität.

Die Beachtung von „Polaritäten“ und „Neuorientierungen“ als hilfreiche Eckpfeiler in der Therapie mit selektiv mutistischen Kindern

Es ist bemerkenswert, dass Kinder mit Mutismus in ihrer Identitätsentwicklung an starren Polaritäten festzuhalten scheinen. Zuhause sprechen diese Kinder häufig übermäßig viel, sind aktiv und scheinen nicht zurückhaltend

■ **Abb. 2: Anforderung- und Kapazitätsmodell nach Starkweather et al. (1990)**



zu sein. Gegenübergestellt gibt es den anderen Pol, das Schweigen, das „Nicht-Handeln-Können“ in bestimmten Situationen. Zwischen diesen beiden Polen bzw. zwischen diesen beiden Welten gibt es Zwischenräume – verschiedene Verhaltensweisen – die dem Kind jedoch noch nicht ausreichend zur Verfügung stehen.

Die Polaritäten lassen sich in Anlehnung an das Anforderungs- und Kapazitätenmodell von *Starkweather et al. (1990)* verdeutlichen (Abb. 2).

Stehen dem Kind in bestimmten Situationen genug Kapazitäten zur Verfügung, bewegt sich die Wippe nach oben, das Kind ist stark genug, seine Fähigkeiten zu offenbaren und beispielsweise zu sprechen bzw. mit seinen Mitmenschen in Kontakt zu treten. Sind die Anforderungen zu hoch, bleibt das Kind unten auf der Wippe sitzen, es bewegt sich nichts, das Kind spricht nicht.

Ziel in der Förderung mit dem Kind ist es, seine verschiedenen Polaritäten zu entdecken und mögliche erste Schritte zu entwickeln, um die Zwischenräume gemeinsam mit dem Kind zu erkunden.

Eine Abwandlung dieses Modells bezogen auf mutistische Kinder besteht darin, dass diese sich primär an den Polen bewegen bzw. – um im Modell zu bleiben – bei der Wippe entweder oben oder unten sind. Was ihnen fehlt, sind die Erfahrungen, in den Zwischenräumen flexibel zu sein, zu schweben, zwischen den Polen bzw. den Welten zu gleiten. Ihnen fällt es schwer, beim Wippen ihr (Gleich-)Gewicht frei zu variieren und mit ihren Partnern zu „spielen“. Das Erleben der verschiedenen Graustufen zwischen den Polen Schwarz und Weiß gelingt oft nicht.

Folglich verfügen Kinder mit Selektivem Mutismus in bestimmten Situationen nicht über ausreichende handelnde und sprachliche Flexibilität.

Bausteine der Kooperativen Mutismustherapie (KoMut)

Das Kind erlebt oft, dass die Menschen in seiner Umgebung denken, dass es nicht sprechen will. Aus unserer therapeutischen Haltung unterstellen wir dem Kind, genau wie vor seinem Sprachbeginn, eine Kommunikationsbereitschaft. Im Weiteren werden einige zentrale Therapiebausteine der Kooperativen Mutismustherapie (KoMut) näher erläutert. In ihrer Ausrichtung ist dieses Konzept strukturidentisch mit den Ausführungen des Ansatzes von *Nitza Katz-Bernstein, Barbara Zollinger* und den Erkenntnissen von *Reiner Bahr*.

Kooperative Grundhaltung: Abwarten, begleiten, zumuten

Die ersten Therapieschritte sind meistens nicht direkt auf das Sprechen im engeren Sinne bezogen (Abb. 1).

Die Rolle des Therapeuten ist eine eindeutig kooperative. Gelingt es, eine vertrauensvolle, durchschaubare Umgebung zu gestalten, die für das Kind keine unkontrollierbare Stresssituation darstellt, kann das Kind seine Energie leichter für das Nach-außen-Gehen verwenden. Die Haltung des Therapeuten sollte dabei grundsätzlich eine abwartende sein. Zugleich ist es günstig, mit Kindern sprachlich zu handeln und sie nicht zu befragen, weil hierdurch eine einseitige Kommunikationsstruktur entsteht, die in der Regel nicht förderlich für selektiv mutistische Kinder ist.

Hilfreich ist „die Kraft der positiven Unterstellung“, indem man dem Kind zutraut, zu gegebener Zeit auch unter ungünstigen Bedingungen zu sprechen.

