

Evangelische Hochschule Nürnberg  
Heilpädagogik B. A.

Bachelor-Thesis  
zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts

**Mit schweigenden Kindern in Beziehung treten –  
Erfahrungen und Herausforderungen in der Förderung von Kindern mit selektivem  
Mutismus**

Lisa Daigfuß

Erstgutachterin: Prof. Dr. Birgit Mayer-Lewis  
Zweitgutachter: Prof. Dr. Karl Titze

Abgabetermin: 26. Januar 2021

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Heilpädagogische Beziehungsgestaltung als Gegenstand der Heilpädagogik</b> .....	<b>2</b>
2.1 Begriffsbestimmung Heilpädagogik .....	2
2.2 Menschenbild und Haltung in der Heilpädagogik.....	4
2.3. Gegenstandsbereich der Heilpädagogik.....	6
2.3.1 Dialogische Beziehungsanschauung nach Martin Buber .....	7
2.3.2 Heilpädagogische Beziehungsgestaltung nach Wolfgang Köhn .....	10
<b>3. Selektiver Mutismus im Kindesalter</b> .....	<b>12</b>
3.1 Was ist selektiver Mutismus?.....	12
3.1.1 Begriffsbestimmung .....	12
3.1.2 Mutismusformen .....	13
3.1.3 Symptomatik und Erscheinungsbild.....	14
3.1.4 Diagnostische Kriterien .....	15
3.1.5 Differenzialdiagnostische Abgrenzung.....	17
3.1.6 Komorbidität.....	18
3.1.7 Risikofaktoren .....	19
3.2 Ursachen für den selektiven Mutismus .....	19
3.2.1 Psychologische Erklärungsansätze .....	20
3.2.2 Physiologische Erklärungsansätze .....	21
3.3 Kommunikationsformen selektiv mutistischer Kinder.....	22
3.4 Therapeutische Behandlungsmöglichkeiten .....	23
3.4.1 Psychotherapeutische Behandlung .....	23
3.4.2 Psychiatrische Behandlung .....	23
3.4.3 Sprachtherapeutische/ logopädische Behandlung .....	24

3.4.4 Systemische Mutismus-Therapie.....	24
<b>4. Darstellung der Erfahrungen und Herausforderungen in der Förderung von selektiv mutistischen Kindern anhand der Erhebung und Auswertung dreier Experteninterviews.....</b>	<b>25</b>
4.1 Vorbereitung und Durchführung der Experteninterviews .....	25
4.2 Auswertung der Experteninterviews.....	26
4.2.1 Erfahrungen mit Kindern mit selektivem Mutismus.....	27
4.2.2 Beziehungsgestaltung mit selektiv mutistischen Kindern .....	32
4.2.3 Herausforderungen und Grenzen innerhalb der Förderung .....	36
4.2.4 Ideale Form der Förderung .....	37
4.2.5 Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	38
4.2.6 Persönliche Praxisempfehlung für heilpädagogische Fachkräfte .....	40
4.3 Bedeutung der Ergebnisse für die heilpädagogische Praxis .....	41
<b>5. Fazit .....</b>	<b>43</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>45</b>
Anhang I: Leitfadeninterview .....	49
Anhang II: Soziodemografische Daten Interview S_27.11.2020 .....	53
Anhang III: Transkription Interview S_27.11.2020 .....	54
Anhang IV: Soziodemografische Daten Interview M_28.11.2020 .....	68
Anhang V: Transkription Interview M_28.11.2020 .....	69
Anhang VI: Soziodemografische Daten Interview F_04.12.2020 .....	80
Anhang VII: Transkription Interview F_04.12.2020 .....	81
<b>Erklärung .....</b>	<b>92</b>

## **Zusammenfassung**

Beim selektiven Mutismus im Kindesalter handelt es sich um eine psychische Störung, bei der das Kind trotz weitestgehend abgeschlossener Sprachentwicklung und einer altersentsprechenden Sprach- und Sprechfähigkeit in bestimmten Situationen nicht spricht. In dieser Arbeit wird das Störungsbild des selektiven Mutismus umfassend dargestellt. Im Hauptteil wird sich mit der Frage auseinandergesetzt, wie mit schweigenden Kindern in der Förderung eine professionelle Beziehung aufgebaut werden kann. Dazu wurden Experteninterviews mit einer Heilpädagogin, einer Kinder- und Jugendtherapeutin sowie einer Logopädin durchgeführt. Die Auswertung der Interviews stellt die verschiedenen Erfahrungen, Herangehensweisen und Herausforderungen der Befragten in der Förderung von Kindern mit selektivem Mutismus dar. Für die heilpädagogische Praxis lassen sich aus den Interviews Erkenntnisse ableiten, wie die Beziehung aufgebaut und allgemein eine gelingende Förderung gestaltet werden kann. Dazu gehört die Haltung der Fachkraft, eine alternative Kommunikationsform zur Sprache sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit von beteiligten Berufsgruppen und den Bezugspersonen des Kindes.

## **1. Einleitung**

Kommunikation ist ein fester Bestandteil unseres Lebens. Es ist nicht möglich, nicht zu kommunizieren, stellte Watzlawick in seinem Modell der menschlichen Kommunikation dar. Selbst wenn man schweigt oder sich vom Gespräch abwendet, drückt man damit etwas aus (vgl. Nußbeck 2014: 39). Meist ist die Sprache das Medium zur Kommunikation. Es gibt jedoch Menschen, die dieses Mittel nicht nutzen können. Die Betroffenen schweigen in bestimmten Situationen oder gegenüber bestimmten Personen, obwohl keine Einschränkungen der Sprechfähigkeit vorliegen. Diese Menschen leiden unter der Störung des selektiven Mutismus (vgl. Bahr, 2019: 14). Da es üblich ist zu sprechen, irritiert es uns, wenn ein Mensch über einen längeren Zeitraum hinweg schweigt.

So erging es auch mir persönlich, als ich im Rahmen des Praxissemesters zum ersten Mal Kindern mit selektivem Mutismus begegnete. Durch die fehlende Sprache empfand ich es als besonders herausfordernd, mit diesen Kindern in Kontakt zu treten und eine Beziehung zu ihnen aufzubauen. Die Gefühle der Ratlosigkeit und Überforderung lösten das Bedürfnis aus, mehr über das Störungsbild und den geeigneten Umgang mit dem Schweigen in der Förderung zu erfahren. Die Recherche in Praxis und Literatur ergab eine umfassende psychologische und teilweise sprachtherapeutische Sichtweise auf die Diagnostik und die Therapiemöglichkeiten von Kindern mit selektivem Mutismus. Jedoch stehen keine heilpädagogischen Quellen zur Förderung von selektiv mutistischen Kindern zur Verfügung, obwohl diese Kinder durchaus von Heilpädagoginnen<sup>1</sup> oder im Allgemei-

---

<sup>1</sup> Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird nicht ausdrücklich in geschlechtsspezifischen Personenbezeichnungen differenziert. Die gewählte weibliche Form schließt eine adäquate männliche Form gleichberechtigt ein.

nen in heilpädagogischen Einrichtungen gefördert werden.

Daher beschäftigt sich diese Arbeit mit der Forschungsfrage, wie mit schweigenden Kindern im Rahmen einer heilpädagogischen Förderung in Beziehung getreten werden kann und welche Erfahrungen und Herausforderungen dabei von Fachkräften in der Praxis erlebt wurden. Die Wahl der Methode zur Erhebung der Forschungsfrage fiel dabei auf die Durchführung und Auswertung von Experteninterviews mit Fachkräften verschiedener Disziplinen.

Dafür werden zunächst einige theoretische Grundlagen des Fachgebietes ‚Heilpädagogik‘ dargestellt. Der Fokus liegt dabei auf der heilpädagogischen Beziehungsgestaltung, die den Gegenstand der Heilpädagogik bildet. Anschließend wird das Störungsbild des selektiven Mutismus nach derzeitigem wissenschaftlichen Stand skizziert. Der Kern der Arbeit besteht in der Auswertung der durchgeführten Experteninterviews. Dabei werden die verschiedenen Erfahrungen, Herangehensweisen und Herausforderungen der Fachkräfte unterschiedlicher Disziplinen in der Beziehungsgestaltung und der gesamten Förderung von Kindern mit selektivem Mutismus gegenübergestellt. Abschließend wird auf die Bedeutung der Ergebnisse für die heilpädagogische Praxis eingegangen. Ein Fazit rundet die Arbeit ab und fasst die wichtigsten Erkenntnisse nochmals zusammen.

## **2. Heilpädagogische Beziehungsgestaltung als Gegenstand der Heilpädagogik**

Damit der Gegenstand der Heilpädagogik umfassend verstanden werden kann, ist es notwendig, dass zunächst der Begriff und das Berufsfeld der Heilpädagogik bestimmt und erläutert werden. Anschließend werden das Menschenbild und die Haltung in der Heilpädagogik dargestellt, die als Voraussetzung für heilpädagogisches Handeln gelten.

### **2.1 Begriffsbestimmung Heilpädagogik**

Der Begriff ‚Heilpädagogik‘ wurde erstmals 1861 von den Pädagogen Johann Daniel Georgens und Heinrich Marianus Deinhardt eingeführt. Sie gründeten in der Nähe von Wien eine Erziehungsanstalt für verwaiste und geistig behinderte Kinder. Die Kinder wurden in dieser Einrichtung sowohl medizinisch behandelt als auch pädagogisch begleitet (vgl. Bundschuh/ Heimlich/ Krawitz 2007: 119; 122).

Die Silbe ‚Heil‘ im Wort ‚Heilpädagogik‘ erinnert an den medizinisch geprägten Begriff ‚Heilung‘, welcher die Wiederherstellung eines bestimmten Gesundheitszustandes meint (vgl. Haeberlin 2005: 16). Jedoch versteht man unter Heilpädagogik nicht die Heilung von Behinderungen oder Einschränkungen. Vielmehr beschreibt der Begriff die ganzheitliche Sichtweise des Menschen, der als eine Einheit aus Körper, Seele und Geist verstanden wird (vgl. Bundschuh/ Heimlich/ Krawitz 2007: 121).

Eine einheitliche Definition für den Begriff und die Disziplin ‚Heilpädagogik‘ gibt es allerdings nicht. Aus diesem Grund werden im Folgenden Definitionen verschiedener bedeutender Heilpädagogen aufgeführt.

Heinrich Hanselmann war Inhaber des ersten Lehrstuhls für Heilpädagogik in Europa an der Universität Zürich. Er definierte Heilpädagogik als „[...] die Lehre vom Unterricht, von der Erziehung und Fürsorge aller jener Kinder, deren körperlich-seelische Entwicklung dauernd durch individuelle und soziale Faktoren gehemmt ist“ (Hanselmann 1930, zitiert nach Moor 1999: 13).

Hanselmans Schüler und Nachfolger als Leiter des Lehrstuhls für Heilpädagogik Paul Moor vereinfachte und verallgemeinerte Hanselmans vorangegangene Definition für Heilpädagogik. Für ihn ist Heilpädagogik nichts anderes als Pädagogik und zwar Pädagogik unter erschwerten Bedingungen (vgl. Moor 1999: 13-18).

Nach Emil E. Kobi befasst sich die Heilpädagogik sowohl in der Praxis als auch in der Theorie mit Kindern und Jugendlichen, die durch eine Behinderung in ihrer personalen und sozialen Entwicklung bedroht oder beeinträchtigt werden. Dabei grenzt er die Begriffe ‚Heilpädagogik‘ und ‚Heilerziehung‘ voneinander ab und ordnet der Praxis den Begriff der Heilerziehung zu und der Theorie den der Heilpädagogik (vgl. Kobi 2004: 135 f.). Der Gegenstand der Heilpädagogik ist dabei nicht die Behinderung selbst oder das beeinträchtigte Kind, sondern das beeinträchtigte Erziehungsverhältnis (vgl. Kobi 1977: 6 f.).

Otto Speck ist Vertreter des ökologischen Ansatzes in der Heilpädagogik. Demzufolge sollen Menschen mit einer Behinderung in den allgemeinen Lebenszusammenhang einbezogen werden, wodurch ein mit Sinn erfülltes Zusammenleben aller Menschen ermöglicht wird. Der ökologische Ansatz in der Heilpädagogik bezieht sich also nicht allein auf die Behinderung eines Menschen, sondern auf den Menschen mit seinen speziellen Erziehungsbedürfnissen in seiner Lebenswelt mit besonderem Fokus auf die soziale Integration dieses Menschen (vgl. Speck 1987: 11-19).

Für Dieter Gröschke ist Heilpädagogik eine Handlungswissenschaft und ein Teilbereich der Pädagogik. Er versteht Heilpädagogik als die Theorie und Praxis der Erziehung, Bildung und Förderung unter erschwerenden Bedingungen. In der Heilpädagogik werden Menschen begleitet, die aufgrund soziokultureller Gegebenheiten als entwicklungsverzögert oder fehlentwickelt gelten, sich im Vergleich zur Norm als anders wahrnehmen und ausgegrenzt fühlen oder aufgrund ihrer Beeinträchtigungen zu keiner selbstständigen Lebensgestaltung fähig sind. Der beeinträchtigte Mensch wird in der Heilpädagogik in seiner individuellen Einmaligkeit und sozialen Zugehörigkeit stets respektiert, angenommen und gefördert. Die Aufgabe der Heilpädagoginnen ist es, verantwortungsvoll auf existentielle Herausforderungen zu antworten. Es geht dabei darum, den Menschen mit Beeinträchtigung im Anderssein zu ermutigen und zu bestätigen, ihn bei der Annahme der Behinderung zu unterstützen, bei der individuellen Sinnfindung zu begleiten und ihm bei der Ein-

gliederung in die Gesellschaft zu helfen. Darüber hinaus nimmt die Heilpädagogik Einfluss auf politische und institutionelle Gegebenheiten (vgl. Gröschke 1997: 41 f.).

Wolfgang Köhn versteht Heilpädagogik als eine individuelle Erziehungshilfe und Entwicklungsförderung für Menschen mit Beeinträchtigungen (vgl. Köhn 2003: 19). „Sie befasst sich mit Problemen der Erziehung und Bildung in menschlichen Beziehungs- und Lernverhältnissen, die als Behinderungen, Störungen oder Gefährdungen die Entwicklung des Menschen beeinträchtigen“, so Köhn (ebd.). Der Gegenstand der Heilpädagogik ist dabei die Beziehung zwischen der Heilpädagogin und dem beeinträchtigten Menschen. Dabei begleitet die Heilpädagogin den beeinträchtigten Menschen bei der individuellen Lebensbewältigung mit dem Ziel zu immer mehr Menschwerdung (vgl. ebd. 21 f.).

Nachdem die Definitionen einiger Heilpädagogen dargestellt wurden, wird schließlich auf das Verständnis von Heilpädagogik des Berufs- und Fachverbandes für Heilpädagogik eingegangen. Demnach handelt es sich um eine empirisch gestützte und wertgeleitete Wissenschaft. Sie ist Bestandteil der Pädagogik. Zu den Aufgaben der Heilpädagoginnen gehören die Förderung, Bildung, Diagnostik, Assistenz und Beratung von Menschen mit Beeinträchtigungen und die Unterstützung der Angehörigen. Außerdem ist die Heilpädagogik ganzheitlich, individuell, interaktiv, wert- und sinnorientiert ausgerichtet. Im Fokus stehen sowohl der individuelle Mensch mit einer Beeinträchtigung als auch seine soziokulturellen Bezugssysteme. Als handlungsbezogene Wissenschaft soll die Heilpädagogik zudem heilpädagogisches Handeln erklären, anleiten, weiterentwickeln und kritisch reflektieren sowie Theorie- und Handlungskonzepte entwickeln, begründen und überprüfen (vgl. BHP 2010: 7 f.). In dieser Definition werden ebenfalls das heilpädagogische Menschenbild und die heilpädagogische Beziehungsgestaltung erwähnt, die in den folgenden Teilkapiteln ausführlich beleuchtet werden.

## **2.2 Menschenbild und Haltung in der Heilpädagogik**

Die Grundlagen für den Gegenstand der Heilpädagogik sind das Menschenbild und die Haltung, die im Weiteren dargestellt werden. Unter einem Menschenbild versteht man allgemein das Bild oder die Vorstellung darüber, was der Mensch von Natur aus ist (vgl. Bibliographisches Institut GmbH 2020). Mit ‚Haltung‘ ist die innere Grundeinstellung eines Menschen gemeint, die sich auf das Denken und Handeln dieser Person auswirkt (vgl. Bibliographisches Institut GmbH 2020). Die Definitionen verdeutlichen, dass die Grundeinstellungen eines Menschen maßgeblich von dessen Menschenbild abhängen und somit sein Denken und Handeln beeinflussen.

Daher ist das Menschenbild in der heilpädagogischen Arbeit von großer Bedeutung. Bei diesem steht die ganzheitliche Sichtweise des Menschen im Vordergrund. Der Mensch wird, wie bereits in Kapitel 2.1 erwähnt, als eine individuelle Ganzheit aus Körper, Seele und Geist gesehen. Jeder Mensch ist unverwechselbar mit eigenen physischen, psychischen, emotionalen, spirituellen und sozialen Eigenschaften. Diese sind nicht im Einzel-

nen zu betrachten, sondern werden in der Heilpädagogik vor dem Hintergrund der Ganzheitlichkeit gesehen. Das bedeutet auch, dass der beeinträchtigte Mensch nicht auf seine Behinderung reduziert, sondern als Ganzheit mit all seinen Eigenschaften und Fähigkeiten verstanden wird (vgl. Greving/ Ondracek 2009: 55 ff.).

Zudem werden alle Menschen in ihrer einmaligen Einzigartigkeit akzeptiert und angenommen (vgl. Bundschuh/ Heimlich/ Krawitz 2007: 120f.). „Diese Einmaligkeit begründet sich durch den ausschließlich subjektiven Erlebnisbereich sowie die Einzigartigkeit der Interpretation von Leben bzw. Existenz“, so Lotz (Lotz 1993: 26). Damit die Individualität eines Menschen verstanden werden kann, muss sich die Heilpädagogin dem Menschen hinwenden. Nur über Zuwendung ist die menschliche Begegnung möglich (vgl. ebd.).

In Zusammenhang hiermit steht die Tatsache, dass der Mensch auf andere Menschen und deren Beeinflussung, Zuwendung sowie Kritik angewiesen und allein nicht überlebensfähig ist. Er verkörpert daher ein soziales Wesen, das erziehungsbedürftig und erziehungsfähig ist (vgl. ebd. 25 f.).

Außerdem geht die Heilpädagogik davon aus, dass sich jeder Mensch nach seinen individuellen Möglichkeiten entwickeln kann. Hierbei steht die Autonomie des Menschen im Fokus, welche in der Heilpädagogik gefördert wird (vgl. Bundschuh/ Heimlich/ Krawitz 2007: 120f.). Wenn die Heilpädagogin die individuellen Entwicklungsschritte eines Menschen nicht wahrnehmen kann, liegt der Grund dafür nicht im beeinträchtigten Menschen, sondern in der Heilpädagogin selbst, die den anderen Menschen noch nicht in seinem So-Sein erkennt und als Partner mit einer eigenen Ganzheit akzeptieren kann (Haeberlin 2003: 94).

Darüber hinaus ist der Mensch ein Wesen, das fehlerfähig und endlich ist. Da die Endlichkeit und die Fehler vom Menschen nicht beseitigt oder verändert werden können, gehören sowohl physische als auch psychische Beeinträchtigungen zum menschlichen Leben dazu (vgl. Greving/ Ondracek 2009: 56).

Ein weiterer Aspekt des Menschenbildes in der Heilpädagogik ist, dass alle Menschen die gleichen elementaren Bedürfnisse haben. Dazu gehören das Gefühl von Sicherheit, die Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft, geliebt zu werden, sich Ausdruck zu verleihen sowie das Bedürfnis, etwas in der Welt zu bewirken. Diese Bedürfnisse entwickeln, entfalten und verändern sich bei jeder Person ein Leben lang (vgl. ebd.).

Schließlich ist anzuführen, dass das menschliche Leben unantastbar ist und alle Menschen einen einzigartigen Wert und eine unverlierbare Würde haben. Unabhängig von Faktoren, wie dem physischen, psychischen und geistigen Zustand, der Herkunft, der Religion, der sozialen Stellung und der Leistungsfähigkeit eines Menschen, verdient jeder Mensch den gleichen Respekt und die gleiche Achtung (vgl. ebd.).

Nachdem die wichtigsten Aspekte des Menschenbildes in der Heilpädagogik skizziert wurden, wird nun näher auf die damit in Zusammenhang stehende heilpädagogische Haltung eingegangen. Emil E. Kobi war der Auffassung, dass Erziehung keine spezifische



Tätigkeit ist, bei welcher ein gegenständlich fassbares Produkt als Ergebnis heraus kommt. Vielmehr bezeichnet Erziehung seiner Meinung nach eine Haltung (vgl. Kobi 2004: 73): „Diese erzieherische Haltung kann in den verschiedensten Tätigkeiten ihren Ausdruck finden, und ebenso im Nicht-Tun [...]. **Was** ich mit, vor einem oder für ein Kind «mache» ist von untergeordneter Bedeutung gegenüber der Art, **wie** ich dem Kind begegne [Herv. im Orig.]“ (ebd.). Das Zitat verdeutlicht also die Wichtigkeit der Person der Heilpädagogin in der Arbeit mit beeinträchtigten Menschen.

Die Grundwerte, welche das heilpädagogische Handeln leiten, sind hierbei der Wert der Gleichheit und der Wert der Nächstenliebe. Unter dem Wert der Gleichheit wird verstanden, dass jedem Menschen die gleiche Würde, die gleichen gesellschaftlichen Rechte und die damit verbundenen gleichen Pflichten zugesprochen werden sollen. Der Wert der Nächstenliebe umfasst, dass die Heilpädagogin jedem Menschen mit Achtung und Liebe begegnet, auch wenn der Mensch deutlich von dem abweicht, was allgemein als „Norm“ verstanden wird (vgl. Haberlin 2003: 67;75).

Welche Aspekte die heilpädagogische Haltung im Näheren umfassen, wird im Kapitel 2.3.2 konkretisiert. Zunächst aber wird der Gegenstandsbereich der Heilpädagogik dargestellt.

### **2.3. Gegenstandsbereich der Heilpädagogik**

Der Gegenstandsbereich der Heilpädagogik ist nicht ausschließlich der Mensch mit seiner jeweiligen Beeinträchtigung oder Behinderung, sondern die **Beziehung** zwischen zwei Menschen. Es handelt sich dabei um ein dialogisch-kommunikatives Verhältnis zwischen der Heilpädagogin und dem zu begleitenden Menschen, welche beide einzigartige Individuen sind (vgl. Blomaard 2012: 15).

In der heilpädagogischen Beziehungsgestaltung stellt die Heilpädagogin in ihrer eigenen Person und der damit verbundenen Wirkung auf andere Personen selbst das Medium der Beeinflussung in der Begleitung eines Menschen dar. Es geht darum, sich selbst und den zu begleitenden Menschen in der Begegnung wahrzunehmen, wodurch ein wechselseitiges und zielgerichtetes Handeln entstehen kann. Somit wirkt die Heilpädagogin allein durch ihre Person, ohne Anwendung spezifischer Methoden, fördernd auf den ihr anvertrauten Menschen (vgl. Flosdorf 2009: 17).

Die Beziehung ist dabei Voraussetzung für die Erziehung und hilft bei der Entwicklung vom Ist-Zustand des Menschen zum Soll-Zustand. Durch das in Beziehung Treten findet beim Menschen ein Prozess der Identitätsentwicklung statt, mit dem Ziel der Vermenschlichung. Anthropologisch betrachtet wird der Mensch erst durch die Beziehung zu einem anderen Menschen er selbst, worauf im folgenden Gliederungspunkt eingegangen wird (vgl. Köhn 2003: 26). Im Anschluss daran soll im Speziellen die Beziehung zwischen der Heilpädagogin und dem zu begleitenden Menschen dargestellt werden.

### 2.3.1 Dialogische Beziehungsanschauung nach Martin Buber

Da die heilpädagogische Beziehungsgestaltung eine dialogische ist, werden in diesem Kapitel die wichtigsten Aspekte der philosophisch-dialogischen Anthropologie nach Martin Buber als Grundlage für die heilpädagogische Beziehungsgestaltung erläutert.

Martin Buber (1878-1965) war ein jüdischer Pädagoge, Religions- und Sozialphilosoph aus Wien (vgl. Wehr 2010: 352-355). Sein Hauptwerk „Ich und Du“ ist erstmals 1923 erschienen und handelt von den zwei Prinzipien, dem „Ich“ und dem „Du“. Die Kernaussage seines Werks ist: „**Der Mensch wird am Du zum Ich** [Herv. des Verfassers]“ (Buber, 1983: 37).

Beim dialogischen Prinzip steht, wie auch bei der Heilpädagogik, die **Ganzheitlichkeit** des Menschen im Fokus des Menschenbildes. Martin Buber vertritt die Meinung, dass der Mensch auf einen anderen Menschen, auf ein „Du“, hingeordnet ist. Erst durch die Beziehung zu einem anderen Menschen wird der Mensch eigentlich existent. Nach Martin Buber ist also das „Menschsein“ als anthropologische „Zugeordnetheit“ von „Ich“ und „Du“ zu verstehen.

Doch wie genau wird der Mensch nach diesem Prinzip zum Menschen?

Das dialogische Prinzip bezieht sich darauf, dass der Mensch „Ich“ sagt und zugleich sein Gegenüber mit „Du“ anspricht. Zunächst muss jeder Mensch „Du“ heißen, bevor er zum „Ich“ wird. Denn erst indem ein Mensch „Du“ genannt wird, kann das „Ich“ entstehen. Dadurch lernt der Mensch sich von seinem Gegenüber abzugrenzen und kann „Du“ zu ihm sagen. Die Fähigkeit „Du“ zu sagen liegt dabei in der Struktur des Menschen und ist somit angeboren. Buber spricht in diesem Zusammenhang auch vom „eingeborenen Du“. Der Mensch kommt erst durch das „Angesprochenwerden“ zu sich selbst (vgl. Faber 1967: 52-59; Stöger 2017: 239). „Ich werde am Du; Ich werdend spreche ich Du“, so Buber (Buber 1983: 18). Dieses „Werden“ kann nur durch die **Begegnung** mit einem anderen Menschen geschehen. „Alles wirkliche Leben ist Begegnung“ (ebd.).

Der Mensch ist nur dann in der Lage, zum Kern seines Wesens zu gelangen, wenn er sich in das begibt, was zwischen dem „Du“ und dem „Ich“ ist. Dafür ist gegenseitiges Interesse notwendig. Der Mensch muss das Andere am anderen Menschen für wahr nehmen. Er muss also in **Beziehung** treten. Als Beziehung wird die grundlegende Zuordnung des Menschen zu einem Mitmenschen bezeichnet. Sie ist etwas Vorgegebenes und wurde nicht vom Menschen entdeckt. Für den Menschen ist die Beziehung sowohl lebens- als auch überlebensnotwendig. Das Wachstum und die Entwicklung des Menschen ist vom „Du“ abhängig. Ohne die Beziehung kann sich das „Ich“ nicht formen und entwickeln. Es liegt nahe, dass die Beziehung dementsprechend eine große Bedeutung für das Urvertrauen und die Identität des Menschen hat. Zudem beruht die Beziehung für Buber immer auf **Gegenseitigkeit**. Aus den genannten Punkten ergibt sich, dass der Mensch erst durch die Beziehung mit dem „Du“ zum „Ich“ werden kann und menschliches „Sein“ immer

ein „Sein“ in Beziehung ist. Die Beziehung ist also das Wesensmerkmal des Menschen (vgl. Faber 1967: 52-59; Stöger 2017: 238-241).

Daran anknüpfend wird nun näher auf die Bedeutung der Beziehung für das „Menschwerden“ und den Schlüsselsatz „Der Mensch wird am Du zum Ich“ (Buber 1983: 37) eingegangen. Mitmenschen kommen und gehen, jedoch bleibt ein Partner in der „Ich-Du“-Beziehung als „Ich-selbst“ bestehen. Das Ich-Bewusstsein wächst im Laufe verschiedener Beziehungen zu anderen Menschen. Der Mensch muss sich mithilfe der Beziehung zum „Du“ seiner Fremdanteile bewusster werden. Die Berücksichtigung des Fremden ermöglicht dem Menschen, sich selbst näher zu kommen, sich selbst vertraut zu werden, was die dialogische Aufgabe des Menschwerdens ist. Das dialogische Konzept ist auf das „Werden“ des Menschen lebenslang ausgerichtet (vgl. Stöger 2017: 240 f.).

Die Voraussetzung für das „in Beziehung Treten“ des Menschen ist die **Urdistanz**, da Beziehung nur mit einem selbstständigen Menschen möglich ist. Distanzieren heißt in diesem Kontext, dass der Mensch von sich als „Ich“ weiß und sich deshalb vom „Du“ abgrenzen kann. Urdistanz und Beziehung bilden die beiden Seiten der menschlichen Wirklichkeit. Die Urdistanz bildet dabei die menschliche Situation und die Beziehung ermöglicht das Menschwerden in ihr (vgl. Faber 1967: 59-65).

Des Weiteren nennt Buber in seinen Werken die Grundworte „**Ich-Es**“ und „**Ich-Du**“. Beim Grundwort „Ich-Es“ ist der andere Mensch nicht Mitmensch, sondern Nebenmensch. Das bedeutet, dass der Mensch als Objekt, als ein Ding unter Dingen betrachtet wird. Nicht die Ganzheitlichkeit der Person wird berücksichtigt, sondern nur die Zusammensetzung des Menschen. Der Mensch benötigt dieses Grundwort für den eigenen Halt, sollte sich allerdings nicht darauf beschränken, da er sonst nie zum Kern seines Wesens gelangen kann. Dafür braucht es das Grundwort „Ich-Du“. Wer dieses Grundwort spricht, tritt in eine Beziehung ein. Es ist anzuführen, dass die Grundworte nicht statisch zu verstehen sind. Vielmehr besteht eine Dynamik, die sich in Richtung „Ich-Du“ entfalten kann (vgl. Stöger, 2017: 248).

Zur näheren Beschreibung der „Ich-Du“-Beziehung wird nun auf Phänomene eingegangen, durch die sich das Dialogische in der Beziehung äußert. Die Voraussetzung für alle weiteren Phänomene des dialogischen Prinzips ist die **Anerkennung und Bestätigung der „Anderheit“**. Dies meint, dass das „Ich“ das „Du“ in seinem Dasein und Sosein akzeptiert. Der Mensch nimmt also die Eigenheit und das Anderssein des Mitmenschen an und sieht ihn als Person. Die Anerkennung gilt jedoch dem Sein der Person und ist nicht allein auf sein Verhalten und Handeln bezogen. Ein weiteres Merkmal der dialogischen Beziehung ist die **Unmittelbarkeit und Konkretheit zwischen dem „Ich“ und dem „Du“**. ‚Unmittelbar‘ bedeutet in diesem Kontext, dass kein Mittel oder Zweck zwischen der Beziehung zweier Menschen steht. Der dialogische Mensch tritt spontan und unbefangen in die Beziehung. Zudem meint Unmittelbarkeit, dass der Mensch sich als das mitteilt, was er ist. Die Konkretheit bezieht sich auf die wirklich reale Begegnung zweier Menschen im

Hier und Jetzt und nicht auf etwas Unnahbares oder Göttliches. Weiterhin ist die Intensität der dialogischen Beziehung von der Art, dass sie ausschließlich zwischen zwei Personen existieren kann, was das Phänomen der **Ausschließlichkeit** beschreibt. Demnach kann das „Du“ immer nur eine Person sein. Von großer Bedeutung ist das Merkmal der **Gegenseitigkeit und Umfassung**. Wie bereits erwähnt, ist Beziehung immer gegenseitig. Die beiden Partner bewegen sich aufeinander zu und es kommt zum wechselseitigen Geben und Nehmen. Das „Ich“ und das „Du“ sind sowohl eigenständig als auch aneinander gebunden. Diese gegenseitige innere Zuwendung bildet den Kern des dialogischen Prinzips. Der Begriff ‚Umfassung‘ meint eine bipolare Erfahrung in der Beziehung. Der Mensch ist ganz bei sich und gleichzeitig beim Anderen. In Zusammenhang damit steht das Merkmal der **personalen Vergegenwärtigung und Erschließung**. Mit ‚personaler Vergegenwärtigung‘ wird das Innewerden mit der Ganzheit der anderen Person beschrieben, damit diese in der eigenen Präsenz aufgenommen werden kann (vgl. Faber 1967: 75-92). „Erst wenn das Ich im Wesenskreis des Du verweilt und die Intensität der Hinwendung derart ist, daß die Personmitte des Andern wahrgenommen und die Kraft der Gegenseitigkeit ausgetauscht wird, ist die Vergegenwärtigung realisiert“ (ebd. 90). Durch die Vergegenwärtigung kann die Erschließung des „Du“ gelingen. Das „Ich“ muss vorbehaltlos auf die Wirklichkeit des „Du“ eingehen und diese akzeptieren und anerkennen. Zugleich lässt das „Ich“ die andere Person am eigenen Sein teilnehmen. Dadurch erschließt sich dem „Ich“ das „Du“. Ein weiteres Phänomen der „Ich-Du“-Beziehung ist die **dialogische Verantwortung**. Dabei geht es darum, der Wirklichkeit standzuhalten und dem Anderen eine angemessene Antwort zu geben. In jeder zwischenmenschlichen Begegnung liegt die Verpflichtung, verantwortlich auf das „Seinsbedürfnis“ des „Du“ einzugehen. Hierbei fallen sowohl die Selbstverantwortung als auch die soziale Verantwortung zusammen. Das letzte Merkmal ist die **Aktualität und Latenz der Dialogik**. Die „Ich-Du“-Augenblicke sind meist von geringer Dauer. Das „Ich“ schwingt stets zwischen dem „Du“ und dem „Es“. Die Aktualität der Unmittelbarkeit der Beziehung wird geringer und endet nach einer Zeit. Jedoch kann sie in der Latenz andauern und wieder aktuell werden. Die Zuwendung zum „Du“ bleibt demnach bestehen. Es können aber Abstufungen auftreten. Insgesamt lässt sich sagen, dass die „Ich-Du“-Beziehung ein Wechselspiel zwischen Augenblicken aktueller Hinbewegung und latenter Gegenwärtigkeit ist (vgl. ebd. 89-100).

