

Wernitznig, Hannelore

Stationäre Behandlung eines elektiv mutistischen Kindes -eine Fallstudie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 42 (1993) 5, S. 160-167

urn:nbn:de:bsz-psydok-36445

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Erziehungsberatung

- JAEDE, W.: Trennungs- und Scheidungsberatung in Erziehungsberatungsstellen unter besonderer Berücksichtigung kindlicher Entwicklungskriterien (Counseling in Situations of Separation and Divorce) 42
- SPECHT, F.: Zu den Regeln des fachlichen Könnens in der psychosozialen Beratung von Kindern, Jugendlichen und Eltern (The Rules of Expert Skills in Psycho-Social Counseling of Children, Adolescents and Parents) . . . 113

Forschungsergebnisse

- AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./MALL, W./WILKES, J.: Umschriebene Sprachentwicklungsrückstände bei Sonderschülern (Specific Language Retardation in Educationally Subnormal Children) 150
- BERNHARDT, H.: „Niemals auch nur zu den primitivsten Arbeitsleistungen zu gebrauchen“. Die Tötung behinderter und kranker Kinder 1939 bis 1945 in der Landesheilanstalt Ueckermünde ("Never Usable for Even the Most Primitive Jobs" - The Killing of Handicapped and Ill Children 1939 Until 1945 in the State Mental Hospital of Ueckermünde) 240
- ECK, M./LOHAUS, A.: Entwicklung und Evaluation eines Präventionsprogramms zum sexuellen Mißbrauch im Vorschulalter (Development and Evaluation of a Program for Sexual Abuse Prevention in Preschool Children) 285
- ELBING, U./ROHMANN, U.H.: Evaluation eines Intensivtherapie-Programms zur Behandlung schwerer Verhaltensstörungen bei geistig Behinderten mit autistischen und psychotischen Verhaltensweisen (Treatment Evaluation of Severe Behavior Disorders in Mentally Handicapped Persons with Autistic or Psychotic Symptoms) 248
- GERWERT, U./THURN, C./FEGERT, J.: Wie erleben und bewältigen Mütter den sexuellen Mißbrauch an ihren Töchtern? (How do Mothers Experience the Sexual Abuse of Their Daughters?) 273
- KAPFFHAMMER, H.-P./NEUMEIER, R./SCHERER, J.: Ich-Entwicklung im Übergang von Jugend und jungem Erwachsenenalter: Eine empirische Vergleichsstudie bei psychiatrischen Patienten und gesunden Kontrollprobanden (Ego Development in the Transition from Adolescence to Adulthood: A Comparison of Psychiatrically III and Mentally Healthy Young Adults) 106
- KAPFFHAMMER, H.-P./NEUMEIER, R./SCHERER, J.: Identitätsstatus im Übergang von Jugend und jungem Erwachsenenalter: Eine empirische Vergleichsstudie bei psychiatrischen und gesunden Kontrollprobanden (Identity Status in the Transition from Adolescence to Adulthood: A Comparison of Psychiatrically III and Mentally Healthy Young Adults) 68
- KLICPERA, C./SCHABMANN, A.: Die Häufigkeit von emotionalen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten im Unterricht und der Zusammenhang mit Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten: Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung (The Frequency of Emotional Problems

- and Maladaptive Classroom-Behavior and Their Relation to Reading and Spelling Difficulties: Results of a Longitudinal Study) 358
- KÜHL, R./HINRICHS, G.: Attributionsstile bei psychisch und somatisch erkrankten Jugendlichen (Attributional Styles in Adolescents with Psychic and Somatic Disorders) 204
- KÜSSEL, M./NICKENIG, L./FEGERT, J.: „Ich hab' auch nie etwas gesagt.“ Eine retrospektiv-biographische Untersuchung zum sexuellen Mißbrauch an Jungen ("I Never Said Anything." - A Retrospective-Biographical Study About Sexual Abuse of Boys) 278
- LANFRANCHI, A.: „... wenigstens in meinem Dorf ist es Brauch...“. Von der Stagnation zur Transformation familiärer Wirklichkeitskonstrukte ("... at least in my village it's a custom...". From Stagnation to Transformation in Immigrant Family 'Reality Constructs') 188
- LANGENFELDT, H.-P./LUYS, K.: Mütterliche Erziehungseinstellungen, Familienklima und Neurodermitis bei Kindern - eine Pilotstudie (Educational Attitudes, Family's Atmosphere and Atopic Eczema in Children - a Pilot Study) 36
- SARIMSKI, K.: Aufrechterhaltung von Schlafstörungen im frühen Kindesalter: Entwicklungspsychopathologisches Modell und Pilot-Studie (Sleep Disorders in Early Childhood: Developmental Psychopathology an Results of a Pilot Study) 2
- SCHEPKER, R.: Die Bedeutung der Schulleistungen bei Jugendlichen mit anorektischen Störungen (School Performance in Adolescents with Anorectic Disorders) . . 8
- SUESSE, T./MEYER, H.: Die „Kinderfachabteilung“ in Lüneburg: Tötung behinderter Kinder zwischen 1941 und 1945 (The "Spezialized Children's Department" in Lüneburg: The Killing of Handicapped Children between 1941 and 1945) 234
- WILKES, J./AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./MALL, W.: Motorische Entwicklungsstörungen und psychiatrische Diagnosen bei Sonderschülern (Motor Function Disorder and Psychiatric Diagnoses of Educationally Subnormal Children) 198
- WINTER, S./KNÖLKER, U.: Zum Berufsverständnis der Ärztinnen/Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in den alten Bundesländern (1990) (The Professional Concepts of Child and Adolescent Psychiatrists in Former West Germany) 208

Praxisberichte

- BARTH, R./WARREN, B.: Zur Förderung einer positiven Beziehung zwischen Eltern und Kind - ein Beratungsangebot für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Sydney (Fostering a Positive Relationship Between Parents and Child - A Counseling Service for Families with Infants in Sydney) 339
- HINRICHS, G./LANGKAMP, A.: Eine sozialpädagogisch orientierte Therapiestation in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (A Socio-Pedagogic Oriented

