

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

Boris Hartmann

Zusammenfassung

Mit der Systemischen Mutismus-Therapie/SYMUT liegt die erste logopädisch/sprachtherapeutisch induzierte Behandlungskonzeption beim Schweigen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter im deutschsprachigen Raum vor. Sie entspricht dem multiaxialen Charakter der Angst- und Kommunikationsstörung und ermöglicht eine (Kosten dämpfende) ambulante Umsetzung. Im ersten Teil werden anhand der Falldarstellung eines mutistischen Mädchens die Grundlegung durch das systemische Menschenbild, die anthropologischen und therapeutischen Konsequenzen sowie die diagnostischen Möglichkeiten beschrieben. Der zweite Teil impliziert die „Mutismus-Therapie in 4 Phasen“ mit einer didaktischen Aufbereitung phasenspezifischer Therapieziele und praxisorientierter Maßnahmen.

SCHLÜSSELWÖRTER: Mutismus – Systemtheorie – Autopoiese – Sprachtherapie – Mutismus-Soziogramm



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

wachsen, wenn auch durch die fremde Umgebung des Kindergartens nicht sofort. Der Abschwächung und Nichtidentifikation des (s)elektiven Mutismus durch die Fachärztin wird geglaubt, wertvolle Zeit verstreicht. Nachdem ihre Tochter im mittlerweile gewohnten Umfeld und auch nachbarschaftlichen Kontakt weiterhin keine Öffnungstendenzen zeigt, nimmt die Mutter eigenständig die Suche nach Internetangeboten zum Thema Mutismus auf.

Anamnese

Familienanamnese

Marie ist das erste von zwei Kindern. Ihre Schwester ist zum Zeitpunkt der Aufnahme 2;10 Jahre alt. Im Gegensatz zur älteren ist die jüngere Tochter kommunikativ und geht offen auf andere Menschen zu. Die Mutter beschreibt sich als zurückhaltend und ängstlich bei der mündlichen Beteiligung in der zurückliegenden Berufsschulzeit. Der jüngere Onkel mütterlicherseits hat vor Jahren einen schweren Unfall gehabt, zeigt sich aber gut erholt und arbeitet erfolgreich als selbständiger

Behandlungsmodell zu beschreiben, das dem multiaxialen Grundcharakter des Mutismus (lat. mutus = stumm) gerecht wird, die in vielen Fällen notwendige Interdisziplinarität der Mutismus-Therapie unterstreicht und darüber hinaus eine ambulante Durchführung ermöglicht.

Anlass der Vorstellung

Das Kind Marie wird von seiner Mutter im Alter von 4;9 Jahren in meiner Praxis vorgestellt, weil es seit ungefähr einem Jahr im Kindergarten mit niemandem spricht und auch mit den Nachbarskindern, obwohl durch gemeinsames Spielen vertraut, verbalsprachlich nicht kommuniziert. Die Mutter berichtet von Hinweisen der auch als Kinderpsychotherapeutin tätigen Kinderärztin, das Kind sei nur „stur“ und „bockig“, und das Verhalten werde sich aus-

Einleitung

Bei der Recherche nach mutisspezifischer Literatur werden interessierte Leser relativ schnell feststellen, dass es in den weit verzweigten Fachartikeln und wenigen Monografien (vgl. Hayden, 1996; Hartmann, 1997; Sacks, 2002; Bahr, 2002 a, 2002 b; Hartmann & Lange, 2003; u.a.), zahlreiche Deskriptionen von Definitionen, Klassifikationen, Erklärungsmodellen und Kasuistiken gibt, die durch vergleichsweise wenige empirische Studien mit kleinen Populationsgrößen ergänzt werden. Beiträge zur Therapie scheinen dagegen auf grundlegende Aspekte begrenzt, den abschließlichen Perspektiven der eigenen Disziplin verhaftet und didaktisch nicht als Konzeption, sondern als Einzelfalllösung ausgerichtet zu sein.

Die vorliegende Veröffentlichung ist ein Versuch, mit Hilfe einer Falldarstellung ein

Grafiker und Designer. Der ältere, ein Psychotherapeut, leidet seit geraumer Zeit unter einer Krebserkrankung und hatte den Kontakt zur Familie zeitweilig abgebrochen. Eine Cousine der Mutter fällt durch ihre introvertierte, gehemmte Persönlichkeitsstruktur auf. Von erhöhter Relevanz ist die Tatsache, dass sie in der frühen Kindheit sogar mit Kindern der eigenen Familie nicht sprach und sich damit ebenfalls (s)elektiv mutistisch zeigte. Bei der Cousine wurde eine Psychopharmakotherapie durchgeführt. Der Großvater mütterlicherseits berichtet, er sei als Kind in der Primarstufe ähnlich gehemmt gewesen wie Marie. Auf der väterlichen Linie lassen sich keine Hinweise für eine Disposition finden.

Eigenanamnese

Maries Schweigen tritt mit Eintritt in den Kindergarten erstmals offen in Erscheinung. Schwangerschaft und Geburt verliefen komplikationslos (Apgar 10-10). Im Alter von 1;6 Jahren wird bei Marie an der linken Augenbraue ein Hämangiom entfernt. Die motorische und sprachliche Entwicklung verläuft altersentsprechend. Die Audiometrie ist ohne Befund, allerdings berichtet die Mutter von sieben bis acht Otitiden media. EZ und AZ sind gut. Ein halbes Jahr vor der ambulanten Aufnahme wurde eine psychomotorische Fördermaßnahme begonnen, um das mutistische Verhalten aufzulockern, jedoch ohne Erfolg. Nach dem Erstgespräch, der Erhebung der Anamnese und der Diagnostik nach den diagnostischen Leitlinien der ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen der WHO/Weltgesundheitsorganisation) beginnt nach einer knapp dreimonatigen Wartezeit die Sprachtherapie im Alter des Kindes von 5;0 Jahren.