Die oben dargestellten Phänomene der „Ich-Du“-Beziehung spielen eine wichtige Rolle bei der Verwirklichung einer dialogischen Beziehungsgestaltung in der heilpädagogischen Arbeit. Aus heilpädagogischer Sicht geht es beim dialogischen Prinzip „[...] um die Daseins- und Sinnvergewisserung des einzelnen Subjekts in der Ansprache und Rücksprache mit einem anderen Subjekt im Hier und Jetzt“ (Kobi, 2004: 414). Erziehung kann demnach nie objektiv sein, weil es sich um individuelle Subjekte handelt, die in Beziehung zueinander stehen. Die Heilpädagogin muss aus der Objektivität heraustreten und sich selbst dem zu begleitenden Menschen gegenüber sehen lassen. Auch der Aspekt der Be-

hinderung wird subjektiv betrachtet und entsteht daher ebenfalls im „Du“, also in der Beziehung. In der Begleitung des Menschen mit Beeinträchtigung ist deshalb die Frage zu stellen, was der Heilpädagogin in der momentanen Situation und mit ihrer Persönlichkeit im Hier und Jetzt mit dem ihr anvertrauten Menschen möglich ist (ebd. 414-426). Daraus ergibt sich die dialogische Frage „**Wer bist du für mich und wer bin ich für dich?** [Herv. im Orig.]“ (ebd. 414). Dieser Satz verdeutlicht, dass es in der Heilpädagogik um die Beziehung zwischen der Heilpädagogin und dem zu begleitenden Menschen geht und nicht allein um den anvertrauten Menschen. Man sieht, dass Beziehung Gegenseitigkeit ist. Im nächsten Teilkapitel wird die heilpädagogische Beziehung weiter konkretisiert.

### **2.3.2 Heilpädagogische Beziehungsgestaltung nach Wolfgang Köhn**

Im vorherigen Kapitel wurde festgestellt, dass die Beziehungsform in der Heilpädagogik auf dem dialogischen Prinzip Martin Bubers beruht. Nachdem die Grundlagen der Beziehung dargestellt wurden, wird im Folgenden nun konkret auf die Beziehungsgestaltung zwischen Heilpädagogin und dem zu begleitenden Menschen eingegangen. In dem Handlungskonzept „Heilpädagogische Erziehungshilfe und Entwicklungsförderung“ von Wolfgang Köhn wird die heilpädagogische Beziehungsgestaltung ausführlich dargestellt.

Nach Köhn stellt die Beziehung zwischen der Heilpädagogin und dem beeinträchtigten Menschen das Fundament heilpädagogischer Arbeit dar. Die Beziehung kann entweder in der Einzelsituation, in der Kleingruppe oder in der Lebenswelt des Menschen gestaltet werden. Grund für den Beziehungsaufbau ist der Mensch mit Beeinträchtigung und alles innerhalb der Beziehungsgestaltung soll im Sinne dieses Menschen geschehen. Daher kann die heilpädagogische Beziehung auch nicht erzwungen werden. Darüber hinaus soll die Intensität der Beziehung dem Alter und der vorhandenen Beeinträchtigung entsprechen. Es ist außerdem zu berücksichtigen, dass es sich um eine Beziehung der Wechselwirkung handelt. Die Heilpädagogin wirkt also nicht nur auf den zu begleitenden Menschen, sondern der Mensch wirkt ebenso auf die Heilpädagogin (vgl. Köhn 2003: 26 f.).

Die heilpädagogische Beziehung ist abhängig von den Einstellungen und der Haltung der in Beziehung stehenden Menschen. Deshalb sollten die folgenden Aspekte bei der heilpädagogischen Beziehungsgestaltung berücksichtigt werden. Zunächst sollte eine entwicklungsfördernde Atmosphäre in der Beziehung geschaffen werden, die nicht durch falsche Erwartungen geprägt sein sollte. Die Heilpädagogin orientiert sich stets an den Entwicklungsmöglichkeiten des zu begleitenden Menschen und überfordert den Menschen nicht mit zu hohen Ansprüchen. Dennoch sollte sie auf die körperlichen, geistigen und seelischen Fähigkeiten des zu begleitenden Menschen vertrauen und diesem zutrauen, dass er anstehende Entwicklungsaufgaben im Bereich seiner individuellen Möglichkeiten erfüllen kann. Dabei spielen Geduld und Hoffnung eine wichtige Rolle. Dem Menschen mit Beeinträchtigung darf nie vorausgesetzt werden, was er noch zu lernen hat. Die heilpädagogische Beziehungsgestaltung ist zwar auf Entwicklungsförderung ausgerichtet, die

Heilpädagogin orientiert sich aber an den Möglichkeiten und dem Tempo des Menschen und ist in der Lage zu warten. Eine positive Zukunftsperspektive der Heilpädagogin ist die Voraussetzung für eine hoffnungsvolle Entwicklungsförderung. Außerdem sollte sie dem zu begleitenden Menschen in der Beziehung mit Humor begegnen, was Spannungen in der Beziehung lösen und auch bei Konflikten zwischen der Heilpädagogin und dem Menschen mit Beeinträchtigung helfen kann (vgl. ebd. 27-30).

Aufgrund der Tatsache, dass es sich bei der heilpädagogischen Arbeit um Erziehung unter erschwerten Bedingungen handelt, enthält die heilpädagogische Beziehungsgestaltung spezielle erzieherische Aufgaben und Angebote. Zunächst soll dem zu begleitenden Menschen durch die Beziehung **äußerer** und **innerer Halt** gegeben werden. Mithilfe eines eindeutigen Rahmens der Begleitung in einer überschaubaren Lebenssituation kann äußerer Halt gegeben werden. Der innere Halt erfolgt durch die unbedingte Zuverlässigkeit in der Beziehung, welche Sicherheit und Geborgenheit vermittelt. Eine weitere Aufgabe in der heilpädagogischen Beziehung ist **Vertrauen**. Dieses entsteht durch die unmittelbare Authentizität in der Wahrnehmung, Akzeptanz und Wertschätzung der eigenen sowie der anderen Person. Neben dem Vertrauen in der Beziehung ist auch **Empathie** notwendig. Hierbei geht es um die Fähigkeit, das Verhalten, Handeln und Denken des zu begleitenden Menschen von dessen Voraussetzungen her zu verstehen und angemessen darauf einzugehen. Des Weiteren ist die heilpädagogische Beziehungsgestaltung gekennzeichnet durch **Spontaneität und Offenheit**. Dies gelingt, indem sich die Heilpädagogin auf freie Kommunikation einlässt und den aktuellen Zustand und die Gegebenheiten der eigenen und der anderen Person berücksichtigt. Zudem wird dem zu begleitenden Menschen durch das Suchen und Bestimmen eigener Ziele die individuelle Freiheit gewährt. Die Rede ist hierbei von **Permissivität**. Die letzte Aufgabe in der heilpädagogischen Beziehung ist die **Interdependenz**, welche die gegenseitige Abhängigkeit der in Beziehung stehenden Personen beschreibt. Erreicht werden kann dies durch ein ausgewogenes Verhältnis zwischen der Autorität und des Mitbestimmungsbedürfnis der Heilpädagogin und der des Menschen mit Beeinträchtigung (vgl. ebd. 30 f.).

Ein sehr wichtiger Aspekt in der Beziehungsgestaltung stellt neben den Aufgaben auch die **Selbstreflexion** der Heilpädagogin dar. Da es in der alltäglichen Erziehungspraxis des Öfteren zu unbewussten Beeinflussungen, Abwendungen, Kränkungen oder Fehlern kommen kann, ist es umso wichtiger, sich diesen durch Reflexion bewusster zu werden (vgl. Köhn 2001: 83). „In der heilpädagogischen Beziehung reflektiert die Heilpädagogin die *innerseelischen, dynamischen Faktoren der bewussten und unbewussten Selbststeuerung* [Herv. im Orig.]“ (ebd.). Es kann vorkommen, dass der zu begleitende Mensch in der Beziehung zur Heilpädagogin unbewusste Konflikte wiedererlebt. Dieses Verhalten löst bei der Heilpädagogin ebenfalls Gefühle aus, die als Gegenübertragungsreaktion bezeichnet werden. Die Aufgabe der Heilpädagogin ist es hierbei, die Gefühle durch Selbst-

reflexion zu erkennen und angemessen auf die Übertragungsreaktion des Menschen zu reagieren, damit der unbewusste Konflikt gelöst werden kann (vgl. ebd. 84-88).

Abschließend ist anzuführen, dass die heilpädagogische Beziehungsgestaltung nicht primär zum Ziel hat, das Störungsverhalten des Menschen mit Beeinträchtigung zu verändern. Vielmehr stellt sich die Heilpädagogin die Frage, wie sie sich dem Menschen in der Beziehung zeigen kann, sodass dieser sie auf einer gewissen Weise erlebt, welche zu einer Veränderung seines Verhaltens führt. Daraus resultierend ist die heilpädagogische Beziehungsgestaltung gemeinsames Erleben der gemeinsamen Wirklichkeit, das zum Verstehen des jeweils anderen führt. Die Heilpädagogin ist hierbei Begleiterin des beeinträchtigten Menschen auf dessen Lebensweg und gibt diesem Antwort auf existentielle Fragen (vgl. ebd. 128-130): „So beginnt der *heilpädagogische Dialog* immer da, wo der beeinträchtigte Mensch in seiner Not *den Heilpädagogen zur Antwort herausfordert* [...] [Herv. im Orig.]“ (ebd. 130).

---

Zusammenfassend gesagt ist die Heilpädagogik eine Handlungswissenschaft, die sich mit der Erziehung unter erschwerten Bedingungen beschäftigt. Die Voraussetzung für heilpädagogisches Handeln ist das ganzheitliche Menschenbild, wie auch die heilpädagogische Haltung. Der Gegenstand der Heilpädagogik ist die Beziehung zwischen der Heilpädagogin und dem beeinträchtigten Menschen. Die Beziehungsgestaltung ist dialogisch und auf Entwicklungsförderung ausgerichtet. Es geht v. a. darum, sich selbst und den anderen Menschen in der Begegnung wahrzunehmen und sich einander hinzuwenden. Dabei wirkt nicht nur die Heilpädagogin auf den zu begleitenden Menschen, sondern auch der Mensch auf die Heilpädagogin.

### **3. Selektiver Mutismus im Kindesalter**

In diesem Kapitel wird nun umfassend auf das Störungsbild des selektiven Mutismus eingegangen. Zunächst wird die Frage geklärt, was selektiver Mutismus ist. Hierbei wird sich mit der Begriffsbestimmung, den verschiedenen Mutismusformen sowie der Symptomatik und dem Erscheinungsbild beschäftigt. Zudem wird auf diagnostische und differentialdiagnostische Kriterien, die Komorbidität und die Risikofaktoren beim selektiven Mutismus eingegangen. Anschließend werden die Ursachen für das Störungsbild, die Kommunikationsformen mutistischer Kinder und schließlich Therapiemöglichkeiten für diese psychische Störung dargestellt.

#### **3.1 Was ist selektiver Mutismus?**

##### **3.1.1 Begriffsbestimmung**

Der Begriff ‚Mutismus‘ stammt vom lateinischen Wort *mutus* und bedeutet übersetzt ‚stumm‘ (vgl. Bibliographisches Institut GmbH 2020). In der Fachliteratur versteht man unter ‚Mutismus‘ das seit langem bekannte Phänomen des nicht Sprechens. Neben diesem

Begriff gibt es weitere Bezeichnungen für diese Erscheinung, wie „Aphasia Volontaria“, „freiwillige Stummheit“, „partielles und universelles Schweigen“ sowie „elektiver und totaler Mutismus“. Allerdings setzte sich lediglich die begriffliche Unterscheidung zwischen dem „totalen“ und „elektiven Mutismus“ nach Tramer international durch, die bis heute Anwendung findet. Hierbei ist anzumerken, dass der Begriff ‚elektiv‘ nicht mehr häufig gebraucht wird, weil dieser eine freie Wahl des Schweigens impliziert, was nach heutigem Forschungsstand als überholt gilt. Stattdessen spricht man hier vom ‚selektiven Mutismus‘. Trotz unterschiedlicher Definitionen und Einteilungsschemata versteht man unter Mutismus das Nichtsprechen bei weitgehend abgeschlossener Sprachentwicklung und vorliegender Sprach- und Sprechfähigkeit. Entgegen den anderen genannten Begriffen handelt es sich beim Mutismus nicht um ein freiwilliges Schweigen, sondern um eine psychische Störung (vgl. Hartmann 1991: 2; Katz-Bernstein 2015: 24; Bahr 2019: 15).

### 3.1.2 Mutismusformen

Wie im vorherigen Gliederungspunkt beschrieben wurde, unterscheidet man nach Tramer zwischen dem **selektiven** und dem **totalen** Mutismus. Der **totale Mutismus** stellt die seltenere Form von beiden dar. Hierbei handelt es sich um das vollständige Schweigen trotz Hörvermögen, weitgehend abgeschlossener Sprachentwicklung und vorliegender Sprach- und Sprechfähigkeit. Sowohl das Sprechen als auch jegliche Äußerungen, wie Räuspern, Husten oder Niesen, werden gegenüber allen Personen und in jeder Situation vermieden. Der totale Mutismus kann sich entweder aus einem selektiven Mutismus entwickeln, durch ein seelisches Trauma ausgelöst werden oder als Symptom einer psychiatrischen Grunderkrankung auftreten. Es ist auch möglich, dass der totale Mutismus für Autismus oder eine geistigen Behinderung gehalten wird (vgl. Katz-Bernstein 2015: 24; Hartmann/Lange 2017: 12).

Im Gegensatz dazu steht der **selektive Mutismus**, bei welchem die betroffenen Kinder nur in bestimmten Situationen und/oder gegenüber bestimmten Personen schweigen. Diese Form des Schweigens stellt die häufigere Form des Mutismus dar. Allerdings zählt das Störungsbild mit einer Prävalenzrate von unter einem Prozent insgesamt zu den selteneren psychischen Erkrankungen (vgl. Plener/ Spröber-Kolb 2020: 111).

In der *internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten, der German Modification* (im Folgenden als „ICD-10-GM“ abgekürzt), wird der selektive Mutismus den Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend zugeordnet. Dem ICD-10-GM zufolge ist der Mutismus „[...] durch eine deutliche, emotional bedingte Selektivität des Sprechens charakterisiert, so dass das Kind in einigen Situationen spricht, in anderen definierbaren Situationen jedoch nicht [...]“ (DIMDI 2019: F94.0). Weitere Symptome der Störung können Sozialangst, Rückzug, Empfindsamkeit oder Widerstand sein (vgl. ebd.). Im Gegensatz zur Einordnung des ICD-10-GM zählt der selektive Mutismus in der fünften Auflage des amerikanischen Klassifikationssystems „Diagnostic and Statistical



Manual of Mental Disorders“ (DSM-5) zu den Angststörungen. Die Symptome und das Erscheinungsbild der Störung werden jedoch in beiden Klassifikationssystemen gleich beschrieben. Auch in der 11. Revision der ICD wird der selektive Mutismus zukünftig den Angststörungen zugeordnet (vgl. Plener/ Spröber-Kolb 2020: 112).

Eine weitere Definition stammt von Reiner Bahr (2019: 14) und beschreibt die Störung umfassender:

Selektiver Mutismus ist ein dauerhaftes, wiederkehrendes Schweigen in bestimmten Situationen (z.B. im Kindergarten, in der Schule) und gegenüber bestimmten Personen (z.B. gegenüber allen Personen, die nicht zum engsten Familienkreis gehören). Dieses Schweigen tritt auf, obwohl die Sprechfähigkeit vorhanden ist. Ebenso ist die Redebereitschaft gegenüber einigen wenigen vertrauten Personen in vertrautem Umfeld gegeben.

Es ist anzuführen, dass der Begriff ‚selektiv‘ den Anschein erwecken kann, dass die betroffene Person willentlich darüber entscheiden kann, mit wem und in welchen Situationen sie spricht. Jedoch trifft dies in der Regel nicht zu. Vielmehr diktiert die Situation selbst, wann der Betroffene schweigt und wann er spricht (vgl. Hartmann/ Lange 2017: 12).

Aufgrund der Tatsache, dass der selektive Mutismus im Gegensatz zum totalen Mutismus häufiger vorkommt, wird sich in dieser Arbeit ausschließlich auf diese Art des Mutismus bezogen.

### **3.1.3 Symptomatik und Erscheinungsbild**

Nachdem das Störungsbild des selektiven Mutismus definiert wurde, wird nun näher auf die Symptome und das Erscheinungsbild der betroffenen Kinder eingegangen.

Kinder mit selektivem Mutismus weisen sowohl einen altersentsprechenden Sprachausdruck als auch ein normales Sprachverständnis auf. Charakteristisch für den selektiven Mutismus ist, dass Betroffene in ausgewählten Situationen normal sprechen, während sie außerhalb dieser Situationen schweigen. Dieses Schweigen in bestimmten Situationen ist dabei dauerhaft und muss länger als vier Wochen bestehen, damit es sich um selektiven Mutismus handelt (vgl. Spröber-Kolb 2020: 111 f.).

Auffällig bei den Betroffenen ist neben dem Schweigen auch das Fehlen jeglicher akustischer Äußerungen, wie beispielsweise Lachen, Weinen, Husten, Räuspern oder gar Atemgeräusche. Es kann vorkommen, dass mutistische Kinder geräuschlos und tränenlos weinen. Die Mimik der Kinder wird als ernst, monoton, maskenhaft und gleichgültig beschrieben. Meist wird der Blickkontakt vermieden oder es wird durch Personen hindurchgeschaut. Die Bewegungen der Kinder sind oft starr, steif und verlangsamt. Gegensätzlich hierzu ist das Verhalten von Kindern mit Mutismus in ihrer vertrauten Umgebung. Dort sprechen sie meist ungehemmt, lebendig und manchmal sogar zu viel. Es wird davon ausgegangen, dass ihr Bedürfnis zum Sprechen in diesen Situationen nachgeholt wird. Auch die Körpersprache entspannt sich sichtlich (vgl. Hartmann/ Lange 2017: 22)

### 3.1.4 Diagnostische Kriterien

Um selektiven Mutismus bei einem Kind zu diagnostizieren, bedarf es Kriterien, anhand derer die Störung festgestellt werden kann. In diesem Kapitel wird das diagnostische Vorgehen von Hartmann und Lange sowie von Katz-Bernstein vorgestellt.

Zur Erkennung des selektiven Mutismus entwickelten Hartmann und Lange (2017: 14) acht verschiedene Diagnostikebenen, die im Weiteren dargestellt werden.

**1. Mutismusdiagnostik, Differenzialdiagnostik:** Beim ersten Schritt wird abgeklärt, ob die Sprachentwicklung weitestgehend abgeschlossen ist und ein altersentsprechendes Sprachverständnis gegeben ist, ob situationsbedingte Unterschiede im kommunikativen Verhalten feststellbar sind und ob das unterschiedliche Kommunikationsverhalten in den verschiedenen Situationen voraussagbar ist (vgl. Hartmann/ Lange 2017: 14).

**2. Neurologische Untersuchung:** Es müssen hirnorganische Erkrankungen, die zum Verlust des Sprechvermögens führen, ausgeschlossen werden (vgl. ebd.).

**3. HNO-ärztliche Untersuchung:** Alle organischen Ursachen für das Schweigen, wie z.B. eine Hörstörung, sollen ausgeschlossen werden (vgl. ebd. 14 f.).

**4. Familien- und Patientenanamnese:** Hierfür wurde der „Kölner Mutismus Anamnesebogen“ entwickelt, um Risikofaktoren bei dem Betroffenen und dessen Familienangehörigen herauszufinden, die zur Entstehung des Mutismus beigetragen haben oder beitragen können. In der Patientenanamnese werden Daten zur persönlichen Entwicklung erfragt, wie etwa Komplikationen bei der Schwangerschaft, HNO-Befunde oder das Vorliegen einer Mehrsprachigkeit. Die Familienanamnese erfasst sowohl Daten der Mutter als auch des Vaters. Es wird nach Merkmalen des Temperaments und Merkmalen aus dem klinischen Bereich gefragt (vgl. ebd.15).

**5. Psychologische Interpretation:** Mithilfe nichtsprachlicher projektiver Testverfahren können auf dieser Ebene Persönlichkeitsmerkmale des betroffenen Kindes sowie familiäre Beziehungsstrukturen aufgedeckt werden. Beispiele hierfür sind der „Mann-Zeichen-Test“, „Familie in Tieren“ oder der „Baumtest“. Ebenfalls aufschlussreich können nonverbale Intelligenztests sein (vgl. ebd. 15 ff.).

**6. Sprachdiagnostik:** Diese Art der Diagnostik ist von zunehmender Bedeutung, da einige Kinder mit Mutismus neben dem Schweigen weitere Sprachauffälligkeiten aufweisen, die durch den Mutismus unentdeckt bleiben. Diese können z.B. Artikulationsstörungen, Stottern, Poltern, Stimmstörungen oder Dysgrammatismen sein. Etwa 20 Prozent der mutistischen Kinder haben zusätzlich bilingual bedingte sprachliche Anpassungsstörungen (vgl. ebd. 17).

**7. Evaluation des sozialinteraktiven Kommunikationsverhaltens:** Der „Evaluationsbogen für das sozialinteraktive Kommunikationsverhalten bei Mutismus“ erfasst den kommunikativen Belastungsgrad von Kindern mit Mutismus in sozialinteraktiven Situationen. Dieser Evaluationsbogen dient zugleich als Ansatzpunkt einer anschließenden Therapie (vgl. ebd. 16 f.).

**8. Beschreibung emotionaler Motivationskriterien:** Hierbei wird analysiert, warum das betroffene Kind in einer bestimmten Situation schweigt bzw. spricht. Anschließend soll herausgefunden werden, welche emotionalen Zustände gesucht bzw. vermieden werden. Diese können der Auslöser des Schweigens bzw. Sprechens sein (vgl. ebd. 18).

Neben Hartmann und Lange befasste sich auch Katz-Bernstein mit der Frage, wie selektiver Mutismus erfasst werden kann. Hierzu erstellte sie einerseits eine **Beobachtungs-Checkliste** zum Mutismus und andererseits erörterte sie **drei diagnostische Fragestellungen** zu Symptomen, zum Lebenssinn des Schweigens und zum familiären Sinn des Mutismus (vgl. Katz-Bernstein 2015: 64-84).

Die **Beobachtungs-Checkliste** beinhaltet umfassende Fragen zum Verhalten des Kindes und soll Therapeuten dabei helfen, selektiven Mutismus bei einem Kind zu diagnostizieren. Insgesamt deuten folgende fünf Kriterien darauf hin: Erstens ist das Kind nicht fähig, in bestimmten Situationen zu sprechen. Zweitens werden die schulischen Leistungen und die soziale Kommunikation des Kindes dadurch beeinträchtigt. Drittens verfügt das entsprechende Kind über Kenntnisse der gesprochenen Sprache. Viertens wurde weder eine Kommunikationsstörung noch eine tiefgreifende Entwicklungsstörung diagnostiziert. Fünftens muss die Störung mindestens über einen Zeitraum von vier Wochen bestehen (vgl. ebd. 64-70).

Zur Erhebung therapierrelevanter Daten formulierte Katz-Bernstein zusätzlich zur Checkliste **drei diagnostische Perspektiven**. Es wird zwischen der Symptomdiagnostik, Strukturdiagnostik und Systemdiagnostik unterschieden. Bei der **Symptomdiagnostik** wird herausgefunden, in welchen Situationen und welchen Personen gegenüber das betroffene Kind schweigt bzw. spricht. Mithilfe der Tabelle "Topographie des Sprechens und Schweigens" (vgl. ebd. 74 f.) soll die Systematik des Schweigens bzw. Sprechens erkannt werden. Außerdem sollen die Äußerungsformen des Kindes durch Körpergeräusche, Gesten oder Sprechen bestimmt werden (vgl. ebd. 73-76). Die **Strukturdiagnostik** forscht nach der Logik und dem Sinn des Schweigens bzw. Sprechens für das Kind. Es wird herausgefunden, welche Personen und Situationen das Kind mit Mutismus als bedrohlich oder welche als vertraut einordnet. Zudem wird einerseits nach dem Grund für das Schweigen und dem intrapsychischen Problemlöseverhalten gesucht. Andererseits werden die Ressourcen des Kindes ermittelt, die zur Folge hatten, dass das Kind das Schweigen als Lösung der Probleme wahrnimmt. (vgl. ebd. 76 f.). „Ein solches Symptom zu entwickeln und es als ein durchgehendes, logisches System aufzubauen und aufrecht zu erhalten, weist auf erhebliche kognitiv-emotionale Kompetenzen hin“, sagt Katz-Bernstein in diesem Zusammenhang (ebd. 76). Anders als bei der Strukturdiagnostik wird bei der **Systemdiagnostik** nicht nach dem inneren Sinn des Schweigens für das Kind gesucht, sondern nach dem Sinn in Bezug auf die Lebenswelt des Kindes. Berücksichtigt werden alle

äußeren Faktoren, die das Verhalten des Kindes beeinflussen. Hierbei stehen vor allem Einflüsse aus der Kultur und der Familie des Kindes im Fokus (vgl. ebd. 82-84).

Aus heilpädagogischer Sicht handelt es sich bei den drei diagnostischen Fragestellungen nach Katz-Bernstein und den Diagnostikebenen von Hartmann und Lange um ganzheitliche diagnostische Verfahren, die viele parallelen zu diagnostischen Verfahrensweisen in der Heilpädagogik aufweisen. Es geht darum, herauszufinden, um welches Verhalten es sich handelt, wann dieses auftritt, warum es dazu kommt, welchen Zweck es erfüllt und welche Auswirkungen es hat. Zusammengefasst geht es also darum, die Ursachen für das Schweigen herauszufinden und das Schweigen des Kindes somit zu verstehen.

### **3.1.5 Differenzialdiagnostische Abgrenzung**

In diesem Kapitel geht es um die Abgrenzung des selektiven Mutismus von anderen Störungen und Erscheinungen, bei welchen ebenfalls das Schweigen als Symptom auftritt. Wie bereits im vorherigen Kapitel (siehe Kap. 3.1.4, S. 15) beschrieben, sind organisch bedingte Formen des Schweigens vom selektiven Mutismus grundsätzlich abzugrenzen und werden daher in der nachstehenden Darstellung nicht berücksichtigt. Darüber hinaus müssen folgende Störungen vom selektiven Mutismus unterschieden werden:

**Autismus-Spektrum-Störung:** Häufig wird der Mutismus für die Autismus-Spektrum-Störung (im Folgenden mit „ASS“ abgekürzt) gehalten. Anhand der Konstanz, Emotionalität und der Sprachentwicklung werden jedoch Unterschiede zwischen den beiden Störungen erkennbar. Bei der ASS verhalten sich die Betroffenen konstant zurückgezogen und abwehrend gegenüber ihrem Umfeld. Dahingegen verhalten sich Kinder mit Mutismus nur in bestimmten Situationen oder bestimmten Personen gegenüber zurückhaltend und schweigend. In Bezug auf die Emotionalität lässt sich sagen, dass Menschen mit ASS Schwierigkeiten haben, einen gefühlsmäßigen Kontakt zu anderen Menschen aufzubauen, und verhalten sich meist emotional unterkühlt. Anders ist es bei Menschen mit selektivem Mutismus. Diese zeigen sich in Situationen, die für sie als nicht bedrohlich erscheinen, durchaus ungehemmt, lebhaft sprechend, kontaktsuchend und emotional gegenüber vertrauten Personen. Der letzte Unterschied bezieht sich auf die Sprachentwicklung. Häufig zeigen sich bei Menschen mit ASS starke Abweichungen von der altersentsprechenden Sprachentwicklung (vgl. Hartmann/ Lange 2017: 19f.): „Die Schriftsprache bleibt ihnen häufig verschlossen oder ist allein über die Gestützte Kommunikation [...] anhand von Buchstabentafeln oder Buchstabentastaturen anzubahnen“ (ebd. 20). Die Sprachentwicklung von Mutisten verläuft dagegen altersentsprechend und ist zum Zeitpunkt des Auftretens der Störung abgeschlossen. Zudem verfügen sie über eine altersentsprechende Entwicklung der Schriftsprache, die oft überdurchschnittlich gut ist, da durch den schriftlichen Ausdruck das Schweigen kompensiert werden kann (vgl. ebd.).

**Schüchternheit:** Dieses Merkmal ist eine Form der sozialen Angst und kann ein dauerhaftes Persönlichkeitsmerkmal von Personen sein, das sich dadurch auf das Leben der

Person auswirkt. Beispielsweise können Begegnungen mit fremden Menschen als bedrohlich empfunden werden oder einfachere Aufgaben, wie ein Telefonat führen, können nicht bewältigt werden. Die Schüchternheit wirkt sich sowohl auf das Handeln als auch auf das Denken und Fühlen der Personen aus. Je nach Intensität und Ausprägung der Symptome leiden schüchterne Personen unter eben diesen Symptomen und den einhergehenden Einschränkungen. Schüchternheit tritt häufig bei Kindern mit selektivem Mutismus auf und zählt deshalb zu den Symptomen des Mutismus. Der Unterschied zum selektiven Mutismus ist, dass Schüchternheit ein Persönlichkeitsmerkmal ist, das sich nicht zwingend durch Schweigen in bestimmten Situationen oder gegenüber bestimmten Personen äußern muss (vgl. Bahr 2019: 52- 54).

**Sprechangst:** Wie bei der Schüchternheit ist die Sprechangst ebenfalls ein Symptom des Mutismus. Allerdings tritt die Angst vor dem Sprechen auch bei Menschen auf, die nicht vom selektiven Mutismus betroffen sind. Typischerweise zeigt sich die Sprechangst in Publikumsituationen und ist auch als Lampenfieber bekannt. In diesen Situationen kann das Sprechen ins Stocken geraten bis hin zum Stottern. Außerdem treten weitere körperliche Symptome auf, wie eine belegte Stimme, verstärktes Herzklopfen, Anspannung im Schulter-, Hals- und Nackenbereich, feuchte Hände, stockender Atem sowie rote Flecken im Gesicht und am Hals. Die Sprechangst kann nicht nur die Angst vor dem Sprechen sein, sondern kann auch als die Angst vor dem öffentlichen Versagen definiert werden. Letztere äußert sich dann als Schweigen, wenn die bestimmte öffentliche Situation gemieden oder verlassen wird. Die Sprechangst ist zum einen ein Phänomen, das die meisten Menschen bereits selbst erlebt haben. Zum anderen ist es eine schwerwiegende Blockade des Betroffenen, die sich im Fühlen, Denken und Handeln äußert (vgl. ebd. 55f.).

Neben den drei genannten Störungen ist der selektive Mutismus ebenfalls von einem **vorübergehenden trotzigem Verhalten** abzugrenzen. Hierbei kann es zum Verstummen oder Schweigen kommen, wenn sich das Kind in seinem Selbstwert bedroht fühlt. Jedoch ist dieses Verhalten in der Regel nicht anhaltend, weshalb ein selektiver Mutismus ausgeschlossen werden kann. Darüber hinaus wurde im vorherigen Gliederungspunkt bereits erwähnt, dass das Kind über ausreichend Kompetenz in der gesprochenen Sprache verfügen muss, damit es sich beim Schweigen um selektiven Mutismus handeln kann (siehe Kap. 3.1.4, S. 16). Schweigt das Kind aufgrund **geringer Sprachkenntnisse in einer neuen Sprache**, spricht man ebenfalls nicht von Mutismus (vgl. Schoor 2001: 165).

### **3.1.6 Komorbidität**

Nicht immer tritt selektiver Mutismus als einzige Störung auf. In unterschiedlichen Untersuchungen und Studien konnten einige diagnostisch abgrenzbare Verhaltensauffälligkeiten und Störungsbilder festgestellt werden, die zusätzlich zum selektiven Mutismus vorliegen können. Als komorbide Störungen müssen unter anderem Angststörungen, wie phobische oder generalisierte Störungen des Kindesalters, Zwangsstörungen, depressive Er-

krankungen, Störung des Sozialverhaltens mit oppositionell aufsässigem Verhalten, Anpassungsstörungen und Reaktion auf schwere Belastungen sowie Sprach- und Sprechstörungen beachtet werden (vgl. Plener/ Spröder-Kolb 2020: 113).

Eine Untersuchung von Rösler im Jahr 1981 hat ergeben, dass über 90 Prozent der mutistischen Kinder neben dem Schweigen zusätzlich Angstsymptome aufweisen. Dies zeigt, dass Angststörungen im Vergleich zu anderen Störungsbildern am häufigsten bei Kindern mit Mutismus auftreten (vgl. Katz-Bernstein 2015: 32). Im Gegensatz zum ICD-10-GM wird der Mutismus im amerikanischen Klassifikationssystem „DSM-5“ bereits den Angststörungen zugeordnet, was die Verbindung zwischen den Angststörungen und dem selektiven Mutismus erklärt (vgl. Plener/ Spröder-Kolb 2020: 112). Auch Sprach- und Sprechstörungen treten vermehrt in Zusammenhang mit selektivem Mutismus auf. Die Angaben hierfür weichen jedoch stark voneinander ab und reichen von 33 Prozent bis knapp 52 Prozent (vgl. Institut für Sprachtherapie Dr. Boris Hartmann 2020).

### **3.1.7 Risikofaktoren**

Unter einem Risikofaktor versteht man die erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer bestimmten Krankheit oder eines bestimmten Gesundheitszustandes (vgl. Franzkowiak 2018). In diesem Kapitel werden Faktoren aufgezeigt, die ein Risiko für das Auftreten des selektiven Mutismus darstellen können. Zum einen sind Sprach- und Sprechstörungen zu nennen. Hierzu zählen beispielsweise Stottern, Dyslalie, grammatische Störungen und Sprachentwicklungsstörungen bei Zweisprachigkeit. Zum anderen tragen auch prä-, peri- und postnatale Komplikationen sowie hirnorganische Schädigungen zu einem erhöhten Risiko bei. Bei Untersuchungen konnten bei 75 Prozent der mutistischen Kinder Komplikationen vor, während oder nach der Geburt festgestellt werden. Die Häufigkeit von hirnorganischen Schädigungen liegt bei bis zu 68 Prozent. Weitere Risikofaktoren sind Migration und Mehrsprachigkeit, psychische Störungen beim Betroffenen selbst und in der Familie, Schweigsamkeit in der Familie, Überbehütung, familiäre Disharmonien und belastende Lebensereignisse. Ebenfalls anzuführen sind Temperamentsmerkmale des Kindes, wie z.B. Schüchternheit, Ängstlichkeit, Schweigsamkeit und Scheu (vgl. Katz-Bernstein 2015: 34 f.; Schoor 2002: 189-191).

### **3.2 Ursachen für den selektiven Mutismus**

Für den selektiven Mutismus gibt es bislang keine direkte Ursache. Sowohl **psychologische** als auch **physiologische Faktoren** kommen infrage. Zu den psychologischen Faktoren gehören beispielsweise intrapsychische Konflikte und Traumata, Stress, entwicklungshemmende Milieueinflüsse oder negative Lernerfahrungen. Physiologische Faktoren sind z.B. frühkindliche Entwicklungsstörungen, eine familiäre Disposition für Angst und Depression und eine Hyperreaktion des Angstzentrums im Gehirn (vgl. Mutismus Selbst-

hilfe Deutschland e.V. 2019). Im Folgenden werden verschiedene psychologische und physiologische Erklärungsmodelle aufgezeigt.