Therapeutic Ward in a Clinic for Child and Adolescent Psychiatry)	167	REITER-THEIL, S./EICH, H./REITER, L.: Der ethische Status des Kindes in der Familien- und Kinderpsychotherapie (The Ethical Status of the Child in Family and Child Psychotherapy)	14
KNOKE, H.: Teamsupervision in Kindertagesstätten (Team Supervision in Child Care Centers)	83	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (I) Begründung und Problematik der psychosomatischen Kooperation (The Role and the Task of Psychosocial Specialists Working in Pediatric Hospitals: (I) Motives and Problems of an Interdisciplinary Approach)	260
SARIMSKI, K.: Focussierte Beratung mit Müttern ehemaliger Frühgeborener (Focused Counseling for Mothers of Discharged Preterm Babies)	363	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (II) Psychosoziale Versorgung heißt Experimentieren (The Role and the Task of Psychosocial Specialists Working in Pediatric Hospitals: (II) There is no Good Psychosocial Care in Medical Settings without Improvisation)	299
SCHORNSTHEIMER, G.: Artefakt als kreatives Geschehen – eine Falldarstellung (Dermatitis Artefacta as a Creative Attempt to Conflict Solving)	78	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (III) Resümee (The Role and the Task of Psychosocial Specialists in Pediatric Hospitals: (III) Resume)	326
STREHLOW, U./KIRCHMANN, H.M.A./SCHÄFER, H.: Ein ungewöhnliches Zusammentreffen: Elektiver Mutismus und Syndrom des schlafgebundenen bioelektrischen Krampfstatus (ESES) (An Unusual Coincidence: Elective Mutism and Sleepbound Bioelectric Seizures (ESES))	157	VOLL, R.: Der Scham-Schuld-Sorge-Komplex bei Eltern von Kindern nach Schädel-Hirn-Trauma (The Shame-Guilt-Care-Complex of Parents of Children after Cranio-Cerebral-Trauma)	331
WERNITZNIG, H.: Stationäre Behandlung eines elektiv mutistischen Kindes – eine Fallstudie (Residential Treatment of a Prolonged Electively Mute Boy – A Case Study)	160	WIESSE, J.: Vom langen Abschied – Wege der Psychoanalyse in der Spätadoleszenz (The Long Good-Bye – Ways of Psychoanalysis in Late Adolescence)	171
Psychotherapie		Werkstattberichte	
WITTENBERGER, A.: Gegenübertragung als therapeutisches Instrument in der analytischen Kinderpsychotherapie (Countertransference as a Therapeutic Instrument in Analytical Child Therapy)	88	VERGHO, C./LOSSEN, H.: Familienberatung bei Trennung und Scheidung im Amtsgericht: das Regensburger Modell	345
Übersichten		WAGNER, A./WEGENER, M.: Adoption – eine unwiderrufliche Entscheidung	55
BAETHGE, G.: Ängste und unbewußte Phantasien in Adoptionsfamilien (Fears and Unconscious Phantasies in Adoptive Families)	49	Tagungsberichte	
BAUERS, B.: Die „dritte Beziehung“: Triangulierende Funktionen in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (The Third Relationship: The Triangulating Functions in Analytic Child and Adolescent Psychotherapy)	124	Grenzüberschreitungen in der Psychoanalyse – Arbeitstagung der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft e. V. vom 20.–23. Mai 1993 in Göttingen	348
BERGER, M.: Zur Entwicklung von Kindern nach reproduktionsmedizinischer Behandlung ihrer Eltern (Psychological and Child Psychiatric Aspects of Child Development After Their Parents had Undergone Medical Treatment of the Reproductive System)	368	10 Jahre Weiterbildungsseminar für Kinder-, Jugendlichen- und Familientherapie in Marburg	25
BRANIK, E.: Der psychosomatische Konsiliar- und Liaison-Dienst in der Pädiatrie (Psychosomatic Consultation-Liaison Service in Pediatrics)	373	Buchbesprechungen	
FEGET, J./GERWERT, U.: Qualitative Forschungsansätze im praxisnahen Einsatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (The Methodology of Qualitative Research and its Practical Use in the Child Psychiatric Study)	293	BASTINE, R. (Hrsg.): Klinische Psychologie, Bd. 2	224
HEEKERENS, H.-P.: Die Wirksamkeit des GORDON-Elterntraining (The Efficacy of Parent Effectiveness Training)	20	BERG, I.K.: Familien-Zusammenhalt(en). Ein kurztherapeutisches und lösungsorientiertes Arbeitsbuch	312
HUMMEL, P./ASCHOFF, W./BLESSMANN, F./ANDERS, D.: Sexuell aggressive Handlungen durch einen Jugendlichen mit Klinefelter-Syndrom (Sexually Aggressive Actions of a Youth with Klinefelter-Syndrome)	132	BRUNS, I.: „Ich hab die doch so lieb...“ Wenn ein Kind an Krebs erkrankt	351
KUSCH, M./VETTER, C./BODE, U.: Stationäre psychologische Betreuung in der pädiatrischen Onkologie: Konzept einer behandlungsbegleitenden Versorgung (On the Ward Psychological Care in the Pediatric Oncology: A Concept of Treatment-Accompanied Psychological Care)	316	BUNDSCHUH, K.: Heilpädagogische Psychologie	311
		CARDENAS, B.: Diagnostik mit Pfiffigunde	222
		CHILAND, E./YOUNG, E. (Eds.): New Approaches to Mental Health from Birth to Adolescence	222
		DE SHAZER, S.: Putting Difference to Work	218
		DOHMEN-BURK, R.: Gestörte Interaktion und Behinderung von Lernen	30
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 28	61
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 29	220

FABER, F.R./HAARSTRICK, R.: Kommentar Psychotherapie-Richtlinien	62	PETERMANN, F./LECHELER, J. (Hrsg.): Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter	29
FINGER-TRESCHER, U.: Wirkfaktoren der Einzel- und Gruppenpsychotherapie	64	PETILLON, H.: Das Sozialleben des Schulanfängers. Die Schule aus der Sicht des Kindes	352
FORSCHUNGSGRUPPE JUGENDHILFE KLEIN-ZIMMERN: Familiengruppen in der Heimerziehung. Eine empirische Studie zur Entwicklung und Differenzierung von Betreuungsmodellen	63	RAUCHFLEISCH, U.: Allgegenwart von Gewalt	308
GAEDT, C./BOTHE, S./HENNING, M. (Hrsg.): Psychisch krank und geistig behindert	383	RESCH, F.: Therapie der Adoleszentenpsychosen	29
GEHRING, T.-M.: Familiensystemtest (FAST)	355	ROSSMANN, P.: Depressionsdiagnostik im Kindesalter	28
GIRGENSOHN-MARCHAND, B.: Der Mythos Watzlawick. Eine Streitschrift gegen systemisches und konstruktivistisches Denken in pädagogischen Zusammenhängen	382	RUBIN, J.A.: Kunsttherapie als Kindertherapie	382
HIRBLINGER, H.: Pubertät und Schülerrevolte. Gruppenphantasien und Ich-Entwicklung in einer Schulklasse – eine Falldarstellung	308	SARIMSKI, K.: Interaktive Frühförderung. Behinderte Kinder: Diagnostik und Beratung	383
JANSEN, F./STREIT, U.: Eltern als Therapeuten. Ein Leitfaden zum Umgang mit Schul- und Lernproblemen	221	SCHAFFER, M.R.: ... und was geschieht mit den Kindern?	218
KOLIP, P.: Freundschaften im Jugendalter. Der Beitrag sozialer Netzwerke zur Problembewältigung	354	SCHARFWINKEL, U.: „Ich gehe jetzt in mein anderes Zuhause.“ Werden und Wachsen in einer Kinderklinik	351
Lieb, H./Lutz, R. (Hrsg.): Verhaltenstherapie	353	SOLNIT, J.A./NEUBAUER, P.B. (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child, Vol. 46	92
LUDEWIG, K.: Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis	219	STEINHAUSEN, H.-C. (Hrsg.): Hirnfunktionsstörungen und Teilleistungsschwächen	311
MASSING, A./REICH, G./SPERLING, E.: Die Mehrgenerationen-Familientherapie	225	STIERLIN, H.: Von der Psychoanalyse zur Familientherapie	30
MISCHNICK, H./ROSSBACH, M.: Das Sexualverhalten Jugendlicher unter der Bedrohung von AIDS	62	VAN DEN BROEK, J.: Verschwiegene Not: Sexueller Mißbrauch an Jungen	352
MOHR, P.: Jürgen Bartsch: Opfer und Täter. Das Selbstbild des Kindermörders in Briefen	31	WIESSE, J. (Hrsg.): Chaos und Regel. Die Psychoanalyse in ihren Institutionen	220
MORDIER, J.P.: Die Latenzzeit der französischen Psychoanalyse 1895–1926	351	WITTE, E.H./KESTEN, I./SIBBERT, J.: Trennungs- und Scheidungsberatung	309
MUSSEN, P.H./CONGER, I.J./KAGAN, I./HUSTON, A.C.: Lehrbuch der Kinderpsychologie, Bd. 1	312	ZUSCHLAG, B.: Das Gutachten des Sachverständigen. Rechtsgrundlagen, Fragestellungen, Gliederung, Rationalisierung	64
MÜLLER, A.: Kommunikation und Schulversagen. Systemtheoretische Beobachtungen im Lebensfeld Schule	28		
NIENSTEDT, M./WESTERMANN, A.: Pflegekinder: Psychologische Beiträge zur Sozialisation von Kindern in Ersatzfamilien	59	Editorial 232, 273	
OTTO, H.U./FLÖSSER, G. (Eds.): How to Organize Prevention	311	Mitteilungen der Herausgeber 350	
		Autoren der Hefte 27, 57, 92, 139, 171, 215, 266, 306, 350, 379	
		Diskussion/Leserbriefe 27	
		Zeitschriftenübersicht 58, 139, 216, 306, 380	
		Tagungskalender 33, 65, 102, 145, 182, 226, 269, 314, 356, 382	
		Mitteilungen 33, 66, 102, 146, 183, 226, 270, 385	