In der Begleitung als Therapeut ist man immer auf der Suche nach der flexiblen Balance zwischen der Herstellung von vertrauten Bedingungen und dem Anbieten von neuen

Herausforderungen, die es dem Kind ermöglichen, seine Identität weiterzuentwickeln. Es gibt verschiedene Lernstrategien und -verläufe, kontinuierliche oder relativ plötzliche nach einer längeren „Warte-Zeit“. Nicht selten fällt bei Kindern mit Selektivem Mutismus ein Verlauf „zwei Schritte vor – einen zurück“ auf. Auch dieses Zurückschreiten hat seine wichtige Funktion und sollte positiv gedeutet werden. Hilfreich für die Arbeit mit selektiv mutistischen Kindern ist es, diese vermeintlichen „Rückschritte“ als Bestandteil der Entwicklung zu erkennen.

Insgesamt gilt das Prinzip der gemäßigten Neuheit, um Über-, aber auch Unterforderungen zu vermeiden. Hilfreich ist, wenn ressourcenorientiert geschaut wird, unter welchen Bedingungen für das Kind Kontakt möglich ist. Hieraus entstehen erste Ansatzpunkte für die Fördersituation.

Diese sollte nicht nur aus künstlichen Spielsettings bestehen, sondern entwicklungsorientiert und alltagsnah gestaltet sein. So ergeben sich aus Alltagshandlungen wie dem Kochen oder Reparieren häufig hilfreiche Kooperationsituationen. So wird z.B. beiläufig ein Werkzeug gereicht und dadurch ein Bezug zum anderen hergestellt. Es wird keine Sprache erwartet, sondern zugelassen.

Wichtig ist, dass auch das Kind die Möglichkeit hat, die Leitungsrolle einzunehmen und nicht nur zu folgen. Indem wir dem Kind zutrauen, Verantwortung für den gemeinsamen Prozess zu übernehmen, gelingt erst der wechselseitige Dialog: Wir muten dem Kind etwas zu (*Zollinger 2007*). Das Kind wird

Bausteine der Kooperativen Mutismustherapie – KoMut
Kooperative Grundhaltung: Abwarten, begleiten, zumuten
Förderung des Selbstbewusstseins und der Identität
Safe-Place
Spannungen lösen
Beachtung von Polaritäten und Lebensthemen
Brücken bauen
Humor und Leichtigkeit
Aufbau der nonverbalen Kontaktaufnahme hin zum Sprechen
Elternarbeit
Vernetzung mit Institutionen & Transfer in den Alltag

somit aktiv und zum Gestalter der eigenen Bedürfnisse, die es auf den anderen richtet.

Förderung des Selbstbewusstseins und der Identität

Da das Nicht-Sprechen in Situationen auftritt, die für das Kind fremd und nicht sicher sind, ist es wichtig, dass es lernt, sich seiner selbst zu vergewissern und aus der eigenen Sicherheit heraus zu handeln. Da viele betroffene Kinder eher ein geringes Selbstbewusstsein haben, steht die Förderung der Identität im Mittelpunkt. Dies kann zum einen sehr körperbezogen sein, es kann aber zum anderen auch darum gehen, dass sich das Kind eigener Bedürfnisse bewusst wird und z.B. lernt, Emotionen bei anderen und sich selbst zu erkennen und diese auch darzustellen, Entscheidungen zu treffen, diese zu zeigen und Verantwortung dafür zu übernehmen. So lernen die Kinder, etwas von sich zu „ent-hüllen“, Teile ihrer Identität zu zeigen oder zu entwickeln. Aus dieser entwickelten Sicherheit heraus gelingt es den Kindern leichter, sich auch sprachlich darzustellen, was wiederum eine förderliche Bedingung auf dem Weg zum Dialog darstellt bzw. schon ein solcher ist.

Safe-Place

Im Rahmen der Therapie werden Bedingungen geboten, in denen sich die Kinder sicher fühlen (Katz-Bernstein 2005). Dabei können dies konkrete Rahmenbedingungen sein, in denen sich Kinder z.B. als Schildkröten oder Schnecken verkleiden und damit eine Rolle einnehmen. Ein Safe-Place ist aber auch eine Höhle oder ein Haus, das als Rückzugsraum gebaut und genutzt wird (Katz-Bernstein et al. 2007). Wichtig dabei ist, dass dieser sichere Raum von der Therapeutin respektiert wird und so die Therapie selbst zum „Safe-Place“ wird. Damit entsteht der Safe-Place im Safe-Place, also die Höhle in der „sicheren Therapie“. Aus dieser Sicherheit entsteht Vertrauen, dass es dem Kind ermöglicht, von sich aus auf den anderen zuzugehen und Erfahrungen im konkreten Dialog zu erleben (Winter 2007).