Diagnose

Sprachtherapeutische Diagnose: (s)elektiver Mutismus (ICD-10 Code: F94.0) im Rahmen einer altersadäquaten/normativen motorischen und sprachlichen Entwicklung. Minimale Zungenpropulsion ohne phonemdeviante Muster. Die nonverbalen „Coloured Progressive Matrices“ (CPM) ergeben einen IQ von 110. Eine Reduktion des aktiven Wortschatzes, parallel zur Genese oder als Konsequenz des Mutismus möglich, liegt nicht vor. Der „Aktive-Wortschatz-Test“ für 3- bis 6-jährige Kinder (AWST 3-6) ermittelt einen Prozentrang



von 96 und damit ein überdurchschnittliches Lexeminventar. Sowohl das „Sozialphobie und -angstinventar für Kinder (SPAIK)“ als auch das „Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ)“ scheiden innerhalb der weiteren Diagnostik aufgrund der Nichtbeherrschung der Schriftsprache und altersmäßigen Unternormierung des Kindes aus. Beide „Paper-Pencil-Testverfahren“ er-

mitteln im höheren Kindes- bzw. Jugendalter therapierelevante Befunde im Hinblick auf das Vorliegen einer Sozialphobie/Sozialangst (inklusive Gruppendifferenzierung der Sozialpartner) bzw. einer Depression (Schweregradbestimmung).

Aufgrund der Nichtdurchführbarkeit von Fragebögen werden projektive Zeichentests eingesetzt. Der Baumtest (Koch, 2000) ergab folgende Attributzuschreibungen:

► *Die Betonung der Unterlänge:* Wirksamkeit des Instinktiven, aus dem Unbewussten lebend, Lebhaftigkeit dem Sinnhaften gegenüber, Gefühls- und Gemütsansprechbarkeit, mangelnde Bewusstheit, unerwacht, Entwicklungshemmung, unreif, retardiert, infantil.

► *Strichstamm:* Mit dem Eintritt in den Kindergarten verschwindet der Strichstamm völlig. Marie, obwohl seit eineinviertel Jahren in der institutionellen Elementarerziehung, verwendet weiterhin den Strichstamm. Es ergibt sich ein weiterer Hinweis auf eine Entwicklungshemmung.

► *Linksbetonung Krone:* Introversion, Innerlichkeit, Sammlung, Beschaulichkeit, stilles/gründiges Wesen, Eigenbezüglichkeit, Ablehnung, Abwendung, Zurückhaltung, Vorsicht, Grübelei, sinnierend, Selbstbespiegelung, Verschlossenheit, Träumerei, Verdrängung. Es finden sich facettenreich zahlreiche Wesensmerkmale, die sich als Persönlichkeitsmatrix bei Mutisten konfigurieren und zwischen Introvertiertheit, Ich-Bezogenheit und Opposition bei äußerst geringer Frustrationstoleranz Ambivalenzen widerspiegeln (vgl. Hartmann & Lange, 2003).

► *Der Kugelbaum:* Der Kreis schließt Äußeres aus und hält Inneres zusammen. Die

(S)elektiver Mutismus (Hartmann, 2004)

Der elektive Mutismus ist eine nach vollzogenem Spracherwerb erfolgende Hemmung der Lautsprache gegenüber einem bestimmten Personenkreis. Die Hör- und Sprechfähigkeit ist erhalten, das heißt es liegen keine peripher-impressiven oder peripher-expressiven organischen Störungen vor sowie keine zentralen Schädigungen der am Sprechvorgang beteiligten Sprachzentren und der Innervation. Eine direkte Ursache ist nicht bekannt. Es kommen sowohl

- *psychologische Faktoren* (abweichende Problemlösungsmechanismen; Konditionierungsprozesse und Milieueinflüsse) als auch
- *physiologische Faktoren* (Entwicklungsstörungen, psychotische Grunderkrankungen und familiäre Dispositionen) in Frage, die zumeist in einer
- *gegenseitigen Ergänzung* (zum Beispiel Diathese-Stress-Konfigurationen) zur Sprechverweigerung führen.

Neue Studien verweisen auf einen Serotonin-Mangel innerhalb des Hirnstoffwechsels als biochemische (Mit-)Verursachung des Schweigens.

In der nationalen und internationalen Fachliteratur werden die Termini „elektiver Mutismus“ (Tramer, 1934) und „selektiver Mutismus“ parallel verwendet.

bipolare Abschottung von außen nach innen bzw. innen nach außen entspricht der Begriffsemantik des diving-bell-behavior (vgl. Hartmann, 2002a) und findet ihr Pendant im Nicht-Zulassen von expressiven emotionalen Signalen (kein Räuspern, Husten oder Atemgeräusch, stummes und tränenarmes bzw. tränenloses Weinen) sowie in ausgeprägten Fällen in der körpersprachlichen Fixierung der Extremitäten an den Rumpf.

► **Die Stammbasis:** Auf den Blatttrand gesetzt, Stammbasis gerade; wird bis zum 12. Lebensjahr als normal bewertet, als kindliches Weltbild.