Stationäre Behandlung eines elektiv mutistischen Kindes – eine Fallstudie

Hannelore Wernitznig

Zusammenfassung

Dokumentiert wird der Fall eines 10jährigen, elektiv mutistischen Buben, der seit mehr als vier Jahren mit allen Personen außerhalb des engsten Familienkreises beharrlich schwieg und allen ambulanten Interventionen widerstanden hatte. Im Rahmen einer stationären Aufnahme konnte sein Sprech- und Kontaktverhalten innerhalb kurzer Zeit (zwei Monate) weitgehend normalisiert werden und es gelang, ihn in seiner früheren Schulklasse zum Sprechen zu bringen. Aufgezeigt wird die Vielschichtigkeit möglicher Ursachen, die die Entstehung einer mutisti-

schen Störung begünstigten, die Reaktionen der Umwelt, die die Symptomatik verstärkten und mögliche Bedeutungen des Symptoms im Familiensystem. Das Behandlungskonzept (eine Kombination von systemischen und verhaltenstherapeutischen Maßnahmen) wird dargelegt.

1 Einleitung

1.1 Zum Begriff „Mutismus“

Als „Mutismus“, einer in der Praxis selten anzutreffenden Störung, wird in der Literatur übereinstimmend das

vollständige Nichtsprechen bei Menschen, die über eine weitgehend abgeschlossene Sprachentwicklung und die physiologische Funktion der Sprechwerkzeuge verfügen, beschrieben.

Im Unterschied zur (noch) normalen Sprechschüchternheit von Kleinkindern gegenüber fremden Erwachsenen ist Mutismus nach TRAMER (1934) ein pathologisches Sprechverhalten, bei dem das Kind die bereits mehr oder weniger entwickelte Sprache entweder plötzlich oder sukzessiv als Kontaktmittel zur Umwelt ablehnt.

Große Uneinigkeit herrscht bei Definitionen bzw. Klassifikationsversuchen, die über eine phänomenologische Beschreibung hinausgehen. Die uneinheitliche Betrachtung, die unterschiedlichen Sichtweisen der jeweiligen Fachrichtungen erschweren vergleichende Studien. Auf eine Auflistung der theoretischen Positionen und differential-diagnostischen Abgrenzung wird in diesem Rahmen verzichtet; eine übersichtliche Darstellung und Diskussion findet sich bei HARTMANN (1991).

Mit Sicherheit kann man sagen, daß Mutismus ein Symptomkomplex ist, der wesentlich mehr beinhaltet als eine totale oder partielle Sprechverweigerung. Das Schweigen ist nur das vordergründige Symptom einer tiefgreifenden psychischen Störung. Die angegebene Dauer mutistischer Verhaltensweisen variiert von wenigen Tagen bis (in seltenen Fällen) zu Jahren. Ebenso vielfältig wie das Erscheinungsbild sind die möglichen Ursachen dieser Störung. Ein einzelner auslösender Faktor (Schock) ist eher die Ausnahme und hält auch nicht immer einer genaueren Überprüfung stand. Nach SPIELER (1944, S.72f.) ergaben nähere Nachforschungen meist, daß sich das Schweigen allmählich entwickelt hatte. Als Ursachen werden vor allem somatische, psychische, dispositionelle und Milieufaktoren genannt; häufig liegen dem Mutismus auch sprachliche Defizite zugrunde. Bei einem relativ hohen Prozentsatz untersuchter Patienten konnte eine frühkindliche Hirnschädigung nachgewiesen werden (HARTMANN, 1991, S.6).

1.2 Elektiver Mutismus

Der Begriff ‚elektiver Mutismus‘ geht ebenfalls auf TRAMER (1934) zurück, der damit das partielle Schweigen gegenüber einem unbewußt ausgewählten, fest umschriebenen, meist fremden Personenkreis bezeichnet.

Die Unterscheidung zwischen einer noch „normalen“ Sprechschüchternheit und einem sich manifestierenden Mutismus ist in der Praxis nicht immer leicht. Die Problematik wird den Eltern erst allmählich bewußt, wenn ihre Kinder mit dem Kindergarten oder der Schule konfrontiert sind. Die Notwendigkeit einer Therapie des Kindes oder der Familie wird oft lange nicht wahrgenommen, weil die Eltern begrifflicherweise die Ursachen der Störung in den äußeren Umständen (d.h. in den genannten Einrichtungen) vermuten.

1.3 Ist Schweigen überhaupt ein Symptom?

Wem schadet es, wenn ein mutistisches Kind mit bestimmten Personen nicht spricht?

Wesentlich für Eltern und Therapeuten scheint mir die Erkenntnis, daß das Schweigen nach einer gewissen Zeit keineswegs mehr freiwillig ist, sondern eine Eigendynamik entwickelt. Je länger es anhält, desto unmöglicher ist es zu durchbrechen.

Beim Mutismus handelt es sich „nicht um eine, wie ... vom Laien häufig vermutete, Trotzreaktion des Kindes...“, d.h. um eine dem freien Willen unterliegende Verhaltensweise, sondern um eine psychische Störung, die u.a. durch starke Affekte, traumatisch wirksame Ereignisse sowie durch eine Nichtverarbeitung schwerer seelischer Konflikte verursacht sein kann“ (HARTMANN, 1991, S.2).

Wird Mutismus dagegen als „Wahlschweigen“, als „Sprechverweigerung“, d.h. als freie Willensentscheidung zum Nichtsprechen mit einem bestimmten Personenkreis definiert, impliziert dies, daß kein Leidensdruck und daher auch kein Therapiebedarf besteht. Der Leidensdruck hinter einer mutistischen Störung wird leicht verkannt. Es scheint, als sei Verstummen keine günstige Problemlösungsstrategie, weil es das Leid dahinter nicht adäquat sichtbar (bzw. hörbar) macht.

Bei verwandten Störungen wie Essens- oder Schulverweigerung bin ich – im Gegensatz zum Mutismus – nie auf die Frage gestoßen, ob ein therapeutisches Eingreifen erforderlich oder gar zu rechtfertigen sei. Das drohende Verhungern eines an Anorexia nervosa Erkrankten etwa oder die dramatische Trennungsszene eines Kindes mit Schulphobie mit dem spektakulären Ausdrucksmittel einer psychosomatischen Reaktion lassen wenig Raum für solche therapeutische Skrupel. Der Leidensdruck wird hier deutlicher als beim Schweigen, das sehr verunsichernd auf alle Betroffenen (Eltern und Therapeuten) wirkt. Die Gefahr von Gegenübertragungen ist besonders groß; man kann vieles in dieses Schweigen hineininterpretieren. (Vielleicht gibt es gerade deshalb derartige Unterschiede bei den Definitionen und Analysen des Phänomens.)