Spannungen lösen

Das Nicht-Sprechen bedeutet für viele mutistische Kinder einen zunehmenden Aufbau von Druck und Spannungen. Die Möglichkeit, Handlungen energetisch ausgleichend nach außen zu richten, besteht vielfach nicht. Viele mutistische Kinder haben dadurch das Bedürfnis, aggressiv zu agieren. Es ist folglich hilfreich, hierfür einen Rahmen zu bieten, weil sich daraus Lösungen ergeben können. Denkbar ist dies etwa durch Kissenschlach-

„Auf den Anderen warten heißt...“

...auf ihn neugierig sein und seinen Freiraum achten.
 ...das Vertrauen schaffen, dass man anzutreffen ist, und notfalls entgegenkommt.
 ...nicht manipulativ gängeln, sondern kooperativ locken.
 ...einander Spielraum geben, um sich schöpferisch zu unterstützen.“
 (Schönberger et al. 1987, 190ff)

ten, den Einsatz von Wasserspritzen bzw. Spritztieren (Bahrfeck-Wichitill & Subellok 2007). Hilfreich kann auch der Kampf mit Schwertern sein (Winter 2007). Das mit Figuren, Hand- oder Fingerpuppen symbolisierte Kämpfen (und Besiegen), Weg-Nehmen, Weg-Essen bzw. Dominieren hat erfahrungsgemäß ähnliche befreiende Effekte, die zudem nicht selten eine Brücke in die verbale Kommunikation darstellen.

Beachtung der Polaritäten und Lebensthemen

Ein weiterer wichtiger Grundsatz im Umgang mit Selektivem Mutismus ist, das Kind so anzunehmen wie es ist und zwar mit seinem Schweigen und seinen eingeschränkten kommunikativ-pragmatischen Möglichkeiten. Beobachtet man das Kind in seinem Verhalten und erfährt von den nahen Bezugspersonen, wie sich das Kind in seinem sicheren Umfeld verhält, kann man einige individuelle Polaritäten des Kindes herausarbeiten. Hieraus können erste Therapieschritte und -ziele entwickelt werden.

Emotionale und kommunikative Polaritäten, die besonders für selektiv mutistische Kinder von Bedeutung sind

Kontakt – kein Kontakt
 sprechen – nicht sprechen
 zu Hause – in der Fremde
 Nähe – Distanz
 offen – geschlossen
 Bewegung – Stillstand/Starrheit
 lachen – ausdruckslos
 schauen – wegschauen
 gemeinsam – allein
 führen – geführt werden
 drinnen – draußen
 wohlfühlen – unwohl fühlen
 Sicherheit – Unsicherheit

Für viele betroffene Kinder sind die Polaritäten „Bewegung“ versus „Unbeweglichkeit/Starrheit“ von erheblicher Bedeutung. Im geschützten Rahmen besteht scheinbar kein Problem im Bewegungsverhalten. Das Kind ist häufig sehr aktiv, bewegt sich viel und gerne. In anderen Situationen scheint das Kind starr und unbeweglich zu sein, auch emotional unbewegt, und zeigt wenig Gefühle. In der Förderung kann es nun zunächst darum gehen, dass das Kind den neuen Raum beweglich erkundet und sich in ihm auf seine Mitmenschen beziehen kann.

Ein weiteres wichtiges Thema in der Therapie ist die Polarität des „Führens“ und des „Geführt-Werdens“. Eltern von Kindern mit Selektivem Mutismus beschreiben häufig, dass ihr Kind im Umgang mit Geschwistern, ihnen selbst oder einigen wenigen Freunden dominiert, den Ton angibt und bestimmen will, „wo es langgeht“. In der Therapie lässt sich häufig Ähnliches beobachten. Das Kind ist handlungsfähig, solange es alleine für sich agieren kann. Erfolgt eine direkte Aufforderung von außen, wechselt die Polarität des Führens von einer Person zur anderen, kann dies vom Kind meist nicht umgesetzt werden. Aufgabe der Therapeutin ist es nun, mit dem Kind Situationen zu gestalten, in denen es dem Kind zunächst auf spielerischer Ebene Schritt für Schritt möglich ist, sich allmählich fließend zwischen den Polaritäten „Führen“ und „Geführt-Werden“ zu bewegen. So gelingt im gemeinsamen Spiel eine wechselseitige sich aufeinander beziehende handlungsorientierte Kommunikationssituation (Feldmann & Kramer 2008).