Zeichentest: Familie in Tieren

Ein weiterer Zeichentest – Familie in Tieren (Brem-Gräser, 2001) – gibt Aufschluss über familiäre Beziehungsstrukturen und den gewichteten Standort der eigenen Person. Hierbei werden acht Ebenen zur formalen und inhaltlichen Analyse herangezogen (s. Abb. 1):

► **Graphologische Analyse:** Generell nicht sehr aufschlussreich für die Bestimmung der dargestellten Beziehungsform. Sie erlaubt eher Aussagen über die Persönlichkeitsdynamik des Zeichners bzw. der Zeichnerin.

- Scharfer Strich (druckstark und schmal): kräftige Vitalität gepaart mit Berührungsscheu, Zurückhaltung, evtl. „Magerkeit“.
- Schwärzung: „Während des Schwärzens überlässt sich der Zeichner mehr der Regie der Antriebe (feste und scharfe Striche) oder der Stimmungen (tonige und zarte Striche), weniger der des Verstandes; die Wiederholung beim Schwärzen wirkt eher zwanghaft als gesteuert. Darum bekundet die Schwärzung aggressive Entladung (fester und scharfer Strich) oder depressives Sichgehenlassen (toniger und zarter Strich). Die fehlende Durchsetzung der Verstandeskraft gibt die Schwärzung insofern an, als sie aufzeigt, dass Stimmung oder Antrieb innerhalb der Persönlichkeitsdynamik die Führung haben“ (Brem-Gräser, 2001, 78).

► **Die Reihenfolge des Zeichnens der Tiere:** Mutter (Katze), Marie (Katze), Vater (Hund), Schwester Lucia (Hund). Die Bedeutung der Mutter, weil Marie mit der Mutter-Zeichnung beginnt, wird erhöht. Erstes Tier: Die Mutter (Katze) verweist auf „Gluckenmutter“ und damit auf die typische Symbiose innerhalb der Mutter-Kind-Beziehung bei schweigenden Menschen.

► **Darstellung der Tiere mit gleichen oder verschiedenen Tieren:** Die Familie wird tendenziell als Einheit erlebt, da gleiche bzw. verwandte Tiere in Zweiergruppen (Mutter/Marie vs. Vater/Lucia) dargestellt werden.

► **Gruppierung der Tierfamilie:** Die Eltern stehen wachend und beschützend über den Kindern, wobei eine Zuordnung bzw. Paarbildung auffällt. Marie ordnet sich der Mutter zu (beide werden durch Katzen symbolisiert) und schreibt durch ihre räumliche Unterordnung das in dieser Zweisamkeit vorhandene Machtmonopol eindeutig der Mutter zu, während die jüngere Schwester Lucia dem Vater (Hundesymbole) zugeordnet wird und räumlich der Machtdominanz des Vaters untersteht.

► **Größenverhältnis der Tiere im Vergleich zur Wirklichkeit:** Die Tiere entsprechen ungefähr der Größendifferenzierung von Eltern und Kindern und haben folgende Größenreihenfolge: Vater, Mutter, Marie, Lucia. Durch die ausgeprägte Größe des Vaters (größeres Volumen und längere Beine als die Mutter) ist der Vater weiter von der jüngeren Schwester entfernt als die Mutter von Marie. Es stellt sich die Frage, ob hier eine geringere Beziehungsintensität zwischen Vater und Lucia dargestellt wird als zwischen der Mutter und Marie.

► **Das Ausdrucksgebaren der Tiere:** Die Tiere entsprechen jeweils einem Schema einer Katze bzw. eines Hundes, sind dem kindlichen Alter entsprechend wenig ausdifferenziert, wirken aber freundlich.

► **Charakter der Tiere:** Die Katze Emmi, mit der Marie zu Hause spricht, wird int-

rafamiliär als „Beziehungsperson“ angesehen und spielt damit eine wichtige Rolle. In Analogie werden die Mutter und Marie selbst als Katzen gezeichnet und erhalten damit die Attribute: verspielt, reinlich, lustig, anhänglich, aber auch hinterlistig, naschhaft, kratzend und schleichend. Der Vater und die jüngere Schwester erhalten als Hunde folgende Eigenschaften: wachsam, treu, anhänglich, dressierbar, aber auch aufdringlich, rauflustig, reizbar und eifersüchtig.

► **Deutung in Bezug auf die Problematik des Kindes:** Marie fühlt sich nestverhaftet, die Familie wird zwar als Einheit, jedoch nicht als „runde Eltern-Kind-Einheit“ (die Eltern flankieren beide Kinder) oder „Eltern-Geschwister-Hierarchie“ (die Eltern stehen gleichzeitig über beiden Kindern) wahrgenommen. Das jüngste Kind wird hinsichtlich der gleichen Tiergestalt wie auch räumlich dem Vater zu- bzw. untergeordnet. Marie verweist als gleiche Tiergestalt wie die Mutter und bezüglich der Zugehörigkeit bzw. Unterordnung auf ein symbiotisches Mutter-Tochter-Verhältnis. In der Persönlichkeitsdynamik tritt kräftige Vitalität gepaart mit Berührungsscheu und Zurückhaltung auf. Sie lässt auf etwas Zwanghaftes, auf die Steuerung durch den Antrieb (aggressive Entladung) schließen.