Elektiv mutistische Kinder als nicht therapiebedürftig einzustufen, hieße, sie mit ihren Problemen und Ängsten alleinzulassen. Durch ihr Schweigen schaden sie sich – trotz eines vordergründigen Krankheitsgewinns – in erster Linie – selbst. Alle mir bekannten Kinder mit dieser Störung litten an ihrem Anderssein (Außenseitertum). Sie mußten unwidersprochen hinnehmen, daß sie selbst schuld seien, wenn sie nicht sprächen. Es waren durchweg Kinder mit massiven Ängsten und großer Unsicherheit im Sozialkontakt. Dabei entstehen soziale Defizite, weil sie zwischenmenschlichen Kontakten oft ausweichen und sich nicht verbal verständlich machen können, Insuffizienzgefühle, weil sie häufig für dumm gehalten werden, und schließlich auch intellektuelle Defizite, da Sprache das wichtigste Mittel zum Wissenserwerb darstellt. Jahrelanges Schweigen erfordert zudem eine unge-

heure psychische Energie, die auf Kosten anderer Bereiche geht.

Die Beobachtung, daß es Betroffene gibt, die nach jahrelangem Schweigen ohne Therapie spontan wieder zu reden begannen, spricht nicht gegen eine frühzeitige Therapie, weil Schweigen ja nur das vordergründige Symptom der Störung ist. Die Jahre, in denen das Kontaktverhalten schwer gestört ist, hinterlassen mit Sicherheit Spuren in der Persönlichkeit. Wenn also ein Betroffener zu sprechen beginnt, heißt dies nicht unbedingt, daß die zugrundeliegende Störung behoben ist. Womöglich hätten durch eine rechtzeitige Therapie viele sekundäre Folgen verhindert werden können.

Die folgende Fallstudie zeigt, wie komplex die Symptomatik ist und wie viele unterschiedliche Faktoren die Manifestation eines Mutismus begünstigen können. Dementsprechend weit ist das Feld der möglichen therapeutischen Ansatzpunkte. Es werden Behandlungsmöglichkeiten und ein therapeutischer Kontext aufgezeigt, die sich in diesem speziellen Fall bewährt haben. Verallgemeinerungen sind nicht möglich. Ein Therapieplan kann immer nur nach einer genauen Analyse der Zusammenhänge des jeweiligen Falls und im Rahmen der Möglichkeiten des Therapeuten erstellt werden.

1.4 Ambulante versus stationäre Behandlung

Wie bereits erwähnt, ist die Behandlung eines manifesten Mutismus schwierig und dauert – mit unterschiedlichem Erfolg – oft jahrelang. In jedem Fall ist zu beachten, daß der direkte Versuch, ein mutistisches Kind zum Sprechen zu bringen, die innere Blockade und damit die Symptomatik verstärkt (HARTMANN, S.15). In der Literatur verweist der Großteil der Autoren, gleich welcher Fachrichtung, auf die therapeutische Wirksamkeit eines Milieuwechsels, um den Einfluß des symptomhaltenden Umfeldes (Elternhaus, Schule u.a.) so weit wie möglich auszuschalten.

Nach ASPERGER (1968, S.245) geben mutistische Kinder ihr Schweigen in einer Gruppe von Gleichaltrigen eher auf als in einer anderen Umgebung, was ebenfalls für eine stationäre Behandlung spricht.

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. Auf einen Ausweichmechanismus gegenüber der Therapie deutet auch, daß der mutistische Bub zu den Therapiesitzungen häufig den Bruder oder einen Freund („Hilfs-Ich“) mitbrachte.

In diesem Fall wäre ich die vierte ambulante Therapeutin gewesen, war mir nicht sinnvoll erschienen. Daher wurde meinerseits nur eine stationäre Behandlung angeboten.

2 Falldarstellung

2.1 Vorstellungskontext

Der zu Beginn der stationären Behandlung 10;2 Jahre alte Kemal, ein in Österreich geborener Bub türkischer Herkunft (Moslem), wurde auf Ersuchen der damals behandelnden Psychotherapeutin mit der Bitte um Übernahme des Falles vorgestellt. In den ca. 1 1/2 Jahren der ambulanten Therapie hatte Kemal zwar einen guten non-verbalen Kontakt zur Therapeutin aufgebaut, verkehrte schriftlich mit ihr und genoß die Spielsitzungen offensichtlich; auf verbaler Ebene war aber seit Monaten kein Fortschritt zu verzeichnen gewesen. Die angebotene stationäre Aufnahme kam (wohl vor allem wegen des Widerstandes des Bubens) erst 14 Monate später zustande; in der Zwischenzeit waren mit dem gleichen Ergebnis noch zwei weitere Therapeuten eingeschaltet worden. Nun stand der Übertritt in die Hauptschule bevor und die Eltern befürchteten, Kemal könne nicht mehr beurteilt und in die Sonderschule überwiesen werden.

Entsprechend unseren Aufnahmegepflogenheiten wurde eine Aufenthaltsdauer von ca. 2 Monaten (ein Turnus) vereinbart. Pro Turnus werden etwa 12 Schulkinder aufgenommen, die in einem Internatsbetrieb leben, die intern angegliederte Schule besuchen, an den Wochenenden nach Hause fahren und einmal wöchentlich besucht werden können.

2.2 Symptomatik zur Zeit der Aufnahme

Seit seiner Einschulung vor fast vier Jahren hatte der Bub weder während des Unterrichts noch in den Pausen oder den Therapiestunden jemals ein Wort gesprochen. Niemand dort kannte seine Stimme.

Zuhause redete er mit allen Familienmitgliedern türkisch; am wenigsten sprach er mit seinem Vater. Mit zwei sehr guten Bekannten der Familie sprach er das Allernotwendigste. Er ging allein in Geschäfte einkaufen (wo er deutsch gesprochen haben muß) und redete mit unbekanntem Kindern auf dem Spielplatz, wenn kein Bekannter anwesend war. Seine Sprechhemmung beschränkte sich nicht auf die deutsche Sprache; auch mit seinen Verwandten in der Türkei sprach er bei gelegentlichen Besuchen kein Wort. Niemand konnte beurteilen, wie gut er Deutsch sprach. Daß er die Sprache passiv relativ gut beherrschte, war an seinen adäquaten Reaktionen und den guten bis durchschnittlichen Schulleistungen festzustellen. Laut Bericht seiner Lehrerin, die ihn von der ersten Klasse an betreute, war Kemal ein guter Schüler mit einem wachen Verstand und diszipliniertem Verhalten im Unterricht.

Zuhause war Kemal dagegen sehr anstrengend und ungezügelt bis hyperaktiv. Seine Schwestern beschrieben sein Verhalten der Mutter gegenüber als extrem tyrannisch. Sein Rededrang war kaum zu bremsen. Auf dem Fahrrad gefährdete er sich selbst und erlitt mehrere Unfälle (ein Armbruch). Der Vater hielt es für zu gefährlich, ihm wieder ein Fahrrad zu kaufen.

Neben dem Mutismus und der Kontaktscheu zeigte Kemal phobische Ängste vor Katzen, Spinnen und Spritzen; er war auch zu keinem Zahnarztbesuch zu bewegen. Dazu kam ein (vermutlich primäres) nächtliches Einnässen ohne organische Ursache. (Auch der Vater war bis zum 14. Lebensjahr Bettnäasser und hatte ebenfalls eine Spritzenphobie.)

2.3 Anamnese

2.3.1 Familienanamnese

Kemal ist das dritte von vier Kindern einer türkischen Familie, die seit mehr als 15 Jahren in Österreich wohnt. Die Schwestern sind 6 bzw. 2 Jahre älter, der jüngere Bruder 3 Jahre jünger als der Patient. Die Eltern sprachen und verstanden nur wenig deutsch, konnten es weder schreiben noch lesen. Es bestand keinerlei Kontakt zu österreichischen Familien. Im Elternhaus wurde nur Türkisch gesprochen. Der Vater war als Hilfsarbeiter Alleinverdiener; die finanzielle Lage war sehr beengt, die Kinder gegenüber ihren österreichischen Mitschülern materiell benachteiligt.