Brücken bauen

Aufgrund komplexer Wechselwirkungen innerer Strukturen und äußerer Bedingungen ist es selektiv mutistischen Kindern oft nicht möglich, mit ihren sprachlichen Kompetenzen nach außen zu treten. Meistens ist die Lebenssituation eines Kindes mit Mutismus dahingehend isoliert. Es gibt wenig dauerhafte Kontakte außerhalb der Familie. Wenn es wenig Verbindungen zwischen den Lebenswelten des Kindes gibt, z.B. zwischen Elternhaus und Kindergarten, fällt es dem Kind schwer, die Pole „fremd“ und „vertraut“ zu mischen oder zu vereinen. Insofern ist es ein zentrales therapeutisches Anliegen, die „Zuhause-Welt“ mit der fremden „Draußen-Welt“ in Beziehung zu setzen und zu verbinden.

Sämtliche Erfahrungen, in denen diese Welten gemischt werden, sind hilfreich und stellen Neuorientierungen dar, indem sie die Möglichkeit bieten, sich sprachlich handelnd flexibel zu verhalten. Insofern ist es wichtig, die institutionalisierte

Förderung in Unterricht und Therapie in den Alltag zu übertragen bzw. den Alltag in den Unterricht und die Therapie. Jegliche Vernetzung der Welten ist anzustreben und unkonventionelle Wege führen häufig schnell zu verblüffenden Veränderungen in den Kommunikationsstrukturen.

Humor und Leichtigkeit

Dass Humor Türen öffnet, ist bekannt. In der Förderung von selektiv mutistischen Kindern ist dies naheliegender Weise besonders beachtenswert (Bahr 1996b). Günstig ist eine gewisse Leichtigkeit und Selbstverständ-

lichkeit in der Begegnung mit mutistischen Kindern und deren Familien, ohne dabei leichtfertig zu sein. Humor und Lachen entspannt und verfremdet „feste und starre“ Situationen. Dieses Lösen von festgefahrenen Verhaltensformen ist hilfreich, um Neues entstehen zu lassen. Gemeinsames Lachen kann ein bedeutendes Therapieziel sein. Humor stellt ein – in den meisten Fällen mögliches – explizites Mittel in der Mutismustherapie dar. Das Kind hat dabei die Möglichkeit, in einer Kommunikationssituation echte Emotionen zu zeigen und sich mit seinem Interaktionspartner triangulär über einen Sachverhalt hu-

morvoll zu „verständigen“: Im humorvollen Umgang wird mit der Realität, mit Identitäten und der Ernsthaftigkeit von Sprache und Sprechen „gespielt“. Dies lockert Situationen und starre Strukturen auf und hilft den Kindern – ähnlich wie bei Rollenspielen – sich selbst zu zeigen.

Aufbau der non-verbalen Kontaktaufnahme hin zum Sprechen

Sinnvoll ist der Einbezug der Körperlichkeit: Bewegung bietet die Möglichkeit der Kontaktaufnahme über den ganzen Körper. Nähe-Distanz-Spiele bedeuten, sich in Bewegungen erleben zu können (auch das fällt vielen Kindern mit Mutismus schwer, wenn sie sich beobachtet fühlen, oder sich aus der Bewegung eine Interaktion entwickeln könnte). Kommunikation über Körpersprache kann im Rahmen verschiedener psychomotorischer Angebote stattfinden:

- Im Sinne der Psychomotorik über Bewegung in Kontakt kommen.
- Ansätze der Psychomotorik nutzen, in denen das Kind durch Rollenspiel in verschiedene Rollen schlüpfen kann und sich erproben kann.
- Im Sinne des Verstehenden Ansatzes (Lebens-) Themen und Polaritäten erspielen, spielerisch Polaritäten aufgreifen.
- Auch hier können konkret gut Bedingungen angeboten werden, in denen das Kind Zwischenräume erlebt und über diese Angebote Neuorientierungen und Handlungsalternativen erfährt, um so aus dem Verharren herauszukommen.

Phase 1: In dieser ersten Phase der Therapie steht also der Aufbau der nonverbalen Kontaktaufnahme im Vordergrund. Hilfreich dabei kann wiederum der Safe-Place oder aber auch der Einsatz spezifischer, d.h. besonders „leiser“, schüchterner Stoffpuppen wie etwa Schildkröten oder Schnecken, aber auch besonders lauter, „gefährlicher“ Figuren wie Löwen oder Haie sein.