### 3.2.1 Psychologische Erklärungsansätze

Zu den psychologischen Erklärungsmodellen zählt der **psychoanalytische Ansatz**. In dieser Theorie basiert der selektive Mutismus auf einer Neurose. Die Symptome einer Neurose werden als Äußerungsformen innerpsychischer Konflikte und Ängste betrachtet. Die Ursache ist dem Betroffenen nicht bewusst. Die Symptome sind ihm jedoch bewusst und werden als abnorm und unangenehm empfunden. Aus diesem Grund leidet der Betroffene unter der Störung. Mithilfe der Symptome werden seelische Konflikte und Ängste abgewehrt, vermieden oder bewältigt. In Bezug auf den selektiven Mutismus wird das Schweigen als Bewältigungsstrategie eines unbewussten seelischen Konflikts verstanden (vgl. Bahr 2006: 31; Hartmann/ Lange 2017: 26).

Beim **lerntheoretischen Erklärungsansatz** wird das Schweigen als angelerntes Reaktionsmuster betrachtet. Erlebt das Kind eine positive Konsequenz auf das Schweigen, wie beispielsweise verstärkte Aufmerksamkeit oder die Vermeidung von Pflichten, tritt dieses Verhalten weiterhin auf. Bei der verstärkten Aufmerksamkeit, die auf das Schweigen folgt, handelt es sich um positive Verstärkung. Dagegen spricht man bei der Vermeidung von Pflichten von der negativen Verstärkung. Da die Konsequenzen des Schweigens als positiv bewertet werden, wird das betroffene Kind dazu konditioniert, das mutistische Verhalten beizubehalten. Man spricht hier von der operanten Konditionierung. Des Weiteren kann das Schweigen auch nach dem Prinzip „Lernen am Modell“ nachgeahmt werden. Als Modell wird ein Vorbild ausgesucht, das meist eine Person aus dem engsten Familienkreis ist. Es wird also das Verhalten des Modells nachgeahmt, was auch sprachliches Verhalten impliziert. Schweigt das ausgesuchte Modell, so wird dies vom Kind übernommen (vgl. Hartmann 1991: 45-49; Hartmann/ Lange 2017: 27).

Im Gegensatz zu den beiden genannten Erklärungsansätzen ist die Ursache für den selektiven Mutismus beim **milieutheoretischen Ansatz** das Umfeld des betroffenen Kindes. Die Ursache für das Auftreten oder Aufrechterhalten des selektiven Mutismus sind demnach Faktoren „[...] wie wirtschaftliche Notlage der Familie, sprachliche Einwanderungsproblemfelder, Umstellungsschwierigkeiten zwischen stark Dialekt sprechenden Familienangehörigen und Hochdeutsch artikulierender Lehrerschaft sowie soziale Kontaktarmut der Familie.“ (Hartmann/ Lange 2017: 27). Wie bereits dargelegt (siehe Kap. 3.1.7, S. 19), gehören Migration und Mehrsprachigkeit zu den Risikofaktoren für das Störungsbild und können der Theorie zufolge auch als Ursache genannt werden (vgl. ebd.).

Als letztes Modell wird bei den psychologischen Erklärungsansätzen der **stresstheoretische Ansatz** dargestellt. Es wird davon ausgegangen, dass einerseits bestimmte Umwelteinflüsse von der betreffenden Person als seelisch belastend interpretiert werden. Andererseits können geeignete Ressourcen zur Stressbewältigung nicht genutzt oder gar

nicht erst entwickelt werden. Dadurch kommt es beim selektiven Mutismus zu einem Vermeidungsverhalten, was sich im Schweigen äußert (vgl. ebd.).

### 3.2.2 Physiologische Erklärungsansätze

In den letzten Jahren werden die organisch bedingten Ursachen für den selektiven Mutismus immer relevanter und lösen damit die psychologischen Ansätze ab. Es wird vermutet, dass die psychologischen Faktoren den Mutismus aufrechterhalten, jedoch nicht verursachen (vgl. Hartmann/ Lange 2017: 28).

Zunächst wird bei den physiologischen Ansätzen der „**dispositionelle Erklärungsansatz**“ erläutert. Hierbei wird das Schweigen primär auf genetische Faktoren zurückgeführt. Der Betroffene hat also eine Anlage für die Gehemmtheit und den sozialen Rückzug. Die Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass die meisten Kinder mindestens einen Elternteil haben, der eher introvertiert, sozial zurückgezogener und sprachlich gehemmt ist. Zudem können in der Familienanamnese auch weitere Merkmale, wie Angst und Depression, festgestellt werden. Es sei darauf hingewiesen, dass die erbliche Vorbelastung zwar die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten des Mutismus erhöht, aber nicht die einzige Ursache für das Schweigen darstellt. Meistens sind weitere Faktoren vorhanden, die den Mutismus auslösen oder verstärken. Dem „Diathese-Stress-Modell“ zufolge entsteht der Mutismus aus einer Kombination von einem gehäuftem Auftreten familienbiografischer Gehemmtheit und seelisch belastenden Umweltfaktoren (vgl. ebd. 28f.).

Neben dem dispositionellen Ansatz wurden in den letzten Jahren zwei weitere Faktoren als Ursache für den Mutismus herausgefunden. Das erste Erklärungsmodell bezieht sich auf den selektiven Mutismus infolge einer „**Hypokonzentration von Serotonin**“. Das Schweigen wird hierbei durch eine zu niedrige Konzentration des Neurotransmitters Serotonin im Hirnstoffwechsel erklärt. Dem zweiten Ansatz zufolge erfolgt der Mutismus aufgrund einer „**Hyperreaktion der Amygdala**“ im limbischen System. Das limbische System steuert die Emotionen des Menschen im Gehirn und die Amygdala stellt das Angstzentrum dar. Kommt es zu einer Hyperreaktion der Amygdala, wird durchgehend auf Angst geschaltet, obwohl es hierfür keinen Auslöser gibt (vgl. ebd. 30; Titzer 2012: 30).

Das letzte physiologische Erklärungsmodell ist der **Entwicklungspsychologische Erklärungsansatz**. Laut dieser Theorie liegt die Ursache für den selektiven Mutismus in den eingeschränkten sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten des Kindes. Durch diese mangelnde Kompetenz fällt es dem Kind schwer, einen Übergang zwischen vertraut/bekannt und fremd/unbekannt vorzunehmen. Dadurch ist das Kind sprachlich gehemmt und nicht in der Lage, neue Erfahrungen zu machen und Kontakte zu knüpfen. Dem Kind gelingt es also nicht, sich von der Bezugsperson zu lösen und die Angst vor Unbekanntem zu überwinden. Mit fortschreitendem Alter und abnehmendem Selbstbewusstsein des Kindes fällt ihm dieser Ablösungsprozess zunehmend schwerer. Deshalb zieht sich das Kind immer mehr zurück, was sich vor allem im Schweigen äußert (vgl. Titzer 2012: 29).



### **3.3 Kommunikationsformen selektiv mutistischer Kinder**

Obwohl Kinder mit selektivem Mutismus in bestimmten Situationen oder bestimmten Personen gegenüber schweigen, kommunizieren sie dann mit Mitteln, die in diesem Kapitel aufgeführt werden. Mithilfe von Fallstudien konnten verschiedene Kommunikationsformen von betroffenen Kindern herausgefunden werden. Während die Kinder in manchen Situationen, wie im eigenen Zuhause mit ihren Eltern, durchaus verbal kommunizieren, greifen sie in anderen Situation häufig auf nonverbale Kommunikation zurück. Die Kinder drücken sich demnach nicht sprachlich aus, sondern teilen sich durch ihre Gestik und Mimik mit. Oft suchen sie den Blickkontakt ihrer Mitmenschen, weil sie ihre Gefühle und Bedürfnisse über Blicke ausdrücken. Des Weiteren zeigen die Kinder durch Körperbewegungen, wie beispielsweise Kopfnicken oder Kopfschütteln, wenn sie etwas haben oder nicht haben wollen. Andere nonverbale Signale von selektiv mutistischen Kindern sind Lachen, Lächeln oder Weinen, wodurch sie entweder Zufriedenheit oder Unbehagen ausdrücken. Auch die Sympathie oder Antipathie zu einer Person kann in den Handlungen des Kindes erkennbar werden. Während das Kind auf Kontaktangebote von manchen Personen eingeht, werden andere Personen vollständig ignoriert. Jedoch gibt es auch selektiv mutistische Kinder, die nicht nur in ihrer verbalen Kommunikation gehemmt sind, sondern auch in bestimmten Situationen andere Kommunikationsformen vermeiden. Diese Kinder meiden jeglichen Blickkontakt oder ziehen sich von der Umwelt völlig zurück. Ihre Mimik und Gestik wirkt steif oder wie eingefroren (vgl. Bahr 2006: 198 f.; Titzer, 2012: 37).

Im Rahmen der Untersuchung zu den Kommunikationsformen mutistischer Kinder beschäftigte sich Bahr (2006:200) auch mit der Wirkung des Schweigens auf die Kommunikationspartner des Kindes und kommt dabei zu folgender Erkenntnis: „Die am häufigsten beschriebene Wirkung des Schweigens besteht darin, daß das Umfeld sich mit dem selektiv mutistischen Kind und seinen Kommunikationsformen arrangiert“. Das Schweigen und die nonverbale Kommunikation des Kindes werden verstanden und vom Umfeld akzeptiert. Außerdem reicht die Art der Kommunikation aus, um am sozialen Geschehen weiterhin teilnehmen zu können. Im Umfeld des Kindes wird ein Kommunikationssystem aufgebaut, das dem mutistischen Verhalten entspricht. Dadurch ist es für das Kind nicht mehr erforderlich zu sprechen. Das hat zur Folge, dass es für das Kind keinen Anlass und keine Notwendigkeit zum Sprechen gibt, wodurch im Kind auch kein Bedürfnis dazu geweckt wird. Eine weitere Wirkung des Schweigens ist, dass Bemühungen, das mutistische Kind zum Sprechen zu bringen, zu nachlassender Kooperationsbereitschaft des Kindes führen können. Wird das betroffene Kind unterschwellig oder eindringlich zum Sprechen gedrängt, kann es sein, dass sich das Kind weiter zurückzieht und die Kommunikation einschränkt oder sogar einstellt. Auch die die letzte beobachtete Reaktion der Mitmenschen, nämlich Kritik und Sanktion, führen zu einer negativen Beeinträchtigung des Kindes mit selektivem Mutismus. Diese Wirkung kann ebenfalls zum starken Rückzug des Kindes führen (vgl. Bahr 2006: 200 f.; Titzer, 2012: 37 f.).

### 3.4 Therapeutische Behandlungsmöglichkeiten

Der selektive Mutismus sollte, wie auch andere Verhaltensauffälligkeiten und Störungsbilder, möglichst früh und umfassend behandelt werden. Eine frühe Behandlung steigert die Wahrscheinlichkeit einer positiven Prognose und verhindert, dass das Schweigen chronisch wird (vgl. Mutismus Selbsthilfe e.V. 2019; Schmidt-Traub 2019: 42).

Eine Besonderheit des selektiven Mutismus ist, dass betroffene Kinder von verschiedenen Fachdisziplinen therapeutisch betreut werden können. Dazu gehören die **psychotherapeutische**, die **psychiatrische** sowie die **sprachtherapeutische bzw. logopädische Behandlung**, die in den nachstehenden Teilkapiteln näher beschrieben werden. Neben diesen Behandlungsmöglichkeiten wird auch die **Systemische Mutismus-Therapie** vorgestellt, die interdisziplinär ausgerichtet ist. Es ist darauf zu achten, dass das therapeutische Vorgehen interdisziplinär abgestimmt und individuell auf den jeweiligen Patienten angepasst werden sollte (vgl. Hartmann/ Lange 2017: 48; Schmidt-Traub 2019: 43).

#### 3.4.1 Psychotherapeutische Behandlung

Im Fokus der psychotherapeutischen Behandlung stehen die Identifikation und Interpretation der Ursachen und Auslöser des Schweigens. Hierbei gibt es wiederum unterschiedliche Therapieformen, wie die psychoanalytische, Verhaltens-, kognitive Verhaltens-, Gesprächs- und Familientherapie. Die Psychotherapie ist besonders sinnvoll, wenn beim Kind mit selektivem Mutismus seelisch belastende Kindheitserlebnisse, emotionale Traumata oder neurotische Charakter- oder Familienstrukturen vorliegen. Das Ziel der psychotherapeutischen Behandlung ist zum einen die Aufdeckung des seelischen Konflikts des betroffenen Kindes und zum anderen die Lösung dieses Konflikts in der Therapie (vgl. Hartmann/ Lange 2017: 53 f.).

#### 3.4.2 Psychiatrische Behandlung

Liegt eine psychiatrische Grunderkrankung als Ursache für den selektiven Mutismus vor, wird das betroffene Kind meist teilstationär oder stationär behandelt. Beispiele für Erkrankungen sind Persönlichkeitsstörungen, Schizophrenie oder Depression. Der stationäre Aufenthalt beinhaltet meist eine medikamentöse Behandlung zur Reduktion der psychiatrischen Grunderkrankung in Kombination mit psychotherapeutischen Maßnahmen. Wie bei den physiologischen Ursachen für Mutismus erwähnt wurde (siehe Kap. 3.2.2, S. 21), liegt beim selektiven Mutismus eine Störung des Serotonin-Stoffwechsels vor. Daher werden in der Therapie selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer eingesetzt, was zur Reduktion von Angstzuständen oder Depressionen führen kann. Dadurch kann die Sprachhemmung gelöst werden. Auch homöopathische Präparate und Antidepressiva erwiesen sich in der Behandlung des selektiven Mutismus als hilfreich. Jedoch sollte eine medikamentöse Behandlung immer in Kombination mit psychotherapeutischen oder

sprachtherapeutischen Therapiekonzepten durchgeführt werden (vgl. Hartmann/ Lange 2017: 49-52; Mutismus Selbsthilfe e. V. 2019).

### **3.4.3 Sprachtherapeutische/ logopädische Behandlung**

Wie bereits im Kapitel über die Komorbidität des selektiven Mutismus erwähnt wurde (siehe Kap. 3.1.6, S. 18 f.), konnte ein Zusammenhang zwischen dem Schweigen und anderen Sprach- und Sprechstörungen festgestellt werden. Daher sind viele Kinder mit selektivem Mutismus in sprachtherapeutischer Behandlung. Anders als bei der psychotherapeutischen Behandlung geht es in der Sprachtherapie nicht um die Analyse der Ursache des Mutismus. Die seelischen Probleme werden zwar als Ursache berücksichtigt, allerdings wird in der Therapie vom Ist-Zustand des Kindes ausgegangen. Des Weiteren orientiert sich die Sprachtherapie an der Erreichung der kommunikativen und sozialen Handlungsfähigkeit des Kindes. Dabei werden sprachliche Kompetenzen erarbeitet, die sich wiederum förderlich auf die sozialen Kompetenzen des Kindes auswirken sollen. Ziel der Therapie ist es, die Blockaden im Kommunikationsverhalten des Kindes zu lösen. Hierfür werden kommunikative Handlungsstrategien erarbeitet, die sowohl in Übungssituationen als auch in realen Situationen, wie beim Einkaufen, erprobt werden. Darüber hinaus werden dem Kind der Sinn und die Bedeutung von Sprache und Sprechen im sozialen Kontakt mit anderen Menschen deutlich gemacht. Ein Vorteil der Sprachtherapie gegenüber den anderen Therapieformen ist, dass zusätzlich auftretende oder auslösende Sprach- und Sprechstörungen neben dem selektiven Mutismus behandelt werden können. Allerdings kann es bei manchen Kindern sinnvoll sein, dass sie neben der Sprachtherapie zusätzlich psychotherapeutisch betreut werden (vgl. Hartmann/ Lange 2017: 54-58).

### **3.4.4 Systemische Mutismus-Therapie**

Neben diesen drei Therapieformen wurde im Institut für Sprachtherapie unter Dr. Boris Hartmann eine Behandlungskonzeption speziell für den selektiven Mutismus entwickelt, die Systemische Mutismus-Therapie. Ziel dieser direktiv auf das Sprechen ausgerichteten Therapie ist die kommunikative und soziale Öffnung des Kindes mit selektivem Mutismus. Die Grundprinzipien sind hierbei Veränderung, Zuversicht, Ich-Stärkung, Antriebssteigerung und Selbstdisziplin. Die Therapie erfolgt in vier verschiedenen Phasen. In der prä-verbalen Phase steht der Beziehungsaufbau, die Beratung, Elternarbeit und die Wiedergabe erster Laute im Fokus der Behandlung. In der zweiten Phase, der lexikalisch-syntaktischen Phase werden Wort- und Satzübungen eingesetzt. Außerdem finden interdisziplinäre Gesprächsstunden statt. Bei der kommunikativ-sozialinteraktiven Phase sollen die sprachlichen Kompetenzen durch Vorlesen und Nacherzählen von Geschichten gefördert werden. Darüber hinaus wird das Sprechen trainiert, indem das Kind telefoniert und Dialoge führt. Schließlich steht in der Nachbetreuungsphase eine abschließende Untersu-

chung und Beratung an. Es werden gemeinsam Zukunftsperspektiven erarbeitet (vgl. Hartmann 2019: 292; 350 f.).

---

Dieses Kapitel lässt sich wie folgt zusammenfassen: Der selektive Mutismus ist eine eher selten vorkommende psychische Störung, bei der die Betroffenen in bestimmten Situationen und/oder bestimmten Personen gegenüber schweigen, obwohl keine Einschränkungen der Sprechfähigkeit vorliegen. Neben dem Schweigen können zusätzliche Symptome oder Störungen auftreten. Am häufigsten sind hierbei Angststörungen und Sprach- und Sprechstörungen. Als Ursache für den selektiven Mutismus kommen vorwiegend physiologische Faktoren in Frage. Selektiv mutistische Kinder kommunizieren meist nonverbal über Gestik, Mimik und den Blickkontakt. Zur Behandlung stehen Therapiemöglichkeiten unterschiedlicher Disziplinen mit jeweils eigenem Fokus zur Verfügung.

#### **4. Darstellung der Erfahrungen und Herausforderungen in der Förderung von selektiv mutistischen Kindern anhand der Erhebung und Auswertung dreier Experteninterviews**

Nachdem die theoretischen Grundlagen zur heilpädagogischen Beziehungsgestaltung und zum Störungsbild des selektiven Mutismus dargestellt wurden, geht es in diesem Kapitel nun um die Beziehungsgestaltung mit Kindern mit selektivem Mutismus.

Es wurden drei Experteninterviews durchgeführt und anschließend ausgewertet, um die vorangestellte Forschungsfrage beantworten zu können, wie mit schweigenden Kindern im Rahmen einer heilpädagogischen Förderung in Beziehung getreten werden kann und welche Erfahrungen und Herausforderungen dabei von Fachkräften in der Praxis erlebt wurden. Zuerst wird die Vorbereitung und die Durchführung der Experteninterviews beschrieben. Im Anschluss daran erfolgt die Auswertung der Interviews. Zum Schluss wird auf die Bedeutung der Ergebnisse für die heilpädagogische Praxis eingegangen.

##### **4.1 Vorbereitung und Durchführung der Experteninterviews**

Ein Experteninterview ist allgemein gekennzeichnet durch die spezielle Zielgruppe der befragten Personen. Der Interviewer hat hierbei ein besonderes Forschungsinteresse am Wissen des Experten, das im Interview erfragt wird (vgl. Helfferich 2014: 560 f.).

Das Experteninterview, das für diese Arbeit durchgeführt wurde, zielte auf das Erfahrungswissen der befragten Experten in Bezug auf die Förderung von Kindern mit selektivem Mutismus ab. Dafür mussten geeignete und erfahrene Experten gefunden werden, die dazu bereit waren, am Interview teilzunehmen. Aufgrund der Tatsache, dass Kinder mit selektivem Mutismus von verschiedenen Disziplinen therapiert und begleitet werden, wurden eine Heilpädagogin, eine Kinder- und Jugendtherapeutin sowie eine Logopädin interviewt, auf deren soziodemografische Daten im Folgenden eingegangen wird.

Die Heilpädagogin Frau S. ist 55 Jahre alt und von Beruf Erzieherin. Seit zehn Jahren ist Frau S. außerdem staatlich anerkannte Heilpädagogin. Zur Zeit ist sie in einer Schulvorbereitenden Einrichtung (im Weiteren mit „SVE“ abgekürzt) mit dem Förderschwerpunkt Sprache, Lernen und Verhalten tätig (vgl. Anhang II).

Frau M. ist 56 Jahre alt und von Beruf ebenfalls Erzieherin. Sie ist darüber hinaus Sozialpädagogin und absolvierte eine Kindertherapie-Ausbildung personenzentrierter Art. Als Kinder- und Jugendtherapeutin ist sie seit 14 Jahren tätig. Momentan arbeitet sie in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis (vgl. Anhang IV).

Die 65-jährige Logopädin Frau F. ist von Beruf Gymnasiallehrerin für Deutsch und Französisch. Sie ist seit 29 Jahren staatlich geprüfte Logopädin und in ihrer eigenen logopädischen Praxisgemeinschaft tätig (vgl. Anhang VI)

Bevor die Experteninterviews durchgeführt werden konnten, musste zunächst ein Leitfaden erstellt werden. Allgemein versteht man Folgendes unter einem Leitfaden: „Der Leitfaden ist eine vorab vereinbarte und systematisch angewandte Vorgabe zur Gestaltung des Interviewablaufs“ (Helfferich 2014: 560). Der Leitfaden für diese Arbeit besteht einerseits aus einem informativen Teil, in dem eine Vorstellung der Interviewerin, die Erläuterung des Interviewthemas sowie die Einverständnisfrage für die Aufzeichnung des Gesprächs enthalten sind. Andererseits sind Fragen zu den soziodemografischen Daten der interviewten Personen und die eigentlichen Fragen zum Thema der vorliegenden Arbeit aufgeführt. Dabei wurden sieben Hauptfragen formuliert, die jeweils verschiedene Unterthemen und vertiefende Fragen beinhalten (vgl. Anhang I).

Durchgeführt wurden die Experteninterviews telefonisch im Zeitraum vom 27. November bis zum 04. Dezember 2020 und betragen zwischen 36 und 43 Minuten. Anschließend wurden die Aufzeichnungen der Gespräche transkribiert. Hierfür wurde sich für eine wörtliche Transkription entschieden. Dabei werden die Sprache und der vorhandene Dialekt der am Interview Beteiligten an das Schriftdeutsche und Hochdeutsche angepasst. Deutliche Pausen werden durch Auslassungspunkte, die in Klammern stehen, dargestellt (vgl. Fuß/ Karbach 2019:30). Allerdings wurde bei den Transkriptionen in dieser Arbeit nicht zwischen der Länge der Pausen unterschieden. Auch Betonungen wurden nicht markiert, da der Fokus bei den durchgeführten Experteninterviews auf dem Inhalt des Gesprochenen lag und weniger auf den Äußerungen an sich. Lautäußerungen, wie Lachen, wurden in Klammern vermerkt. Jeder Sprechbeitrag wurde als eigener Absatz transkribiert. Sprecherwechsel wurden durch eine Leerzeile verdeutlicht. Außerdem wurden alle Personen und Orte, die Rückschlüsse auf die befragten Personen geben könnten, anonymisiert.

## **4.2 Auswertung der Experteninterviews**

Als die Durchführung und Transkription der Experteninterviews abgeschlossen war, wurden diese jeweils inhaltlich und thematisch zusammengefasst. Anschließend wurden die verschiedenen Themen in Kategorien unterteilt. Im Weiteren wird die Auswertung der drei

Experteninterviews dargestellt. Dieser Teil ist so aufgebaut, dass in jedem Unterkapitel abwechselnd die Angaben der Heilpädagogin Frau S., der Kinder- und Jugendtherapeutin Frau M. und abschließend der Logopädin Frau F. aufgeführt sind.

#### **4.2.1 Erfahrungen mit Kindern mit selektivem Mutismus**

##### **Persönliche Erfahrungen:**

In ihrer Zeit in der SVE begleitete die Heilpädagogin Frau S. bisher insgesamt drei bis vier Kinder mit diagnostiziertem selektivem Mutismus (vgl. Anhang III, Z. 4 ff.). Das Alter der Kinder lag dabei zwischen fünf und sechs Jahren (vgl. ebd. Z. 13). Mit Eintritt in die SVE haben die Kinder häufig schon die entsprechende Diagnose. Ist dies nicht der Fall, kann es bis zu zwei Monate dauern, bis man Genaueres über den Entwicklungsstand des Kindes weiß. Schweigt das Kind in der SVE über mehrere Wochen hinweg und hat es dieses Verhalten zuvor ebenfalls im Kindergarten gezeigt, empfiehlt die Heilpädagogin zunächst eine logopädische Behandlung, bei welcher die Logopädin den selektiven Mutismus meist feststellt (vgl. ebd. Z. 317-326). Die weitere Entwicklung kann zum Bedauern der Heilpädagogin nach Verlassen der SVE nicht weiterverfolgt werden, da sie die Kinder im Anschluss nicht mehr sieht (vgl. ebd. Z. 43 ff.). Meistens bleiben die Kinder nicht in der Förderschule, sondern kommen in eine Regelgrundschule (vgl. ebd. Z. 54-62).

In Bezug auf die Therapie selektiv mutistischer Kinder hat die Kinder- und Jugendtherapeutin Frau M. Erfahrungen im diagnostischen und therapeutischen Bereich, in der Elternarbeit sowie in der Zusammenarbeit mit verschiedenen Einrichtungen (vgl. Anhang V, Z. 7 ff.). Die betroffenen Kinder und Jugendlichen sind bis zu 21 Jahre alt (vgl. ebd. Z. 40-45). Frau M. hatte bisher einen Jungen und sonst nur Mädchen mit selektivem Mutismus in Behandlung (vgl. ebd. Z. 295-304). Sie gibt an, dass die Therapie mit den betroffenen Kindern ihrer Erfahrung nach zeitintensiv und langwierig ist (vgl. ebd. Z. 288).

Die Logopädin Frau F. konnte bisher in der logopädischen Gemeinschaftspraxis wenig Erfahrung mit selektiv mutistischen Kindern sammeln. Alle Kinder, die die Logopädin behandelte, waren aus Förderzentren, die auf Rezept in den Fördereinrichtungen behandelt wurden. In den letzten Jahren waren insgesamt drei Kinder mit selektivem Mutismus über mehrere Jahre bei der Logopädin in Behandlung (vgl. Anhang VII, Z. 7-15; Z. 300). Alle Kinder waren zusammen mit einem anderen Kind aus ihrer Gruppe in Zweiertherapie (vgl. ebd. Z. 33). Die Kinder waren im Vorschul- und Grundschulalter (vgl. ebd. Z. 17 f.). Mit dem Schuleintritt wurden alle Kinder bei Frau F. in ihrer Gemeinschaftspraxis weiterbehandelt (vgl. ebd. Z. 251-254). Bisher hatte die Logopädin nur Jungen mit selektivem Mutismus in logopädischer Behandlung (vgl. ebd. Z. 224 f.).

##### **Störungsbild und Erscheinungsbild:**

Frau S. machte die Erfahrung, dass bei Kindern mit selektivem Mutismus neben dem Schweigen häufig andere Verhaltensweisen und Stereotypen auftreten. Sie verhalten sich

beispielsweise kontaktarm und beschäftigen sich in der Gruppe hauptsächlich mit sich selbst und kaum mit anderen Kindern (vgl. Anhang III, Z. 326 ff.). Zudem vermeiden selektiv mutistische Kinder jegliche Lautäußerungen und Weinen beispielsweise stumm (vgl. ebd. Z. 373-378). Weiterhin erwähnte die Heilpädagogin, dass sie selektiv mutistische Kinder begleitete, die zweisprachig waren, und dahingehend einen Zusammenhang feststellen kann (vgl. ebd. Z. 420 ff.). Für sie persönlich spielt die Abgrenzung zum Autismus bei diesen Kindern eine wichtige Rolle in der Förderung (vgl. ebd. Z. 314 ff.). Daneben kann das Schweigen des Kindes ein Anzeichen für ein Trauma sein (vgl. ebd. Z. 214). Insgesamt beschreibt Frau S. die Arbeit mit selektiv mutistischen Kindern als äußerst interessant und betont besonders die Individualität eines jeden betroffenen Kindes (vgl. ebd. Z. 386; Z. 427-431).

Frau M. bezeichnet den selektiven Mutismus insgesamt als ein schwieriges Störungsbild. Auch sie erlebt die Kinder als inaktiv und kontaktarm. Ihrer Ansicht nach sind sie aber v. a. verängstigt. Außerdem sind die Kinder im Kontakt sehr herausfordernd, weil man aufgrund des Schweigens ein alternatives Kontaktangebot benötigt, um an sie heranzukommen (vgl. Anhang V, Z. 5-13). Darüber hinaus betont sie die Tatsache, dass es sich beim selektiven Mutismus um eine Angststörung handelt, weshalb die Ängstlichkeit in der Therapie behandelt werden muss. Sie erlebt es oft, dass der selektive Mutismus von Eltern, Erziehern oder anderen Fachkräften nicht als psychische Störung verstanden wird, sondern als Ängstlichkeit oder mangelnder Lust zum Sprechen (vgl. ebd. Z. 28-34). Als Beispiele für Ursachen der Störung gibt die Therapeutin traumatische Ereignisse oder eine Mutter-Kind-Störung an (vgl. ebd. Z. 34-38).

Frau F. gab an, dass zwei von den drei betroffenen Kindern neben dem Schweigen sehr offen ihr gegenüber waren und adäquate Mimik zeigten. Das andere Kind hatte hingegen eine eingeschränkte Mimik und es bestand der Verdacht auf Absenzen<sup>2</sup>, da es gelegentlich abwesend erschien (vgl. Anhang VII, Z. 24-30). Außerdem zeigten sich neben dem selektiven Mutismus bei zwei Kindern zusätzliche Sprachauffälligkeiten, wie beispielsweise eine Aussprachestörung. Ein Kind war überdies zweisprachig (vgl. ebd. Z. 232-238).

### **Kooperation mit den Eltern:**

Die Erfahrungen der Heilpädagogin zeigen, dass bei der Begleitung von Kindern mit selektivem Mutismus viel Elternarbeit nötig ist, weil die Eltern ihre Kinder meist nicht schweigend erleben und deshalb keine Notwendigkeit einer speziellen Förderung sehen (vgl. Anhang III, Z. 23; Z.37-39). Von Seiten der Eltern heißt es oft, dass sie abwarten wollen und der Meinung sind, dass das Kind irgendwann sprechen wird. Lediglich eine Familie nahm mehr Unterstützung in Anspruch, da beim betroffenen Kind der Leidensdruck bereits sehr hoch war (vgl. ebd. Z. 39-42). Eine enge Kooperation mit den Eltern ist Frau S.

---

<sup>2</sup> Darunter versteht man kurze Bewusstseinspausen, in denen der Betreffende nicht ansprechbar ist, sich jedoch ruhig und unauffällig verhält (vgl. Monks - Ärzte im Netz GmbH 2014)

zufolge in der Förderung nötig, um herauszufinden, was der Grund für das Verhalten des Kindes ist, weil die Ursache für den selektiven Mutismus familiär bedingt sein kann (vgl. ebd. Z. 216 -219).

Auch bei der therapeutischen Behandlung ist die Zusammenarbeit mit den Eltern äußerst relevant und ausschlaggebend für den Erfolg der Therapie. Es kommt vor, dass das Bezugssystem des Kindes dessen Störungsbild unterstützt, indem beispielsweise für das Kind geantwortet wird, wenn es nach etwas gefragt wird. Dadurch ist es für das Kind nicht nötig, zu antworten oder allgemein zu sprechen (vgl. Anhang V, Z. 72-78). Außerdem greift Frau M. vorhandene innerfamiliäre Konflikte und Spannungen im Rahmen einer Elternbegleitung mit auf (vgl. ebd. Z. 109 ff.). Es kann z. B. sein, dass manche Familien isoliert sind, keine Freunde oder Hobbys haben und daher ganz auf sich fixiert sind. Auch kann es sein, dass manche Kinder mit selektivem Mutismus ein sehr enges Verhältnis zu einem Elternteil haben. Hierbei wird das entsprechende Elternteil in der Therapie unterstützt und entlastet, damit es sich zunehmend vom Kind lösen kann (vgl. ebd. Z. 111-115; Z.121-126).

Die Logopädin machte bisher nur positive Erfahrungen in der Kooperation mit den Eltern der betroffenen Kinder. Es fanden regelmäßige Beratungsgespräche statt, in welchen auch familiäre Probleme aufgegriffen wurden. Alle Kinder, die Frau F. begleitete, sprachen zuhause mit den Eltern. In bestimmten Situationen, in welchen andere Personen anwesend waren, versteckten sich die Kinder meist hinter ihren Müttern. Die Beratung der Logopädin ging dahingehend, dass das Verhalten des Kindes in Ordnung ist und auch erst einmal akzeptiert werden sollte (vgl. Anhang VII, Z. 49-56; Z. 244 ff.).

### **Praxisbeispiele von Kindern mit selektivem Mutismus:**

Die längste und eindrucksvollste Erfahrung, die Frau S. mit einem selektiv mutistischen Kind machte, war mit dem zweisprachigen Jungen T. im vergangenen Schuljahr. Neben der deutschen Sprache beherrschte er zudem Griechisch. T. verhielt sich bereits im Kindergarten sehr auffällig, jedoch waren die Eltern zunächst gegen eine spezielle Förderung. Der Junge kam kurze Zeit später in die SVE und nachmittags in die heilpädagogische Tagesstätte. In beiden Einrichtungen schwieg er und sprach nur zuhause mit seiner Familie. Manchmal hatte Frau S. das Gefühl, dass T. unbedingt etwas sagen wollte, es aber nicht tat (vgl. Anhang III, Z. 6 ff.; Z.21-33). Neben dem Schweigen zeigte T. Stereotypen, wie das ständige hin und her Rollen einer Kugel. Daraufhin verwies die Heilpädagogin ihn zur diagnostischen Abklärung in das Sozialpädiatrische Zentrum, wo der selektive Mutismus bei gleichzeitigem Ausschluss von Autismus festgestellt wurde (vgl. ebd. Z. 328-335). In der SVE baute der Junge eine Beziehung zu einem Praktikanten auf. Nach einiger Zeit fing T. an mit dem Praktikanten zu sprechen, aber nur, wenn die Heilpädagogin nicht im Raum war. Auch als der Praktikant für bestimmte Phasen in der Schule war und das Praktikum nach einiger Zeit beendete, schwieg der Junge in der Einrichtung (vgl. ebd.



