

Selektiver Mutismus

Definition:

Eine Störung, die durch eine deutliche, emotional bedingte Selektivität des Sprechens charakterisiert ist. Das Kind zeigt seine Sprachkompetenz in einigen Situationen, in anderen definierten Situationen jedoch nicht. Meistens tritt die Störung erstmals in der frühen Kindheit auf.

Ursachen:

Es finden sich folgende Erklärungsansätze:

- operante Konditionierung
- Lernen am Modell
- neurotisches Verhalten infolge eines Konfliktes, der durch das Schweigen ausgedrückt wird
- Schweigen als Ausdruck einer systemischen Organisation und /oder als elterliche Delegation
- Schweigen als Bewältigungsstrategie
- genetische Veranlagung

Als Risikofaktoren werden Sprachstörungen und Mehrsprachigkeit eingestuft.

Bei jedem mutistischen Menschen liegt ein individuelles Bedingungsgefüge der Störung zugrunde.

Erscheinungsbild:

Folgende Verhaltensweisen sind typisch für den selektiven Mutismus, müssen aber nicht alle zutreffen.

- Das Schweigen dauert über sechs Monate an.
- keine Entwicklung in Richtung Sprechen auszumachen
- Schweigen wirkt „eisern“
- Kind reagiert auf Ansprache mit Senken des Kopfes und/oder erstarrt
- Kind zeigt ritualisiertes Verhalten zur Etablierung des Schweigens (anderes Kind wird als Sprecher organisiert oder ein Zeichensystem wird entwickelt)
- Kind schweigt auch im Spiel mit einzelnen Kindern, in informellen Situationen
- begleitend Verhaltensauffälligkeiten, soziale Risikofaktoren, Behinderungen, und/oder Störungen
- Diskrepanz zwischen Verhaltensweisen zu Hause und Verhalten in der Einrichtung (z.B. Kind redet zu Hause normal/wie ein Wasserfall/ist frech und aufsässig)

Diagnostik:

Symptomdiagnostik: Es wird eine Topographie des Sprechens und Schweigens erstellt. Wann und wo und unter welchen Bedingungen spricht/schweigt das Kind, welche Bedingungen verstärken das Schwiegen

Strukturdiagnostik: Welchen Lebenssinn hat das Schweigen? Welche Logik steckt dahinter aus der Sicht des Kindes? Umfasst innerseelische Prozesse und ihre Wechselwirkung mit externen Auslösern, die das schweigende Verhalten steuern. Welchen Krankheitsgewinn hat das Kind?

Rundum betreute Wohngruppen • Intensiv betreutes Einzelwohnen • Interne Verselbständigungs-
Wohngemeinschaft • Außenwohngruppe • ambulante Betreuung
Sprachheilkindergarten • Hörgeschädigten Gruppe • Außenstelle Neu Jürgenstorf

Systemdiagnostik: z.B. welchen familiären Sinn hat das Schweigen, gibt es u. U. ein „Familiengeheimnis“. Welche Interaktionsmuster werden vom Kontext der Familie und der Kultur geprägt?

Berücksichtigt werden müssen außerdem medizinische Befunde, psychiatrische Befunde, kognitive Kompetenzen, sprachtherapeutische Diagnostik u. a.

Therapie:

Mutistische Kinder werden von drei Fachdisziplinen therapeutisch betreut: Psychiatrie, Psychologie und Sprachtherapie. Eine medikamentöse Behandlung kann unter bestimmten Umständen in Erwägung gezogen werden (z.B. bei Verdacht auf Suizidgefahr, bei großem Leidensdruck und bedrohenden Begleitsymptomen wie Depression, selbstverletzendes Verhalten etc.)

wichtige Elemente der Therapie:

Arbeit mit Imaginationen („Hast du schon gemerkt, dass es dir ein ganz ganz klein wenig besser gelingt, mit fremden Menschen zu sprechen? Achte mal für die nächste Woche darauf, wo es dir ein ganz klein wenig schon gelingt, oder wo du ein ganz klein wenig Lust spürst, mit ihnen ganz normal zu sprechen. Meistens wird es von Woche zu Woche leichter, wenn dein Kopf sich an diese Idee gewöhnt hat“.

Hierarchien des Sprechens erstellen und mit diesen spielen (Welches könnte der leichteste/schwerste Ort sein, an dem ich sprechen kann? auf dem Spielplatz, in meiner Höhle, auf der Toilette?)

Entscheidungsalternativen geben (Wir wollen anfangen zu fauchen, das nächste Mal- das ist zu bald, stimmt; nach den Ferien, ja das ist zu lange hin, wir fangen bei ... an“; deadlines geben, die irgendwann auch eingehalten werden)

Arbeit mit dem safe place (ein Ort, z.B. eine Höhle, eine durch eine Barriere geschützter Raum o. ä., an dem das Kind bestimmt, wer sich wie und wann nähert oder sie betreten darf; Kind reguliert die Aufnahme der Beziehung und steuert diese

Prinzipien der Therapie:

- Zustimmung des Kindes als Vertrag einholen
- als Therapeutin Entschlossenheit zeigen
- Schweigen ernst nehmen, sich aber nicht davon beeindrucken lassen
- Rückschritte auf dem Weg zum Erfolg zwar erwarten, aber unbeirrbar bleiben („Ach ja, diesmal ist es noch nicht gelungen. So schnell geht es auch nicht. Macht nichts, wir haben Zeit. Hast du noch Geduld für unsere Versuche? Ich noch lange.“)
- immer wieder unterstellen, dass das Kind es schlussendlich schaffen wird
- Kind auch dann ermuntern, wenn es nicht geklappt hat („Wir machen aber weiter, geben noch lange nicht auf. Wir probieren es nächste Woche weiter...“)
- nicht alles an die Eltern weitergeben, sich verbünden mit dem Kind; Erziehungsberatung sollte möglichst an eine andere Person abgegeben werden

Therapiephasen:

- nonverbale Zugänge: Augenkontakt, turn-taking, Arbeit mit Puppen, Collagen
- verbal kommunizieren: lärmend kommunizieren, Schattensprechen, Zugzwänge, paradoxe Situationen, erste Worte, Arbeit mit dem Tonband

(Anmerkung: Die Therapie bewegt sich häufig an der Grenze zur Psychotherapie. Die eigenen fachlichen Kompetenzen sollten realistisch eingeschätzt werden.)

Pädagogische Handlungsstrategien:

- Kind zunächst nicht zum Sprechen zwingen
- Kind als Teil der Gruppe an allen Aktivitäten partizipieren lassen
- vermehrt nonverbale Aktivitäten einsetzen
- Einsatz von Symbolkarten, Gesten
- Kontakte mit anderen Kindern initiieren und fördern
- Spezialaufgaben geben, die zunächst keine verbale Äußerungen benötigen

- in Stuhlkreisen mit Geräuschen, Handpuppen arbeiten
- Schattensprechen (Stimme des Kindes durch andere Stimmen oder Geräusche kaschieren, so dass das Kind sich dahinter „verstecken“ kann), Zugzwänge (bei Versen letztes Wort weglassen, dass dann einfach „rausmuss!“)
- strukturierter Plan zum Aufbau des Sprechverhaltens, abgestuft durch Hierarchien