Phase 2: Im Weiteren geht es darum mit Lärm und Lautstärke aus sich herauszugehen. Dies kann mithilfe von Instrumenten aber auch mit Tierlauten o.ä. geschehen. Eine mögliche sinnvolle Reihenfolge wäre:

- Nonverbal-nonvokal (nicht-sprachlich und stimmlos, z.B. Kopfnicken/- Schütteln)
- Nonverbal-vokal (nicht-sprachlich, aber stimmhaft, z.B. Tiergeräusche)
- Verbal-nonvokal (sprachlich, aber ohne Stimme, z.B. flüstern, schreiben oder andere Symbolsysteme)
- Verbal-vokal (sprachlich und mit Stimme: Sprechen)

■ Übersicht zur KoMut – Kooperative Mutismustherapie

1. Bezugssysteme

Systemtheorie, Handlungstheorie, Kooperative Pädagogik, Entwicklungspsychologie

2. Menschenbild

Humanistische, systemische, kooperative, konstruktivistische, sonderpädagogische und zugleich entwicklungspsychologische Ausrichtung.

Der Mensch als aktiv handelndes Wesen; bezieht sich in Handlungen auf seine Mitmenschen und ist in der Lage zur mitverantwortlichen Gestaltung seiner Entwicklung, der Familie, Gesellschaft und Kultur.

3. Sicht auf das Kind

Das Kind erschließt sich aktiv handelnd in der Interaktion mit seinen Mitmenschen die Welt und baut darin seine Identität auf.

4. Erklärung des Selektiven Mutismus

Aufgrund biografisch begründeter Bedingungen hat das Kind das Nicht-Sprechen unter bestimmten Bedingungen als sinnvolle Form der Kommunikation entdeckt und ist selbst nicht ausreichend in der Lage diese Haltung aufzugeben.

5. Diagnostik

Nach differentialdiagnostischer Abklärung zur Indikations-Bestimmung stellt ein systemisch-kooperatives, ressourcen- und lösungsorientiertes, rein förderungsrelevantes Vorgehen im Mittelpunkt der diagnostischen Handlungen. Diagnostik wird u.a. verstanden als Entwicklung flexibler Hypothesen über Lösungs- und Förderungsmöglichkeiten aus Sicht der Eltern, des Kindes und anderer System-Beteiligter wie z.B. Erzieher- und Lehrerinnen. Diese Hypothesen werden prozessbegleitend überprüft und ggf. revidiert. Indikations- und Förderdiagnostik können effektiv mittels DiFraMut (Diagnostische Fragebögen zum Selektiven Mutismus; *Kopf* in Vorbereitung) in Kombination mit Gesprächen und Beobachtung durchgeführt werden und beinhalten i.d.R. bereits informierende und/oder beraterische Elemente. Diagnostik, Therapie und Beratung werden eher theoretisch als praktisch voneinander getrennt.

6. Therapie

Das Kind und seine Systeme tragen die Kompetenzen, aus dem Selektiven Mutismus herauszukommen, grundsätzlich in sich. Die Therapeutin begleitet die Systeme dabei, problematische Bedingungen zu rehistorisieren und ihre Ressourcen zu nutzen.

Das Kind wird auf dem Weg zum Sprechen begleitet und entscheidet selbst die Schritte mit.

Massiver Druck schadet der Entwicklung.

Dem Kind wird positiv unterstellt, dass es in die Kommunikation kommt und zu gegebener Zeit zugemutet, sich im Rahmen seiner Möglichkeiten auf andere zu beziehen.

Anhand eines Bausteinmodells werden individuelle Schwerpunkte gesetzt, in denen es darum geht, Brücken zwischen den Polen und den verschiedenen Welten zu errichten und es dem Kind zu ermöglichen, auch unter ungünstigen Bedingungen sprachlich variabel agieren zu können.

7. Beratung

Eltern, Erzieherinnen, Lehrerinnen, Ärztinnen und andere an der Entwicklung des Kindes Beteiligte sind Kooperationspartner. Mit ihnen wird gemeinsam nach Lösungen und nach Fördermöglichkeiten im Alltag gesucht. Diese werden nach einiger Zeit überprüft und dem Entwicklungsstand des Kindes angepasst.

Strukturidentische Ansätze

Reiner Bahr, Katz-Bernstein (DortMut), Barbara Zollinger

Phase 3: Nach dem erste Sprechäußerungen möglich sind, werden diese Kompetenzen erprobt, gefestigt und ausdifferenziert.