Abb. 1: Familie in Tieren. (S)elektiv mutistisches Mädchen, 5;0 Jahre

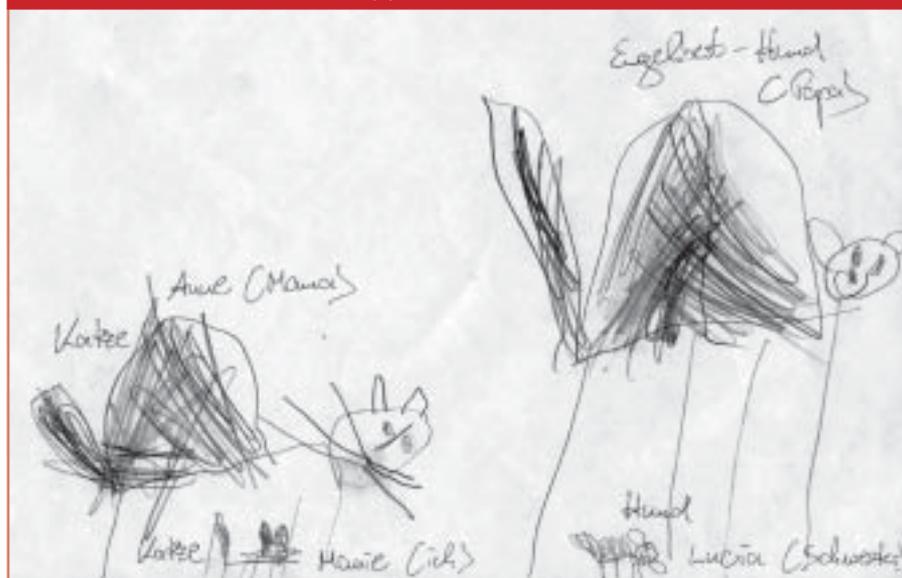
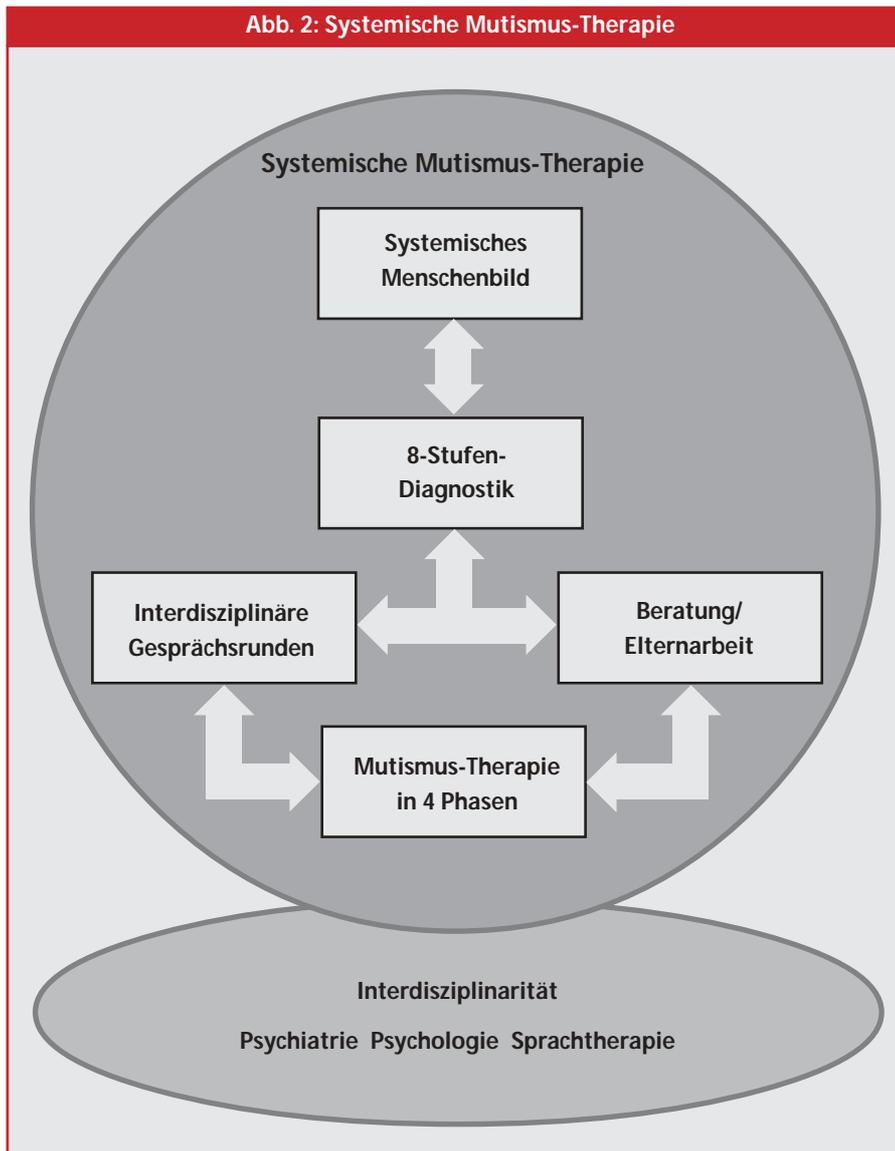


Abb. 2: Systemische Mutismus-Therapie



Die Behandlung des totalen bzw. (s)elektiven Schweigens mit Hilfe der Systemischen Mutismus-Therapie

Systemische Mutismus-Therapie

Die Systemische Mutismus-Therapie (SYM-UT) basiert auf einem systemischen Menschenbild, wonach keine linearen Verursachungsmuster mit eindeutigen Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen angenommen werden, sondern zirkuläre Prozesse. Diese zirkulären Prozesse beinhalten Wechselbeziehungen zwischen der betroffenen Person und der Umwelt, aber auch Wechselbeziehungen innerhalb der betroffenen Person. Der Mensch ist nach diesem Verständnis zugleich zentrales als auch peripheres Element gegenseitig wirkender Induktionsstrukturen.