Vom Wesen her war Kemal seinem Vater ähnlich, der schnell aufbraute und zu Bruchialgewalt neigte. Dieser hatte selber in der Schule jahrelang nur das Allernotwendigste gesprochen und hatte immer noch mutistische Phasen, wo er in der Familie tagelang nicht sprach. Die Beziehung zwischen Kemal und seinem Vater war eher gespannt. (LORAND [1960] und KURTH [1972] verweisen darauf, daß die Beziehung schweigender Kinder zu ihren Vätern teilweise von Abneigung oder Furcht vor körperlicher Züchtigung geprägt ist.)

2.3.2 Patientenanamnese

Die Mitteilungen der Eltern waren ungenau und widersprüchlich (was durch die Übersetzung noch verstärkt wurde): Soweit beobachtet, waren Schwangerschaftsverlauf, Geburt und Kleinkindentwicklung (abgesehen vom Einnässen, das noch immer bestand) unauffällig. Mit drei Jahren konnte Kemal angeblich gut sprechen. Im Kontakt war er schon immer unsicher und ängstlich; Körperkontakt war ihm eher unangenehm. In der Erziehung war er von Anfang an schwieriger als die anderen Kinder, was mit dem extrem verwöhnenden Erziehungsstil der Mutter ihrem erstgeborenen Sohn gegenüber zusammenhängen könnte. Kemal wurden – im Gegensatz zu den Mädchen – keinerlei Grenzen gesetzt. (In der Literatur wird wiederholt auf eine pathogene Mutter-Kind-Beziehung, besonders auf eine überbehütende Haltung der Mutter verwiesen, vgl. z. B. WEBER [1950].)

Über den Zeitpunkt der beginnenden Sprechverweigerung konnten die Eltern keine genauen Angaben machen; dem Eindruck nach setzte sie einige Zeit nach der Geburt des Bruders ein, auf die er in keiner Weise vorbereitet wurde. Durch den Bruder verlor er seine besondere Position als einziger Sohn, hatte plötzlich einen Rivalen und stand nicht mehr im Mittelpunkt der Familie. Im Lauf der nächsten Jahre wurde Kemal in vielen Bereichen sogar vom jüngeren Bruder eingeholt. Dieser war umgänglich und kontaktfreudig, nähte nicht ein und wurde in der Vorschule der Klassenbeste. Der Bruder wurde immer mehr zum „Vorzeigekind“, Kemal immer mehr zum „Problemkind“ der Familie.

Anders als die Schwestern besuchte Kemal nicht einen Kindergarten, weil die Mutter nicht mehr berufstätig war. Die Fixierung auf die Mutter wurde dadurch noch verstärkt. Bis zum Schuleintritt hatte er so gut wie keinen Kontakt zu Kindern außerhalb der Familie, weil er lieber bei der Mutter war, als allein auf den Spielplatz zu gehen. Er sprach im Gegensatz zu den Mädchen der Familie kein Deutsch. Zum Zusammenhang von Kindergartenbesuch und Mutismus vgl. WASSING, 1973; RÖSLER, 1981.

Das Trauma des Schuleintritts war in dieser Konstellation fast vorprogrammiert. Vermutlich hatte man ihm die Schule in den leuchtendsten Farben geschildert, um ihn überhaupt zum Schulbesuch zu bewegen. Die damit verbundene unvermittelte Loslösung von der Mutter bewirkte Trennungängste. Kemal war plötzlich auf sich allein gestellt in einer fremden, angstmachenden Umgebung, in der er sich nicht verständigen konnte. Die Lehrerin

beschrieb die ersten Schultage als extrem dramatisch. Man konnte das Schreien des Buben im ganzen Schulhaus hören. (Damals gab er also noch phonetische Laute von sich!)

Eine Woche lang bedurfte es der ganzen Familie, ihn in die Schule zu bringen. Das zweitälteste Mädchen, das dieselbe Schule besuchte, wurde häufig zum Übersetzen aus dem Unterricht geholt, was ihr sehr unangenehm war. (Zwischen ihr und Kemal bestand eine große Rivalität, die sich noch verstärkte, als sie ins Gymnasium kam.) Die Mutter blieb diesmal konsequent, weil sie wußte, daß Kemal nicht mehr in die Schule gegangen wäre, hätte sie ihm einmal nachgegeben. Nach einer Woche hatte er sich auf die Schulsituation eingestellt, zeigte aber verstärkt Angst, als erwogen wurde, ihn in eine Parallelklasse zu versetzen, in der ein türkischer Junge war.

Die unmittelbare Konsequenz auf sein Verhalten (Angst, Schweigen) war vermehrte Zuwendung. Ungewollte Nebenwirkung war, daß sein unerwünschtes Verhalten positiv verstärkt und immer mehr fixiert wurde. Kinder und Erwachsene nahmen Rücksicht auf ihn; seine Besonderheit hatte ihm eine besondere Stellung in der Klasse (womöglich sogar in der Schule) verschafft. Die anderen Kinder berücksichtigten seine Wünsche und nahmen ihm das Sprechen ab. Er war kaum mit Konsequenzen seines Schweigens konfrontiert. Kemal war von Anfang an gut in die Gemeinschaft integriert, hatte aber bis zur zweiten Klasse große Hemmungen, sich an bestimmten Gruppenspielen zu beteiligen. (Aus dem Bericht der Lehrerin: „... Kemal macht immer mit, spätestens dann, wenn ihn die Kinder darum bitten.“) Wenn er etwas mitteilen wollte, schrieb er es auf oder die Kinder errieten seine Wünsche.

Man könnte auch sagen, er hatte in der Klassengemeinschaft die besondere Rolle, die er Zuhause verloren hatte, wieder er kämpft. Er erhielt durch sein Schweigen mehr Aufmerksamkeit, als durch jedes gesprochene Wort. Ein weiterer unbewußter Mechanismus hinter seinem Schweigen war wohl auch, seine sprachlichen Defizite unkontrollierbar zu machen.

Ursprünglich hatte man gehofft, daß sich Kemals Mutismus nach der Eingewöhnung geben würde, was aber nicht der Fall war. In dem Maß, in dem Kemals Verhalten zum Problem wurde, versuchten die Eltern, ihn von diesem Verhalten abzuschrecken, indem sie ihm die möglichen schrecklichen Konsequenzen (Sonderschule, Nervenklinik, stationäre Aufnahme im Institut für Heilpädagogik, Abschiebung zu den Verwandten in die Türkei) aufzeigten. Dadurch wurde seine Angst immer größer und die Symptomatik manifestierte sich immer mehr.

Ein weiteres schweres Trauma, das er nur unter starker affektiver Erregung mitteilen konnte, als er wieder zu sprechen begonnen hatte, war seine Beschneidung mit 7 Jahren im Haus der Großeltern in der Türkei. Wieder war Kemal in keiner Weise darauf vorbereitet worden, was ihn in den „Ferien“ erwartete. Die Eltern befürchteten nicht zu Unrecht, daß er in Kenntnis davon gar nicht mitgefahren oder während der Reise weggelaufen wäre.

Erst am Tag seiner Beschneidung erfuhr Kemal durch eine Indiskretion der Schwester, was man mit ihm und seinem Bruder vorhatte. Die Kinder versteckten sich und mußten gewaltsam zum Arzt geschleppt werden, der ins Haus gekommen war. Um Kemal zu beruhigen und ihm vor Augen zu führen, daß er nichts zu befürchten hätte, wurde der jüngere Bruder zuerst beschnitten. Kemal mußte zusehen, wie man diesem die Beine festhielt, die Betäubungsspritze gab und die Vorhaut entfernte, die dann der Katze zum Fraß vorgeworfen wurde. (Man denke an seine Angst vor Spritzen, Katzen und Ärzten!)