Phase 4: Die schwierigste Phase stellt der Transfer in die reale Lebenssituation bzw. verschiedene situativ-räumliche oder personale Kontexte des Kindes dar; siehe unten.

Elternarbeit

Die Kriterien der Ressourcen-, Kompetenz- und Lösungsorientierung gelten nicht nur für den Umgang mit dem betroffenen Kind, sondern auch für die das Kind umgebenden Systeme, insbesondere die Eltern. Häufig liegen schon Lösungen in den Systemen „vergraben“. Dies sind Bedingungen, in denen es schon einmal gut oder „aus Versehen“ geklappt hat, etwa wenn Angehörige für dasselbe Problem schon einmal Lösungsstrategien entwickelt haben.

Ein Element, um solche Bedingungen herauszuarbeiten, ist der Elternfragebogen „ElFraMut“ von *Kopf* (in Vorbereitung), der im Rahmen der „Diagnostischen Fragebögen zum Selektiven Mutismus (DiFraMut)“ entstanden ist. Hier werden die Eltern therapiebegleitend zu ihrem Kind befragt. Sie erhalten dadurch implizit Informationen über die Fähigkeiten ihres Kindes und „lernen“, den Blick nicht nur auf das Schweigen zu richten, sondern können kompetenzorientiert und entwicklungsorientiert an der Förderung ihres Kindes beteiligt werden.

In jedem Fall stellen die Fragebögen ein effektives und – für den Anspruch systemischen Arbeitens – zeitökonomisches Mittel dar. Mit ihnen gelingt es, bedeutsame Informationen zur Entwicklung und Aufrechterhaltung sowie der Bedeutung des Mutismus und dem Umgang damit zusammenzustellen. Darüber hinaus bieten sie die Möglichkeit, eine „hypothetischen Entwicklungshierarchie“ aus Sicht der Eltern zu erstellen, um mittels dieser „Entwicklungslogik“ Über- und Unterforderungen zu vermeiden und konkrete Fördermöglichkeiten zu entwickeln. Zudem stellen sie eine wichtige Gesprächsgrundlage dar und strukturieren somit die – recht intensive, aber dafür auch effektive – Elternarbeit.

Die Eltern werden aus der Haltung der Ko-Mut zu Kooperationspartnern, auch wenn sie nicht notwendigerweise in der Therapie mit dem Kind anwesend sind. Sie erhalten umfassende Informationen über die Entwicklungsthemen ihres Kindes und können daher auch Fortschritte auf anderen kommunikativen Ebenen sehen. Dadurch nehmen sie in der Regel unbewusst Druck aus den Interaktionssituationen mit ihrem Kind. Die Eltern lernen einzuschätzen, wann ihr Kind eine bestimmte

Kommunikations- bzw. Sprechsituation meistern kann und können es wirksam und vertrauensvoll anleiten, sich Stück für Stück seine kommunikativen Fähigkeiten (wieder) anzueignen. Die Information und Beratung der Eltern nimmt oft einen großen Stellenwert ein, insbesondere zu Beginn einer Therapie, da die Eltern häufig schon viele Ratschläge erhalten haben, wie sie mit ihrem schweigenden („verzogenen“) Kind umgehen sollen. Nicht selten leiden die Eltern unter Schuldgefühlen, da sie denken, in der Erziehung oder Beziehung zu ihrem Kind etwas falsch gemacht und damit den Mutismus verursacht zu haben. Können die Eltern diese Schuldgefühle ablegen, sind sie besser in der Lage, im therapeutischen Prozess mitzuwirken und ungünstige intrafamiliäre Rahmenbedingungen durch hilfreiche zu ersetzen. Sowohl im direkten therapeutischen Kontakt mit dem Kind als auch innerhalb der Familie sollte das Schweigen nicht tabuisiert werden, aber auch nicht der ständige Dreh- und Angelpunkt sein.