Bei der Entstehung und Aufrechterhaltung des Mutismus im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter werden vor diesem Hin-

tergrund Interaktionskreisläufe einbezogen wie

- ▶ Beziehungs- und Kommunikationssysteme innerhalb der Familie.
- ▶ Wechselbeziehungen zwischen der/dem Schweigenden und den selbstgewählten Bezugspersonen (Freunde/Partner).
- ▶ Wechselbeziehungen zwischen der/dem Schweigenden und den erweiterten sozialen Kontakten (Nachbarn, Kindergärtnerinnen, Lehrer, Berufskollegen, Ärzte, Therapeuten, Fremde).
- ▶ Wechselbeziehungen innerhalb der betroffenen Person zwischen organischen und psychologischen Merkmalen (Leib-Seele-Dualismus) wie z.B. Vorbelastung durch familiäre Dispositionen für kommunikative Gehemmtheit, sozialen Rückzug

(soziale Phobie bzw. soziale Angst) oder Depression in Kombination mit einer stressbedingten oder konditionierten Abwehr (Vermeidung) von angstauslösenden Interaktionsmustern.

- ▶ Wechselbeziehungen zwischen dem vorliegenden Mutismus und zusätzlichen (psychoreaktiven) Verhaltenskomponenten wie Urinretention und plötzliches Einnässen im Kindergarten oder in der Schule, weil nicht nach der Toilette gefragt wird.
- ▶ Wechselbeziehungen zwischen Ursache – Disposition für Gehemmtheit, Angst-erkrankungen oder Depression – und dem Auslöser – Kindergarteneintritt, Einschulung, Abschlussprüfung oder Abnabelung von den Eltern nach dem Schulabschluss.

Die Systemische Mutismus-Therapie involviert fünf Module unter der fakultativen Verknüpfung der Disziplinen Psychiatrie, Psychologie und Sprachtherapie (Abb. 2):

- Systemisches Menschenbild,
- 8-Stufen-Diagnostik,
- Mutismus-Therapie in 4 Phasen inklusive
- interdisziplinärer Gesprächsrunden,
- Beratung/Elterngarbeit.

Gemäß dem konstruktivistischen Ansatz der selbsterneuernden Ganzheiten innerhalb einer permanenten makrosoziologischen Verbundenheit unterliegt die Systemische Mutismus-Therapie dem Prozesshaften, das heißt den Fließgesetzen der Erkenntnisgewinnung zwischen Patient und Therapeut innerhalb ihrer Lebenswelten.

Systemisches Menschenbild

Der Systemtheorie liegt das Verständnis zugrunde, dass alle Phänomene – physikalische, biologische, psychische, gesellschaftliche und kulturelle – grundsätzlich miteinander verbunden und voneinander abhängig sind (vgl. Capra, 2004). Das systemische Menschenbild wird nicht durch die Suche nach eindeutigen Kausalbeziehungen bestimmt, was der Interpretation des totalen und partiellen Schweigens aufgrund der multifaktoriellen Ätiologie und damit notwendigen integrierenden Perspektive entgegenkommt.

Das systemische Grundverständnis von Phänomenen bedeutet, dass sämtliche Strukturen und Organismen nicht als Einzelphänomene betrachtet werden können, sondern außerhalb ihrer inneren Organisation mit der Umwelt verbunden sind und

diese beeinflussen, das heißt durch Induktionsvorgänge neue Strukturen hervorbringen. Damit sind Systeme integrierte Ganzheiten, deren Eigenschaften sich nicht einfach auf die kleineren Einheiten reduzieren lassen. Statt auf Grundbausteine oder Grundsubstanzen konzentriert sich die Sichtweise des *Radikalen Konstruktivismus* auf grundlegende Organisationsprinzipien (vgl. *Capra*, 2004).

Der erkenntnistheoretische Wechsel innerhalb des systemischen Weltbildes drückt sich somit durch Prozessorientierung aus, die schließlich in eine offene Evolution von Strukturen (vgl. *Jantsch*, 2000) mündet. Es werden zwar Einzelelemente und Teileinheiten wie beim linear-determinierten Menschenbild angenommen, jedoch in netzartige Ursache-Wirkungs-Kreisläufe integriert, die sich strukturell als neue Ganzheiten repräsentieren. Das zirkuläre Kausalverständnis des systemischen Ansatzes wird häufig mit metamorphologischen Prozessen in der Biologie verglichen.

Es verwundert nicht, dass es erstmals zwei Neurobiologen und Philosophen waren, Maturana und Varela, die sich mit der Systemhaftigkeit elementarer Lebensvorgänge auseinander gesetzt haben und hier als Begründer systemischer Theorien und Ansätze genannt werden können. Mit der Darstellung der „Autopoiese“ (vgl. *Maturana & Varela*, 1987), also der Selbst-Schöpfung bzw. Selbst-Erneuerung (griech. auto = selbst und poiesis = Schöpfung), schufen sie eine Erkenntnistheorie, die von der Schließung und Autonomie eines jeden lebenden Organismus ausgeht sowie von der Verbundenheit und gegenseitigen Abhängigkeit aller Phänomene. Die Systemtheorie entwickelte sich in den 80er Jahren zum Verbindungsglied von Natur-, Sozial- und Geisteswissenschaften und führte in den 90er Jahren auch zu einem Paradigmenwechsel in der Sprachheilpädagogik/Logopädie.