Z. 111-137). Der Schlüsselmoment in der Förderung ereignete sich, als der Junge von einem anderen Kind in den Dreck geschubst wurde und Frau S. ihm half. Als sie hinter ihm stand, fing er an mit ihr zu sprechen, ohne sie dabei anzuschauen. Anfangs dachte die Heilpädagogin, dass dies eine einmalige Besonderheit war. Jedoch sprach er am nächsten Tag ebenfalls mit ihr. Auch die anderen Kinder bemerkten die Veränderung und freuten sich darüber. Daher wurde für T. ein Fest in der Gruppe gefeiert. Ab diesem Zeitpunkt hörte der Junge nicht mehr auf zu sprechen, egal ob er zum Reden aufgefordert wurde oder nicht. Allerdings sprach er nur mit der Heilpädagogin und mit keiner ihrer Kolleginnen aus der SVE oder der Tagesstätte. Er sprach auch nur dann mit Frau S., wenn abgesehen von anderen Kindern keine weiteren Personen im Raum war (vgl. ebd. Z. 143-186). Außerdem fiel er nun durch provozierendes und aggressives Verhalten auf. In der Kooperation mit den Eltern fand auch eine Veränderung statt, als das Kind anfang zu sprechen. Bis dahin verhielt sich die Mutter der Heilpädagogin gegenüber ebenfalls sehr zurückhaltend und ließ stets den Mann für sich sprechen. Als das Kind anfang zu sprechen, sprach auch seine Mutter zunehmend mehr mit der Heilpädagogin. Nach der SVE kam T. in keine Regelschule, sondern in eine spezielle griechische Privatschule, weil die Familie vorhatte, nach Griechenland zurückzukehren (vgl. Z. 378-419).

Ein weiteres Kind, das Frau S. begleitete, war ein junges Mädchen, das nur mit ihren Freundinnen und ihren Eltern sprach, wenn niemand anderes im Raum war. Sie selektierte auch zwischen den Großeltern. Die Heilpädagogin brachte das Mädchen in kleinen Schritten dazu, mit ihr und einem anderen Kind aus der Gruppe zusammen ein Spiel zu spielen und dabei zu sprechen. Das Mädchen kam anschließend in psychiatrische Behandlung, in der sie in der Einzelsituation ebenfalls mit der Psychologin sprach. Als sie aber in die Schule kam, schwieg sie dort vollständig (vgl. ebd. Z. 9f; Z.16-20; Z. 206-210).

Ein anderes Mädchen hat sich bereits dahingehend entwickelt, dass sie in einem kleinen Kreis mit anderen Kindern und der Heilpädagogin sprach. Aufgrund der Familiengeschichte des Kindes zog die Heilpädagogin eine Psychologin hinzu, da alle Familienmitglieder Probleme mit dem Raus- bzw. Loslassen hatten. Sei es das Zurückhalten von Stuhl und Urin oder das Unterdrücken jeglicher Lautäußerungen. Als das Mädchen jedoch zur weiteren Behandlung zu der Psychologin kam, schwieg sie in der Therapie ihr gegenüber (vgl. ebd. Z. 267-272; Z. 386-395).

In den anderen Gruppen der SVE gab es zwei Kinder mit selektivem Mutismus, die jeweils mit einem anderen ruhigen Kind in Kontakt traten und über dieses Kind zu sprechen anfangen (vgl. ebd. Z. 45-52).

Frau M. erzählte von einem Mädchen im Kindergartenalter mit selektivem Mutismus, bei dem sie eine Hängematte in den Therapiestunden zur Hilfe nahm. Durch das Schaukeln wurde das Mädchen zunehmend entspannter und verlor die Angst. Während des Schau-

kelns begann Frau M. zu singen und konnte dadurch das Schweigen immer mehr brechen (vgl. Anhang V, Z. 80-83).

Mit einem älteren Mädchen spielte Frau M. immer ein Kartenspiel, da eine Stunde Schweigen für die Therapeutin sehr anstrengend war und sie sich am Spiel festhalten konnte. Bei ihr entstanden Gefühle, wie Wut, Aggression oder Traurigkeit, weil sie in dieser Situation allein mit sich war. In ihrer Hilflosigkeit sagte sie emotional und unreflektiert zu dem Mädchen, dass es eben aufschreiben solle, wie es ihm ginge, wenn es schon nichts darüber sagen könne. Da die Therapeutin das sehr patzig ausdrückte, bereute sie es im Nachhinein. Beim nächsten Mal spielten sie wieder zusammen Karten und das Mädchen zog einen Zettel aus ihrer Hosentasche und sagte nur, dass es nicht reden könne, es aber aufgeschrieben hätte. Auf dem Zettel schrieb sie eineinhalb Seiten lang darüber, wie es ihr ging. Für die Therapeutin war dies ein großes Glücksmoment. Das Mädchen redete zwar noch nicht, aber es fand ein Medium, mit welchem es seine Gefühle ausdrücken konnte (vgl. ebd. Z. 267-283).

Frau F. berichtete von den drei Kindern L., M. und T., die bei ihr in logopädischer Behandlung waren. L. interessierte sich sehr für wilde Tiere, was die Logopädin in der Therapie aufgriff. Dafür verwendete Frau F. Spiele und Karten, auf denen Tiere abgebildet waren und imitierte sie. Nach einiger Zeit schrie der Junge beim Spiel wie ein Löwe. Das war das erste Mal, dass die Logopädin seine Stimme hörte. Dieses Spiel wiederholte Frau F. immer wieder in den Therapiestunden und nahm beispielsweise die Rolle der Ängstlichen ein (vgl. Anhang VII, Z. 77-84). Außerdem setzte die Logopädin in der Therapie mit L. ihren Humor ein und verbot ihm, aus Spaß zu reden, was dazu führte, dass er sprach (vgl. ebd. Z. 138 ff.). Der Eintritt in die Grundschule war für alle an dem Fall Beteiligten entscheidend, da unklar war, ob er dort sprechen oder wieder in alte Muster zurückfallen würde. In der Therapie erzählte L. der Logopädin, dass er mit seiner Klassenlehrerin spreche, jedoch seiner Religionslehrerin gegenüber schweige. Als möglichen Grund für dieses Verhalten sieht Frau F. die Tatsache an, dass das Kind die Religionslehrerin nur einmal in der Woche sieht und mit ihr anders als mit seiner Klassenlehrerin nicht in regelmäßigem Kontakt steht (vgl. ebd. Z. 194-206).

Bevor M. zu Frau F. in logopädische Behandlung kam, war er bei einer anderen Logopädin, die das Schweigen des Kindes nicht so gut aushalten konnte wie Frau F. (vgl. ebd. Z. 156-159). Als das Kind einmal bei Frau F. in der Therapie war, wollte es nach dem Ende der Stunde noch länger bleiben und für sich alleine spielen. Im Zimmer entdeckte es Seile, die zusammengeknotet waren. M. löste den Knoten aus den Seilen und sagte anschließend zur Logopädin, dass er fertig sei. Daraufhin ging er zurück in seine Gruppe und sprach ab diesem Zeitpunkt in der Einrichtung. Für Frau F. war dies ein besonderer Moment, da er ihrer Meinung nach im wahrsten Sinne des Wortes den Knoten löste (vgl. ebd. Z. 86-96). Der Vater litt unter einer Suchtkrankheit, an deren Folgen er starb. Der Lo-

gopädin wurde erzählt, dass der Junge nach dem Tod des Vaters erneut aufhörte zu sprechen und wieder schwieg (vgl. ebd. Z. 301-307).

Die Entwicklung von Kind T. wurde bereits bei den Praxisbeispielen von Frau S. skizziert. Da der Junge bei Frau S. in der SVE-Gruppe war und sich zusätzlich bei Frau F. in logopädischer Behandlung befand, wird im Folgenden näher auf die Erfahrungen der Logopädin mit dem Kind eingegangen. Wie bereits erwähnt, ist T. zweisprachig und seine Muttersprache ist Griechisch. Deshalb begrüßte die Logopädin ihn bei der ersten Therapiestunde auf Griechisch, woraufhin er erfreut auf dieser Sprache antwortete. Mit der deutschen Sprache hatte er allerdings mehr Schwierigkeiten, weil er zusätzliche Auffälligkeiten im Bereich der Aussprache und Grammatik aufwies. Aufgrund dessen wurden zunächst die Sprachstörungen in der Therapie behandelt. Anfangs sprach er bei den entsprechenden Übungsspielen nicht, weshalb Frau F. dies für ihn übernahm. In der dritten Stunde begann er leise, das jeweils geforderte Wort zu artikulieren. In kleinen Schritten sprach er in der Therapie immer mehr, jedoch nur in Übungssprache und nicht über sich selbst oder seine Interessen (vgl. ebd. Z. 98-119). Er fing nach und nach an, mit den anderen Kindern aus der Gruppe zu sprechen, und sprach zum Schluss auch mit der Heilpädagogin der Gruppe (vgl. ebd. Z. 168 ff.). Neben dem Sprechen zeigte T. zunehmend freches und aggressives Verhalten. Auch beleidigte er die Logopädin einmal im Morgenkreis mit leiser Stimme, als eine gewisse Lautstärke im Raum herrschte (vgl. ebd. Z. 175-186; Z.268 ff.).

#### **4.2.2 Beziehungsgestaltung mit selektiv mutistischen Kindern**

##### **Vorgehensweise in der Begleitung:**

Die Erfahrungen der Heilpädagogin Frau S. zeigen, dass es am besten ist, die Kinder mit selektivem Mutismus in der Anfangszeit in der neuen Einrichtung erst einmal in Ruhe zu lassen und sie nicht in den Mittelpunkt zu stellen. Sie integriert die Kinder in die Gruppe und lässt sie bei Aktivitäten mitmachen. Jedoch bedrängt die Heilpädagogin das Kind nicht mit Fragen und bringt es in keine unangenehme Situation (vgl. Anhang III, Z. 63 ff.; Z.87 ff.). Frau S. sorgt für einen strukturierten Alltag mit einem immer gleichbleibenden Tagesablauf, was für alle Kinder der SVE förderlich ist. Auch sie ist gleichbleibend und eindeutig in ihrem Handeln, damit sie den Kindern Sicherheit gibt. Zudem sind die selektiv mutistischen Kinder aufgrund nonverbaler Angebote und Strukturen in der Gruppe nicht gezwungen, zu sprechen. Das Wichtigste für Frau S. in der Begleitung des Kindes ist, dass dem Kind Sicherheit gegeben wird und es sich angenommen fühlt. Auf dieser Grundlage hofft sie, dass sich die Angst beim Kind legt und es den Mut aufbringen kann, zu sprechen (vgl. ebd. Z. 349-373). Außerdem lässt Frau S. die Kinder von sich aus auf sie zukommen. Kontaktangebote der Kinder bemerkt die Heilpädagogin dadurch, dass die Kinder vermehrt den Blickkontakt oder ihre Nähe suchen (vgl. ebd. Z. 70 ff.). Dennoch ist Frau S. manchmal dazu geneigt, bezüglich des Sprechens Druck auf die Kinder auszuüben. Auch bei Fortbildungen, an welchen sie teilnahm, wurde dies als sinnvoll und ziel-

führend beim Umgang mit selektivem Mutismus angesehen. Laut Frau S. gibt es jedoch kein Kind, bei dem der ausgeübte Druck zum Sprechen geführt hat. Ihrer Erfahrung nach ziehen sich die Kinder dann noch mehr in sich zurück (vgl. ebd. Z. 85 ff.; Z.100-107). Allerdings richtet sich die Vorgehensweise in der Förderung nach dem entsprechenden Kind. Sie betrachtet zunächst das Kind ganzheitlich und beobachtet es eine Zeit lang, bis sie über die weitere Förderung entscheidet. Sie betont zudem, dass jedes Kind mit selektivem Mutismus individuell ist. Deshalb kann sich ihre Vorgehensweise auch von Kind zu Kind unterscheiden (vgl. ebd. Z. 422-431). Neben den genannten Punkten spricht Frau S. zudem mit den anderen Kindern der Gruppe bezüglich des selektiv mutistischen Kindes, beantwortet ihre Fragen und klärt die Kinder über die Situation auf (vgl. Z. 360-364).

In der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis, in der Frau M. tätig ist, wird mit selektiv mutistischen Kindern nach dem Konzept von Boris Hartmann gearbeitet, welches im Gliederungspunkt 3.4.4 dieser Arbeit dargestellt wurde. Zuvor ist es aber notwendig, den selektiven Mutismus richtig zu diagnostizieren und komorbide Störungen sowie Ursachen für das Schweigen herauszufinden. Die Diagnostik stellt die Voraussetzung für die Therapie und die Beratung der Eltern dar (vgl. Anhang V, Z. 16-25). Eine Möglichkeit, mit dem schweigenden Kind in Beziehung zu treten, sieht Frau M. darin, die Beziehung des Kindes zu den Bezugspersonen zu leben. Oft ist es der Fall, dass selektiv mutistische Kinder zu nahen Bezugsperson ein Beziehungsverhalten zeigen, in welchem Sprache vorhanden ist. Dafür nimmt die Therapeutin Übertragungssymbole, wie beispielsweise eine Puppe, zur Hilfe, um den Druck und die Angst des Kindes vor dem Sprechen zu verringern (vgl. ebd. Z. 62-66; Z. 78 ff.). In den ersten Therapiestunden kann es auch hilfreich sein, wenn die Bezugsperson des Kindes anwesend ist oder sich in der Nähe aufhält (vgl. ebd. Z. 71 ff.). Für den weiteren Verlauf der Beziehungsgestaltung sind die regelmäßig stattfindenden Therapiestunden zu einer festen Zeit wichtig, damit sich das Kind darauf einstellen kann. Außerdem thematisiert Frau M. das Schweigen in der Therapie mit dem Kind. Bei jüngeren Kindern macht sie dies z. B. mithilfe einer Puppe, um den Kindern zu erklären, dass sie eigentlich sprechen können und warum sie überhaupt eine Therapie besuchen. Anschließend fordert sie das Sprechen zunehmend ein und akzeptiert das Schweigen des Kindes nicht. Der Weg zum Sprechen erfolgt über Lautäußerungen, die für das Kind positiv besetzt sind, wie beispielsweise das Singen. Daneben stärkt Frau M. das oftmals geringe Selbstvertrauen der selektiv mutistischen Kinder, indem sie schon die kleinsten Veränderungen wertschätzt (vgl. ebd. Z. 99-109). Des Weiteren müssen Störungen, die in einem anderen, v. a. sprachlichen Bereich vorliegen, erkannt werden, weil diese zum Aufrechterhalten des selektiven Mutismus beitragen können (vgl. ebd. Z. 131-136).

Zu Beginn der logopädischen Behandlung verwendet die Logopädin Frau F. zunächst das Hör-Wahrnehmungstraining „Audiva“, bei dem die Kinder durch einen Kopfhörer für fünf bis zehn Minuten Musik hören. Diese Musik ist so eingestellt, dass die Hörwahrnehmung des Kindes geschult wird. Gleichzeitig ist es ein Räumlichkeits- sowie Konzentrationstrai-

ning, da die Musik von einem Ohr auf das andere wandert. Währenddessen dürfen sich die Kinder eine Beschäftigung, wie beispielsweise Malen oder Puzzeln, aussuchen. Für Kinder mit selektivem Mutismus ist das ein geeigneter Einstieg in die Therapie, weil sie nicht aufgefordert werden zu sprechen. Im Anschluss daran werden meist Spiele gespielt, bei welchen ebenfalls nicht gesprochen werden muss, aber kann (vgl. Anhang VII, Z. 34-46). Frau F. ist der Meinung, dass das Schweigen des Kindes ignoriert und stattdessen auf das kommunikative Angebot eingegangen werden sollte, welches das Kind z.B. durch Gesten oder Entscheidungsfragen anbietet. Demnach fordert die Logopädin das Sprechen vom Kind nicht ein. Sie lehnt es ab, dass an selektiv mutistische Kinder die gleichen sprachlichen Anforderungen gestellt werden wie an Kinder ohne selektiven Mutismus. Hinter dem selektiven Mutismus verbirgt sich eine Angst, die ihrer Meinung nach respektiert werden muss. Frau F. gibt dem Kind Hilfestellungen und bietet ihm Anregungen an, um einen Schritt weiter zu gehen, jedoch übt sie bezüglich des Sprechens keinen Druck auf das Kind aus (vgl. ebd. Z. 126-135; Z. 290-297). In der Beziehung mit dem betroffenen Kind setzt sie darüber hinaus ihren Humor ein, welchen sie als persönliche Stärke sieht (vgl. ebd. Z. 137f.; Z.142). Außerdem merkte die Logopädin an, dass sie die Therapie individuell an das Kind anpasst. Sie handelt aber auch oft nach ihrem Bauchgefühl, ohne dabei die genaue theoretische Begründung zu wissen (vgl. ebd. Z. 280-285).

### **Kommunikation und Hilfsmittel:**

Da die Kommunikation mit Kindern mit selektivem Mutismus nicht über die Sprache erfolgen kann, arbeitet Frau S. in der Förderung viel mit Gestik, Bildkarten und Symbolen. Es wird den betroffenen Kindern ermöglicht, sich auf diese Art und Weise mitzuteilen und Bedürfnisse zu äußern. Auch durch das Zeigen von Dingen können die Kinder der Heilpädagogin zu verstehen geben, was sie brauchen oder möchten. Einen Nachteil bei der Kommunikation über Bildkarten und Symbole sieht die Heilpädagogin darin, dass es für die Kinder nicht mehr notwendig ist, zu sprechen. Sie weiß allerdings nicht, wie sich die Kinder sonst äußern könnten (vgl. Anhang III, Z. 368-372). Des Weiteren verwendet Frau S. in ihrer Gruppe einen Kalender, auf dem Bilder der Kinder mit ihren entsprechenden Ämtern oder Terminen abgebildet sind. Durch dieses nonverbale Angebot wissen die Kinder, wann sie mit welcher Aufgabe oder mit welchem Termin an der Reihe sind, ohne dabei sprechen zu müssen (vgl. ebd. Z. 67-70; Z. 75-80; Z. 366 ff.).

Frau S. hat die Erfahrung gemacht, dass das normale Kontaktverhalten von Kindern mit selektivem Mutismus aufgrund der fehlenden Sprache schnell an seine Grenzen kommt, weshalb nonverbale Kontaktangebote der Therapeutin notwendig sind. Dies erfolgt hauptsächlich über Mimik und Gestik, die ebenfalls einen Aufforderungscharakter haben. Die Therapeutin beobachtet dabei das Reaktionsvermögen des Kindes und versucht dadurch, mit ihm in Kontakt zu treten (vgl. Anhang V, Z. 48-52). Im weiteren Verlauf ist außerdem nur eine eingeschränkte Therapie möglich, weil ein anderes Medium als die Sprache be-

nötigt wird. Frau M. verwendet je nach Alter und Interesse des Kindes andere Medien, wie Schreiben oder Malen (vgl. ebd. Z. 55 f.; Z. 288-292). Zudem ist sie Spieltherapeutin und nimmt bei kleineren Kindern Spielmaterialien, wie (Hand-)Puppen oder einen Zauberstab in der Therapie zur Hilfe, um durch das Spiel mit dem Kind in Kontakt zu treten (vgl. ebd. Z. 52 ff.; Z. 90-93). Allerdings gibt es auch Kinder mit selektivem Mutismus, die nicht spielen, was die Therapie für Frau M. deutlich erschwert (vgl. ebd. Z. 89-95). Bei einem Kind nahm die Therapeutin eine Hängematte zur Hilfe und sang während des Schaukelns, wodurch über den Gesang der beiden kommuniziert wurde (vgl. ebd. Z. 80-83).

Die Kommunikation in der logopädischen Therapie erfolgte zunächst hauptsächlich über Entscheidungsfragen der Logopädin, welche das selektiv mutistische Kind nur mit „ja“ oder „nein“ beantworten musste. Dafür verwendete das Kind meist Gestik, wie Nicken, Kopfschütteln oder das Hochziehen der Schultern. Hilfsmittel, wie Handpuppen, wurden erst allmählich im weiteren Verlauf der Therapie eingesetzt (vgl. Anhang VII, Z. 67-73).

### **Eigene Gefühle in der Beziehungsgestaltung:**

Für die Heilpädagogin ist das Schweigen der Kinder in der Förderung schwer auszuhalten, weil sie oft spürt, dass die Kinder eigentlich etwas zu sagen haben, aber dennoch schweigen (vgl. Anhang III, Z. 83 ff.). Zudem löst das Schweigen zwiespältige Gefühle in Frau S. aus. Auf der einen Seite steht das Verständnis und das fachliche Wissen über das Störungsbild. Auf der anderen Seite denkt sie sich, dass es das gar nicht geben kann, weil eigentlich jedes Kind gerne erzählt oder Fragen stellt (vgl. ebd. Z. 93-99; Z. 137-140). In der Förderung mit dem Jungen T. fühlte sie sich v. a. verspottet, weil er nach einem halben Jahr Schweigen gar nicht mehr aufhörte zu sprechen (vgl. ebd. Z. 262-266). Auch kämpft sie in manchen Situationen damit, den richtigen Umgang mit dem Kind zu finden. Allerdings macht sie sich immer wieder bewusst, dass das Schweigen des Kindes nichts mit ihrer eigenen Person zu tun hat (vgl. ebd. Z. 99 f.; Z. 140 f.).

Ähnlich wie Frau S. geht es Frau M. in der Therapie mit Kindern mit selektivem Mutismus. Das Schweigen führt bei ihr meistens zu Ratlosigkeit und Frustration, da sie schnell an ihre Grenzen kommt und nicht weiter weiß (vgl. Anhang V, Z. 61 f.). Sie sieht es als eine therapeutische Herausforderung, das Schweigen des Kindes zu ertragen. Wenn das Kind darüber hinaus nicht spielt, empfindet sie es als noch herausfordernder und schwieriger (vgl. ebd. Z. 84-87). Diese „Hülle des Schweigens“ in der Therapie zu durchbrechen und mit der eigenen Frustration umzugehen, sieht Frau M. als die eigentliche Leistung des Therapeuten (vgl. ebd. Z. 66 ff.). Des Weiteren steht sie als Therapeutin unter Druck, weil sie einerseits nicht weiß, ob die Kinder überhaupt zu ihr in die Therapie wollen, und sie andererseits bestimmten Anforderungen von Seiten der Bezugspersonen ausgesetzt ist. Wenn sich das Kind der Therapeutin zunehmend öffnet und zu sprechen beginnt, nimmt auch allmählich der Druck auf die Therapeutin ab (vgl. ebd. Z. 285-288).

Im Gegensatz dazu stehen die Gefühle der Logopädin. Frau F. kann das Schweigen der Kinder mit selektivem Mutismus gut aushalten und akzeptieren. Außerdem kann sie das Verhalten der betroffenen Kinder nachvollziehen, da es für sie ebenfalls Situationen gibt, in denen sie sich überwinden muss zu sprechen, wie z. B. in größeren Gruppen oder in manchen unbekanntem Situationen. Diese Gefühle führt sie sich in der Therapie mit dem selektiv mutistischen Kind immer wieder vor Augen (vgl. Anhang VII, Z. 152-156). Zusätzlich merkt Frau F. an, dass sie aufgrund ihres Alters und ihrer Erfahrungen sehr geduldig im Umgang mit den Kindern ist. Wäre sie Berufsanfängerin, würde ihr das wahrscheinlich schwerer fallen (vgl. ebd. Z. 159-162).

#### **4.2.3 Herausforderungen und Grenzen innerhalb der Förderung**

Frau S. erlebte Kinder mit selektivem Mutismus als sehr fordernd. Die Herausforderung für sie besteht dabei darin, dass nicht nur dieses Kind, sondern auch alle anderen Kinder in ihrer Gruppe einen Förderbedarf haben. Beispielsweise kann das Kind mit selektivem Mutismus aufgrund des Schweigens an einigen Aktivitäten in der Gruppe nicht teilhaben, die wiederum förderlich für die anderen Kinder sind. Zudem ist es nötig, das Schweigen des Kindes in der Gruppe zu thematisieren, weil die anderen Kinder der Gruppe diesbezüglich Fragen stellen. Aufgrund der genannten Gründe und der mangelnden Zeit, die in der SVE zur Verfügung steht, ist es für Frau S. anstrengend und herausfordernd, wenn ein Kind mit selektivem Mutismus in der SVE-Gruppe ist (vgl. Anhang III, Z. 167-170; Z. 188-198; Z. 225-228). Deshalb ist sich Frau S. nicht sicher, ob andere Einrichtungen geeigneter für diese Kinder wären. Ihrer Erfahrung nach verhalten sich die Kinder allerdings in Regeleinrichtungen mit größeren Gruppe noch auffälliger, als in der SVE mit weniger Kindern in der Gruppe (vgl. ebd. Z. 230-238). Ein weiterer Aspekt, den die Heilpädagogin in Bezug auf Herausforderungen und Grenzen nennt, ist die Kooperation mit den Eltern in der SVE. Die Förderung von Kindern mit selektivem Mutismus erfordert viel Elternarbeit und Familienarbeit, was Frau S. aufgrund der Rahmenbedingungen in der SVE oft nicht leisten kann (vgl. ebd. Z. 196; Z. 222-225). Beispielsweise suchten die Eltern des Jungen T., nachdem sie anfangs gegen eine Förderung waren, im weiteren Verlauf viele Gespräche mit der Heilpädagogin (vgl. ebd. Z. 196-201). Insgesamt ist die Zusammenarbeit mit den Eltern in der SVE schwierig und muss oft erzwungen werden, weil die Bereitschaft zur Kooperation einiger Eltern eher gering ist (vgl. ebd. Z. 222 f.; Z. 228 ff.).

Auch für Frau M. bedeutet die Kooperation mit den Eltern der selektiv mutistischen Kinder eine Herausforderung. Eine Grenze für die Zusammenarbeit sieht die Therapeutin darin, dass die Eltern nicht bereit sind, mitzuarbeiten und ihr eigenes Verhalten zu ändern. Als Beispiel nennt sie einen Fall, bei dem Frau M. lange daran arbeitete, dass die Eltern das Schweigen des Kindes nicht zusätzlich unterstützen, indem sie für das Kind antworten. Das war den Eltern jedoch nicht möglich, woraufhin die Therapeutin ihnen klarmachte, dass sich nichts beim Kind ändert, wenn die Familie nicht mit der Therapeutin zusam-

menarbeitet. Außerdem waren sie gegen einen Klinikaufenthalt des Kindes. Daraufhin vergingen viele Jahre und das Kind erlebte viele Schulwechsel, die dem Kind Frau M. zufolge durch einen Klinikaufenthalt erspart geblieben wären (vgl. Anhang V, Z. 139-162).

Indem Frau F. die Kinder in der logopädischen Therapie nicht zum Sprechen zwingt, sorgt sie ihrer Meinung nach dafür, dass es keine Grenzen innerhalb der Beziehungsgestaltung zwischen ihr und dem Kind mit selektivem Mutismus gibt. Als Kind T., nachdem er zu sprechen begonnen hatte, anfangs frech zu werden und die Logopädin zu beleidigen, setzte sie aber ihre persönliche Grenze und arbeitete mit den Eltern gegen das Verhalten des Kindes (vgl. Anhang VII, Z. 173-186; Z. 268 ff.). Eine Herausforderung für Frau F. stellt auch die Zusammenarbeit mit Kolleginnen dar, die eine andere Vorgehensweise in der Förderung des Kindes haben und das Kind z.B. zum Sprechen zwingen. Dies kam jedoch eher selten vor (vgl. ebd. Z. 163-165).

#### **4.2.4 Ideale Form der Förderung**

Frau S. ist der Meinung, dass es nicht die eine ideale Form bei der Förderung von Kindern mit selektivem Mutismus gibt. Die Kinder wissen selbst nicht, was sie blockiert und warum sie schweigen. Jedes Kind mit selektivem Mutismus ist individuell und benötigt deshalb etwas anderes in der Förderung. Bei manchen Kindern ist eine Einzelförderung hilfreich, wohingegen andere Kinder vom Lernen in einer Gruppe profitieren. Für die Heilpädagogin spielt die Feinfühligkeit gegenüber dem Kind eine große und wichtige Rolle, wenn es um das Erkennen der Bedürfnisse des jeweiligen Kindes geht (vgl. Anhang III, Z. 204-216; Z. 238 ff.).

Da Frau M. nach dem Konzept der Systemischen Mutismus-Therapie arbeitet, sieht sie dieses auch als geeignete Form der Förderung bei selektiv mutistischen Kindern an. Sie räumt jedoch ein, dass dieses Konzept auch wirklich eingehalten werden muss. Das heißt, es soll nicht nur mit den Eltern des Kindes zusammen gearbeitet werden, sondern mit seinem kompletten Bezugssystem, was einen großen zeitlichen Aufwand bedeutet. Das Ziel der Therapie ist es, dass das komplette Umfeld eine einheitliche Handhabung in der Kommunikation mit dem Kind erlernt. Ferner zieht die Therapeutin eine ambulante Behandlung einem Klinikaufenthalt vor, erachtet ihn jedoch in bestimmten Fällen als sinnvoll. Für die Behandlung und Therapie der Kinder ist ihrer Meinung nach ein Therapeut oder Pädagoge notwendig, der über ausreichend Kenntnisse des Störungsbildes verfügt und nach einem Konzept arbeitet. Ihrer Erfahrung nach wird oft ohne Konzept gearbeitet, was sehr ungeeignet für die Therapie ist (vgl. Anhang V, Z. 166-176).

Frau F. sieht ihre eigene Vorgehensweise als die idealste Form der Förderung beim selektiven Mutismus an. Sie übt keinen Druck auf die Kinder in Bezug auf das Sprechen aus. Sie vermutet, dass die Kinder bei ihr zu sprechen beginnen, weil sie spüren, keinem Druck ausgesetzt zu sein und sich angenommen fühlen. Die Logopädin führt sich in der Therapie mit dem betroffenen Kind immer wieder vor Augen, dass das Kind eigentlich



sprechen kann und hat Vertrauen, dass es auch nach einer gewissen Zeit in der Therapie sprechen wird. Generell ist sie der Meinung, dass man sich als freier Mensch aussuchen darf, mit wem man spricht und mit wem nicht, was sie ebenfalls bei ihrer Vorgehensweise in der Therapie berücksichtigt (vgl. Anhang VII, Z. 190-194; Z. 207-211).

#### **4.2.5 Interdisziplinäre Zusammenarbeit**

##### **Persönliche Erfahrungen:**

Frau S. empfindet die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der SVE insgesamt als schwierig (vgl. Anhang III, Z. 245). Der Austausch untereinander findet eher nebenbei statt. Es wird sich nur kurz Zeit genommen, um mit anderen Therapeuten über deren Vorgehensweise und Fortschritte beim Kind zu sprechen. Mehr ist aufgrund der geringen zur Verfügung stehenden Zeit zum Bedauern von Frau S. nicht möglich. Die Heilpädagogin handhabt den Informationsaustausch oft so, dass Kolleginnen, mit denen sie enger zusammenarbeitet, Informationen an andere Kolleginnen weitergeben. Einen runden Tisch o. Ä. gibt es sehr selten, weil es eine Herausforderung darstellt, alle am Fall beteiligten Fachkräfte zu vereinen. Dies funktioniert erst, wenn das Jugendamt involviert ist (vgl. ebd. Z. 275-300). Die Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen gestaltet sich für Frau S. so, dass sie Kinder mit selektivem Mutismus ebenfalls an Logopäden oder Psychologen verweist oder abgibt. Treten neben dem Schweigen zusätzlich andere Verhaltensweisen auf, schickt sie die Kinder in ein sozialpädiatrisches Zentrum, in dem eine gründliche Diagnostik durchgeführt wird (vgl. ebd. Z.267 ff.; Z. 322-326; Z. 331-334). Frau S. wünscht sich mehr Möglichkeiten für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, ist aber der Meinung, dass dies in der SVE schwer realisierbar ist. Außerdem denkt sie, dass sie allein nicht in der Lage ist, die Zusammenarbeit zu verbessern. Dennoch wäre eine interdisziplinäre Kooperation ihrer Meinung nach wünschenswert, v. a. in Bezug auf den selektiven Mutismus (vgl. ebd. Z. 293-314).

Die Therapeutin Frau M. erlebt die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen meist so, dass die Kinder zur Diagnostik des selektiven Mutismus zu ihr in die Praxis kommen und sie die Betroffenen anschließend an andere Fachleute, wie Logopäden und Sprachtherapeuten, verweist. Dieses Vorgehen findet Frau M. sehr gut, da die Behandlung des selektiven Mutismus ihrer Meinung nach zum Aufgabenfeld von Sprachtherapeuten gehört. Jedoch handelt es sich beim selektiven Mutismus um ein spezielles Störungsbild, über das nicht jeder Sprachtherapeut gleichermaßen informiert ist. Manchmal fährt die Therapeutin auch in die Einrichtungen der Kinder, um diese vor Ort zu erleben und mit den Fachkräften der Einrichtung zu kooperieren (vgl. Anhang V, Z. 181-195). Frau M. erlebt es häufig, dass sie sich um interdisziplinäre Kooperation bemüht, dies aber von anderen Berufsgruppen umgekehrt nicht so gehandhabt wird. Ihrer Erfahrung nach arbeiten andere Disziplinen in ihrem eigenen Konzept und öffnen sich nicht für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit. Deshalb kostet es der Therapeutin oft viel Mühe, um zuständige Kolleginnen

zu erreichen. Außerdem führt sie an, dass alle am Fall Beteiligten mehrere Fälle und nicht nur diesen einen haben (vgl. ebd. Z. 207-212; Z. 221 ff.; Z.229 f.). Frau M. würde den Kindern mit selektivem Mutismus wünschen, dass die Disziplinen zusammenarbeiten. Allerdings kostet das in der Umsetzung sehr viel Zeit (vgl. ebd. Z. 212 f.).

Frau F. arbeitet in der Therapie mit dem betroffenen Kind, dessen Eltern, anderen Kindern der Gruppe und mit Erzieherinnen und Heilpädagoginnen aus der SVE oder Tagesstätten zusammen. Die Logopädin hat keine Erfahrung in der Zusammenarbeit mit Psychologinnen. Sie ist der Meinung, dass der selektive Mutismus eher in deren Disziplin angesiedelt ist und Psychologinnen es nicht in Betracht ziehen, Logopädinnen in der Therapie hinzuzuziehen, es sein denn, es liegen neben dem Störungsbild andere sprachliche Defizite vor (vgl. Anhang VII, Z. 216-221; Z. 227-231). In der Kooperation mit den Fachkräften der SVE hat Frau F. positive Erfahrungen gemacht, weil dort konstruktiv zusammengearbeitet wird. Der Therapeutin ist dabei ein regelmäßiger Austausch über die persönlichen Erfahrungen der jeweiligen Fachkräfte mit dem Kind wichtig. In der SVE findet dieser Austausch nebenbei in den Pausen statt. Manchmal wird ein extra Termin ausgemacht und einmal gab es einen runden Tisch (vgl. ebd. Z. 166 ff.; Z. 222 ff.; Z. 241-244).