Bis Kemal an die Reihe kam, dürfte seine Angst ins Unermeßliche gestiegen sein. Nachdem ihm die Flucht nach außen verwehrt war, blieb ihm wohl nur mehr die Flucht nach innen, wo

ihn kein Schmerz mehr erreichen konnte – der psychische Totstellreflex.

Aus medizinischer Sicht spürt ein Kind bei diesem Eingriff nicht mehr als bei einer Warzenentfernung. Aus psychologischer Sicht hat die vorausgegangene Täuschung, die Kastrationsangst jenes Augenblicks (auf dem Höhepunkt der ödipalen Phase), das Gefühl, ein wehrloses Opfer zu sein, sein Urvertrauen schwer beeinträchtigt und seine Einstellung zu seinen Mitmenschen auf Jahre hinaus geprägt. Wie sollte Kemal nach diesen Erfahrungen in neuen, unbekanntenen Situationen noch beschwichtigenden Versicherungen glauben können, daß er nichts zu befürchten habe?

2.3.3 Systemische Überlegungen zum familiären Kontext und mögliche Bedeutungen des Symptoms

Die Eltern waren trotz ihres langjährigen Aufenthaltes in Österreich in keiner Weise integriert. Sie hatten ihre alte Heimat aufgegeben und keine neue gefunden, lebten völlig abgekapselt in ihrer kleinen türkischen Oase der eigenen vier Wände mit dem Traum einer besseren Zukunft für die Kinder und der heimlichen Angst, daß diese selbst zu Fremden werden könnten. Alle Kinder, außer dem erstgeborenen Sohn Kemal, fanden sich aber in diesem Niemandsland zwischen zwei Kulturen (zumindest bis zu diesem Zeitpunkt) gut zurecht. Möglicherweise wurde von Kemal unbewußt erwartet, daß er der künftige Bewahrer der türkischen Tradition sein würde, daß wenigstens er kein Österreicher werden sollte.

Ohne daß es besonders aufgefallen wäre, verhielten sich die Eltern ebenfalls elektiv mutistisch. Sie sprachen nur mit einem sehr eng begrenzten Personenkreis von Türken außerhalb der Familie und lernten die deutsche Sprache nicht. Vor dem Hintergrund ihrer eigenen Isolation hob sich Kemals allmählicher Rückzug in sich selbst nicht genügend ab, um bemerkt zu werden. Was konnte ihnen natürlicher erscheinen als seine Scheu vor einer Umwelt, die sie selbst als feindlich erlebten? Dieses Verhalten war für sie problemlos, bis die Schule Kemals Verhalten als Kontaktstörung definierte und verlangte, daß die Familie etwas dagegen unternehmen sollte.

Natürlich machten sie sich dann große Sorgen um die Schullaufbahn und weitere Zukunft des Buben und verwandten ihr ganzes Erziehungsrepertoire darauf, ihn zum Sprechen zu bringen. Irgendwann hatten sie aber jede Hoffnung auf eine Änderung aufgegeben. Zu uns kamen sie nicht aus innerer Überzeugung, sondern auf Druck der Schulbehörde, dem sie sich nicht zu widersetzen wagten. Solange sie zu den Sitzungen gingen bzw. das Kind hinschickten, würde man sie als kooperative Eltern einstufen und sie waren erst einmal sicher vor einem behördlichen Zugriff (Sonderschuleinweisung). Wenn auch bei dieser Behandlung kein Ergebnis sichtbar werden würde, dann läge die Schuld nicht bei ihnen, sondern beim Therapeuten.

Wenn sie sich also bei der Erstvorstellung überhaupt etwas von uns erhofften, dann war es ein „heilsamer“ Schock für den Buben. Kemal sollte vor Augen geführt werden, wo er enden würde, wenn er nicht endlich zu sprechen anginge.

2.4 Befunde

2.4.1 Somatische Befunde

Beim Vorhalteversuch auffallend starkes Grimassieren und deutliche choreatiforme Unruhe, jedoch keine Dysdiadochokinese; allerdings leichte assoziierte Mitbewegungen; ein- und beidbeiniges Hüpfen nicht optimal koordiniert; keine pathologischen Bewegungsmuster. Vom Verhalten her sehr kooperativ, reagierte

er prompt auf verbale Aufforderungen, aber praktisch kein Blickkontakt und keinerlei sprachliche Äußerungen.

2.4.2 Psychometrische Befunde

Nach dem sprachfreien CFT 1 formal durchschnittliche Begabung (IQ = 110). Ein HAWIK wurde versucht, scheiterte aber daran, daß komplexere Fragestellungen nicht verstanden wurden und Kemal Begriffsfindungsstörungen und Schwierigkeiten im sprachlichen Ausdruck hatte. (Er beherrschte die deutsche Sprache bis dahin nur auf dem Papier.) In Sceno kam es durchweg zu aggressivem Ausagieren (Kopf der Puppe wurde ins Klo gesteckt, der „Arzt“ untersuchte verschiedene Tiere äußerst rücksichtslos etc.). Auch mit den Handpuppen war Kemal zu keinem kreativen Spiel, nur zu wildem Ausagieren fähig. Ein TAT wurde versucht, auch um seine sprachliche Ausdrucksfähigkeit zu testen. Er erzählte einfallsarm, konnte kaum eine Geschichte kohärent beenden. Sein Mißtrauen gegen Menschen deutete sich an; sie seien oft ganz anders, als sie sich darstellen. Zentrales Thema war der Wunsch, reich zu sein und Anerkennung zu finden.

2.5 Diagnose

Bei Kemal bestand seit mehr als vier Jahren ein manifester, elektiver Mutismus mit extremer Kontaktscheu. Er gab vor Fremden keinerlei phonetische Äußerung von sich (weder beim Husten, Niesen oder Weinen), zeigte in solchen Situationen eine völlig verkrampfte, introvertierte Körperhaltung, die wie ein Totstellreflex wirkte, oder er flüchtete unter ein Möbelstück. Körperkontakt (Händedruck) war ihm sichtlich unangenehm, ein Blickkontakt nicht möglich. Hinzu kamen phobische Ängste (vor Katzen, Spinnen, Spritzen, Ärzten etc.) und eine (vermutlich) primäre Enuresis nocturna. (Bezüglich des Einnässens, des Mutismus und der Spinnenphobie gab es Hinweise auf familiäre Dispositionen.)

Weiterhin bestanden diskrete Störungen der Psychomotorik, eine starke motorische und mimische Unruhe, serielle und intermodale Schwächen sowie Störungen in den Bereichen Körperschema/Raumorientierung und (soweit wegen der türkischen Muttersprache beurteilbar) eine leichte sprachliche Schwäche.

2.6 Verlauf der Therapie

Die Therapie erstreckte sich über 8 Wochen vollstationären Aufenthalt mit täglicher Einzeltherapiestunde. Nach den Sommerferien (vor Übertritt in die Hauptschule) wurde Kemal noch zwei Wochen teilstationär betreut.

2.6.1 Verhalten in der Eingewöhnungsphase

In den ersten beiden Wochen war Kemal völlig stumm. Er gab auch bei heftiger Erregung keinen Laut von sich (weder beim Lachen noch beim Weinen, Husten oder Niesen). Bei jeder sozialen Hervorhebung erstarrte er völlig und verkroch sich in sich selbst. Seine Muskeln waren wie ein körpereigener Panzer, völlig verkrampft, die Füße nach innen verdreht, die Schultern hochgezogen. In extremen Streßsituationen verkroch er sich unter einem Möbelstück oder er flüchtete für kurze Zeit aus dem Zimmer, kam aber nach wenigen Minuten von selbst wieder zurück. Er zeigte ständig ein stereotypes, maskenhaftes Lächeln und ticartige mimische Abläufe ohne Blickkontakt.