Mit der Einführung des Verständnisses „Der Mensch als System“ wurde ein Menschenbild geschaffen, das die Merkmale offener Systeme beinhaltet:

► **Selbsterneuerung/Autopoiese:** Lebewesen erzeugen sich selbst ständig neu. „Dass Lebewesen eine Organisation haben, ist natürlich nicht allein ihnen eigen. Es ist allen Gebilden gemeinsam, die wir als Systeme betrachten können. Dennoch ist den Lebewesen eigentümlich, dass das einzige Produkt ihrer Organisation sie

selbst sind, das heißt, es gibt keine Trennung zwischen Erzeuger und Erzeugnis. Das Sein und das Tun einer autopoietischen Einheit sind untrennbar, und dies bildet ihre spezifische Art von Organisation“ (*Maturana & Varela*, 1987, 56).

► **Autonomie durch Selbstregulation:** Durch den ungebrochenen, das heißt ständig aufrecht erhaltenen Energiefluss verfügt ein Lebewesen über selbstregulierende (autonome) Organisationsstrukturen. „Und mit der Autonomie eines jeden lebenden Organismus muss auch der Grund seines Handelns in ihm gefunden werden. Auf der menschlichen Ebene erwächst aus dieser Betrachtung die Verantwortlichkeit des einzelnen gegenüber seinen Handlungen, und eine Weiterführung dieser Gedanken lässt uns die Grundlagen einer Ethik sehen“ (*von Foerster*, 2000, 147).

► **Koppelung:** Offene Systeme „sind mit dem Medium, in dem sie existieren, sowie mit anderen Organismen strukturell gekoppelt“ (*Schmidt*, 2000, 25).

► **Selbst-Transzendenz:** Offene Systeme besitzen „die Fähigkeit, durch die Vorgänge des Lernens, der Entwicklung und der Evolution kreativ über die eigenen physischen und geistigen Grenzen hinauszugreifen“ (*Capra*, 2004, 298).

Anthropologische Konsequenzen

Die konstruktivistische Sichtweise mit dem Erkenntnismodell des Menschen als offenes System zieht folgende anthropologischen Konsequenzen nach sich:

► Der menschliche Organismus ist in biologischer Hinsicht mikroorganismisch (Zellerneuerung) und makroorganismisch (Fortpflanzung) zur Selbsterneuerung und damit Autopoiese fähig.

► Er ist als autopoietisches System autonom, das heißt er besitzt eine Eigenverantwortlichkeit und Unberechenbarkeit, Unvorhersagbarkeit seines Handelns (als einschränkende Ausnahmen sind Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen infolge von hereditär genetisch determinierten Krankheiten zu nennen wie zum Beispiel Chorea Huntington). Darüber hinaus verfügt der Mensch über drei in sich geschlossene, selbstregulierende Organisationsstrukturen (die Zellsysteme, das Immunsystem und das Nervensystem).

► In sozialer Hinsicht ist jedes menschliche Individuum mit anderen Systemen strukturell gekoppelt, indem es zum integralen Bestandteil eines sozialen Netzwer-

kes (Familie, Freundeskreis, Schule, Beruf, Lebensraum) wird. Makrosoziologisch gesehen erfährt die Koppelung einen globalen Aspekt, indem jedes soziale Subsystem einer Gesellschaft untergeordnet ist, jede Gesellschaft einer Nation und jede Nation der Weltbevölkerung.

Therapeutische Konsequenzen

Die Autonomie und Koppelung sowohl des Menschen als auch anderer lebender Systeme kann jedoch durch die eigene körperliche und/oder seelische Verfassung, das heißt durch Störungen, Erkrankungen und Behinderungen, Einschränkungen erfahren. Bei einem Mutismus, der durch Dispositionen, durch prä-, peri- oder postnatale Schädigungen, durch Schock (affektive Traumata), kognitiv-transaktionale Stressoren und/oder Milieueinflüsse bedingt sein kann, ist die betroffene Person einer Beschränkung unterworfen, die sie nur schwer aus eigener Kraft überwinden kann. Dies trifft erst recht zu, wenn sprachliche Problemfelder und Kommunikationserschwernisse (vgl. *Steinhausen & Juzi*, 1996; *Isensee et al.*, 1997; *Kristensen*, 2000; *Remschmidt et al.*, 2001; *Hartmann*, 2002 b), Sozialphobien (vgl. *Black & Uhde*, 1992), Angststörungen (vgl. *Beck & Warnke*, 2003) oder hirnorganische Schädigungen der Sprechinitiierung wie beim akinetischen Mutismus (vgl. *Cairns et al.*, 1941) bzw. posttraumatischen Mutismus (vgl. *Dayer et al.*, 1998) mit dem Schweigen comorbid oder kausal verbunden sind.

Die Selbstregulation ist bei schweigenden Menschen total oder partiell unterbrochen und stellt eine Indikation für eine Hilfe von außen (Therapie) dar. Die Fähigkeiten zur Autopoiese, Autonomie, Koppelung und Selbst-Transzendenz sind, wenn auch in mehr oder weniger veränderter Form, jedoch weiter vorhanden.

In der Therapie gilt es bei allen Formen des Mutismus, die intrapersonelle und interpersonelle Organisation des Betroffenen unter Ausschöpfung der selbstregulierenden Kräfte zu reaktivieren. Das systemische Menschenbild modifiziert die Therapie von Sprach- und Kommunikationsstörungen dahingehend, dass sie sich nicht mehr als Training defekter Leistungskanäle versteht, sondern als pädagogisches Angebot zur Selbsterneuerung (*Hartmann*, 1993).