### **Gelingende Kooperation:**

Interdisziplinäre Zusammenarbeit gelingt Frau S. zufolge nur, wenn man die Meinung und die Vorgehensweise anderer Disziplinen in Bezug auf den selektiven Mutismus annimmt und sich damit auseinandersetzt. Dafür sind Absprachen zwischen den einzelnen Disziplinen notwendig, da jeder Beteiligte unterschiedliche Erfahrungen mit dem Kind mit selektivem Mutismus macht. Die Heilpädagogin geht davon aus, dass interdisziplinäre Zusammenarbeit in Einrichtungen, in welchen verschiedene Disziplinen verortet sind, leichter fällt (vgl. Anhang III, Z. 253-260; Z. 266 f.; Z. 279-282).

Frau M. ist der Ansicht, dass interdisziplinäre Kooperation durch einen runden Tisch und viele Telefonate gelingen kann. Außerdem müssen Aufgaben unter den beteiligten Disziplinen sinnvoll verteilt werden. Beispielsweise arbeitet Frau M. als Therapeutin mit dem Kind an der Angst, stärkt sein Selbstbewusstsein sowie sein Selbstvertrauen und arbeitet eng mit den Eltern zusammen. Währenddessen kann der Sprachtherapeut den sprachlichen Aspekt der Störung übernehmen. Für die Therapeutin ist es wichtig, dass Hand in Hand gearbeitet wird. Die Kooperation kann erst gelingen, wenn sich die beteiligten Fachkräfte Zeit nehmen und die Notwendigkeit des Zusammenarbeitens erkennen. Des Weiteren sollte der gegenseitige Austausch in regelmäßigen Abständen erfolgen, damit sich über neue Ansätze, Fortschritte und die Elternarbeit abgesprochen werden kann (vgl. Anhang V, Z. 180; Z.196-201; Z. 206 f.; Z. 223-229).

Auch Frau F. ist der Meinung, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit nur durch einen regelmäßigen Austausch der verschiedenen Disziplinen über die individuellen Erfahrungen mit dem Kind gelingen kann (vgl. Anhang VII, Z. 222 ff.).

#### **4.2.6 Persönliche Praxisempfehlung für heilpädagogische Fachkräfte**

Frau S. behält für sich persönlich ihre Vorgehensweise bei der Förderung von Kindern mit selektivem Mutismus bei, welche im Gliederungspunkt 4.2.2 dargestellt wurde. Anderen heilpädagogischen Fachkräften empfiehlt sie, das Schweigen des Kindes nicht persönlich zu nehmen. Außerdem geht es für die Heilpädagogin in der Begleitung darum, das Kind und sein Verhalten zu verstehen, was sie anderen Fachkräften ebenfalls nahelegt (vgl. Anhang III, Z. 431-435).

Die Therapeutin Frau M. wünscht sich von Heilpädagoginnen, dass sie mit anderen an dem Fall beteiligten Berufsgruppen, wie beispielsweise Diagnostikern, in Kontakt treten, damit eine interdisziplinäre Kooperation ermöglicht wird. Oftmals weiß Frau M. nicht, dass heilpädagogische Fachkräfte ebenfalls an einem Fall beteiligt sind. Daher empfiehlt sie ihnen, das Kontaktangebot zu starten. In Bezug auf die Begleitung von Kindern mit selektivem Mutismus ist ihre Empfehlung, sich vom Schweigen des Kindes nicht entmutigen zu lassen, obwohl das Schweigen ihrer Meinung nach nur schwer auszuhalten ist (vgl. Anhang V, Z. 250-255; Z. 260; Z. 262 f.).

Frau F. empfiehlt heilpädagogischen Fachkräften, dafür zu sorgen, dass sich das betroffene Kind in der Gruppe zurückziehen kann, damit es das eigene Sprechen in einer größeren Geräuschkulisse ausprobieren kann. Dadurch bekommt das Kind immer mehr Sicherheit, was dazu beitragen kann, dass es in diesem Kontext anfängt zu sprechen. Ferner ist der Logopädin zufolge ein regelmäßiger Austausch der verschiedenen Fachkräfte ratsam, damit besprochen werden kann, was dem jeweiligen Kind dabei hilft, sich zu öffnen (Anhang VII, Z.285-266; Z. 274-279).

---

Insgesamt lassen sich folgende Erkenntnisse aus den Interviews ableiten:

Die Erfahrungen mit selektiv mutistischen Kindern stammen sowohl aus der Förderung in einer Kleingruppe als auch aus der Einzelsituation mit dem Kind. Die Befragten beschreiben die Kinder als inaktiv, kontaktarm und ängstlich. Daneben treten häufig Auffälligkeiten im Bereich der Sprache auf. Außerdem sind einige Kinder mit selektivem Mutismus zweisprachig. Die Vorgehensweisen der Befragten in der Förderung unterscheiden sich in einigen Punkten. Hier ist besonders der Aspekt anzubringen, dass die Kinder- und Jugendtherapeutin, im Gegensatz zu den anderen Befragten, das Sprechen in der Therapie einfordert. Kommuniziert wird mit den Kindern hauptsächlich nonverbal, beispielsweise über das Spiel, das Schreiben, Entscheidungsfragen, Körpersprache und Bildkarten. Mithilfe der nonverbalen Kontaktangebote kann mit dem Kind in Beziehung getreten werden. Ein weiterer Unterschied liegt bei den empfundenen Gefühlen der Fachkräfte in der Förderung mit dem Kind. Während bei der Heilpädagogin und Kinder- und Jugendtherapeutin Gefühle der Ratlosigkeit auftreten können, kann die Logopädin das Schweigen des Kindes problemlos aushalten. Als Herausforderung in der Förderung sehen die Heilpädagogin und die Kinder- und Jugendtherapeutin die Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen

der Kinder. Dahingegen beschreibt die Logopädin die unterschiedlichen Meinungen der Fachkräfte zur Vorgehensweise in der Therapie als herausfordernd. Alle Befragten empfinden die interdisziplinäre Zusammenarbeit als schwierig, sind sich aber einig, dass diese sehr wichtig in der Förderung von Kindern mit selektivem Mutismus ist. Eine einheitliche ideale Form der Förderung wurde nicht gefunden, da jede Befragte ihre eigene Form als geeignet ansieht. Als Praxisempfehlungen für heilpädagogische Fachkräfte werden u. a. die Kontaktaufnahme mit anderen Disziplinen, ein regelmäßiger Austausch der verschiedenen Fachkräfte und das Schweigen des Kindes nicht persönlich zu nehmen, genannt.

### **4.3 Bedeutung der Ergebnisse für die heilpädagogische Praxis**

In diesem Kapitel wird auf die Bedeutung der Ergebnisse aus den drei Experteninterviews für die heilpädagogische Praxis eingegangen. Zunächst ist anzuführen, dass die **heilpädagogische Haltung und das Menschenbild** von zentraler Bedeutung in der heilpädagogischen Beziehungsgestaltung sowie in der gesamten Förderung des Kindes mit selektivem Mutismus sind. Beides wird auch in den Experteninterviews mit der Heilpädagogin Frau S. und der Logopädin Frau F. deutlich. Das Kind mit selektivem Mutismus wird in der Förderung von Frau S. und Frau F. ganzheitlich betrachtet und als individuelle Person in seiner Einmaligkeit akzeptiert und angenommen. Aufgrund der Individualität jedes Kindes gibt es auch nicht die eine ideale Förderung für selektiv mutistische Kinder. Jedes Kind braucht etwas anderes, worauf die Förderung entsprechend abgestimmt wird (vgl. Anhang III, Z. 204; Z. 359 f. Z. 424-431, Anhang VII, Z. 207-211; 380-385). Ganz im Sinne von Paul Moor geht es darum, das Verhalten des Kindes erst zu verstehen und dann zu erziehen (vgl. Moor 1965: 18-22). Dabei ist auch die Befunderhebung von wichtiger Bedeutung, welche die Diagnostik des selektiven Mutismus umfasst, die eine zentrale Rolle für die weitere Förderung darstellt (vgl. Anhang V, Z. 17-25). In Zusammenhang damit steht die Orientierung an den Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes. Hierbei soll die Heilpädagogin nicht voraussetzen, was das Kind zu lernen hat. Demnach sollte vom Kind mit selektivem Mutismus nicht erwartet werden, dass es lernt, in allen Situationen und gegenüber allen Personen zu sprechen (vgl. Anhang III, Z. 80-83). Die Auswertung der Interviews zeigt, dass die Heilpädagogin und die Logopädin im Gegensatz zur Kinder- und Jugendtherapeutin in der Förderung mit dem selektiv mutistischen Kind keinen Druck in Bezug auf das Sprechen ausüben (vgl. Anhang III, Z. 107; Anhang V, Z. 104 f.; Anhang VII, Z. 129 ff.). Welche Herangehensweise hilfreicher bzw. effektiver ist, kann nicht gesagt werden. Aus heilpädagogischer Sicht ist anzuführen, dass jedes Kind mit selektivem Mutismus individuell zu betrachten ist und die Art der Förderung stets an das betroffene Kind anzupassen ist. Jedoch sollte das Sprechen des Kindes in keinem Fall erzwungen werden, wie auch die Beziehung zwischen dem Kind und der Fachkraft nicht erzwungen werden kann. Zusätzlich sollen dem Kind Entwicklungsschritte nicht vorausgesetzt werden, dennoch soll auf die Fähigkeiten des selektiv mutistischen Kindes vertraut werden. Frau

S. hat die Hoffnung, dass das Kind sprechen wird, und ist deshalb geduldig (vgl. Anhang III, Z. 364 ff.; Z. 372 f.). Auch die Empathie spielt in der Beziehung zum selektiv mutistischen Kind eine bedeutende Rolle. Um das Kind verstehen zu können, ist Feinfühligkeit von den Fachkräften gefordert (vgl. ebd. Z. 215 f.). Zudem gibt die Heilpädagogin den Kindern in der Förderung sowohl äußeren als auch inneren Halt, indem sie für einen strukturierten Alltag mit einem gleichbleibenden Tagesablauf sorgt. Des Weiteren gibt sie dem Kind durch Zuverlässigkeit ebenfalls Sicherheit (vgl. ebd. Z. 349-352; Z. 359 f.). Darüber hinaus sind die Gefühle der Fachkraft in der Beziehung mit dem selektiv mutistischen Kind von großer Bedeutung, da die heilpädagogische Beziehung immer wechselseitig ist und das Kind auch auf den Therapeuten bzw. Pädagogen wirkt. Alle drei Befragten beschreiben unterschiedliche Gefühle in der Förderung mit dem Kind. Hierbei ist es wichtig, die eigenen Gefühle in der Beziehung zum Kind wahrzunehmen und zu reflektieren (vgl. Anhang III, Z. 83 ff.; Z. 93-99; Z. 137-140; Z. 140 f.; Anhang V, Z. 61 f.; Z. 66 ff.; Z. 84-87; Z. 285-288; Anhang VII, Z. 152-156; Z. 159-162). Ein weiterer Aspekt, der in der Beziehung mit dem selektiv mutistischen Kind einfließen sollte, ist der Humor, den v. a. Frau F. in der Therapie mit den Kindern einsetzt (vgl. Anhang VII, Z. 137 f.; Z. 142). Die aufgeführten Punkte zur heilpädagogischen Haltung und dem Menschenbild tragen dazu bei, dass zwischen dem Kind und der Heilpädagogin eine dialogische Beziehung aufgebaut wird, die das Fundament der Förderung darstellt.

Aufgrund des Schweigens ist es außerdem erforderlich, eine **alternative Kommunikation** zu finden, d.h. über andere Medien als über Sprache mit dem Kind in Kontakt zu treten. Anstatt verbal zu kommunizieren, kann mit den betroffenen Kindern über Gestik, Mimik, Bildkarten, Symbole, Schreiben, Malen oder verschiedene Spielmaterialien kommuniziert werden (vgl. Anhang III, Z. 67-70; Z. 366 ff.; Anhang V, Z. 49 ff.; Z. 55 f.; Z. 288-292; Anhang VII, Z. 67 ff.). Besonders das Spiel ist hierbei aus heilpädagogischer Sicht von großer Bedeutung, weil dieses auch als die Sprache des Kindes gilt (vgl. Schroer, Biene-Deißler/ Gering 2016:7). In der Heilpädagogik gibt es verschiedene Konzepte und Methoden, bei welchen das Spiel als heilpädagogisches Medium eingesetzt wird. Beispiele hierfür sind die heilpädagogische Entwicklungsförderung und Begleitung im Spiel nach dem Konzept der „Heilpädagogischen Übungsbehandlung“ (2011) von Clara Maria Oy und Alexander Sagi und die heilpädagogische Begleitung im Spiel nach dem Konzept der "Heilpädagogischen Erziehungshilfe und Entwicklungsförderung" (2002) von Wolfgang Köhn. Für Kinder mit selektivem Mutismus stellt eine Spielbegleitung eine geeignete Form der Förderung dar, weil die Gefühle des Kindes im spielerischen Dialog mit der Heilpädagogin ausgedrückt und verändert werden können (vgl. Köhn 2003: 691).

Ein weiterer Aspekt ist die **Kooperation mit den Eltern und dem Bezugssystem** der selektiv mutistischen Kinder. Alle der drei befragten Fachkräfte betonen die Notwendigkeit einer regelmäßigen Zusammenarbeit und Beratung mit den Eltern (vgl. Anhang III, Z. 37 ff.; Anhang V, Z. 72-78; Z. 109 ff.; Z.121-126; Anhang VII, Z. 49-52). Vor allem die Kinder-

und Jugendtherapeutin arbeitet eng mit dem Bezugssystem des Kindes zusammen, da es sein kann, dass dieses das Störungsbild des Kindes unterstützt (vgl. Anhang V, Z. 72-78). In der Heilpädagogik wird nicht nur das Kind in der Förderung begleitet, sondern auch immer seine Familie bzw. sein Bezugssystem: *„Wir haben nie nur das entwicklungsgehemmte Kind als solches zu erziehen, sondern immer auch seine Umgebung [Herv. im Origin.]“* (Moor 1965: 17).

Aufgrund der Tatsache, dass Kinder mit selektivem Mutismus von mehreren Fachdisziplinen begleitet werden können, ist die **interdisziplinäre Zusammenarbeit** der verschiedenen Fachkräfte von großer Bedeutung. Wie in den Interviews deutlich wurde, sind die Herangehensweisen bei der Förderung dieser Kinder von Disziplin zu Disziplin unterschiedlich. Für eine gelingende Zusammenarbeit ist es notwendig, dass die unterschiedlichen Methoden der jeweils anderen Fachdisziplinen akzeptiert und die Aufgaben untereinander sinnvoll verteilt werden. Außerdem muss sich Zeit genommen werden, damit ein regelmäßiger Austausch der verschiedenen Fachkräfte stattfinden kann. Den heilpädagogischen Fachkräften wird hierbei geraten, Engagement beim in Kontakt Treten mit anderen Disziplinen zu zeigen (vgl. Anhang V, Z. 250-255; Anhang III, Z. 253-260; Anhang VII, Z. 222 ff.). Eine gelingende Kooperation unter den verschiedenen Fachkräften ist für die ganzheitliche Förderung des Kindes mit selektivem Mutismus erforderlich.

## 5. Fazit

Abschließend ist zu sagen, dass die eingangs gestellte Forschungsfrage, wie mit schweigenden Kindern im Rahmen einer heilpädagogischen Förderung in Beziehung getreten werden kann und welche Erfahrungen und Herausforderungen dabei von Fachkräften in der Praxis erlebt wurden, mithilfe der Experteninterviews beantwortet werden konnte.

Aus den Erfahrungen der Befragten wird deutlich, dass man am besten über nonverbale Kontaktangebote mit dem schweigenden Kind in Beziehung treten kann. Dafür gibt es verschiedene Möglichkeiten und Medien, wie die Körpersprache, das Spiel, das Schreiben, das Malen und die Kommunikation über Bildkarten und Symbole. Dem selektiv mutistischen Kind wird ermöglicht, sich trotz des Schweigens auszudrücken und mitzuteilen. Dadurch kann eine professionelle Beziehung zwischen dem Kind und der Fachkraft aufgebaut werden. Für die heilpädagogische Beziehungsgestaltung sind außerdem die zugrunde liegende Haltung der Heilpädagogin, das Menschenbild und die Grundlagen des dialogischen Prinzips von großer Bedeutung. Als Herausforderungen in der Förderung mit den Kindern werden sowohl die Kooperation mit den Bezugspersonen des Kindes als auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit gesehen. Für eine gelingende Zusammenarbeit mit dem Bezugssystem des Kindes ist es hilfreich, die Eltern aktiv durch regelmäßige Beratungstermine in die Förderung miteinzubeziehen. Letzteres kann bewältigt werden, indem ein regelmäßiger Austausch vereinbart wird und Aufgaben sinnvoll unter den verschiedenen Fachkräften verteilt werden.

Neben den genannten Aspekten, konnten weitere Erkenntnisse für die heilpädagogische Praxis in Bezug auf die Förderung von Kindern mit selektivem Mutismus gewonnen werden. Aus den Interviews mit den Befragten wird deutlich, dass jede Disziplin unterschiedlich arbeitet und andere Schwerpunkte in der Förderung von Kindern selektiv mutistischen Kindern setzt. Die Arbeit der Heilpädagogin ist v. a. durch die heilpädagogische Haltung und die Grundlagen der dialogischen Beziehungsgestaltung gekennzeichnet. Die Kinder- und Jugendtherapeutin orientiert sich am Konzept der Systemischen Mutismus-Therapie und arbeitet eng mit dem Bezugssystem des Kindes zusammen. Der Fokus bei der logopädischen Therapie liegt auf der Behandlung der Sprach- und Sprechstörungen des Kindes. Durch eine interdisziplinäre Kooperation der verschiedenen Fachkräfte kann sich über die verschiedenen Herangehensweisen in der Förderung von Kindern mit selektivem Mutismus ausgetauscht und es kann voneinander profitiert werden.

Die Erfahrungen der Befragten bestätigen zudem einige theoretische Annahmen zum selektiven Mutismus. Dabei ist besonders der Zusammenhang zwischen dem selektiven Mutismus und Sprachauffälligkeiten sowie Mehrsprachigkeit deutlich geworden. Auch die Beschreibung der Symptome, des Erscheinungsbildes und der Kommunikationsformen aus der Praxis deckten sich mit den theoretischen Grundlagen. Die Kinder vermeiden sämtliche Lautäußerungen gegenüber bestimmten Personen oder in bestimmten Situationen, erscheinen kontaktarm, ängstlich und inaktiv und kommunizieren hauptsächlich nonverbal über Mimik, Gestik oder den Blickkontakt.

In Bezug auf die Beziehungsgestaltung mit selektiv mutistischen Kindern ist festzuhalten, dass es dabei maßgeblich darum geht, wie die Heilpädagogin dem Kind begegnet. Die grundlegende Haltung spielt also auch bei der Förderung von Kindern mit selektivem Mutismus, genau wie bei jeder anderen heilpädagogischen Förderung, eine zentrale Rolle. Das Ziel der Förderung ist in erster Linie nicht, das Schweigen zu überwinden, sondern eine dialogische Beziehung aufzubauen, um die Entwicklung des Kindes nach seinen individuellen Möglichkeiten zu fördern. Hier liegt der Unterschied zu Förderungen anderer Disziplinen. Darüber hinaus wurde bei der Analyse der Interviews erkennbar, dass nicht nur die Beziehung mit dem Kind wichtig für eine gelingende Förderung ist, sondern auch die Beziehung zu den Bezugspersonen des Kindes und zu anderen Disziplinen, die ebenfalls mit dem Kind zusammenarbeiten.

Insgesamt ist anzuführen, dass es sich hierbei um eine Forschung im kleinen Rahmen handelt. Um ein repräsentativeres Ergebnis zu erhalten, wäre die Durchführung und Auswertung weiterer Experteninterviews nötig gewesen.

Die Erkenntnisse der Arbeit können als Grundlage für die Förderung mit Kindern mit selektivem Mutismus im heilpädagogischen Kontext dienen. Es ist jedoch anzumerken, dass es keine allgemeingültige Anleitung für die Förderung der betroffenen Kinder gibt, da sich eine solche Förderung stets an der Individualität des Kindes orientieren sollte.

## Literaturverzeichnis

Bahr, Reiner (2006): *Schweigende Kinder verstehen. Kommunikation und Bewältigung beim selektiven Mutismus*, 4. Aufl., Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH.

Bahr, Reiner (2019): *Wenn Kinder schweigen. Redehemmungen verstehen und behandeln. Ein Praxisbuch*, 8. Aufl., Ostfildern: Patmos Verlag.

BHP (Berufsverband der Heilpädagoginnen und Heilpädagogen Fachverband für Heilpädagogik e.V.) (2010): Berufsbild Heilpädagogin Heilpädagoge, [online] <https://bhponline.de/download/BHP%20Informationen/berufsbild/20140910,%20Berufsbild%20lang.pdf> [11.12.2020].

Bibliographisches Institut GmbH (2020): Haltung, die, [online] <https://www.duden.de/rechtschreibung/Haltung> [21.11.2020].

Bibliographisches Institut GmbH (2020): Menschenbild, das, [online] <https://www.duden.de/rechtschreibung/Menschenbild> [21.11.2020].

Bibliographisches Institut GmbH (2020): Mutismus, der, [online] <https://www.duden.de/rechtschreibung/Mutismus> [09.10.2020].

Blomaard, Pim (2012): *Beziehungsgestaltung in der Begleitung von Menschen mit Behinderungen. Aspekte zur Berufsethik der Heilpädagogik und Sozialtherapie*, Dornach: Verlag am Goetheanum.

Buber, Martin (1983): *Ich und Du*, 11. Aufl., Heidelberg: Verlag Lambert Schneider GmbH.

Bundschuh, Konrad, Heimlich, Ullrich und Krawitz, Rudi (2007): *Wörterbuch der Heilpädagogik*, 3. Aufl., Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.

DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) (2019): *ICD-10-GM Version 2020, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Stand: 20. September 2019*, (ohne Verlag): Köln.



- Faber, Werner (1967): *Beiträge zur Erziehungswissenschaft. Das dialogische Prinzip Martin Buber und das erzieherische Verhältnis*, 2. Aufl., Ratingen: A. Henn Verlag.
- Flosdorf, Peter (2009): *Heilpädagogische Beziehungsgestaltung*, 2. Aufl., Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Franzkowiak, Peter (2018): Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell, [online] <https://www.-leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/risikofaktoren-und-risikofaktorenmodell/> [20.10.2020].
- Fuß, Susanne und Karbach, Ute (2019): *Grundlagen der Transkription*, 2. Aufl., Opladen: Verlag Barbara Budrich GmbH.
- Greving, Heinrich und Ondracek, Petr (2009): *Heilpädagogisches Denken und Handeln. Eine Einführung in die Didaktik und Methodik der Heilpädagogik*, Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Gröschke, Dieter (1997): *Praxiskonzepte der Heilpädagogik. Anthropologische, ethische und pragmatische Dimensionen*, 2. Aufl., München-Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Haeberlin, Urs (2003): *Das Menschenbild für die Heilpädagogik*, 5. Aufl., Bern: Verlag Paul Haupt.
- Haeberlin, Urs (2005): *Grundlagen der Heilpädagogik*, Bern: Haupt Verlag.
- Hartmann, Boris (1991): *Mutismus. Zur Theorie und Kasuistik des totalen und selektiven Mutismus*, Manfred Grohnfeldt (Hrsg.), Berlin: Edition Marhold im Wissenschaftsverlag Volker Spiess GmbH.
- Hartmann, Boris (2019): Die Systemische Mutismus-Therapie/SYMUT als Therapiealternative, in Boris Hartmann (Hrsg.), *Gesichter des Schweigens. Die Systemische Mutismus-Therapie/SYMUT als Therapiealternative*, 5. Aufl., Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Hartmann, Boris und Lange, Michael (2017): *Mutismus im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Für Angehörige, Betroffene sowie therapeutische und pädagogische Berufe*, 7. Aufl., Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.

- Helfferrich, Cornelia (2014): Leitfaden- und Experteninterviews, in Nina Baur, Jörg Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, Wiesbaden: Springer VS, S. 559-574.
- Institut für Sprachtherapie Dr. Boris Hartmann (2020): Empirische Befunde. Sprach- und Sprechstörungen bei Mutismus, [online] <https://www.boris-hartmann.de/de/mutismus/empirische-befunde.html> [16.10.2020].
- Katz-Bernstein, Nitza (2015): *Selektiver Mutismus bei Kindern. Erscheinungsbilder, Diagnostik, Therapie*, 4. Aufl., München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Kobi, Emil E. (1977): *Heilpädagogik im Abriss*, 3. Aufl., München-Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Kobi, Emil E. (2004): *Grundfragen der Heilpädagogik. Eine Einführung in heilpädagogisches Denken*, 6. Aufl., Berlin: BHP-Verlag.
- Köhn, Wolfgang (2001): *Heilpädagogische Begleitung im Spiel. Ein Übungsbuch zur heilpädagogischen Erziehungshilfe und Entwicklungsförderung (HpE)*, 12. Aufl., Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter Heidelberg GmbH.
- Köhn, Wolfgang (2003): *Heilpädagogische Erziehungshilfe und Entwicklungsförderung (HpE). Ein Handlungskonzept*, 3. Aufl., Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH.
- Lotz, Dieter (1993): *Heilpädagogische Übungsbehandlung als Suche nach Sinn*, Bielefeld: Kleine Verlag GmbH.
- Mutismus Selbsthilfe Deutschland e.V. (2019) Mutismus. Was ist das?, [online] [https://www.mutismus.de/data/files/3/74/mutismus\\_flyer\\_was\\_ist\\_das.pdf](https://www.mutismus.de/data/files/3/74/mutismus_flyer_was_ist_das.pdf) [22.10.2020].
- Monks - Ärzte im Netz GmbH (2014): Kurze Abwesenheiten können auf Epilepsie hindeuten, [online] <https://www.neurologen-und-psihiater-im-netz.org/neurologie/ratgeber-archiv/meldungen/article/kurze-abwesenheiten-koennen-auf-epilepsie-hindeuten/> [20.12.2020].
- Moor, Paul (1999): *Heilpädagogik. Ein pädagogisches Lehrbuch*, 2. Aufl., Bern: Verlag Hans Huber.

- Nußbeck, Susanne (2014): *Einführung in die Beratungspsychologie*, 3. Aufl., München-Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Plener, Paul L. und Spröber-Kolb, Nina (2020): Selektiver Mutismus, in: Michael Kölch, Miriam Rassenhofer, Jörg M. Fegert (Hrsg.), *Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*, 3. Aufl., Berlin: Springer-Verlag GmbH Deutschland, S. 109-120.
- Schoor, Udo (2001): Mutismus, in: Manfred Grohnfeldt (Hrsg.), *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Erscheinungsformen und Störungsbilder*, 2. Bd., Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S. 183-197.
- Schroer, Barbara, Biene-Deißler, Elke und Greving, Heinrich (2016): *Das Spiel in der heilpädagogischen Arbeit*, Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Speck, Otto (1987): *System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung*, München: E. Reinhardt.
- Stöger, Peter (2017): Ich und Du - Eine Überlegung zu Bubers dialogpädagogischem Hauptwerk, in: Thomas Krobath, Amena Shakir, Peter Stöger (Hrsg.), *Buber begegnen. Interdisziplinäre Zugänge zu Martin Buber Dialogphilosophie*, Wuppertal: Arco Verlag GmbH.
- Titzer, Julia (2012): *Das selektiv mutistische Kind in der Grundschule. Chancen, Möglichkeiten, Grenzen*, Hamburg: Diplomica Verlag GmbH.
- Wehr, Gerhard (2010): *Martin Buber. Leben-Werk-Wirkung*, Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

## **Leitfadeninterview**

### **Mit schweigenden Kindern in Beziehung treten – Erfahrungen und Herausforderungen in der Förderung von Kindern mit selektivem Mutismus**

#### **Begrüßung:**

Guten Tag/ Morgen Frau...

#### **Kurze persönliche Vorstellung**

Mein Name ist Lisa Daigfuß und ich studiere Heilpädagogik im siebten Semester. Ich möchte mit Ihnen heute ein telefonisches Experteninterview durchführen. Vielen Dank, dass Sie sich dafür bereit erklärt haben. Das Gespräch wird ca. 30 bis 45 Minuten dauern.

#### **Erläuterung des Themas der Bachelorarbeit**

Gerne möchte ich Ihnen kurz noch einmal das Thema meiner Bachelorarbeit und des Interviews erläutern:

Der Titel meiner Bachelorarbeit lautet „Mit schweigenden Kindern in Beziehung treten – Erfahrungen und Herausforderungen in der Förderung von Kindern mit selektivem Mutismus“.

Beim selektiven Mutismus handelt es sich um eine psychische Störung, bei welcher die betroffenen Personen in manchen Situationen und manchen Personen gegenüber schweigen. In der Therapie oder Begleitung der Kinder kann dies eine große Herausforderung für den Therapeuten oder Pädagogen darstellen. Deshalb würde ich im Interview gerne etwas über Ihre persönlichen Erfahrungen und Herausforderungen in der Förderung von Kindern mit selektivem Mutismus erfahren. Der Fokus liegt hierbei auf der professionellen Beziehungsgestaltung, da die Beziehung einer der wichtigsten Wirkfaktoren in der Therapie darstellt und zudem der Gegenstand der Heilpädagogik ist.

#### **Einverständnisfrage**

Ich würde das Gespräch gerne auf Tonband aufnehmen, sodass ich es danach verschriftlichen kann. Sie müssen sich aber keine Sorgen machen, Ihr Name und auch alle anderen Namen, die Sie im Gespräch vielleicht erwähnen, werden anonymisiert. Die Ergebnisse werden so gestaltet, dass niemand Rückschlüsse auf Ihre Person ziehen kann. Haben Sie noch offene Fragen an mich?

Sind Sie damit einverstanden, dass das Interview mittels Audiogerät aufgezeichnet wird?

## **Erhebung Soziodemografischer Daten**

Bevor wir das Interview beginnen, möchte ich noch kurz ein paar soziodemografische Daten von Ihnen erfahren. Diese Daten sind wie das Interview auch, geschützt und werden vertraulich behandelt.

### **Wie alt sind Sie?**

Lebensalter in Jahren: \_\_\_\_\_

### **Wie definieren Sie ihr Geschlecht?**

- Männlich
- Weiblich
- Nicht-binär, und zwar: \_\_\_\_\_

### **Welche Berufsausbildung haben Sie?**

---

**Bitte geben Sie ihre Berufserfahrung in Jahren an:** \_\_\_\_\_

### **In welcher Einrichtung sind Sie zur Zeit tätig?**

---

**1. In Ihrer Tätigkeit als Heilpädagogin/ Logopädin/ Psychologin arbeiten Sie unter anderem mit Kindern zusammen, die aufgrund des selektiven Mutismus nicht sprechen. Welche Erfahrungen haben Sie in der Praxis bisher mit Kindern mit selektivem Mutismus gemacht?**

Themen:

- Beispiele aus der Praxis
- Alter der Kinder
- Erscheinungsbild
- Vorgehensweise in der Begleitung/ Therapie
- Kooperation mit Eltern

Interne Nachfragen:

- Sie erwähnten gerade .... Können Sie dies noch genauer ausführen?
- Können Sie noch ausführlicher über... erzählen?
- Wie ging es dann weiter?
- Wenn ich das richtig verstanden habe...
- Gab es einmal eine Situation, in der Sie...?

**2. Wie sind Sie mit dem Kind beim ersten Kennenlernen in Beziehung getreten?**

Themen:

- Wie hat sich das Kind verhalten?
- Wie haben Sie sich verhalten?
- Wie wurde kommuniziert?
- Gab es Hilfsmittel, um in Beziehung zu treten?
- Welche Gefühle löste das Schweigen des Kindes bei Ihnen aus?

**3. Wie wurde die Beziehung weiterhin gestaltet?**

Themen:

- Gab es einen „Schlüsselmoment“ in der Beziehung?

**4. Welche Grenzen gab es innerhalb der Beziehungsgestaltung?**

Themen:

- Grenzen von Seiten des Kindes
- Grenzen von Seiten der Fachkraft

**5. Was wäre Ihrer Meinung nach die ideale Form der Förderung beim selektiven Mutismus?**

**6. Wie kann interdisziplinäre Zusammenarbeit gelingen?**

Themen:

- Netzwerk Kooperation
- Wie findet der Austausch untereinander statt?
- Empfehlung für gelingende Kooperation

**7. Was ist Ihre Praxisempfehlung für die Arbeit mit selektiv mutistischen Kindern?**

Themen:

- Empfehlung an heilpädagogische Fachkräfte

**Nun möchte ich Sie noch einmal nach der Einverständniserklärung fragen: Sind Sie damit einverstanden, dass ich die Audiodatei für meine Bachelorarbeit nutze?**

**Nochmals vielen Dank für Ihre Teilnahmebereitschaft und den gewonnenen Informationen. Ich wünsche Ihnen alles Gute und auf Wiederhören.**

**Erhebung Soziodemografischer Daten**

Bevor wir das Interview beginnen, möchte ich noch kurz ein paar soziodemographische Daten von Ihnen erfahren. Diese Daten sind wie das Interview auch, geschützt und werden vertraulich behandelt.

**Wie alt sind Sie?**

Lebensalter in Jahren: 55 Jahre

**Wie definieren Sie ihr Geschlecht?**

- Männlich
- Weiblich
- Nicht-binär, und zwar: \_\_\_\_\_

**Welche Berufsausbildung haben Sie?**

Im Grundberuf Erzieherin; staatlich anerkannte Heilpädagogin

**Bitte geben Sie ihre Berufserfahrung in Jahren an:** 10 Jahre

**In welcher Einrichtung sind Sie zur Zeit tätig?**

Schulvorbereitende Einrichtung (SVE) mit dem Förderschwerpunkt Sprache,  
Lernen, Verhalten



## Anhang III: Transkription Interview S\_27.11.2020

### **Transkription Interview S\_27.11.2020**

ID-Code: S\_27.11.2020

Name der Interviewerin: Lisa Daigfuß

Datum des Interviews: 27.11.2020

Dauer des Interviews: 43 Minuten

Interviewdurchführung: Telefonisch

I= Interviewerin (Lisa Daigfuß), B= Befragte (Frau S.)

1 I: Ok, dann starte ich jetzt. In deiner Tätigkeit als Heilpädagogin arbeitest du ja unter anderem  
2 mit Kindern zusammen, die aufgrund des selektiven Mutismus nicht sprechen. Welche Erfah-  
3 rungen hast du in der Praxis bisher mit Kindern mit selektivem Mutismus gemacht?