Er hatte aber recht gute soziale Strategien, um von Kindern und Erwachsenen akzeptiert zu werden, war hilfsbereit und verlässlich, ein aufgeweckter Spielpartner, der seine Wünsche mit Gebärdensprache unmißverständlich ausdrücken konnte. Wenn er etwas haben wollte, beachtete er ein etwaiges Verbot nicht, sondern holte sich einfach das Gewünschte. Dabei konnte er äußerst hartnäckig sein und machte nur langsam Erfahrungen. Er mußte erst mit einigen pädagogischen Grundregeln vertraut gemacht werden. Im Garten und Hallenbad tobte er dagegen bis zur Erschöpfung, war schnell überdreht und nur mehr schwer zu bremsen. Um ihm ein Einnässen vor den anderen Kindern zu ersparen, wurde er regelmäßig mit Erfolg geweckt. Auffällig war, daß er fast nicht wachzukriegen war und keinerlei Habitualisierung eintrat. Seine Körperwahrnehmung war (nicht nur) im Schlaf erheblich blockiert.

Insgesamt schien er sich bald wohlzufühlen; es gab nach den Wochenenden keine Trennungsprobleme. Die anderen Kinder wußten anfangs nicht, was sie von Kemal halten sollten. Sie fragten, ob er taubstumm oder was sonst mit ihm los sei. Sie begannen für ihn zu sprechen, was wir soweit wie möglich zu unterbinden versuchten.

2.6.2 Verhaltensregeln für das Betreuersteam

Einerseits sollte eine ermutigende, angstfreie Atmosphäre geschaffen werden, andererseits konnte zuviel Entgegenkommen die Symptomatik verstärken. Es wurden daher folgende Verhaltensrichtlinien aufgestellt:

- 1) *Kemal wird von niemandem direkt zum Sprechen aufgefordert.* Reden soll kein Machtkampf werden, den wir unweigerlich verlieren. Erklärung auf Fragen der Kinder auf Station: Er kann nicht reden!
- 2) *Es gibt keinen Schriftverkehr mit Kemal* (Ausnahmen möglich). Kein Nest schaffen, in dem alle sich damit abfinden, daß er nicht spricht. Er soll, soweit vertretbar, mit Konsequenzen des Nichtsprechens konfrontiert werden.
- 3) *Niemand* (weder Kind noch Erwachsener) *spricht für Kemal.* Ihn nicht als „armes Kind“ sehen, das vor den Folgen seines Schweigens geschützt werden muß (Mißverständnisse sind erlaubt).
- 4) *Es besteht eine Absprache mit den Eltern, daß sie weder Kemal selbst noch die Betreuer fragen, ob er schon spricht.* Sein Sprechverhalten ist absolutes Tabuthema. (Der Erwartungsdruck soll minimiert werden.)

2.6.3 Therapeutische Strategien

Die erste Therapiephase (Einzeltherapie und Familiengespräche) hatte zum Ziel, dem Schweigen eine neue Bedeutung zu geben, die geeignet war, den Widerstand des Kindes gegen seine Sprechhemmung zu wecken und es damit für eine Therapie zu motivieren. In Anlehnung an WHITE/EPSTON (1990) wurde Kemals Verhalten als Babyverhalten interpretiert. Offensichtlich sei es derzeit noch zu schwierig für ihn, mit den Dingen zurechtzukommen, mit denen ein Zehnjähriger sonst zu tun hat (Wünsche

äußern, fragen, handeln etc.). Das sei völlig in Ordnung und allein seine Sache. Schließlich könne nur Kemal selbst wissen, ob er lieber ein Baby bleiben oder ein Mann werden wolle. Nur er könne den Zeitpunkt bestimmen, wann (und ob überhaupt) er erwachsen werden möchte. Wir würden seine Entscheidung respektieren. Er sollte uns nur (ausnahmsweise schriftlich) mitteilen, wofür er sich entschieden habe, wir würden ihn dann entsprechend seiner Entscheidung behandeln. (Die gleiche Botschaft war Inhalt eines therapeutischen Märchens.) Wie erwartet, entschloß sich Kemal ohne Zögern dafür, ein „richtiger Mann“ zu werden.

Schon nach wenigen Tagen zeigte sich ein erster Erfolg dieser Strategien. Kemal versuchte schriftlich mit mir zu verhandeln. Ich sollte den Kindern klarmachen, daß er durchaus sprechen könnte. Ich lehnte ab und bezweifelte, daß er tatsächlich schon reif genug dafür sei.

In der zweiten und dritten Therapiephase stand ein verhaltenstherapeutisches Konzept im Vordergrund. (Die Familiengespräche waren wenig ergiebig, da immer ein Familienmitglied als Übersetzer fungierte. Meist wurde nicht wörtlich übersetzt, sondern interpretiert. Bei „gefährlichen“ Fragen begannen alle Türkisch zu sprechen; die „erlaubte“ Antwort, auf die sich alle geeinigt hatten, wurde übersetzt.)

Nicht mehr Kemals Schweigen sollte durch liebevolles Eingehen verstärkt werden, sondern seine „Mutproben“, in denen er beweisen konnte, daß er kein Baby mehr war. Es wurde eine Liste über „männliche“ Verhaltensweisen angelegt und kleine Fortschritte mit Verstärkern belohnt. Häufigkeit und Reihung der „Mutproben“ konnte Kemal selbst bestimmen. Als hilfreich erwiesen sich neben den Verstärkern (Spiele, Taschengeld)

- der Einsatz eines Tonbandgeräts
- körperliches Kräfteressen: Sieger war, wer dem anderen den Arm auf die Tischplatte drücken konnte. Wenn ich ihn besiegte (was immer der Fall war), mußte er eine vorher festgelegte Mutprobe ablegen.
- schriftliche „Sprechhilfen“. Als Kemal bereit war, zu sprechen, fiel ihm nicht ein, was er sagen könnte (ein von ehemals mutistisch Gestörten häufig berichtetes Phänomen; vgl. DÜHRSEN, 1988, S. 188; STRUNK, 1980, S. 157). Kemal überwand dieses Gedankenabreißen, indem er sich den ersten Satz notierte. Auch ein selbsterfundenes „Lesespiel“ (mit Frage- und Antwortkärtchen) bewährte sich. Das Hantieren mit dem Material dürfte dabei ein wichtiger Faktor gewesen sein; es half ihm, den Blickkontakt besser zu ertragen.

Nachdem bereits in der dritten Woche der Durchbruch (eine Art Urschrei) erzielt worden war, folgten sehr rasche Fortschritte. Binnen weniger Wochen sprach Kemal mit allen Kindern und Erwachsenen (auch in Anwesenheit der Eltern) normal. Er übernahm sogar zwei kleine Sprechrollen in einer Theateraufführung. In dem Maß, in dem seine Selbstsicherheit wuchs, legte er auch seine soziale Gehemmtheit ab. Es wurde mitunter schwer, ihn zu bremsen. (Der Höhepunkt war, als er einmal nach einer Zurechtweisung leise, aber hörbar flüsterte: „Halt die

Klappe“.) Die anderen Kinder wünschten sich gelegentlich, daß er wieder schweigen würde wie früher, weil er damals viel braver gewesen wäre.

Die dritte Therapiephase hatte zum Ziel, die Sprechscheu gegenüber der ehemaligen Therapeutin, seiner Klassenlehrerin und den Schulkameraden zu bewältigen, was ebenfalls gelang. Zur Zeit seiner Entlassung war Kemal zweimal in seiner alten Schulklasse gewesen, hatte dort vorgelesen und schließlich mit Kindern und Erwachsenen gesprochen. Er nahm an einem ganztägigen Ausflug seiner Klasse teil, wobei sein Sprechverhalten unauffällig war. Weder im Ferienhort noch in seiner neuen Hauptschule ist ein Rückfall in die Symptomatik eingetreten.