Der beschriebene holistische Ansatz der Systemischen Mutismus-Therapie impliziert für die Behandlung des Mädchens Marie folgende Zielsetzungen (Therapieplanung):

- Fokussierung des Kindes im soziokommunikativen Kontext seiner intrafamiliären und extrafamiliären Lebenssituation.
- Aktivierung bzw. Stimulation von selbstregulierenden Kräften, die ihm neue kommunikative Handlungsspielräume eröffnen.
- Aktivierung bzw. Stimulation von selbstregulierenden Kräften, die ihm neue sozialinteraktive Handlungsspielräume eröffnen.
- Sofortiger Transfer der Therapieschritte in das konkrete Lebensumfeld Kindergarten.
- Beratung/Elternarbeit zur Reduktion aufrechterhaltender Faktoren innerhalb der Familie.
- Flankierung der Sprachtherapie durch endogene Angstlöser zur Unterstützung der exogenen Sprachtherapie.

In interdisziplinären Gesprächsrunden, die in allen Fällen fester Bestandteil der Mutismus-Therapie sind und mich als Sprachtherapeuten mit den Eltern, Kindergärtnerinnen, Psychotherapeuten, Lehrern, Heilpädagogen oder Motopädinnen zusammenführen (Patientenbesprechungen mit Ärzten erfolgen im Praxisalltag telefonisch oder schriftlich), werden Personen der jeweiligen Einrichtung konzeptionell in die therapeutische Arbeit mit einbezogen und Möglichkeiten besprochen, wie Behandlungsmaßnahmen vor Ort eingeführt und angewendet werden können.

Darüber hinaus werden, wie bei Marie, durch engmaschige Informationsvermittlungen der Mutter gegenüber den Erzieherinnen spezifische Therapieinhalte in die Institution Kindergarten übertragen und aktuelle Ereignisse des Tages reflektiert. Die gute Transferleistung des Mädchens sowie die funktionierende Kooperation zwischen Therapeut, Mutter und Erzieherinnen sollten, wie im Folgenden noch gezeigt wird, zu einer raschen Beseitigung des Schweigens führen.

Acht-Stufen-Diagnostik

Das diagnostische Vorgehen wird in diesem Beitrag nur skizziert, da es in anderen Beiträgen bereits ausführlich beschrieben wurde (vgl. Hartmann, 2002 a; Hartmann & Lange, 2003). Es beinhaltet die:

- 1 Mutismusdiagnostik und Differenzialdiagnostik mit Hilfe der ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2000) und dem DSM-IV der Amerikanischen Gesellschaft für Psychiatrie (SaB et al., 1998)
- 2 Neurologische Untersuchung zum Ausschluss progredient verlaufender hirnerkranklicher Abbauprozesse
- 3 HNO-ärztliche Untersuchung
- 4 Patienten- und Familienanamnese
- 5 Psychologische Interpretation
- 6 Sprachdiagnostik mit der Definition des aktuellen Sprachstatus
- 7 Bewertung des sozialen Kommunikationsverhaltens mit dem Mutismus-Soziogramm (siehe links) und dem Evaluationsbogen für das sozialinteraktive Kommunikationsverhalten bei Mutismus (vgl. Hartmann & Lange, 2003).
- 8 Beschreibung emotionaler Motivationskriterien.

Die Acht-Stufen-Diagnostik versteht sich als Maximalangebot einer diagnostischen Bewertung, aus dem in Abhängigkeit vom Schweregrad und jeweiligen Hintergrund des mutistischen Verhaltens einzelfallbezogen ausgewählt werden kann. Neben den bereits im Abschnitt „Diagnose“ dargestellten Befunden wurde zu Beginn der Therapie ein Mutismus-Soziogramm (s. Abb. 3) erstellt, in dem das Kommunikationsverhalten von Marie gegenüber allen Personen bzw. Personengruppen ihres unmittelbaren Umfeldes als Deskription des momentanen Ist-Zustandes erfasst ist. Die Unterteilung in „Bei Ansprache Schweigen“ und „Bei Ansprache kur-

Abb. 3: Mutismus-Soziogramm

Mutismus-Soziogramm

Vorname: Marie m f Untersucher/in: _____

Name: _____ Erstbeschreibung:

geb. am: _____ Alter: 5;0 Folgedescription: Nr.: _____

Diagnose: (s)elektiver Mutismus prädispositioneller Genese

Kommunikationsverhalten

0 = Bei Ansprache Schweigen 1 = Bei Ansprache kurze Antwort

Erstellt am: _____

Personen, mit denen ungehemmt gesprochen wird: Mutter, Vater, Schwester, Onkel und Großeltern mütterlicherseits, 1 Freundin der Eltern, 1 Familie aus der Nachbarschaft, Katze Emmi

Das Mutismus-Soziogramm zur Erfassung des Kommunikationsverhaltens bei einem mutistischen Mädchen (5;0 Jahre)

ze Antwort“ wurde mit den numerischen Bewertungen 0 und 1 vorgenommen. Es bleibt festzuhalten, dass zum Zeitpunkt der Therapieaufnahme nur mit den Eltern, der jüngeren Schwester, der Hauskatze Emmi, einem Onkel, den Großeltern mütterlicherseits, einer Freundin der Eltern sowie einer Familie aus der Nachbarschaft ein ungehemmtes verbales Kommunikationsverhalten möglich war. Gegenüber allen anderen Personen aus der Verwandtschaft, Nachbarschaft, dem Freundeskreis der Eltern, dem Kindergarten und dem Kreis befreundeter Kinder wurde geschwiegen.