4 B: Ich habe eigentlich fast jedes Jahr, (...) na sagen wir mal so in der zehnjährigen Laufbahn  
5 jetzt, drei bis vier Kinder in meiner Gruppe gehabt oder in der Nachbargruppe, die wirklich die  
6 Diagnose „selektiver Mutismus“ hatten. Ja und das ist eigentlich (...) und direkt letztes Jahr  
7 habe ich ein ganzes Jahr ein Kind in meiner Gruppe gehabt, das praktisch ein klassischer  
8 selektiver Mutist war. Das ist eigentlich meine größte, meine längste Erfahrung, die ich bisher  
9 mit so einem Kind hatte. Ich habe einmal in meiner Tätigkeit als Fachdienst ein Mädchen be-  
10 gleitet, das dann aber leider wegkam und dann wieder schweigen musste (lacht). Ja, das ist  
11 es oder magst du da noch mehr dazu wissen?

12 I: Vielleicht noch das Alter der Kinder. Wie alt waren die Kinder ungefähr?

13 B: Die sind alle so zwischen fünf und sechs Jahren gewesen.

14 I: Mh ok und kannst du vielleicht noch ein bisschen mehr zu der Symptomatik sagen oder auch  
15 auf das Erscheinungsbild dieser Kindern eingehen?

16 B: Ok, also das Mädchen, das ich hatte, das war ein ganz ein liebes, zartes, süßes Kind, die  
17 hat eben geschwiegen und hat nur mit ihren Freundinnen gesprochen. Die hat auch zuhause  
18 mit der Mama und dem Papa gesprochen, aber nur wenn kein anderer im Raum war und  
19 genau so hat sie auch zwischen den Großeltern selektiert. Mit den einen Großeltern gespro-  
20 chen, wenn die anderen Großeltern in der Nähe waren, nicht mehr. Also das war vor meiner  
21 Zeit in der SVE. In der SVE hatten wir, (...) also die letzte Erfahrung, die ich hatte mit dem  
22 Kind, die ist auch so ein richtiger Klassiker. Der ist im Kindergarten schon sehr aufgefallen  
23 damit. Die Eltern waren eigentlich dagegen, gegen eine spezielle Förderung. Dann war er

24 dann doch, nach langem Hin und Her, in der SVE und hat aber wirklich nicht gesprochen. Der  
25 hat dann gesprochen, wenn die Eltern ihn abgeholt haben, zuhause wieder. Der hat weder bei  
26 mir gesprochen in der Gruppe, noch in der Tagesstätte am Nachmittag. Der hat überhaupt  
27 nicht gesprochen. Also man hat manchmal das Gefühl gehabt, die Wörter müssen aus ihm  
28 herausfallen, aber er hat kein Wort gesagt. Gar keins. Er hat zuhause, also (...) er hat Ge-  
29 schwister. Alle Geschwister sprechen, die Mama spricht, alle reden, aber der T. spricht nur mit  
30 seiner Familie. Ja also das war eigentlich so die letzte, eigentlich beste Erfahrung, die ich  
31 gemacht habe mit einem selektiv mutistischen Kind, weil der dann in der Einrichtung angefan-  
32 gen hat zu sprechen und das ist eigentlich das, was ich so richtig im Kopf noch hab, wie das  
33 funktioniert hat.

34 I: Mhm und wie hast du so in der Begleitung auch mit den Eltern zusammengearbeitet? Wie  
35 war die Kooperation? Also du hast ja schon bei dem Jungen gesagt, dass die Eltern eigentlich  
36 gegen eine Förderung waren und wie war es bei den anderen Kindern?

37 B: Auch. Also die waren am Anfang, weil das ist ja auch so, dass die das Kind so nicht erleben.  
38 Also man muss ganz schön viel (...), also da ist ganz schön viel Elternarbeit eigentlich auch  
39 nötig. Manchmal ist es aber auch so, also bei einem Kind da war der Leidensdruck dann schon  
40 so hoch, dass die sich noch mehr Hilfe geholt haben. Die sind dann zum Psychologen gegan-  
41 gen mit dem Mädchen, aber bei den anderen, also da hat es dann immer geheißen: „Der wird  
42 schon irgendwann sprechen“. Also bei dem Kind aus der Nachbargruppe, das ich da kennen-  
43 gelernt hab, ich glaub der ist dann so in die Schule gekommen. Wir verlieren dann ja auch  
44 den, (...) wir sehen die ja auch nicht mehr. Wir hören dann auch nie wieder was darüber. Das  
45 ist für mich dann immer schwer weiterzuverfolgen. Also der ist schweigend in der SVE gewe-  
46 sen. Hat ganz leise dann angefangen mit einem vertrauten Kind zu sprechen. Da hatten wir  
47 zwei. Also wir hatten auch vor zwei Jahren in der anderen Nachbargruppe ein Mädchen, die  
48 hat sich nicht mal sagen trauen, wenn sie auf Toilette musste. Und hat dann auch mit so einem  
49 ruhigen Kind angefangen in Kontakt zu treten und über dieses Kind ist sie dann aber auch zum  
50 Sprechen gekommen. Die redet nicht viel, aber wenn sie gefragt wird, kann sie inzwischen  
51 was sagen. Also, aber wir sehen dann nicht, wie es weiter geht.

52 I: Mhm, ja. Und diese Kinder kommen dann auch in die Schule, aber meistens auch nicht in  
53 die Förderschule, wo du es dann auch noch mitbekommen würdest, oder?

54 B: Nein, die sind ja meistens von ihrem Intelligenztest her, die werden ja dann sprachfrei oft  
55 getestet, das geht ja. Und da ist nichts. Das sind alles begabte, intelligente Kinder und das ist  
56 halt der Haken daran. Ich mein, viele Kinder kommen dann wieder in die Förderschule, wenn  
57 es halt darum geht, mündliche Noten abzufragen. Ja, das ist halt der Haken dann daran. Aber

58 in erster Linie, also ich kenn bisher nur Kinder, die nach der SVE in die Regelschule gegangen  
59 sind. Also es ist keiner hiergeblieben. Ah doch, ein Mädchen ist hiergeblieben. Aber gut, da  
60 sind alle Geschwister auch bei uns. Also das ist vielleicht ein normaler Weg (lacht).

61 I: Ok, dann mach ich jetzt mal weiter mit der zweiten Frage. Wie bist du denn mit dem Kind  
62 beim ersten Kennenlernen oder allgemein beim Kennenlernen in Beziehung getreten?

63 B: Also meine Erfahrung hat mich eigentlich irgendwo gelehrt, es erstmal in Ruhe zu lassen.  
64 Mit rein in den Kreis, nicht irgendwelche bohrenden Fragen stellen, nicht irgendwie blöd hin  
65 forcieren, nicht irgendwie doof dastehen lassen, aber das ist eh klar. Das macht man nicht.  
66 Einfach mitmachen lassen. Wenn es zeigen kann, ich arbeite viel mit Bildkarten, mit Symbolen.  
67 Auch das anbieten, dass sie sich zumindest irgendwie mitteilen können. Da geht es ja auch  
68 um ganz banale Sachen, wie „Ich muss auf die Toilette“. Ich kann dann ja nicht sagen: „Sag’s  
69 mir“. Geht nicht. Manchmal, wenn dann (...), die schauen einen dann auch irgendwie (...),  
70 man merkt das schon. Wenn die einen dann anfangen zu mögen, schauen die einen dann  
71 schon anders an oder kommen öfter mal zu dir her und Deuten und Zeigen was. Aber die erste  
72 Zeit lass ich die eigentlich machen und in Ruhe. Das ist eigentlich so, wo ich eigentlich ganz  
73 gut fahr damit.

74 I: Und die Kommunikation, das hast du ja auch gerade schon angesprochen, die findet dann  
75 auch über Karten oder Zeigen dann statt?

76 B: Ja, genau. Wir machen viel, also ich habe ja dann in der Gruppe habe ich ja immer meinen  
77 Kalender, wo ich die Bilder von den Kindern den Tagen zuordne, was an dem Tag für die  
78 Kinder ist. Ich habe die farbigen Wochentage. Ich teil die Kinder genauso zu Ämtern ein. Die  
79 können dann mit einer Karte, die Anzahl von den Kindern hinhängen, wie viele da sind. Die  
80 müssen eigentlich am Anfang mit mir, also die müssen überhaupt nicht mit mir reden, weil ich  
81 ja überhaupt nicht weiß, ob ich die in dem Jahr so fördern kann oder so eine Beziehung zu  
82 ihnen aufbauen kann, dass sie überhaupt mit mir reden. Das weiß ich ja nicht. Ich merke nur,  
83 also an der Persönlichkeit von einem selber, ist es ganz, ganz schwer, weil (...) man merkt,  
84 man spürt, die Kinder hätten was zu sagen und sagen es aber nicht. Also man ist schon biss-  
85 chen versucht, da Druck auszuüben, aber mit Druck ziehen die sich halt immer wieder zurück.  
86 Das ist wie so ein ausglitschen und dann geht gar nichts mehr. Also irgendwo ist die Erfahrung  
87 jetzt, ich habe schon, hab auch schon Vieles mal probiert (lacht), aber die Erfahrung ist eigent-  
88 lich, erst einmal die Kinder in Ruhe zu lassen, die Gescheiteste gewesen (lacht).

89 I: Und das hast du gerade auch schon etwas angedeutet, aber welche Gefühle löste das  
90 Schweigen des Kindes bei dir dann auch aus? Also wenn ein Kind nicht spricht, was löst das  
91 bei dir für Gefühle aus?

92 B: Ja, also ganz zwiespältige Gefühle. Auf der einen Seite ist die Fachlichkeit, wo man weiß,  
93 das Kind kann nicht. Das Kind kann einfach nicht. Es ist nicht in der Lage, seine Bedürfnisse  
94 zu äußern in diesem Rahmen jetzt und mit diesen Personen, auch wenn die Gruppe noch so  
95 klein ist. Das Kind kann nicht. Auf der anderen Seite denkt man sich, sowas gibt's doch nicht  
96 (lacht). Das gibt's doch einfach nicht. Ein jedes Kind erzählt doch gerne. Jedes Kind will doch  
97 das sagen, was es weiß oder mal etwas wissen und gelobt werden. Also das ist sehr zwie-  
98 spältig. Man kämpft schon, also ich kämpf da auch wirklich mit mir selber, da den richtigen  
99 Weg zu finden. Es gibt ja Pädagogen, die sagen, ein bisschen Druck schadet überhaupt nichts.  
100 Also wir hatten auch schon Fortbildungen, wo es hieß, macht mal ein bisschen Druck da drauf,  
101 sonst wird das nie was. Bei manchen Kindern geht das (lacht), aber bei den Meisten eigentlich  
102 nicht. Also ich kenne keins, bei dem das funktioniert hat. Also, das kann ich mir auch gar nicht  
103 so recht vorstellen. Gut, die mögen das vielleicht auf ihre Art machen, wie zum Beispiel mit  
104 den Kindern einkaufen gehen und sagen: „Wenn du ein Eis magst, dann sag's. Und wenn du  
105 es nicht sagen kannst, dann brauchst du kein Eis.“ Das ist grausam (lacht), das ist total grau-  
106 sam. Ja, ist auch ein Weg, aber es ist nicht ganz der Richtige, finde ich.

107 I: Mhm. Und ähm (...) die Frage davor hat sich darauf bezogen, wie das Kennenlernen war  
108 und dann hast du jetzt auch schon ein bisschen was zur nächsten Frage gesagt, aber wie  
109 wurde die Beziehung dann weiterhin gestaltet?

110 B: Hm, das ging dann sehr über Eck. Ich hatte einen ganz lieben Praktikanten, einen jungen  
111 Mann, der meine Rolle übernommen hat. Das war dann plötzlich so, dass ich gemerkt hab,  
112 der kleine Mann möchte öfters mit dem Praktikanten spielen. Der holt sich den Praktikanten  
113 für Spiele. Der hat ihn richtig gefordert, dass er mit ihm spielen will und dann fängt er mit dem  
114 Praktikanten an zu sprechen. Mittendrin ohne, dass jemand dabei war. Alleine, die waren al-  
115 leine die Beiden und er fängt an mit dem Praktikanten zu sprechen. Der Praktikant hat ihn  
116 dann auch gefragt, warum er mit mir nicht reden mag und er hat geantwortet, dass er nicht  
117 kann. Also das konnte er auch richtig sagen, dass er nicht kann. Ob er Angst hat, was er hat,  
118 kann er nicht sagen, er kann einfach nicht. Also das konnte er richtig äußern. So, und so war  
119 das dann. Solange ich ihm Raum war, war der Junge still, wenn ich weg war, sei es, weil ich  
120 auf Toilette gegangen bin oder weil ich kopieren wollte und den Praktikanten kurz allein gelas-  
121 sen hab mit den Kindern, hat sich der Junge auch oft in eine Ecke zurückgezogen mit ihm und  
122 hat mit ihm gesprochen. Am Pausenhof hat er mit ihm gesprochen. So war dann irgendwie  
123 (...) und das war mir eigentlich, das war wunderbar für mich, weil ich mir gedacht habe, so der

124 erste Schritt ist getan. Der hat zu dem Praktikanten so viel Vertrauen, vielleicht bricht das Eis  
125 noch. Vielleicht wird das noch was. Jetzt lassen wir es mal so, wie es ist. Das ging dann weiter.  
126 Also wir spielen ein Spiel, das heißt „Was fehlt?“. Da habe ich auf einem Tablett verschiedene  
127 Gegenstände, nimm eins Weg, das Kind geht zur Tür raus, und dann muss das Kind reinkom-  
128 men und sagen, was fehlt. Da konnte er ja nie mitspielen, weil er in der Gruppe immer nie  
129 sagen konnte, was er weiß. Jetzt musste ich dann immer raus gehen, dann hat er es dem  
130 Praktikanten gesagt, der Praktikant hat es dann mir gesagt und der kleine Kerl hat gestrahlt.  
131 Das war so ein Zwischenweg. Ja, aber ich mein, das war dann schade, weil der Praktikant  
132 dann auch Blockschule hatte und war dann mal weg, was heißt, dass der Junge dann wieder  
133 geschwiegen hat. Das war lange, das war ganz, ganz lange. Das waren zwei mal sechs Blöcke  
134 FOS-Praktikum, wo der da war. Also das heißt in dem ersten Praktikumsblock hat er so unge-  
135 fähr im letzten Drittel angefangen, zu sprechen. Zwischendrin hat er wieder geschwiegen und  
136 als der wiederkam, hat er gleich wieder mit ihm gesprochen, aber nicht mit mir. Also das war  
137 skurril manchmal, also was wir da aufgezogen haben. Aber ich habe mir gedacht, um den da  
138 hin zu kriegen, wo wir ihn haben wollen, vielleicht ist das der Weg (...). Aber da bleiben die  
139 Gefühle immer noch so zwiespältig irgendwie. Man darf das schon mal gar nicht persönlich  
140 nehmen, weil das hat mit der Person selber, mit der sie nicht sprechen, nichts zu tun. Die  
141 können nicht. Die können einfach nicht und die suchen sich dann halt jemanden, der ihnen da  
142 hilft. Das war mein Praktikant in der Zeit und dann war der weg und dann war erstmal wieder  
143 Schweigen. Dann hat den einer furchtbar hinter den Sträuchern auf dem Pausenhof in den  
144 Dreck rein geschubst. Also die Mütze ist geflogen, der Kerl war dreckig und ich bin hinter und  
145 hab den einen erstmal geschimpft. Dann habe ich den anderen da erstmal rausgezogen und  
146 zupf dem da so Dreck von seiner Mütze und klopf ihm den Dreck so ab und sag: „Mensch das  
147 war ja jetzt gemein von dem.“ Dreh mich noch um und denk mir, wer spricht denn jetzt da mit  
148 mir. Ich habe seine Stimme ja noch nie gehört. Fängt der an zu reden, also ohne mich anzu-  
149 schauen. Ich stand hinter ihm und hab ihm halt den Dreck runter. Ab dem Zeitpunkt hat er  
150 dann gesprochen. (Lacht) Das war der Hammer.

151 I: (Lacht) Ja, sehr unerwartet auch.

152

153 B: Völlig unerwartet und hat nicht mehr aufgehört, aber nur mit mir. Nur mit mir und nicht mit  
154 den Kolleginnen. Das ganze Jahr mit keinem einzigen Erzieher aus der Tagesstätte. Nichts.  
155 Nur mit mir dann.

156 I: Ok und was hat er dann in dem Moment gesagt?

157 B: Dass ihn der Blödmann in den Dreck geschubst hat (lacht). Das war auch ein kompletter  
158 Satz. Ich habe dann gehört, dass er Wörter hat, deutsche Wörter. Es war ein griechisch-deut-  
159 sches Kind. Der hat deutsche Wörter. Er spricht in ganzen Sätzen. Er hat eine grauenvolle  
160 Mundmotorik, also so richtig schlaff. Die hätte ich aber auch, wenn ich nie Reden würde (...).  
161 Ganze Sätze, schön und dann ging's los. Das war als wäre ein Damm gebrochen. Er hat dann  
162 nur noch, ob er reden sollte oder nicht, der hat dann nicht mehr aufgehört zu reden.

163 I: Ok, ja, sehr interessant.

164 B: Also, das war richtig, das war, wie als wäre ein Knoten da geplatzt. Ich habe dann erstmal  
165 gar nichts gesagt. Ich habe mir gedacht, so das war jetzt einmal und dann kommt das nie  
166 wieder. Jetzt warten wir mal auf morgen Früh. Der kam dann in der Früh rein, ganz normal und  
167 sagt „Guten Morgen“. Er hat in der Gruppe vor den Kindern mit mir gesprochen. Es ist ja auch  
168 interessant, was das mit so einer Gruppe macht. Die Kinder haben ja auch gemerkt, da stimmt  
169 was nicht. Die haben oft gesagt: „Warum redet der nicht?“ Und dann hat der, ich weiß gar nicht  
170 mehr, wer da in der Gruppe war (...), der hat sich dann so gefreut und gesagt: „Der spricht,  
171 der spricht“. (Lacht) Das war total schön. Wir haben dann ein Fest gefeiert in der Gruppe und  
172 der hat dann da nur so gelächelt so ungefähr: „Was wollt ihr denn?“ und damit war's gut.

173 I: Ok, habt ihr das Fest dann seinetwegen gefeiert?

174 B: Ja, wir haben uns richtig gefreut. Wir haben uns alle richtig gefreut (lacht).

175 I: Das ist schön!

176 B: Das war total schön. Das war, wie so eine Befreiung für ihn auch. Dann kam Corona. Dann  
177 waren die Gruppen geteilt und wir mussten ja da die erste Zeit immer die Zimmertüre offen-  
178 lassen. Und er hat es wirklich geschafft, dass er dann auch nach der langen Zeit, wo er zu-  
179 hause war, die waren ja dann erstmal alle daheim und dann hatten wir geteilte Gruppen. Er  
180 hat's dann auch geschafft in der Woche trotzdem mit mir zu reden, wenn er da war, aber ich  
181 musste dann immer da die Türe auflassen und das war für ihn der blanke Stress, weil er  
182 musste ja immer aufpassen, ob jemand rein kommt. Dann konnte er ja nicht mehr reden. Er  
183 hat auch nicht mehr geredet, wenn die Frau F. reingekommen ist, wobei die ja wirklich täglich  
184 kommt, die Anwesenheit der Kinder abfragt. Dann war auch Schluss. Es war wirklich dann nur  
185 mit mir das ganze letzte Jahr.

186 I: Gut und welche Grenzen gab es dann auch innerhalb der Beziehung mit dem Kind?

187 B: Ja, die sind schon sehr fordernd. Die sind fordernd. Also du musst schon aufpassen, weil  
188 das ist ein Kind mit einem besonderen Status in deiner Gruppe. Du kannst nicht immer Rück-  
189 sicht darauf nehmen, dass du nur Sachen machst, die ihm gut tun. Du musst ja auch Sachen  
190 machen, die den anderen gut tun und dann muss er halt dann dabei sitzen, wenn er nicht  
191 kann, aber der war da eigentlich recht stoisch. Der saß dann da halt oft, wenn wir so oder auch  
192 im Würzburger Programm, wenn die irgendwelche, was weiß denn ich, Reime, Wortlaute oder  
193 sonst was Wörter gelernt haben und er halt schweigend dabei saß. Aber er hat ja auch nie  
194 gestört. Also es ist schon für so eine Gruppe eine Herausforderung. Es ist schon anstrengend.  
195 Also ich empfinde es schon als anstrengend (...). Du hast auch viel Elternarbeit. Die Eltern  
196 waren dann auch sehr verunsichert. Die wollten auch viele Gespräche mit mir. Die haben das  
197 schon gesucht dann. Nachdem sie mich erst gar nicht wollten, fanden sie es dann klasse. Aber  
198 ich habe sie so gebeten, dann mir mal zu sagen, wie es eben weiter geht für ihn, weil die sind  
199 dann einen Weg gegangen, den wäre ich so gar nicht gegangen. Aber ja, weiß nicht, hab nie  
200 mehr was gehört (...).

201 I: Ok. Was wäre deiner Meinung nach, die ideale Form der Förderung beim selektiven Mutis-  
202 mus?

203 B: Die ideale Form, glaub ich, gibt's nicht. Die gibt's nicht. Ich glaub, es kommt wirklich auf das  
204 Kind drauf an. Den einen Kindern tun vielleicht Einzelförderungen super gut. Die anderen  
205 wachsen in die Gruppe rein, so wie der T. Das Mädchen, das ich hatte als Fachdienst, die hab  
206 ich langsam ich mini Schritten dazu gebracht, mit einem Mädchen zusammen im Zimmer mit  
207 mir ein Spiel zu spielen. Aber da war die auch immer mit dem Ohr an der Tür. Die kam dann  
208 weg. Eine Psychologin hat die Förderung übernommen. Mit der hat sie dann auch geredet in  
209 der Einzelsituation und als sie dann in die Schule kam, hat sie wieder geschwiegen. Ich weiß  
210 nicht, was die ideale Form ist. Ich glaub, bei diesen Kindern gibt's die nicht. Es können ja auch  
211 so kleine Kinder gar nicht sagen, was sie antreibt, warum sie schweigen und was sie blockiert.

212 I: Mhm, das ist sehr unbewusst.

213 B: Ja, ja, ich glaub, das wissen die nicht. Also Schweigen ist ja auch oft ein Anzeichen für ein  
214 Trauma auch. Kann ja auch sein. Man muss da so feinfühlig sein. Ich glaub, man darf das  
215 auch nicht so abtun. Man muss da schon die Familie abklopfen, was da los ist, was da los war,  
216 ist da irgendwas los? Aber wenn das dann so eine Familie ist, wie die es war, wo ich mir  
217 eigentlich zu 99 Prozent, 100 Prozent bist du nie, aber ziemlich sicher war, da ist nichts und  
218 der redet trotzdem nicht. Ja, da musst du dich hin tasten. Ich glaub, da gibt es keinen idealen  
219 Weg. Glaub ich nicht.

220 I: Aber dann auch viel Familienarbeit und Elternarbeit, oder?

221 B: Ja, viel, viel mehr als ich jetzt in der SVE zum Beispiel leisten kann. Du weißt, wie bei uns  
222 die Elternarbeit ausschaut. Die musst du dir ja erzwingen. Also wenn die Eltern das nicht wol-  
223 len, musst du ja zuschauen, wie du die herbringst. Und du hast jetzt auch nicht die Zeit, mit  
224 denen irgendwelche Förderpläne oder weitere Schritte, da dran zu bleiben. Du hast ja elf Kin-  
225 der. Du hast nicht nur einen, der nicht spricht. Du hast einen anderen, der was weiß ich was  
226 macht oder wieder der Nächste, der die Kinder andauernd hauen muss oder beißt oder sonst  
227 irgendwas tut. Du hast ja in diesen fünf Stunden, die du hast, nie diese Zeit. Also von dem her,  
228 eine SVE ist super für die wegen der kleinen Gruppe. Die Elternarbeit, naja. Da musst du halt  
229 engagiert sein. Die musst du dann halt erbringen, irgendwie. Aber ich weiß nicht, ob man in  
230 einer anderen Einrichtung vielleicht näher an denen dran war. Ich weiß, dass er im Kindergar-  
231 ten komplett verloren war, in der großen Gruppe. Da ging gar nichts. Da ging null. Gar nichts.  
232 Im Gegenteil, da ist er noch auffällig geworden. Der hat dann immer so, immer nur das Gleiche  
233 gemacht oder immer wieder mit etwas gleich geklappert. Der hat schon lauter so Stereotypen  
234 entwickelt. Das war nichts. Das war gar nichts im Kindergarten. Also von dem her weiß ich  
235 nicht, was ideal ist für so ein Kind. Reißt man es allerdings auch wieder raus aus seinem  
236 Gewohnen, ist es auch wieder nichts. Lässt man es da, wo es ist, entwickelt es sich nicht  
237 weiter. Also das ist schon eine interessante Geschichte.

238 I: Und auch sehr individuell.

239 B: Ja, sehr, sehr.

240 I: Dann jetzt noch zu einem etwas anderen Thema, weil beim selektiven Mutismus ja viele  
241 verschiedene Disziplinen daran beteiligt sein können. Also zum Beispiel du jetzt als Heilpäda-  
242 gogin, aber auch oft Logopäden oder Psychologen. Wie kann denn da auch in der Arbeit mit  
243 selektiv mutistischen Kindern interdisziplinäre Zusammenarbeit gelingen?

244 B: Das ist total schwierig. Also jetzt in dem Fall von dem Jungen, da habe ich angefangen,  
245 versucht, weil ich mir gedacht hab, Mensch der ist so wach, der ist so clever, so ein bisschen  
246 leichten Druck aufzubauen. So ganz leicht, nicht schlimm, aber so ein bisschen forciert habe  
247 ich es immer: „Magst du das haben? Schau mal, ich weiß, dass du es weißt. Magst du es nicht  
248 sagen?“ Ist ja schon Druck. Ist ja eigentlich schon gedrückt. „Magst du ein Gummibärchen?“  
249 Dann hat er genickt und hat es schon bekommen, aber ich hätte mich natürlich mehr gefreut,  
250 wenn er „ja“ gesagt hätte. Und die (...) Logopädin, die er hatte, die ganz große Erfahrung hat  
251 mit selektiv mutistischen Kindern, die hat mich dann gerüffelt und gesagt, ich soll es sein las-  
252 sen. „Lass das sein. Lass das bei dem komplett sein. Das bringt nichts.“ Und ich glaube, wenn



253 bei so einem individuellen Thema, wenn da eine interdisziplinäre Zusammenarbeit funktionie-  
254 ren soll, dann musst du das auch annehmen. Dann musst du dich wirklich miteinander auch  
255 auseinandersetzen. Was hat der Logopäde für Ideen? Der Psychologe sieht ganz anders, der  
256 sieht da ganz anders rein nochmal, wie ich in der Gruppe. Die haben sie ja einzeln. Also da  
257 muss man sich eigentlich schon gut absprechen und: „Was machst du mit ihm? Und was  
258 machst du mit ihm? Was kann ich machen?“ Oder: „Ich habe die und die Erfahrung. Probiert  
259 es mal so und so.“ Ich glaub, da hat jeder eine andere Erfahrung mit dem Kind. Wie gesagt,  
260 wenn einer mit dem Praktikanten geredet hätte, der hätte gesagt: „Das ist überhaupt kein  
261 Problem. Ich habe das und das gemacht und dann hat er geredet.“ (Lacht) Also bisschen  
262 veräppelt fühlt man sich dann manchmal schon, weil ich mir dann denke, das hättest du jetzt  
263 einfacher auch haben können. Man soll ein schlappes halbes Jahr schweigen und dann haut  
264 er die Buchstaben raus und kann nicht mehr zum Reden aufhören. Der hat dann wirklich nicht  
265 mehr aufgehört. Der hat ununterbrochen reden müssen. Aber wie gesagt, ich glaub, da ist  
266 schon viel Zusammenarbeit gefordert. Ich habe auch schon Lehrgeld bezahlt. Ich habe auch  
267 schon Kinder dann abgeben an eine Psychologin, die dann gesagt hat, also sie hat da die  
268 Ahnung, sie macht das jetzt. Ja und dann hast du das Kind so weit, dass es zumindest in  
269 einem mini Kreis anfängt zu sprechen. Dann war das ein fremder Mensch und eine fremde  
270 Umgebung und die hat dann wieder nichts mehr gesagt. Ich habe die Mama mal an der Bus-  
271 haltestelle getroffen und die hat gesagt, dass das immer noch ein Thema ist. Immer noch ein  
272 Thema.

273 I: Ok und bei der interdisziplinären Zusammenarbeit wie findet da der Austausch untereinander  
274 statt? Wie erlebst du das?

275 B: Ich erlebe das in der SVE eigentlich nur, indem man sich mal kurz Zeit nimmt und mit der  
276 Logopädin spricht. Mehr schafft man nicht. Vielleicht hast du noch eine Ergotherapie dabei,  
277 das hatten wir bei dem Jungen auch. Dann sprichst du mit denen: „Was macht ihr jetzt gerade?  
278 Was seht ihr für Fortschritte? Was kann ich tun?“ So ist das und mehr geht in der SVE nicht.  
279 Wenn du natürlich in einer anderen Einrichtung bist, in einer heilpädagogischen (...) Tages-  
280 stätte oder überhaupt Einrichtungen, einem integrativen Kindergarten, wo die Heilpädagogen,  
281 die Ergotherapeuten, die Logopäden und die Gruppenleitung vor Ort sind, dann ist das einfa-  
282 cher. Aber in der SVE kannst du dir denken, dass das alles ein bisschen im Laufschrift passiert,  
283 leider.

284 I: Da gibt's dann auch keinen Termin, bei welchem mal alle zusammenkommen und darüber  
285 gesprochen wird, sondern es ist alles eher nebenbei, oder?

286 B: Das ist nebenbei. Ganz ehrlich so schade wie das ist. Das würde ich mir ganz oft wünschen,  
287 aber das ist immer dann ein (...). Die haben am Vormittag Zeit, weil die da die wenigsten  
288 Förderungen haben. Ja, da habe ich keine Zeit (...). Es läuft dann auch manchmal so, dass  
289 man halt mit derjenigen, mit der man näher Kontakt hat, der erzählt die Erfahrungen, dass die  
290 es zumindest weitergeben kann. Aber in der SVE diese runden Tische, das ist jedes Mal ein  
291 Kraftakt, weil du diese Leute halt so schwer unter einem Hut alle bekommst. Also das läuft  
292 dann leichter mal am Nachmittag. Da habe ich das auch schon mitgemacht, aber es ist nicht  
293 einfach. Aber es wäre wünschenswert. Es wäre im Sinne von dieser ganzen Therapie mit die-  
294 sen Kindern und der Arbeit sehr, sehr wichtig.

295 I: Finde ich nämlich auch, weil die Kinder eben oft von verschiedenen Disziplinen betreut wer-  
296 den und deswegen wäre das ja eigentlich schon interessant, was da jeder so zu sagen hat  
297 und seine Ansichten.

298 B: Ja, ja das wäre total super. Also ich wäre da auch dabei, wenn es funktionieren würde. Aber  
299 irgendwie ist es auch so, dass man da das kleinste Rad in dem Getriebe ist und ja, ja. Manch-  
300 mal hast du dann auch noch eine Familienhelferin mit dabei in solchen Familien oder das  
301 Jugendamt dann am Ende auch noch. Dann wird's ein riesen runder Tisch. Da funktioniert es  
302 dann aber noch eher (lacht). Wenn das Jugendamt dann sagt: „So und jetzt?“. Dann geht was  
303 (lacht).

304 I: Also deine Empfehlung auch für gelingende Kooperation wäre schon so, dass man einfach  
305 mehr Möglichkeiten miteinander hätte, aber das ist bei dir in der SVE einfach schwierig.

306 B: Ja, das ist schwierig. Du hast es erlebt. Du weißt, wie es ist.

307 I: Ja, es ist auch einfach wenig Zeit insgesamt.

308 B: Ja, du hast halt trotz der kleinen Gruppe, bist du ja in der Regel allein verantwortlich.

309 I: Ja und das empfinde ich schon als eine große Verantwortung und es sind auch einfach elf  
310 Kinder, die alle individuelle Bedürfnisse und ja Förderbedarf auch haben.

311 B: Ja, also da ist die Zeit auch viel zu knapp. Und dann ist ja auch so, dass jeder am Nachmit-  
312 tag noch irgendwie einen anderen Kindergarten hat. Aber es ist schwer. Da will ich mich nicht  
313 rausreden. Es wäre wichtig, es wäre wünschenswert und wichtig gerade für diese Kinder mit  
314 dieser Diagnose. Was vielleicht auch noch so in meinem Kopf dann immer noch ist, ist dieses

315 Abgrenzen zum Autismus. Ist das Kind jetzt selektiv mutistisch oder ist es autistisch? Wer stellt  
316 das fest?

317 I: Und wer stellt das bei euch fest? Du hast ja gesagt, sie kommen eigentlich zu euch und  
318 haben meistens die Diagnose schon.

319 B: Oder kriegen sie dann erst. Haben halt nichts geredet und sind ein bisschen wunderlich, ja.  
320 Und dann geht das bei uns los, dass die erst einmal ankommen und dann schaust du dir das  
321 Kind an, meistens ist es ja dann schon Oktober, November bis du mal durchblickst, wer steht  
322 jetzt wo. Also bei denen ist das ziemlich schnell klar. Aber ich mein gut, wenn dann das Kind  
323 da sitzt und schweigt und dir nicht sagen kann, warum es schweigt und es das über Wochen  
324 macht und du ja auch vom Kindergarten weißt, dass es da auch noch nie geredet hat, emp-  
325 fiehlst du dann mal einen Logopäden. Der Logopäde stellt dann meistens das selektiv mutis-  
326 tische schon ganz schnell fest. Wenn jetzt dann allerdings noch so irgendwelche anderen Ver-  
327 haltensweisen, so wie Stereotypien oder (...) was es da sonst noch so alles gibt. Die beschäf-  
328 tigen sich ja nur mit sich selber. Mit denen will ja auch keiner spielen. Die sagen ja nichts. Der  
329 Junge hat sich zum Beispiel bei mir immer eine Kugel geholt und hat die am Tisch so hin und  
330 her gekickt. Da weißt du natürlich auch nicht, hängt da jetzt noch ein kleiner Autist mit dran  
331 oder hat man jetzt da gerade Langeweile oder was hat man denn (lacht). Da schickt man die  
332 natürlich dann vielleicht wenn das schlimm oder noch schlimmer wird nach (Stadt) in das Son-  
333 derpädagogische Zentrum nach (Stadt) schicken wir die gern. Die machen eine ganz, ganz  
334 gründliche Diagnostik (...). Und da war der Junge auch und die haben auch den selektiven  
335 Mutismus, aber keinen Autismus festgestellt. Wobei bis der da den Termin hatte, war ja dann  
336 auch Corona. Und die haben ja eine Warteliste, die geht bis, weiß ich nicht, Nordafrika runter.  
337 Die machen das dann schon. Und da war aber dem Papa schon klar, dass mit seinem Kind  
338 mehr nicht stimmt, weil er zu uns dann im Gespräch gesagt hat: „Was muss den passieren,  
339 dass er nicht mal zu euch in die Schule kommen kann?“. Dann haben wir gesagt, dass es das  
340 nicht gibt. Er kann immer zu uns in die Schule. Er hat einen sonderpädagogischen Förderbe-  
341 darf dann und dann darf er zu uns in die Schule. Es kann höchstens passieren, dass er den  
342 sonderpädagogischen Förderbedarf nicht hat, dann muss er ja nicht zu uns in die Schule.  
343 Dann kann er zu uns in die Schule, wenn Sie denken, das ist der bessere Ort für Ihr Kind. Ja,  
344 aber das machen die im Sonderpädagogischen Zentrum in (Stadt). Die finden das dann ei-  
345 gentlich schon raus.