Vernetzung mit Institutionen und Transfer in den Alltag

Förderlich für den Entwicklungsprozess des Kindes ist es, wenn stabile und damit verlässliche Vernetzungen zwischen den einzelnen Lebensräumen des Kindes entstehen, ohne „kontrollierend“ auf das Kind zu wirken. Schulbesuche, Fördersituationen in der Schule, Einbezug der Eltern und Freunde und Hobbys des Kindes sind Bestandteil einer systemisch-kooperativen Förderung. Gerade der Kontakt mit Peers ist besonders hilfreich, weil sie bereits oft als Brücke zum Sprechen bestehen. Zudem können mit den Kindern und besonders gut auch mit Jugendlichen Hierarchien entwickelt werden, mit deren Hilfe ein eigenständiger Plan mit individuellen Zielen entwickelt, veranschaulicht und überprüft werden kann. Eltern lernen ihrerseits konkret, ihr Kind auf dem Weg in die Sprachlichkeit zu unterstützen, indem sie es gezielt anleiten und Modelle bieten, sich kommunikativ zu öffnen. Die elterliche Erfahrung von positiver Selbstwirksamkeit („Ich kann’s!“) ist genauso entscheidend wie die Erfahrung kommunikativer Kompetenz des Kindes (*Wichtmann* 2011).

Leitgedanken der Kooperativen Mutismustherapie (KoMut) für Kinder mit Selektivem Mutismus

- Kinder mit Selektivem Mutismus sind keine „Trotzköpfe“. Nehmen Sie das Schweigen nicht persönlich.
- Machen Sie Eltern zu Experten (z.B. mit Hilfe von Elternfragebögen).

- Tragen Sie dazu bei, dass Personen, die mit dem Kind zu tun haben (Lehrer, Erzieher, Trainer, Nachbarn, Freunde), notwendige Informationen erhalten.
- Bahnen Sie und stärken Sie soziale Kontakte mit Peers.
- Beachten Sie, dass die meisten Aufforderungen zum Sprechen den Druck auf das Kind und die Angst vor dem nächsten Sprech Anlass erhöhen.
- Es ist hilfreich, dem Kind unter sicheren Bedingungen/in sicherem Bezug etwas zuzumuten.
- Versuchen sie die verschiedenen „Welten“ des Kindes zu verbinden.
- Humor öffnet Türen.
- Es ist hilfreich, wenn das Kind die Sprache als Chance erlebt und es somit von sich aus zur Sprache kommt.
- Das Nicht-Sprechen sollte vor allem dann thematisiert und nicht tabuisiert werden, wenn das Kind von selbst darüber spricht.
- Warten Sie nicht auf die erste Äußerung.
- Heben Sie die erste Äußerung nicht besonders hervor.
- Stellen Sie das Kind nicht in den Mittelpunkt.
- Grenzen Sie das Kind nicht aus.
- Fordern Sie das Kind nicht unnötig zum Sprechen auf.
- Bieten Sie dem Kind bei Bedarf einen Safe-Place.
- Ermöglichen Sie nonverbale Aktivitäten und Interaktionen.
- Beobachten Sie, unter welchen Bedingungen das Kind besser Kontakt aufnimmt und gestalten Sie solche Situationen.
- Gestalten Sie Situationen, die dem Kind dazu verhelfen, auf Handlungsebene kompetenter zu werden und die Initiative ergreifen zu können.
- Schaffen Sie Möglichkeiten, mit dem Kind gemeinsam zu handeln.
- Beobachten Sie, in welchen Formen der Kontaktaufnahme das Kind kompetent ist und nutzen Sie diese Kompetenzen.
- Verwenden Sie Handpuppen als Medien der Kontaktaufnahme.
- Bieten Sie dem Kind an zu flüstern.
- Beziehen Sie Tonband- und Videoaufnahmen in die Förderung mit ein.
- Beziehen Sie Briefe, E-Mail und Telefon in die Förderung mit ein.
- Bieten Sie Rollenspiele mit zunächst geringer kommunikativer Verantwortung an (z.B. Geräusche mit Gegenständen machen, Tiergeräusche).
- Beziehen Sie Kinder, zu denen das schweigende Kind einen guten Kontakt hat, mit in die Förderung ein.

■ **Abb. 3: Leuchtturm-Methode zur Hierarchisierung individueller Ziele (unten leichte, dann zunehmend anspruchsvollere Ziele)**



- Erarbeiten Sie spielerisch Polaritäten und deren Zwischenräume (z.B. drinnen – draußen, allein – gemeinsam, stark – schwach, ...).
- Beachten Sie mögliche Lebensthemen der Kinder und geben Sie dafür Raum in Rollenspielen.
- Entwickeln Sie mit dem Kind Hierarchien (z.B. Leuchtturm oder Treppe) möglicher Situationen, in denen das Kind seine Sprache nutzt. bzw. zukünftig nutzen soll und in denen Schwierigkeitsgrade überprüft werden können (Abb. 3).