Literatur

Bahr, R. (2002 a). *Schweigende Kinder verstehen. Kommunikation und Bewältigung beim selektiven Mutismus*. 3. Aufl. Heidelberg: C. Winter

Bahr, R. (2002 b). *Wenn Kinder schweigen. Redehemmungen verstehen und behandeln*. Düsseldorf: Walter

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. (1992). Elective mutism as a variant of social phobia. *Journal of the American*

Academy of Child and Adolescent Psychiatry 31, 1090-1094

Brem-Gräser, L. (2001). *Familie in Tieren. Die Familiensituation im Spiegel der Kinderzeichnung*. 8. Aufl. München: Ernst Reinhardt

Cairns, H.; Oldfield, R. C.; Pennybacker, J. B.; Whitteridge, D. (1941). Akinetic mutism with an epidermoid cyst of the 3rd ventricle. *Brain* 64, 273-290

Capra, F. (2004). *Wendezeit. Bausteine für ein neues Weltbild*. 4. Aufl. München: Droemer/Knaur

Dayer, A.; Roulet, E.; Maeder, P.; Deonna, T. (1998). Post-traumatic mutism in children: clinical characteristics, pattern of recovery and clinicopathological correlations. *European Journal of Paediatric Neurology* 2 (3), 109-116

Foerster, H. von (2000). Erkenntnistheorie und Selbstorganisation. In: Schmidt, S. J. (Hrsg.). *Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus*. 8. Aufl. Frankfurt a.M.: Suhrkamp

Hartmann, B. (1993). Zielsetzungen und immanente Fragestellungen einer systemisch orientierten Sprach- bzw. Aphasiotherapie. *Die Sprachheilarbeit* 38/2, 83-91

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

Hartmann, B. (2002 a). Mutismus – Diagnostik und Evaluation im Spannungsfeld nosographischer Modifikationen. *Die Sprachheilarbeit* 47, 212-218

Hartmann, B. (2002 b). Mutismus – Plädoyer für eine Forschungsinitiative innerhalb der Sprachheilpädagogik/Logopädie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.). *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie, Band 3*. Stuttgart: Kohlhammer

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

Hayden, Th. (1996). *Kevin – Der Junge, der nicht sprechen wollte*. München: Goldmann

Isensee, B.; Haselbacher, A.; Ruoss, M. (1997). Elektiver Mutismus: Ein Überblick zu Therapie und Praxis. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 25, 247-262

Jantsch, E. (2000). Erkenntnistheoretische Aspekte der Selbstorganisation natürlicher Systeme. In: Schmidt, S. J. (Hrsg.). *Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus*. 8. Aufl. Frankfurt a.M.: Suhrkamp

Koch, K. (2000). *Der Baumtest. Der Baumzeichenversuch als psychodiagnostisches Hilfsmittel*. 10. Aufl. Bern: Huber

Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorders/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39, 249-256

Maturana, H. R. & Varela, F. J. (1987). *Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens*. München: Goldmann

Remschmidt, H.; Poller, M.; Herpertz-Dahlmann, B.; Henninghausen, K.; Gutenbrunner, C. (2001).

A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences* 251 (6), 284-296

Sacks, O. (2002). *Awakenings – Zeit des Erwachens*. 11. Aufl. Hamburg: Rororo

Saß, H.; Wittchen, H. U.; Zaudig, M. (1998). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe

Schmidt, S. J. (2000). Der Radikale Konstruktivismus: Ein neues Paradigma im interdisziplinären Diskurs. In: Schmidt, S. J. (Hrsg.). *Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus*. 8. Aufl. Frankfurt a.M.: Suhrkamp

Steinhausen, H. & Juzi, C. (1996). Elective mutism: An analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35, 606-614

Tramer, M. (1934). Elektiver Mutismus bei Kindern. *Zeitschrift für Kinderpsychiatrie* 1, 30-35

Weltgesundheitsorganisation/WHO (2000). Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V: klinisch-diagnostische Leitlinien. Deutsche Übersetzung: Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M. H. (Hrsg.). 4. Aufl. Bern: Huber

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 I)

The introduction of Systemic Mutism Therapy/SYMUT heralds the advent of the first logopaedically/speech-therapy-induced treatment concept for mutism in children, adolescents and adults in the German-speaking region, which takes account of the multi-axial nature of this fear and communications disorder and provides for its implementation in an outpatient setting. Citing the case of a selectively mute girl, the first part of this paper describes the fundamental role of systemic human characteristics, the anthropologic and therapeutic consequences as well as the diagnostic possibilities. The second part outlines "Mutism therapy in 4 phases", while giving a didactic portrayal of phase-specific therapy goals and practice-oriented measures.

KEY WORDS: mutism – system theory – autopoiesis – speech therapy – mutism sociogram

Themenvorschau

- Computergestütztes Aphasie-therapiesystem „EvoLing“
- Skalen für die klinische Dysarthriediagnostik
- Sprechapraxie und die Silbe: Theorie, Beobachtungen und therapeutische Konsequenzen
- Behandlung eines (s)elektiv mutistischen Mädchens

▶ ERRATUM

Tabelle „verschluckt“

In den Beitrag „Die Berliner Schlucksprechstunde“ von Ricki Nusser-Müller Busch und Dr. med. Rainer O. Seidl im Forum 6/2003 haben sich zwei Fehler eingeschlichen: In der Tabelle 1 muss es bei Score 4-5 richtig heißen „Schluckpassage unvollständig“ und bei Score 6-7 „Hustenreflex unvollständig“. Die Redaktion bittet den Fehler zu entschuldigen.

▶ Voice Handicap Index Deutsche Konsensfassung

Im Forum 1/2004 hatte Frauke Kröger den „Voice Handicap Index“, vorgestellt. Inzwischen gibt es eine deutsche Konsensfassung. Sie ist aus den Fassungen in Göttingen, Erlangen, Greifswald, Hannover und Hamburg hervorgegangen und auf der Website der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie zum Download eingestellt worden: www.dgpp.de.