346 I: Ok und dann habe ich jetzt noch eine letzte Frage und zwar, was ist denn deine persönliche  
347 Praxisempfehlung für die Arbeit mit selektiv mutistischen Kindern? Was würdest du empfeh-  
348 len?

349 B: Ich mach das jetzt auch wieder, wenn mir eines über den Weg läuft genauso. Ich mach  
350 meinen ganz strukturierten mit Symbolen und Bildern gespickten Alltag. Mit ganz einem siche-  
351 ren Ablauf. Also das ist ja für alle meine Kinder, die ich immer so bekomme in der SVE oft  
352 schon mal sehr heilsam. Die wissen so ticke ich, so ist der Tag und wenn sie das machen,  
353 passiert das und wenn sie das nicht machen, passiert was anderes. Also ich bin ganz klar. Die  
354 wissen genau, was kommt. Ich bespreche den Tag mit denen und wenn ich jetzt hören kann,  
355 dann muss ich nicht sprechen. Dann weiß ich trotzdem, was los ist. Das gibt Sicherheit. Das  
356 gibt den Kindern unheimliche Sicherheit. Ich mach trotzdem den ganz normalen Ablauf. Ich  
357 mach Gaudi mit denen. Ich mach Spaß mit denen. Die wissen auch, wenn es ernst wird. Ich  
358 helfe denen. Ich mache keinen besonderen Aufstand um dieses Kind herum. Im Gegenteil, ich  
359 lasse es einfach mitkommen. Ich gebe ihm Sicherheit. Es hat einen Platz in der Gruppe. Es  
360 muss angenommen sein. Ich spreche vielleicht mal mit den anderen Kindern, weil die Fragen  
361 kommen auf: „Warum sagt jetzt der nichts?“. Da reden wir dann darüber. Ich versuche das  
362 dann schon irgendwie denen kindlich beizubringen, dass das jetzt einfach so ist, dass der sich  
363 nicht traut zu reden, wenn wir alle um ihn herumsitzen. Für die Kinder ist das dann auch weiter  
364 kein Problem. Das geht dann schon irgendwie. Und dann hoff ich, mithilfe von anderen Kräften,  
365 meinen Kräften, dass sich der Knoten löst. Wenn nicht, dann nicht. Kann ich nicht ändern (...).  
366 Ich würde viel, ich begleite auch viel mit den Händen.

367 I: Mhm, Körpersprache?

368 B: Ja, genau. Da geht ganz viel, wie die sich äußern können. Wo ich ein bisschen vorsichtig  
369 bin ist, wenn die sich dann so auf die Karten einlassen oder auf Bildkarten und Symbole ein-  
370 lassen, dass sie dann gar nicht mehr reden brauchen, weil sie haben ja die Bildkarten und die  
371 Symbole. Kann man auch sagen, ist ein Haken vielleicht an der ganzen Geschichte. Aber wie  
372 sollen sie sich denn sonst äußern? Wie soll das denn sonst gehen? Und irgendwann kommt  
373 vielleicht die Kraft und der Mut, einen Ton raus zu lassen. Wir haben da in der letzten Fortbil-  
374 dung, das ist jetzt aber auch schon Jahre her, Spiele gespielt, wo man dann blubbert oder  
375 brummt oder summt oder wie ein Auto macht oder wie ein Traktor oder wie sonst irgendwas.  
376 Nicht mal das schaffen die Kinder ja oft.

377 I: Ja, keine Lautäußerung auch zum Beispiel beim Weinen oder Lachen.

378 B: Ja, gar nichts. Das ist schlimm, wenn die weinen. Die weinen so stumm. Ganz schlimm.  
379 Der kleine Junge, den ich letztes Jahr hatte, der hatte dann eine ganz fiese Art gekriegt. Das  
380 ist dann fast in das Andere gekippt. Der hat sich schier ausgekippt vor lauter Lachen, wenn  
381 sich dann einer weh getan hat. Der hat alles, das was er bis dahin nicht gemacht oder gesagt  
382 hat, alles Gute und Blöde hat er dann nachgeholt in einem halben Jahr (lacht).

383 I: Ja, das habe ich jetzt auch öfter gelesen, dass die Kinder das dann echt kompensieren  
384 müssen. Also in der Zeit, in der sie nicht sprechen und wenn sie dann wieder sprechen, dass  
385 sie da dann alles rauslassen und extrem viel sprechen.

386 B: Ja, aber echt alles (lacht). Das sind spannende Kinder. Echt spannende Kinder (...). Das  
387 Mädchen, das ich auch kenne, das hat so ein bisschen eine Familiengeschichte. Die haben  
388 alle Probleme mit dem Rauslassen. Ob es Sprache ist oder ob es das Zurückhalten von Stuhl  
389 und Urin ist. Bei der ganzen Familie geht das durch, ja. Das ist so ein Zurückhalten bei denen.  
390 Das sind ganz ruhige Kinder, ganz liebe, süße Kinder, aber die können nichts rauslassen. Da  
391 würde ich jetzt einen Psychologen hinzuziehen. Bei der Familiengeschichte, da lass ich schön  
392 meine Finger weg (lacht). Da mach ich denen eine schöne Zeit, aber da lass ich meine Finger  
393 weg als Heilpädagoge. In dieser Elfer Gruppe und einer Heilpädagogin, da geht das nicht. In  
394 einem anderen Setting, wo man zu zweit mit den Kindern ist, wunderbar, aber nicht so. Da  
395 würde ich einen Psychologen hinzuziehen (...).

396 I: Ok, ich habe soweit jetzt keine Fragen mehr an dich. Hast du noch irgendwas, was du los  
397 werden möchtest?

398 B: Ne, ich glaub ich habe dich jetzt eh voll geredet, ne?

399 I: Nein, nein (lacht) das war sehr interessant für mich.

400 B: (Lacht) Ich überlege jetzt nur noch, weil der Junge war echt, das war echt spannend, aber  
401 ja der ist jetzt auch weggegangen. Nicht mal in die Regelschule, sondern in eine spezielle  
402 griechische Schule.

403 I: Ah ok, in eine griechische Schule ok.

404 B: Ja, mhm, weil die Familie vor hat wieder zurück zu siedeln, hat der Papa gesagt und gut da  
405 sind elf Kinder in der Klasse. Das ist eine Privatschule. Die lassen den freilich mitkommen.  
406 Aber der ist dann weg.

407 I: Und weißt du, ob er mit anderen Leuten griechisch gesprochen hat?

408 B: Ja! Ja!

409 I: Also auf Griechisch hat er gesprochen und da war er quasi nicht selektiv mutistisch?

410 B: Ne, die Mama, die hat ja fast kein Deutsch gekonnt. Also die Mama, die hat viel Griechisch  
411 mit ihm gesprochen und wenn die manchmal so miteinander geredet haben. Ich mein, solange  
412 ich in der Nähe war, hat er zu ihr ja nichts gesagt, aber daheim oder dann zum Schluss, das  
413 letzte halbe Jahr dann schon. Und das war super interessant. Ich hab ja auch gedacht, die hat  
414 selektiven Mutismus. Ich hab mir gedacht, das gibt's überhaupt nicht. Diese Frau, die redet  
415 nicht. Der Mann hat geredet. Sie hat immer mit dem Mann geredet. Der musste dann ins Deut-  
416 sche übersetzten. Ich dachte wirklich, die kann gar kein Deutsch. Und wie dann der Knoten  
417 geplatzt ist und das Kind gesprochen hat, fängt die auf einmal auch mit mir zu reden an und  
418 dann auch noch Deutsch. Weil ich mir dann gedacht hab, vielleicht hat sie darauf gewartet  
419 oder keine Ahnung.

420 I: Das ist auch sehr interessant und auch mit der Zweisprachigkeit, das kann ja auch viel damit  
421 zusammenhängen.

422 B: Ja, ja. So ist das. Aber sonst, ich denke das ist eigentlich das. Ich kann jetzt wieder eines  
423 kriegen im nächsten Jahr. Da macht man es dann vielleicht ganz anders. Vielleicht sing ich  
424 dem dann was vor und der fängt an zu sprechen. (Lacht) Weiß ich nicht, keine Ahnung. Also  
425 ich schau mir das ganze Kind dann an und warte einmal, was passiert und überleg mir was  
426 (lacht).

427 I: (Lacht) Ja, klar. Das ist ja auch total individuell. Man kann ja auch nicht sagen, „Das selektiv  
428 mutistische Kind“, sondern es ist ja jedes anders.

429 B: Aber wirklich ganz anders. Aber wirklich. Da gibt's so viele Störungsbilder und Krankheiten,  
430 aber das ist eine, von denen, wo ich sagen muss, da kannst du dir mal überlegen, was du  
431 machst mit denen. Also das ist schon interessant. Doch. Persönlich darf man es nicht nehmen.  
432 Das wenn man macht, dann hat man, glaub ich, verloren. Also dann braucht man gar nichts  
433 machen. Wenn du anfängst, da beleidigt zu sein, weil die mit dir nicht reden oder es denen  
434 auch noch zu verstehen gibst. Ich glaube, dann hast du es nicht verstanden das Ganze. Das  
435 kann man eigentlich so sagen. Das darf man nicht machen (...)

436 I: Ok, dann frag ich dich jetzt am Ende nochmal, ob du damit einverstanden bist, wenn ich das  
437 Interview aufzeichne.

438 B: Ja, das kannst du.

439 I: Ok danke, dann beende ich jetzt die Aufnahme.

### **Erhebung Soziodemografischer Daten**

Bevor wir das Interview beginnen, möchte ich noch kurz ein paar soziodemographische Daten von Ihnen erfahren. Diese Daten sind wie das Interview auch, geschützt und werden vertraulich behandelt.

#### **Wie alt sind Sie?**

Lebensalter in Jahren: 56 Jahre

#### **Wie definieren Sie ihr Geschlecht?**

- Männlich
- Weiblich
- Nicht-binär, und zwar: \_\_\_\_\_

#### **Welche Berufsausbildung haben Sie?**

Im Grundberuf Erzieherin; Sozialpädagogin; Kindertherapie Ausbildung  
personenzentrierter Art

**Bitte geben Sie ihre Berufserfahrung in Jahren an:** 14 Jahre

#### **In welcher Einrichtung sind Sie zur Zeit tätig?**

Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxis

## Anhang V: Transkription Interview M\_28.11.2020

### **Transkription Interview M\_28.11.2020**

ID-Code: M\_28.11.2020

Name der Interviewerin: Lisa Daigfuß

Datum des Interviews: 28.11.2020

Dauer des Interviews: 36 Minuten

Interviewdurchführung: Telefonisch

I= Interviewerin (Lisa Daigfuß), B= Befragte (Frau M.)

1 I: Ok, gut dann komm ich jetzt zu den eigentlichen Fragen. In Ihrer Tätigkeit als Therapeutin  
2 arbeiten Sie unter anderem mit Kindern zusammen, die aufgrund des selektiven Mutismus  
3 nicht sprechen. Welche Erfahrungen haben Sie denn in der Praxis bisher mit Kindern mit se-  
4 lektivem Mutismus gemacht?

5 B: Ja, das ist ein schwieriges Störungsbild, da die Kinder ja nicht reden und im Kontakt sehr  
6 herausfordernd sind, da man alternative Kontaktangebote benötigt, um an sie überhaupt ran  
7 zu kommen. Das heißt, ich habe sowohl im diagnostischen als auch im therapeutischen Be-  
8 reich als auch in der Elternberatung, aber auch in der Zusammenarbeit mit Einrichtungen, war  
9 ich tätig in diesem Bereich.

10 I: Ok, könnten Sie vielleicht näher auf das Erscheinungsbild der Kinder, die Sie jetzt kennen-  
11 gelernt haben, etwas näher eingehen. Also neben dem Schweigen, wie sind sie Ihnen begeg-  
12 net?

13 B: Inaktiv, meistens kontaktarm und (...) verängstigt. Verängstigt wirken die Kinder.

14 I: Ok und wie war dann Ihre Vorgehensweise in der Begleitung oder in der Therapie mit den  
15 Kindern?

16 B: Also wir arbeiten da nach dem Konzept von Boris Hartmann. Der Boris Hartmann hat ein  
17 Buch geschrieben und hat ein Konzept erstellt in der Arbeit mit selektivem Mutismus. Dennoch  
18 ist es als Erstes überhaupt notwendig, den selektiven Mutismus richtig sauber zu diagnostizie-  
19 ren, weil natürlich komorbide Störungen und andere Ursachen oftmals hervorgerufen werden  
20 müssen, um genau zu erkennen, ob der selektive Mutismus als solcher im Vordergrund steht,  
21 ob es Begleiterkrankungen gibt oder welche Ursachen dazu geführt haben, dass dieses Stö-  
22 rungsbild da ist. Das heißt, eine saubere Diagnostik ist überhaupt der Einstieg (...), der pro-



23 fessionell praktisch gelegt werden muss, um nicht in die Gefahr zu kommen, dass man auf-  
24 grund einer falschen Diagnose falsch therapeutisch arbeitet und dann natürlich auch falsch  
25 berät.

26 I: Ja, und hätten Sie da vielleicht auch Beispiele aus der Praxis von Kindern mit selektivem  
27 Mutismus?

28 B: Also, ganz wichtig ist halt zum Beispiel die Ängstlichkeit gut verstehen zu können. Das ist  
29 ja eine Angststörung, die zugrunde liegt, praktisch und das wird oftmals von den Eltern oder  
30 von den Leuten, die mit dem Kind auch arbeiten, sei es Erzieher oder andere Fachleute, wie  
31 Lehrer, die erkennen das nicht und denken immer, das Kind ist nur ängstlich oder hat vielleicht  
32 sogar keine Lust oder braucht noch ein bisschen Zeit in der Entwicklung, um sich zu öffnen.  
33 Dabei liegt ja zugrunde ein psychisches Störungsbild und das ist sehr schwierig, praktisch  
34 herauszufinden, was überhaupt los ist mit dem Kind. Manchmal kann man auch den Eindruck  
35 gewinnen, das Kind hat traumatische Ereignisse erlebt oder es gibt ganz andere Ursachen,  
36 die zu diesem Verhalten kommen, praktisch. Vielleicht eine Mutter-Kind Störung oder andere  
37 Ursachen, die dazu beitragen, dass das Kind einfach nicht spricht, weil sprechen können sie  
38 ja.

39 I: Mhm und wie alt sind Ihre Kinder ungefähr, also die sie in der Praxis haben?

40 B: Also in der Praxis gibt's die Möglichkeit, also ein Kinder- und Jugendpsychiater ist immer  
41 praktisch von der kassenärztlichen Vereinigung abhängig und die haben Vorgaben, wie lange  
42 behandelt werden darf und die Kinder dürfen im Alter von drei bis 21, eigentlich bis 18, aber  
43 wenn sie vorher volljährig geworden sind, dürfen sie bis 21 behandelt werden. Und ich bin im  
44 Angestelltenverhältnis bei dem Kinder- und Jugendpsychiater und hab im Rahmen praktisch  
45 meines Angestelltenverhältnisses Kontakt zu dieser Zielgruppe gehabt, zu diesen Kindern.

46 I: Ok, dann komme ich jetzt zu meiner nächsten größeren Frage. Wie sind sie denn mit dem  
47 Kind mit selektivem Mutismus beim ersten Kennenlernen in Beziehung getreten?

48 B: Also, das ist eine gute Frage, weil das normale Kontaktverhalten eben sehr schnell an die  
49 Grenze kommt, durch die fehlende Sprache ist es notwendig, dass man nonverbale Kontakt-  
50 angebote macht. Und die nonverbalen Kontaktangebote können ja über Mimik, Gestik einen  
51 Aufforderungscharakter senden, um zu schauen, wie ist das Reaktionsvermögen, wie ist die  
52 Möglichkeit, überhaupt Kontakt leben zu können und da ist es ganz schwierig. Also ich nehme  
53 meistens bei kleinen Kindern, weil ich ja auch Spieltherapeutin bin, Spielmaterialien zur Hilfe.  
54 Sei es jetzt Puppen, Handpuppen oder sei es jetzt die Magie eines Zauberstabes oder sei es

55 (...) je nach Altersgruppe muss man da natürlich überlegen, was ist in dem Alter interessant  
56 für ein Kind, um sie aufgrund des Spiel- und Kontaktverhaltens praktisch da ein bisschen aus  
57 der Reserve zu locken. Um zu schauen, ob sie über so praktisch andere Medien versuchen  
58 zumindest ein Lächeln oder Kontaktsignale praktisch zu senden.

59 I: Mhm und wie hat sich da das Kind verhalten, wenn Sie dann mit Hilfsmitteln oder mit Medien  
60 versuchen in Kontakt zu treten? Wie haben Sie das erlebt?

61 B: Das führt meistens beim Therapeuten zu Ratlosigkeit und Frustration, weil man ganz schnell  
62 an seine Grenzen gerät und nicht weiter weiß. Was hilfreich ist, ist natürlich die Beziehung zu  
63 den Bezugspersonen zu leben, weil ganz oft haben mutistische Kinder zur Mutter oder zu  
64 nahen Angehörigen trotzdem ein Beziehungsverhalten, wo Sprache vorhanden ist. Das ist oft-  
65 mals auch die Möglichkeit, Beziehung aufzubauen. Also zumindest die Angst zu verlieren, es  
66 könnte ja was passieren, die Angst, da ist ein fremder Mensch, die Angst, der will was. Und  
67 diese Hülle des Schweigens dann zu brechen, ist die Kunst des Therapeuten. Praktisch mit  
68 dieser anfänglich gespürten Frustration umgehen zu können.

69 I: Mhm und sie haben gerade schon gesagt, dass so ein Elternteil hilfreich dabei ist. Meinen  
70 Sie, dass der dann auch vielleicht in der ersten Stunde mit dabei ist, oder?

71 B: Ja, kann sein. Je nach Altersgruppe natürlich. Kann aber zumindest hilfreich sein, wenn die  
72 Kontaktperson im Wartezimmer wartet, also wenn sie hier ist. Dennoch ist ja das Ziel einer  
73 Mutismus-Arbeit auf jeden Fall auch, mit dem Bezugssystem zu arbeiten. Da heißt, leider ist  
74 das Bezugssystem oftmals so, dass sie das Störungsbild auch noch unterstützen. Also laut  
75 Boris Hartmann ist es so, dass aufgrund des Beziehungsverhaltens der Eltern das Störungsbild  
76 aufrechterhalten wird. Dahingehend, dass zum Beispiel immer, wenn man das Kind was  
77 fragt, die Mutter antwortet stellvertretend für das Kind und das Kind dann nicht in der Lage ist,  
78 antworten zu müssen. Und mithilfe von Übertragungssymbolen, wie zum Beispiel einer Puppe  
79 oder (...) anderen Dingen, kann es sein, dass dieser Druck, diese Angst, sprechen zu müssen  
80 dadurch verloren geht. Ich habe bei einem kleinen Mädchen, das im Kindergarten war, lange  
81 Zeit die Hängematte zur Hilfe genommen. Da habe ich gemerkt, wird sie locker und durch das  
82 Schaukeln verliert sie die Angst. Ich habe dann begonnen zu Singen und über das Singen  
83 habe ich zunehmend mehr die Hülle des Schweigens auch im Raum durchbrechen können.  
84 Die muss man ja auch erstmal aushalten. Das ist eine therapeutische Herausforderung, diese  
85 Hülle des Schweigens ertragen zu können, praktisch. Und wenn jetzt das Kind noch dazu, also  
86 nicht nur nicht redet, sondern auch nicht spielt, dann ist es ja nochmal schwerer, verstehen  
87 Sie?

88 I: Ja...

89 B: Also ich habe sowohl (...) Entschuldigung. Ich hatte sowohl Kinder, die hatten selektiven  
90 Mutismus, haben aber gespielt, was natürlich für den Therapeuten trotzdem hilfreich ist, weil  
91 man kann über das Medium Spiel in Kontakt treten. Ein Auto das hin und her fährt. Ein Kran,  
92 der bedient werden muss, den man gemeinsam dann fährt in einer Baustelle. Also, da ist es  
93 leichter Kontakt aufzubauen. Auch wenn die Hülle des Schweigens da ist. Bei einem Kind, das  
94 auch nicht spielt und nur aufgrund seiner Ängstlichkeit so gefangen ist und nur rum steht und  
95 schweigt, das ist dann noch schwerer.

96 I: Ja. Ok, also die Frage davor war ja jetzt, wie sie beim ersten Kennenlernen in Beziehung  
97 getreten sind und jetzt würde ich gerne wissen, wie die Beziehung dann auch weiterhin gestal-  
98 tet wurde.

99 B: Also durch regelmäßige Kontakte erstmal. Das ist ganz wichtig (...). Eine feste Zeit praktisch  
100 auch, wo das Kind sich drauf einstellen konnte und wo man dann praktisch, also ich habe dann  
101 offen auch das angesprochen, auch im übertragenen Sinn zum Beispiel eine Puppe das er-  
102 klärt, wie das mit dem Schweigen ist. Um den Kindern zu erklären, sie können ja eigentlich  
103 reden. Also, dass diese Kardinalsymptome, die ja da sind, die gezeigt werden, trotzdem an-  
104 gesprochen werden und dem Kind erklärt wird, warum es eigentlich auch da ist. Und dann  
105 habe ich praktisch zunehmend mehr eingefordert auch. Also das Schweigen nicht akzeptiert  
106 und mindestens über Singen oder über andere Dinge, die positiv besetzt waren. Das ist natür-  
107 lich sehr individuell. Das geringe Selbstvertrauen, das die Kinder haben langsam wachsen  
108 lassen und bereits kleine Veränderungen, die ja oftmals schon Stress bedeutet haben, sehr  
109 positiv wertschätzen. Und was einhergehend natürlich war, ist innerfamiliäre Konflikte oder  
110 Spannungen, die auch vorhanden waren, habe ich im Rahmen einer Elternbegleitung natürlich  
111 auch aufgegriffen, zum Beispiel ein sehr enges Verhältnis zu einem Elternteil oder andere  
112 zusätzliche Schwierigkeiten. Wenn zum Beispiel ein Kind sehr isoliert war, zu wenig Außen-  
113 kontakte waren außerhalb der Familie. Manchmal erlebt man da, dass diese Familie keine  
114 Freunde hat, keine Hobbys hat und ganz auf sich zentriert ist. Diese Begleitfaktoren, die muss  
115 man natürlich unbedingt herausarbeiten. Auch meistens ist es so, dass es zu einem der El-  
116 ternteile ein ganz enges Verhältnis gibt und auch das ist natürlich, trägt dazu bei, dass so eine  
117 Lockerung und eine Kontaktmöglichkeit zu anderen und das Üben des Kontaktes zu anderen  
118 Menschen schon allein im familiären Kontext möglich wäre, wenn man das so benennt.

119 I: Ok, also das heißt, Sie arbeiten auch eng mit den Eltern oder mit dem familiären Bezugs-  
120 system der Kinder zusammen.

121 B: Ja. Ja, um auch zum Beispiel das Elternteil, zu dem es ein sehr enges Verhältnis gibt,  
122 entlasten zu können, dazu beizutragen, dass dieses Elternteil sich löst. Sich selber die Ge-  
123 nehmigung zu geben, sich lösen zu können. Das trauen sich oft die Eltern nicht, weil sie Angst  
124 haben, dass die Entwicklung, die sind ja dann in so einer ganz engen Beziehung und sie haben  
125 Angst, wenn sie diese enge Beziehung verlieren, dass das Kind sich nicht weiterentwickeln  
126 könnte.

127 I: Mhm (...). Gab es dann auch mal so etwas wie einen Schlüsselmoment in der Beziehung  
128 zwischen Ihnen und dem Kind?

129 B: Also ganz toll ist, wenn man das erste Mal einen Ton hört. Das ist wie (...) also man traut  
130 sich dann teilweise gar nicht zu reagieren in der Angst, dass (lacht) das wieder verloren geht  
131 oder ja. Und wichtig ist natürlich auch, zum Beispiel Störungen, die in einem anderen Bereich  
132 sind, zum Beispiel bei der Sprachentwicklung, wie Grammatik oder Aussprache oder Wortbe-  
133 deutungen. Das kommt dann ja vielleicht auch erst zur Geltung, ja. Also da darf man natürlich,  
134 muss man ein gutes Fachwissen haben, um das auch hören zu können, weil das würde ja  
135 dazu beitragen, dass das Kind sich wieder verschließt oder aus Angst den Kontakt zu anderen  
136 Menschen, Kindern wieder verweigert.

137 I: Ja. Ok, dann meine nächste Frage ist: Welche Grenzen gab es denn auch innerhalb der  
138 Beziehungsgestaltung? Also sowohl Grenzen von Seiten des Kindes als auch von Ihnen.

139 B: Hm. Ja. Also die Grenzen gestalten sich an, wenn die Eltern nicht bereit sind mitzuarbeiten  
140 und ihr Verhalten nicht ändern. Das muss ich, das habe ich auch erlebt in einem Fall. Da hat  
141 die Mutter, ich habe mit der Mutter und den Eltern lange daran gearbeitet, dass sie nicht immer  
142 für ihr Kind sprechen. Damit sie lernen, sich zurück zu nehmen und dem Kind die Möglichkeiten  
143 geben, selbst zu antworten oder, dass das Kind auch antworten muss. Und das haben die  
144 nicht geschafft. Was die geschafft haben ist, sich weiterhin fremde Hilfe zu holen in Form eines  
145 Schulbegleiters. Und wir haben lange Zeit daran gearbeitet und haben gesagt, dass sich das  
146 nicht ändert, solange von Seiten der Familie, das nicht permanent unterstützt wird, dieses  
147 Verhalten. Da können noch so viele Fachleute geholt werden. Dann war es so, dass praktisch  
148 sehr schnell mein Chef, der ja noch mehr Erfahrung hat, gesagt hat, der hat vorher in der Klinik  
149 gearbeitet, bei uns war es ganz oft so, dass Kinder mit selektivem Mutismus dann in die Klinik  
150 mussten, wo sie dann praktisch weg von der Familie waren und in einem fremden Setting  
151 praktisch gelernt haben, wieder zu reden. Und das haben wir dann angesprochen und da war  
152 die Familie lange Zeit nicht bereit dazu. Viele Schuljahre sind ins Land gezogen und viele  
153 Schwierigkeiten, Schulwechsel (...) und alles musste leider in dem Schicksal des Kindes erlebt  
154 werden. Nur weil die Eltern halt sich nicht getraut haben, das Kind in die Klinik dann zu geben.  
155 Und erst als dann die Schule gesagt hat, trotz Schulbegleiter und die Diagnostizierung von

156 anderen Teilleistungsstörungen, die dann auch noch einhergingen, dann hat die Familie ir-  
157 gendwann mal eingelenkt nach vielen Jahren der Begleitung und haben gesagt, ok wir geben  
158 das Kind in die Klinik. Aber das ist schade. Das ist halt verlorene Zeit und viele unschöne  
159 Momente, die das Kind erleben muss, die man ja doch ihm ersparen kann dadurch. Und für  
160 viele Eltern ist Klinik, ein Klinikaufenthalt problembehaftet. Sie haben Angst davor oder trauen  
161 es ihrem Kind nicht zu und deswegen machen die das leider Gottes oft nicht und lassen sich  
162 da nicht richtig beraten.

163 I: Mhm ok. Sie haben ja jetzt schon auch die Systemische Mutismus-Therapie, glaub ich heißt  
164 die von Hartmann angesprochen. Aber was wäre denn Ihrer Meinung nach, die ideale Form  
165 der Förderung beim selektiven Mutismus?

166 B: Die ideale Form (...). Also ich finde das Konzept von Boris Hartmann gut. Das muss man  
167 dann aber auch durchziehen. Also das heißt, der Boris Hartmann geht davon aus, dass man  
168 nicht nur Elternarbeit macht, sondern auch mit dem Kindergarten oder den Einrichtungen zu-  
169 sammenarbeitet. Vielleicht sogar mit den Großeltern, mit der Bezugswelt und das ist natürlich  
170 auch ein großer Zeitaufwand. Also dieses Konzept zu leben und dann eine einheitliche Hand-  
171 habung in der Kommunikation mit dem Kind praktisch hervorzurufen. Natürlich würde ich auch  
172 jedem Kind gerne einen Klinikaufenthalt ersparen und das immer gerne ambulant machen,  
173 aber es braucht auch meistens jemanden, der sich da wirklich gut auskennt. Also ich hätte  
174 gerne einen (...) wegen mir einen Sprachtherapeuten, der sich da gut auskennt, zum Beispiel,  
175 oder jemand, der wirklich nach einem Konzept arbeitet, weil leider Gottes wird da oftmals un-  
176 klar gearbeitet und nach keinem Konzept und dann ist das kontra indiziert praktisch.

177 I: Ok. Sie haben ja jetzt auch schon einen Sprachtherapeuten zum Beispiel angesprochen.  
178 Wie kann denn bei diesem Thema, also beim selektiven Mutismus interdisziplinäre Zusam-  
179 menarbeit auch gelingen?

180 B: Durch einen runden Tisch. Durch Telefonate, viele Telefonate (...). Vor allen Dingen unter,  
181 also manchmal fahr ich in die Einrichtungen, was natürlich ein wahnsinniger Aufwand ist, um  
182 auch die Kinder vor Ort mal zu erleben, im Kindergarten, wie sind sie da in der Kommunikation  
183 mit den anderen Kindern? Das ist nochmal was anderes, auch wie, wenn die Erzieher be-  
184 schreiben, wenn ich es selber erlebe und mitspiele und sehe, wie sie gefangen sind in ihrer  
185 Welt. Aber das ist nicht immer möglich. Das kann ich nicht in jedem Fall, ja.

186 I: Und arbeiten sie auch mit Logopäden und Sprachtherapeuten zum Beispiel zusammen?  
187 Weil oft sind Kinder mit selektivem Mutismus eben auch in logopädischer Behandlung.

188 B: Ja, richtig. Also wir verweisen oft. Oftmals ist es so, dass die Kinder zur Diagnostik kommen  
189 und gar nicht klar ist, dass sie selektiven Mutismus haben. Sie werden als ängstlich beschrie-  
190 ben und wir erkennen dann den selektiven Mutismus und dann ist es ganz oft so, dass wir  
191 weiter verweisen an die Fachleute eben. Das finde ich auch gut, muss ich ehrlich sagen, weil  
192 bei uns in der Praxis natürlich das Spektrum sehr breit ist und natürlich kenn ich die Therapie-  
193 formen. Dennoch hat ein Sprachtherapeut natürlich ist das dem sein Aufgabenfeld. Der kennt  
194 sich da gut aus. Aber man muss auch sagen, nicht jeder Sprachtherapeut kennt sich mit se-  
195 lektiven Mutismus gut aus (lacht). Das ist schon ein spezielles Störungsbild und natürlich kann  
196 man auch, also wenn ein Sprachtherapeut da ist, finde ich es auch ganz wichtig, Aufgaben gut  
197 zu verteilen. Also wegen mir, ich arbeite an der Angstspirale. Mache Dinge, die dazu beitragen,  
198 dass die Ängstlichkeit sich verändert in Form von Mut und Selbstbewusstsein, Selbstvertrauen  
199 (...) ja und arbeite da vielleicht auch eng da mit den Eltern zusammen. Und der Sprachthera-  
200 peut könnte ja zum Beispiel stark den Sprachanteil übernehmen. Also, dass da gut Hand in  
201 Hand gearbeitet wird, das finde ich auch nochmal ganz wichtig.

202 I: Ja, vor allem beim selektiven Mutismus finde ich, weil das ja schon nicht ganz klar voneinan-  
203 der zu trennen ist, so der emotionale Aspekt und auch der Sprachliche.

204 B: Ja, ja das stimmt.

205 I: Hätten Sie denn eine Empfehlung für eine gelingende Kooperation?

206 B: Puh, empfehlen (...). Naja, die Empfehlung ist einfach, dass sich die Leute die Zeit nehmen  
207 und die Notwendigkeit erkennen, dass man einfach zusammenarbeiten muss. Ganz oft ist es  
208 so, dass viele Berufsgruppen (...) ich sag mal, in ihrem Konzept arbeiten, aber von sich aus  
209 sich nicht öffnen und diese interdisziplinäre Zusammenarbeit umsetzen. Man sagt das zwar  
210 immer, aber in der Praxis erlebe ich ganz oft, dass ich rum rufe und ich Kontakt einfordere,  
211 dass es aber von den anderen Berufsgruppen, wie zum Beispiel von den Logopäden anders-  
212 rum nicht so gelebt wird. Also das würde ich den Kindern wünschen, aber natürlich kostet das  
213 wahnsinnig viel Zeit.

214 I: Und manchmal ist es auch einfach echt nicht so möglich. Also ich habe gestern mit einer  
215 Heilpädagogin gesprochen, die eben auch in einer SVE arbeitet und sie meinte, sie hat gar  
216 nicht so die Möglichkeit zu kooperieren. Also bei ihr ist schon eine Logopädin auch, die zwei-  
217 mal die Woche kommt und mit der kooperiert sie auch, aber weiter geht es fast gar nicht, weil  
218 schon allein die Kooperation mit den Eltern so schwierig ist und sie das ständig einfordern  
219 muss. Sie hat einfach keine Zeit und auch wenig Möglichkeiten dazu. Also sie würde sich das  
220 auch wünschen, aber das ist eben schwierig, also oft schwierig.

221 B: Ja, vor allen Dingen kostet es viel Mühe. Dann ruft man an, dann ist diejenige nicht da.  
222 Dann braucht man eine Schweigepflichtsentbindung. Dann ist die da, aber hat gerade keine  
223 Zeit. Also das ist (lacht), kostet viel Mühe und selbst wenn man es einmal gemacht hat, würde  
224 ja dazu gehören, dass man sich in größeren Abständen trotzdem immer wieder abspricht.  
225 Selbst wenn der Erstkontakt möglich ist und das ist schon öfters mal der Fall, würde eine  
226 saubere Arbeit bedeuten, dass man im Verlauf des Prozesses immer mal wieder kooperiert,  
227 um halt nachzujustieren und zu schauen, wo braucht es jetzt nochmal einen anderen Ansatz  
228 oder wo ist was heil geworden. Wo braucht es neues Engagement? Wie schaut es auf Eltern-  
229 seite aus? Also das ist ja multimodal kann ich fast sagen, ne. So umfangreich das Ganze und  
230 natürlich haben wir ja alle nicht nur einen Fall, sondern mehrere unterschiedliche Fälle. Was  
231 ich auch nicht weiß, es gibt ja viele Logopäden, die freiberuflich sind. Also nicht in Einrichtun-  
232 gen integriert. Da weiß ich jetzt gar nicht, inwieweit die das auch irgendwie abrechnen können,  
233 solche Telefonate. Das kann ich gar nicht sagen. Da kenn ich mich zu wenig aus. Weil wir  
234 haben ja praktisch unsere (...). Ich bin ja jetzt zum Beispiel im Angestelltenverhältnis. Diese  
235 Heilpädagogin, die Sie erwähnt haben, die ist ja auch in der SVE glaub ich, gell?