Wichtig bei solchen Tipps ist selbstverständlich, dass sie als variabel anzusehen und den jeweiligen Bedingungen anzupassen sind. Das Ziel einer solchen Haltung in der Therapie ist es, dem Kind zu ermöglichen, seine Handlungsfähigkeit in Kooperation mit anderen Personen zu erweitern. Handlungsfähigkeit stellt hier die Grundlage dar, in

Interaktionssituationen flexibel und adäquat reagieren zu können und um selbstbestimmt zu leben.

LITERATUR

- Bahr, R. (1996a). *Schweigende Kinder verstehen. Kommunikation und Bewältigung beim elektiven Mutismus*. Heidelberg: Winter
- Bahr, R. (1996b). *Wenn Kinder schweigen – Redehem-mungen verstehen und behandeln. Ein Praxisbuch*. Düsseldorf: Walter
- Bahrfeck-Wichitill, K. & Subellok, K. (2007). Schweigen – Spritzen – Sprechen: Ein selektiv mutistisches Kind kommt in Bewegung. *Die Sprachheilarbeit* 52, 96-106
- Bronfenbrenner, U. (1989). *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung – Natürliche und geplante Experimente*. Frankfurt/M.: Fischer
- Feldmann, D. & Kramer, J. (2008). Neuorientierungen als die Möglichkeit sprachliche Zwischenräume zu erschließen – zur Förderung von Menschen mit selektivem Mutismus. *Forum Sprache* (dgs Landesgruppe Niedersachsen), 88-91
- Hartmann, B. (2007). *Mutismus – Zur Theorie und Kasuistik des totalen und elektiven Mutismus*. Berlin: Spiess
- Hüther, G. (2001). *Biologie der Angst – Wie aus Stress Gefühle werden*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Katz-Bernstein, N. (2005). *Selektiver Mutismus bei Kindern – Erscheinungsbilder, Diagnostik, Therapie*. München: Reinhardt
- Katz-Bernstein, N., Meili-Schneebeil, E. & Wyler-Sidler, J. (2007). *Mut zum Sprechen finden – Therapeutische Wege mit selektiv mutistischen Kindern*. München: Reinhardt
- Kopf, A. (in Vorbereitung). *DiFraMut – Diagnostische Fragebögen zum selektiven Mutismus*. Köln: Prolog
- Kramer, J. (2004). Das Nicht-Sprechen verstehen – Diagnostische Anknüpfungspunkte einer bewegungsorientierten Sprachförderung für ein Kind mit selektivem Mutismus. *Motorik* 1 (27), 49-54
- Kramer, J. (2007). Der selektive Mutismus – Eine Störung der Sprachentwicklung – Von Menschen, die unter bestimmten Bedingungen nicht sprechen. *Logos interdisziplinär* 4, 284-289
- Praschak, W. (1993). *Kooperative Pädagogik schwerstbehinderter Menschen*. Frankfurt/M.: Lang
- Schönberger, F., Praschak, W. & Jetter, K.-H. (1987). *Bausteine der Kooperativen Pädagogik*. Stadthagen: Bernhardt-Pätzold
- Starkweather, C.W., Gottwald, S.R. & Halfond, M.M. (1990). Stuttering prevention – a clinical method. New York: Englewood Cliffs
- Wichtmann, A. (2011). Mutismus im System – System im Mutismus? *Forum Logopädie* 1 (25), 28-33
- Winter, E. (2007). Schweigende Schildkröten – Förderprinzipien hinsichtlich des selektiven Mutismus. *Logos interdisziplinär* 2, 129-132
- Zollinger, B. (2007). *Die Entdeckung der Sprache*. Bern: Haupt

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)
10.2443/skv-s-2012-53020120103

SUMMARY. The concept of a co-operative therapy of mutism (KoMut). A systemic and action oriented therapy for children with selective mutism

Children who do not talk irritate us. There are also very negative consequences for the children themselves regarding identity development. Apart from that limited abilities of communication affect the family system and other persons in the children's surroundings. The specific therapy concept KoMut – co-operative therapy of mutism – lays particular stress upon good conditions for identity development and abilities of verbal and non-verbal communication and action.

KEYWORDS: (selective) mutism – therapy – co-operation – communication – action

Korrespondenzanschrift

Jens Kramer
Geschäftsstelle: StillLeben e.V.
c/o Johanna Burda
Alter Mühlenkamp 2
30659 Hannover
Tel: +49 (0)5 11.129 65 80
www.selektiver-mutismus.de
info@selektiver-mutismus.de