3 Diskussion

Der dargestellte Fall zeigt auf, wie vielschichtig die Faktoren sein können, die die Entstehung einer mutistischen Störung begünstigen. Viele in der Literatur beschriebenen Ausgangsbedingungen konnten auch hier nachgewiesen werden: eine pathologische Mutterbindung, sprachliche Defizite, traumatische Erfahrungen, dispositionelle Faktoren, mutistische Vorbilder, Teilleistungsschwächen etc. Vermutlich hat jeder Fall seine eigene Zusammensetzung aus mehreren solcher Variablen.

Ob es aber tatsächlich zu einer Manifestation des mutistischen Verhaltens kommt, dürfte wesentlich von den Reaktionen der Umwelt auf die ersten Störungszeichen abhängen. Mutismus ist eine reaktive Sprechhemmung, wie bei der Therapie „sprechscheuer“ Kinder besonders berücksichtigt werden sollte.

Im Fall Kemals zeigten sich durchgängig einige Handlungsstrategien, die symptomverstärkend wirkten:

- 1) Ständige direkte Versuche, das Kind zum Sprechen zu bringen.
- 2) Versuche, Angst mit der Aussicht auf noch mehr Angst (Drohung mit den möglichen Folgen) zu bekämpfen, wodurch ein Teufelskreis entstand.
- 3) Die Eltern gingen bei zu erwartenden Problemen den Weg des geringsten Widerstandes (Vermeidungsverhalten [Täuschungs- und Beschwichtigungsmanöver], um dem Kind Angst zu ersparen [was nicht der Fall war]) und verfolgten dann aber eine Überrumpelungstaktik. Dies führte zu Vertrauensverlust, Verunsicherung, Veränderungsängsten und traumatischen Erlebnissen. Das Kind hatte ein großes Sicherheitsbedürfnis, daher war im Umgang mit ihm sehr viel Sicherheit und Konsequenz hilfreich.
- 4) Das Schweigen des Kindes wurde mit vermehrter Zuwendung, einer besonderen sozialen Stellung und Beschützen vor den Folgen belohnt.

Es wäre interessant, der Frage nachzugehen, warum Schweigen bei fast allen Bezugspersonen (z.T. auch Therapeuten) Beschützerinstinkte wachruft. Das ist insofern erstaunlich, als Menschen mit mutistischen Störungen keinesfalls schwache Geschöpfe sind. Sie können es an Hartnäckigkeit mit den meisten (auch Therapeuten) aufnehmen.

Es gehört schon eine besondere Persönlichkeitsstruktur dazu, vier Jahre lang zu schweigen. Welch ungeheure Macht dieses Schweigen auf andere ausübt, konnten wir an den Emotionen (bis zu Tränen) messen, als Kemal sein Schweigen aufgab und wir zum ersten Mal seine Stimme hörten.

Wegen der Komplexität der Störung sind die verschiedensten Therapieansätze gerechtfertigt. Als besonders günstig erwies sich in diesem Fall die Möglichkeit, die früheren Bezugspersonen (Lehrerin, Mitschüler, Therapeutin) einzubeziehen sowie die Intensität der stationären Behandlung mit täglicher Einzeltherapie. Dies führte überraschend schnell zum Erfolg. Eine mögliche Erklärung dafür wäre, daß die Schwellenangst vor jedem neuen Therapieschritt um so größer ist, je länger die Intervalle zwischen den therapeutischen Sitzungen sind. Diesbezüglich fehlen Vergleichsmöglichkeiten aus der Literatur.

Die ambulanten Interventionen konnten keinen Erfolg mehr erzielen, weil sich das System als stärker erwies. Nach der stationären Therapie ist die Prognose durchaus günstig, da Kemal die psychische Energie, die er bisher für sein Schweigen benötigte, nun in anderen Bereichen einsetzen kann. Gewisse mutistische Züge werden vermutlich auch im Erwachsenenalter (wie beim Vater) erkennbar bleiben. Sein Sprechen bedeutet für Kemal auch, sich mit seinen sprachlichen Schwächen auseinanderzusetzen und seine besondere Position in der Gemeinschaft aufzugeben. Seine neu gewonnene Selbstsicherheit wird ihm dies erleichtern.

Systemisch betrachtet, hat es der Bub mit seiner Kontaktstörung geschafft, die Eltern aus ihrem türkischen Ghetto zu holen. Sie waren gezwungen, mit Österreichern in Kontakt zu treten, vertrauten sogar – obwohl ihr Beschützerinstinkt dagegen revoltierte – ihr Kind der Obhut „Fremder“ an. Auch haben sie sich in dieser entscheidenden Frage dem Buben gegenüber durchgesetzt und damit Konsequenz und Stärke bewiesen.

Mit seiner Kontaktstörung hat Kemal die Kontaktprobleme der Eltern aufgelockert. Man könnte sagen, er schlug sie mit ihren eigenen Waffen. Sein Mutismus bewirkte also einen ersten Schritt in Richtung Integration der Eltern. Dies könnte ein Neubeginn für die ganze Familie werden und damit auch entscheidend für Kemals eigene Zukunft in Österreich.

Summary

Residential Treatment of a Prolonged Electively Mute Boy – A Case Study

The paper presents the case of a 10-year-old, electively mute boy, who had stopped talking with all persons outside his immediate family about four years ago. Therapeutic interventions had so far brought no change in his speech behavior. Within a short time (2 months) of residential treatment in a child care unit, his mutistic disorder and social behavior could be normalized and the child even managed to speak in his former school class where

nobody had ever heard his voice. The multitude of possible reasons for the mutistic behavior and reinforcing environmental facts are reviewed, the symptom's meaning for the family system considered. The plan of treatment (mostly a combination of behavioral and systemic family therapy) is presented.

Literatur

ASPERGER, H. (1968): Heilpädagogik, 5. Auflage. Wien: Springer. – DÜHRSEN, A. (1988): Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, 14. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – HARTMANN, B. (1991): Mutismus. Berlin: Spieß. – KURTH, E./SCHWEIGERT, K. (1972): Ursachen und Entwicklungsverlauf des Mutismus bei Kindern. *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie* 24, 741–749. – LORAND, B. (1960):

Katamnese elektiv mutistischer Kinder. *Acta Paedopsychiatrica* 27, 273–289. – RÖSLER, M. (1981): Befunde beim neurotischen Mutismus der Kinder. *Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 30, 187–194. – SPIELER, J. (1944): Schweigende und sprachscheue Kinder. Olten: Walter. – STRUNK, P. (1980): Psychogene Störungen mit vorwiegend körperlicher Symptomatik. In: HARBAUER/LEMPF/NISSEN/STRUNK: *Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 4. Auflage. Berlin: Springer. – TRAMER, M. (1934): Elektiver Mutismus bei Kindern. *Zeitschrift für Kinderpsychiatrie* 1, 30–35. – WASSING, H. E. (1973): A Case of Prolonged Elective Mutisms in an Adolescent Boy: On the Nature of the Condition and its Residential Treatment. *Acta Paedopsychiatrica* 40, 75–96. – WEBER, A. (1951): Zum elektiven Mutismus der Kinder. *Acta Paedopsychiatrica* 17, 1–15. – WHITE, M./EPSTON, D. (1990): *Die Zähmung der Monster*. Heidelberg: Auer.

Anschr. d. Verf.: Dr. Hannelore Wernitznig, Institut für Heilpädagogik, Kleßheimer Allee 81, A-5020 Salzburg.