236 I: Ja.

237 B: Ist auch angestellt, aber die Logopäden, die sind halt oft in einer eigenen Praxis. Da weiß  
238 ich jetzt nicht, wie die ein Telefonat abrechnen können. Keine Ahnung.

239 I: Ok, dann bin ich jetzt auch schon bei der letzten Frage und die wäre: Was ist denn Ihre  
240 Praxisempfehlung für die Arbeit mit selektiv mutistischen Kindern? Vor allem auch die Emp-  
241 fehlung an heilpädagogische Fachkräfte.

242 B: Also wenn ich ehrlich bin, arbeite ich überhaupt in keinem einzigen Fall mit heilpädagogi-  
243 schen Fachkräften zusammen, weil ich gar nicht weiß, wo die sind.

244 I: Ja, also so mein ich das auch gar nicht, sondern ich habe jetzt die Erfahrung gemacht, dass  
245 oft schon in Einrichtungen, wie in heilpädagogischen Tagesstätten oder SVE auch Kinder mit  
246 selektiven Mutismus sind und da arbeiten dann ja Heilpädagogen oder oft Heilpädagogen und  
247 die haben dann gar nicht so Kontakt mit Psychologen oder Psychotherapeuten. Deswegen ist  
248 die Frage, was denn Ihre Empfehlung für die Arbeit mit selektiv mutistischen Kindern wäre für  
249 Heilpädagogen.

250 B: Achso, jetzt umgekehrt. Jetzt habe ich es verstanden. Ok, also ich würde mir wünschen,  
251 dass die Heilpädagogen praktisch in Kontakt treten mit den Diagnostikern oder mit den Leuten,

252 die eben auch mit in dieser Familie sind, weil ich weiß oftmals gar nicht, dass die in dem Fall  
253 drin sind. Um auch eine gute Überleitung leben zu können oder eine gute Kooperation herbei  
254 führen zu können. Also ich würde den Heilpädagogen wünschen, dass sie auch mal das Kon-  
255 taktangebot starten.

256 I: Ok, also das Kontaktangebot an Psychologen, Therapeuten?

257 B: Ja, ja.

258 I: Ok, ja. Und in Bezug auf die Kinder, was hätten Sie da für eine Empfehlung, also wie heil-  
259 pädagogische Fachkräfte da arbeiten sollten?

260 B: (Lacht) Sie sollen sich nicht entmutigen lassen (lacht).

261 I: Ok (Lacht). Das ist ein guter Tipp.

262 B: Also ja, nicht entmutigen lassen von dem Schweigen. Die Hülle des Schweigens ist ganz  
263 schwer. Das auszuhalten ist ganz schwer irgendwie.

264 I: Ok.

265 B: Ok, ja. Übrigens was ich Ihnen noch sagen muss. Können Sie mal kurz anhalten?

266 I: Mhm.

(Pause)

267 B: Mit einem Mädchen habe ich immer Ski Bo gespielt, weil eine Stunde Schweigen ist so  
268 anstrengend. Dann hab halt ich immer emotionale Regungen gezeigt, sie nicht. Sie hat auch  
269 nicht geredet. Irgendwann hat sie gesagt, ihr geht's so schlecht, ihr geht's so schlecht und ich  
270 habe so gemerkt, Mensch die könnte auch depressiv sein und dann habe ich noch einmal in  
271 der Klinik angerufen und hab gefragt, warum sie denn den selektiven Mutismus nicht diagnos-  
272 tiziert haben. Dann haben die nur gesagt, ja sie haben mit ihr das Reden geübt. Da habe ich  
273 mir gedacht, ja wunderbar, aber (...) Also ich spiele dann immer Ski Bo und bin froh, dass ich  
274 dieses Ski Bo hab, weil da kann ja ich mich auch festhalten. Und dann entstehen da beim  
275 Therapeuten auch oftmals komische Gefühle, so Wut oder Aggression oder Traurigkeit, weil  
276 man ja so allein mit sich ist. Und dann habe ich irgendwann in meiner Hilflosigkeit zu der  
277 gesagt, echt emotional, ohne zu reflektieren: „Dann schreib mir halt, wie es dir geht.“ Also so



278 richtig patzig und ich habe eigentlich gedacht, oh Gott ist das untherapeutisch, aber dann war  
279 es ja schon raus. Und dann kommt die das nächste Mal zu mir und wir spielen Ski Bo und mit  
280 einem Mal zückt sie aus ihrer Hosentasche einen Zettel und sagt nur: „Ich kann nicht reden,  
281 aber ich habe es aufgeschrieben.“ Und dann hat die eineinhalb Seiten aufgeschrieben, wie es  
282 ihr geht. Das war der totale Glücksmoment für mich. Wahnsinn. Also wir sind noch nicht weiter,  
283 dass sie jetzt redet, aber sie hat halt ein anderes Medium gefunden.

284 I: Und sich ja auch irgendwie geöffnet Ihnen gegenüber.

285 B: Ja. Also das nimmt auch so ein bisschen Druck, weil man steht auch so arg unter Druck als  
286 Therapeut, ja. Also diagnostizieren ist ja eine Geschichte, aber (...) man steht auch unter  
287 Druck, weil man nicht weiß, wollen sie überhaupt her. Der Druck der Eltern: „Machen sie mal.“  
288 Der Druck der Bezugspersonen. Man braucht viel Zeit. Ja und es ist ja praktisch auch nur so  
289 eingeschränkt Therapie möglich, verstehen Sie? Man braucht ja ein anderes Medium als die  
290 Sprache. Also das können Sie ruhig auch noch mit aufführen, dass man halt je nach Alters-  
291 gruppe auch ein unterschiedliches Medium braucht, wie zum Beispiel Schreiben, Malen, ir-  
292 gendwelche anderen nonverbalen Dinge.

293 I: Ja oder Spiel. Das haben Sie ja auch vorhin gesagt, zum Beispiel mit Handpuppen oder  
294 Ähnlichem.

295 B: Ja, aber Spiel geht ja bei Jugendlichen eingeschränkt und bei Jungs ist es vielleicht nochmal  
296 anders. Keine Ahnung. Ich hatte noch nie, doch ich hatte ein mutistisches Kind, das hat aber  
297 gespielt. Einen Jungen. Da hatte ich Glück.

298 I: Und sonst fast nur Mädchen?

299 B: Mhm.

300 I: Ok, interessant.

301 B: Das hat es mir natürlich ein bisschen leichter gemacht, weil ich im Bereich der Mädchen  
302 irgendwie so ein bisschen mich sattelfester fühle. Also einen mutistischen jugendlichen Jungen  
303 puh, da müsste ich jetzt neu anfangen, mir schwerpunktmäßig zu überlegen, ja was interes-  
304 siert den?

305 I: Mhm, das stimmt.

306 B: Ja (...).

307 I: Ok, dann nochmal vielen Dank für Ihre Zeit und das Interview. Sind Sie einverstanden, dass  
308 ich das Interview aufgezeichnet habe?

309 B: Ja, bin ich.

310 I: Ok, dann beende ich die Aufnahme jetzt.

### **Erhebung Soziodemografischer Daten**

Bevor wir das Interview beginnen, möchte ich noch kurz ein paar soziodemographische Daten von Ihnen erfahren. Diese Daten sind wie das Interview auch, geschützt und werden vertraulich behandelt.

#### **Wie alt sind Sie?**

Lebensalter in Jahren: 65 Jahre

#### **Wie definieren Sie ihr Geschlecht?**

- Männlich
- Weiblich
- Nicht-binär, und zwar: \_\_\_\_\_

#### **Welche Berufsausbildung haben Sie?**

Im Grundberuf Gymnasiallehrerin für Deutsch und Französisch; staatlich  
geprüfte Logopädin

**Bitte geben Sie ihre Berufserfahrung in Jahren an:** 29 Jahre

#### **In welcher Einrichtung sind Sie zur Zeit tätig?**

Eigene logopädische Praxisgemeinschaft

## Anhang VII: Transkription Interview F\_04.12.2020

### **Transkription Interview F\_04.12.2020**

ID-Code: F\_04.12.2020

Name der Interviewerin: Lisa Daigfuß

Datum des Interviews: 04.12.2020

Dauer des Interviews: 37 Minuten

Interviewdurchführung: Telefonisch

I= Interviewerin (Lisa Daigfuß), B= Befragte (Frau F.)

- 1 I: Jetzt komme ich zu den eigentlichen Fragen und meine erste Frage ist ein bisschen allge-  
2 meiner und dann die darauffolgenden Fragen sind dann etwas spezifischer.
- 3 B: Ok, gut.
- 4 I: Also in deiner Tätigkeit als Logopädin arbeitest du unter anderem mit Kindern zusammen,  
5 die aufgrund des selektiven Mutismus nicht sprechen. Welche Erfahrung hast du in der Praxis  
6 bisher mit Kindern mit selektivem Mutismus gemacht?
- 7 B: Ja, in meiner Praxis so gut wie gar keine, weil die Kinder, die ich hatte, waren alle aus dem  
8 Förderzentrum. Also es sind dann Kinder aus dem Förderzentrum auch zu mir in die Praxis  
9 gekommen anschließend, aber es kommen wenige in die Praxis (...).
- 10 I: Ok, hättest du Beispiele von Kindern mit selektivem Mutismus?
- 11 B: Aus der Praxis?
- 12 I: Ja oder allgemein.
- 13 B: Also allgemein. Also ich habe insgesamt in den letzten Jahren drei Kinder mit selektivem  
14 Mutismus behandelt. Zwei aus dem Förderzentrum (Stadtteil) und eins aus dem Förderzent-  
15 rum (Stadtteil).
- 16 I: Mhm und welches Alter hatten die Kinder ungefähr?
- 17 B: Das waren alles ursprünglich Kinder aus der SVE und den einen hatte ich dann noch in der  
18 ersten Klasse.

19 I: Ok und kannst du vielleicht etwas zu dem Erscheinungsbild der Kinder sagen?

20 B: Mhm, ok. Waren alles, achso meinst du jetzt so gepflegt, gut angezogen?

21 I: Ne, eher so wie sie dir begegnet sind. Also auch vom Verhalten her, Gesichtsausdruck (...)

22 B: Achso, ja. Ich muss mir mal einen Einzelnen nehmen, ne.

23 I: Ja, gerne.

24 B: Doch die zwei kann ich schon mal sagen. Also die zwei aus dem Förderzentrum (Stadtteil).  
25 Ich nenne sie jetzt mal den M. und den L., die waren beide sehr offen, haben mich angeschaut,  
26 hatten adäquate Mimik, ja.

27 I: Ok, aber haben geschwiegen?

28 B: Haben erstmal geschwiegen, ja mhm genau. Und der T. ist ein bisschen anders. Also der  
29 hatte relativ wenig Mimik und bei dem kam noch etwas anderes dazu, dass er ab und zu einmal  
30 so abwesend erschien. Also sagen wir mal Verdacht auf kleine Absenzen.

31 I: Ok. Und wie ist dann deine Vorgehensweise auch in der Begleitung oder Therapie mit Kin-  
32 dern mit selektiven Mutismus?

33 B: Ich habe mit allen angefangen im Förderzentrum, in dem ich sie in Zweiertherapie genom-  
34 men hab. Also immer noch ein Kind aus der Gruppe mit. Und hab dann (...). Wir haben ja in  
35 der Praxis viel dieses Audiva, also das Hör-Wahrnehmungstraining, wo die Kinder am Anfang  
36 einen Kopfhörer aufgesetzt bekommen, so für zehn Minuten ungefähr, und Musik hören, die  
37 allerdings auf eine bestimmte Art und Weise eingestellt ist. Also das wäre jetzt ein extra  
38 Thema, bestimmte Frequenzen, die geschult werden, um besser in bestimmte Konsonanten  
39 dann rein zu kommen. Also die Hörwahrnehmung dafür wird da geschult. Gleichzeitig ist es  
40 ein lateral-Training. Also die Musik wandert von einem Ohr auf das andere und damit gleich-  
41 zeitig so ein Räumlichkeits-Training und ein Konzentrationstraining. Das heißt für die Kinder,  
42 sie sitzen da und müssen nur zuhören. Das gefällt ihnen meistens auch sehr gut und können  
43 sich in der Zeit eine Beschäftigung für sich aussuchen. Das heißt Puzzeln, Malen oder irgend-  
44 was. Das ist für die Kinder mit selektivem Mutismus ein Einstieg, der es ihnen halt ermöglicht  
45 oder ihnen auch zeigt, aha ich bin da jetzt nicht gefordert, was sprechen zu müssen. Ja, genau  
46 und dann habe ich angefangen mit Spielen, bei denen man nicht sprechen muss, aber kann.

47 I: Mhm. Und wie schaut auch die Kooperation mit den Eltern von den selektiv mutistischen  
48 Kindern aus?

49 B: Also, das war in den ersten beiden Fällen eine sehr gute Interaktion. Die sind (...), die Mütter  
50 jeweils von dem L. und M. sind immer wieder in die Praxis gekommen zu einem Beratungsges-  
51 präch und haben dann auch so über ihre familiären Probleme gesprochen, die es auch gab  
52 bei den beiden, ja mhm (...). Und genau, ich habe versucht halt zu beraten. Also meistens  
53 oder bei beiden war es so, dass die zuhause viel gesprochen haben und, dass sie sich dann  
54 in bestimmten Situationen mit anderen, hinter den Müttern versteckt haben. Also halt dahinter  
55 gestanden sind oder so und meine Beratung ging dahin, dass ich gesagt habe, da dürfen sie  
56 auch erstmal bleiben.

57 I: Mhm. Gut. Dann hast du das zwar jetzt schon einmal kurz angesprochen, aber ich würde  
58 nochmal gerne näher auf das erste Kennenlernen eingehen. Wie bist du denn mit dem Kind  
59 mit selektivem Mutismus beim ersten Kennenlernen auch in Beziehung getreten?

60 B: Oh, gute Frage (lacht). Ich habe das Kind begrüßt und mich vorgestellt und gesagt, wir  
61 gehen jetzt in das Zimmer mit einem anderen Kind zusammen und wir hören erstmal Musik  
62 und dann schauen wir mal, was wir spielen können, mhm (...).

63 I: Ok und wie hat sich da das Kind auch verhalten?

64 B: War ok. Also genickt und mitgegangen, ja.

65 I: Und wie wurde kommuniziert, also jetzt nicht nur bei der ersten Stunde, sondern bei den  
66 ersten Stunden, also insgesamt beim Kennenlernen.

67 B: Ich habe Entscheidungsfragen gestellt. Das heißt Fragen, die nur mit „ja“ oder „nein“ beant-  
68 wortet werden müssen und wo das Kind dann gestikulieren kann, also nicken oder mit dem  
69 Kopf schütteln oder Schultern hochziehen, wenn es was nicht weiß.

70 I: Ok. Und gab es dann vielleicht auch mal Hilfsmittel, um in Beziehung zu treten (...). Zum  
71 Beispiel Stofftiere oder Handpuppen.

72 B: Das habe ich nicht gebraucht. Nein, bei mir nicht. Also zum Kennenlernen nicht. Ich habe  
73 die dann später eingesetzt.

74 I: Ok. Wie wurde die Beziehung dann auch weiterhin gestaltet? Also das hast du auch gerade  
75 schon gesagt, dass dann Handpuppen oder so etwas später eingesetzt wurde.

76 B: Also ich habe bei jedem der Kinder geschaut, was es für Interessen hat. Das war mir sehr  
77 wichtig und hab die aufgegriffen und über die gesprochen. Beim L. zum Beispiel war es so, er  
78 hat wilde Tiere geliebt. Wir sind dann zu dritt eben, also noch mit einem anderen Kind zusam-  
79 men über Tierstimmen in die Stimme gekommen, ne. Also ich habe mit dem anderen Kind  
80 angefangen. Wir haben dann Karten gehabt oder ein Spiel, wo Tiere abgebildet waren und  
81 haben dann die Tierstimmen imitiert. Der L. hat dann angefangen, er war der Löwe und hat  
82 furchtbar laut geschrien. Also das war das erste Mal, dass ich seine Stimme dann gehört habe.  
83 Und das habe ich natürlich dann aufgegriffen und hab dann die Ängstliche gespielt. Also ich  
84 bin dann halt jedes Mal vom Stuhl gefallen, wenn der Löwe gebrüllt hat, mhm.

85 I: Ok und bei den anderen Kindern, wie war es da? Hast du da auch Beispiele?

86 B: Ja, ich habe ein ganz interessantes Beispiel. Beim M. war das so (...), der war einmal alleine  
87 da, weil das andere Kind krank war und ich habe mit ihm wieder nonverbale Spiele gemacht.  
88 Irgendwann war die Stunde zu Ende und ich habe gesagt, er kann jetzt gehen. Dann hat er in  
89 dem Zimmer so ein großen Knäul entdeckt mit drei Seilen waren das. Also blau, gelb rot, in  
90 den Grundfarben, so Therapieseile, die fest zusammengeknotet waren, und die wollte er dann  
91 lösen. Ich habe mir ganz spontan gedacht, ach ja jetzt lass ich ihn halt noch ein paar Minuten  
92 da. Ich habe Pause. Ich setze mich hin und mach etwas anderes. Schreib schon meinen Be-  
93 richt. Und dann hat er diese Knoten gelöst und hat gesagt: „Ich bin fertig“ und ging dann in  
94 seine Gruppe und hat gesprochen, ja. Das war für mich ein ganz, ganz besonderer Moment.  
95 Er hat den Knoten gelöst. Das war wirklich so (lacht). Ja, ja, ja. Das sind Momente im Logo-  
96 päden-Leben, die man nicht vergisst.

97 I: Ja, das kann ich mir gut vorstellen.

98 B: Ja, ja mhm. Also bei dem war es ganz speziell. Jetzt komm ich noch auf den T. zu sprechen.  
99 Der war zuerst bei einer anderen Logopädin und die hat dann gesagt: „Ah du sprichst doch  
100 Griechisch und das ist ein kleiner Grieche. Nimm du den doch.“ Dann habe ich ihn auch mit  
101 einem anderen Kind zusammen geholt und hab ihn halt auf Griechisch begrüßt: „Hallo T., wie  
102 geht es dir?“ Und dann guckt der mich an und fragt, ob ich Griechisch spreche und habe dann  
103 gesagt, dass ich es ein kleines bisschen kann. Dann hat er weiter Griechisch gesprochen. Ich  
104 habe dann nicht mehr viel verstanden und wir sind dann halt auch zu dritt in mein Therapie-  
105 zimmer gegangen.

106 I: Ok und dann hat er auch auf Deutsch mit dir gesprochen?

107 B: Das ging ganz, ganz langsam. Also ich habe schon mitbekommen, dass er einen Sigmatis-  
108 mus hat, also das „S“ nicht richtig sprechen kann und das „Sch“ auch nicht. Also das ist sowas  
109 typisch Griechisches. Die Griechen haben einen Laut, der ist so zwischen „S“ und „Sch“. Das  
110 hört sich so an und die können dann oft nicht unterscheiden, weil sie eben die Unterscheidung  
111 nicht haben, wann im Deutschen ein „S“ und wann ein „Sch“ kommt. Dann habe ich, weil das  
112 andere Kind das auch hatte, also der konnte das „Sch“ nicht. Dann habe ich mit beiden damit  
113 angefangen. Das heißt, wir haben Wörter gehabt mit „Sch“ im Anlaut und jeder hat eine Karte  
114 gezogen und sollte das Wort dann sagen. Da hat er dann erstmal nichts gesagt. Ich habe es  
115 dann für ihn gesagt und so in der zweiten oder dritten Stunde hat er dann selber ganz leise  
116 angefangen, das jeweils geforderte Wort zu sagen (...). Und dann ging's weiter. Mit kleinen  
117 Sätzchen. Alles in Übungssprache. Also er hat dann noch nicht über sich und seine Interessen  
118 und seine Bedürfnisse gesprochen (...). Aber in der Übungssprache ging es dann (...). Also  
119 bei ihm ging es so langsam, Schritt für Schritt.

120 I: Und die anderen Kinder, die waren dann auch immer mit dabei. Also es war immer jeweils  
121 ein anderes Kind mit dabei?

122 B: Es war ein anderes Kind dabei, ja genau. Es kommt halt in der Gruppe dazu, dass die  
123 anderen Kinder dann das zum Thema machen, ne. „Der T. spricht nicht.“ Ich sag: „Ja, ja weiß  
124 ich schon. Ist egal.“ Also da muss man dann, habe ich mit der Gruppenleiterin der Gruppe  
125 auch viel gesprochen, aber das ist dann vielleicht noch eine andere Geschichte, wie man damit  
126 umgeht. Meiner Meinung nach sollte man das einfach ignorieren und auf das kommunikative  
127 Angebot eingehen, das das Kind bringt, ne (...). Mit Gesten, mit Nicken usw., mit Entschei-  
128 dungsfragen stellen erstmal.

129 I: Also das bedeutet auch jetzt, die Sprache nicht einzufordern?

130 B: Ja, erstmal mhm, mhm. Ja, also ich weiß, dass es da andere (lacht) Herangehensweisen  
131 gibt, aber ich bin voll davon überzeugt, dass es so geht, ne (...). Dass da eine Angst dahinter  
132 steht und diese Angst muss respektiert werden (...) und genau. Davon ausgehend kann ich ja  
133 so Brücken bauen und ihm zeigen, ne: „So da kannst du jetzt mal ein Schrittchen gehen.“

134 I: Also dann auch so in Form von Angeboten oder so Hilfestellungen?

135 B: Ja, mhm, mhm.



136 I: Ok.

137 B: Genau, ja. Eine Spezialität von mir ist, aber das ist was ganz Persönliches, mein Humor  
138 oder meine Albernheit. Beim L. habe ich dann irgendwann gesagt: „Du darfst jetzt nichts reden,  
139 nur ich.“ (Lacht). Das hat bei ihm natürlich bewirkt, dass er dann gesprochen hat und gesagt  
140 hat, dass ich ruhig sein soll.

141 I: Ok (lacht). Also so umgekehrt quasi, so das Gegenteil (lacht).

142 B: Ja, ja. Mhm, genau. Also ich habe viel mit Humor gearbeitet mit ihm. Ja, mhm (...).

143 I: Welche Grenzen gab es aber auch innerhalb der Förderung und der Beziehungsgestaltung  
144 mit selektiv mutistischen Kindern?

145 B: Welche Grenzen (...)

146 I: Also sowohl von Seiten des Kindes als auch Grenzen von dir.

147 B: Die Grenzen von mir. Puh, was ist jetzt damit gemeint? Da bin ich gerade ein bisschen  
148 überfragt (lacht).

149 I: Also zum Beispiel ist das Schweigen ja auch nicht immer leicht auszuhalten für jeden. Ich  
150 denke schon, dass man da dann auch mal an die Grenze kommen kann, wenn eben nicht  
151 kommuniziert wird.

152 B: Ja, jetzt verstehe ich es. Ja, genau. Also bei mir ist es so, dass ich es gut aushalten kann.  
153 Also ich kann das gut akzeptieren. Ich kann es selber zum Teil nachvollziehen. Also bei mir  
154 gibt es auch Situationen, wo ich mich überwinden muss, zu reden. Vor allem in größeren Grup-  
155 pen oder so in unbekanntem Situationen. Nicht in allen, aber in manchen und das hol ich mir  
156 dann immer wieder her. Ich habe von dem M. gewusst, dass er vorher schon einmal bei einer  
157 anderen Logopädin war, und die das anscheinend nicht so ausgehalten hat. Da hat die Mama  
158 mir erzählt, dass sie dann Beide vor dem Kind gesessen sind und gesagt haben: „M., sprich  
159 doch endlich mit uns!“ Also ja, wo ich mir aber gedacht hab, weißt du, ich bin ja schon so alt.  
160 Das macht wirklich viel aus, wenn man Erfahrung hat und wenn man weiß, irgendwann kommt  
161 das. Also wenn ich jetzt Berufsanfängerin gewesen wäre, dann wäre ich vermutlich ungedul-  
162 diger gewesen. Sagen wir es so, ne (...). Ja, meine Grenzen, also ich habe mit manchen Eltern  
163 (...), ja doch in der Tagesstätte hatte ich mal Probleme mit einer Erzieherin, die das halt nicht  
164 so richtig verstanden hat, was ich will. Also, dass man ihn halt nicht zwingt im Mittagkreis,

165 sich vorzustellen und was zu erzählen und wo etwas (...). Also das hat oft ziemlich lange  
166 gedauert. Eher die Richtung, also ja (...) Aber kam wenig vor. Mit der Heilpädagogin aus der  
167 SVE habe ich sehr konstruktiv zusammengearbeitet. Also wir haben uns auch ganz regelmä-  
168 ßig ausgetauscht und das lief dann auch gut, ja. Also der T. hat dann ja auch mit der Zeit so  
169 nach und nach erst mit den Kindern, dann mit dem Praktikanten usw. gesprochen. Ganz zu-  
170 letzt mit der Heilpädagogin, wo ich gesagt hab: „Ja, du bist die Wichtigste auch.“ genau.

171 I: Und auch von Seiten des Kindes, wie erlebst du das, dass das Kind eben dann auch seine  
172 Grenzen zeigt oder wie zeigt es seine Grenzen?

173 B: Ja, also ich kann es insofern schlecht sagen, weil ich ja die Kinder nicht gezwungen oder  
174 nicht aufgefordert hab, zu sprechen. Von daher habe ich ja dafür gesorgt, dass es diese Gren-  
175 zen nicht so gibt (...). Was ich erlebt hab bei T., der ist dann sehr frech geworden und zum  
176 Teil, also bei dem war es so im Gegensatz zu den anderen beiden, dass da so eine ziemlich  
177 starke Aggression rauskam. Also das hat dir die Heilpädagogin vielleicht auch schon ein biss-  
178 chen erzählt oder ich weiß nicht, ob du mit ihr auch schon darüber gesprochen hast, dass er  
179 dann die anderen Kinder beschimpft hat. Ich war einmal mit im Morgenkreis, ne beim Früh-  
180 stück gegessen. Hab mich neben ihn gesetzt und so in der größeren Runde, wo viel gespro-  
181 chen wurde, also wo so ein Gemurmel war, hat er dann, so dass nur ich es hören konnte zu  
182 mir gesagt: „Du bist eine Bitch.“ Dann habe ich meine Grenzen gesetzt. Hab dann auch mit  
183 den Eltern gesprochen, weil ich eben von der Heilpädagogin auch Rückmeldung bekommen  
184 hab, dass er grob wird den anderen Kindern gegenüber, auch körperlich verletzend usw., ne.  
185 Und da, genau. Da habe ich dann, ja doch, da hab ich dann ziemlich massiv gegen gearbeitet.  
186 Ja (...).

187 I: Ok. Du hast ja jetzt schon angesprochen, dass du dich eben am Kind orientierst und jetzt  
188 nicht das Kind zum Beispiel zwingst, zu sprechen. Aber was wäre denn deiner Meinung nach,  
189 die ideale Form der Förderung beim selektiven Mutismus?

190 B: (Lacht) Die, die ich mache (lacht). Praktisch das Wissen immer im Hinterkopf zu haben,  
191 dass das Kind sprechen kann (...). Also die sprechen ja fast alle daheim oder in bestimmten  
192 Situationen, deswegen auch selektiv, ja. Ich persönlich bin ganz prinzipiell der Meinung, also  
193 unabhängig vom Mutismus, dass man als freier Mensch sich aussuchen können soll, mit wem  
194 man spricht (...). Ja das nehme ich mit in die Therapie ein Stück weit. Also nochmal eine kurze  
195 Anekdote zum L. Der war dann in der ersten Klasse, da haben alle gebibbert. Also er kam  
196 dann auch in die Diagnose und Förderklasse. Ist in der gleichen Einrichtung geblieben. Wir  
197 waren alle ganz gespannt, wie er sich dann in der Schule macht. Also vom Intellekt her wuss-  
198 ten wir, der schafft das alles, aber ob er dann spricht oder ob er wieder zurückfällt. Dann hatte

199 ich ihn auch mit Dyslalietherapie, also Aussprache, Assimilationstherapie und hab mit ihm ab  
200 und zu einmal geredet, wie es denn in der Schule ist, und ob er mit seiner Lehrerin spricht. Ja,  
201 macht er. Dann habe ich gesagt: „Ach sprichst du denn mit allen?“ Dann hat er gesagt: „Nö,  
202 mit der Religionslehrerin nicht.“ (Lacht). Da habe ich mir gedacht, dass er sich das bewusst  
203 jetzt so ausgesucht hat und kann es artikulieren, kann es verbalisieren, was er da tut. Ich habe  
204 mir im Nachhinein so überlegt, dass die Religionslehrerin eine ist, die er nur einmal die Woche  
205 sieht. Also zu der kann er jetzt nicht so eine regelmäßige Verbindung aufbauen, wie zu seiner  
206 Klassenlehrerin. Aber das ist nur eine Spekulation (lacht). Also er hat da gegrinst dabei (lacht).  
207 Ja, also vielleicht ist es auch das, was es ausmacht, dass die Kinder bei mir gespürt haben,  
208 dass sie da keinen Druck haben.

209 I: Mhm und vielleicht auch die Annahme von dir, dass es ok war, auch einfach nicht zu spre-  
210 chen.

211 B: Ja, ja, genau mhm.

212 I: Ok. Du arbeitest ja auch zum Beispiel mit der Heilpädagogin, von der du vorhin gesprochen  
213 hast, zusammen und beim selektiven Mutismus arbeiten generell viele verschiedene Diszipli-  
214 nen daran oder arbeiten zusammen. Wie kann denn da auch interdisziplinäre Zusammenarbeit  
215 gelingen?

216 B: Ja, also es ist so, dass ja, habe ich ja vorher schon angesprochen, in die Praxis so gut wie  
217 nie Kinder mit Mutismus kommen. Die werden meist psychologisch betreut, was ich persönlich  
218 schade finde, also weil ich es ja gerne mache, aber wo ich denke, ok die haben ja auch ihren  
219 Weg und ihre Möglichkeiten, ihre Herangehensweisen, die ich jetzt nicht so gut kenne. Ich  
220 selber hatte jetzt auch nur eben mit den Eltern, mit der Erzieherin und mit den Tagesstätten-  
221 Menschen zu tun und mit den anderen Kindern. Also das war so das Umfeld, mit dem ich zu  
222 tun hatte. Da geht es um einen regelmäßigen Austausch. Das heißt, wo ich dann auch von  
223 den anderen aufnehmen kann, ja er spricht jetzt in der und der Situation oder Dies und Jenes  
224 interessiert ihn besonders oder Das und Das mag er gar nicht, ne. Ich rede immer von „er“,  
225 weil ich halt jetzt nur drei Jungs gehabt habe. Ja (lacht), genau.

226 I: Also das heißt, du hast jetzt auch noch gar nicht mit Psychologen zusammengearbeitet?

227 B: Nein, nein, weil die das glaube ich auch in ihrer Disziplin angesiedelt haben und halt so  
228 sehen. Ich glaub, die kommen gar nicht auf die Idee, dass man da auch noch logopädische  
229 Arbeit machen kann. Also das käme vermutlich nur, wenn das Kind dann anfängt zu sprechen

230 und wenn es sich rausstellt, er hat noch einen Dysgrammatismus oder eine Dyslalie. Sagen  
231 dir die Begriffe was?

232 I: Ja und das ist ja häufig.

233 B: Ja, ist häufig. Ja, mhm. Also bei dem M. war es nicht so. Der hat ganz normal gesprochen  
234 dann (...). Aber bei den anderen beiden war eben eine Aussprachestörung und ja bei beiden  
235 glaub ich, ne nur bei T. eben noch ein leichtgradiger Dysgrammatismus, aber bei Zweispra-  
236 chigkeit.

237 I: Mhm, genau und ein Kind war zweisprachig von den drei Kindern, oder?

238 B: Ja, genau. Der, der bei der Heilpädagogin in der SVE-Gruppe war.

239 I: Gut, und der Austausch, der findet dann auch zum Beispiel da jetzt in der SVE auch direkt  
240 dann eben statt oder dann auch mal telefonisch oder wie kann ich mir das vorstellen?

241 B: Ja, also in der SVE war es natürlich ziemlich einfach. Du kennst es ja. Ich bin dann immer  
242 rausgegangen, wenn die Pause hatten. Habe da mit der Heilpädagogin gesprochen oder auch  
243 einmal einen extra Termin. Ich glaub einmal gab es auch einen runden Tisch, wo mehr Leute  
244 dabei waren. Das weiß ich jetzt aber gerade nicht mehr ganz genau. Und die Eltern hatte ich  
245 jeweils in der Praxis. Also da haben wir eine ganz normale Therapiestunde gemacht, wo das  
246 Kind meistens nicht dabei war und ja, genau.

247 I: Und das heißt also, die Kinder hast du in der SVE quasi einmal die Woche gesehen und  
248 dann auch zusätzlich noch in der Praxis oder wie war das?

249 B: Selten.

250 I: Ok, aber mit den Eltern dann?

251 B: Mit den Eltern, aber dann anschließend. Also der L. und der M., die sind dann später zu mir  
252 in die Praxis gekommen, weil ich in der Schule keinen Platz mehr für die hatte. Dann ging es  
253 praktisch in der Praxis weiter. Mit dem T. jetzt auch, halt mit der Dyslalietherapie, also mit der  
254 Aussprache. Ja, genau.

255 I: Gut, dann bin ich jetzt auch schon bei der letzten Frage. Was ist denn deine Praxisempfehlung für die Arbeit mit selektiv mutistischen Kindern? Also was würdest du auch einer heilpädagogischen Fachkraft empfehlen?  
256  
257

258 B: Mhm (...). Also ich würde in der Gruppe (...) sagen, dass sie dafür sorgen sollen, dass er sich praktisch immer auch in der Gruppe verstecken kann praktisch. Also nicht richtig verstecken, aber so integrieren kann, dass er aus einer Sicherheit raus, also aus einer (...), wie soll man sagen? Weißt du was ich meine?  
259  
260  
261

262 I: Ja, dass er sich halt schon zurückziehen kann, also Rückzugsmöglichkeiten hat.

263 B: Dass er sich zurückziehen kann, und dass er die Möglichkeit hat, jetzt zum Beispiel in der, das machen sie dann gerne, in einer größeren Geräuschkulisse, dann mal das eigene Sprechen ausprobieren. Also so, dass es halt kaum jemand mitbekommt (...), um dann Sicherheit zu bekommen. Also diese kleinen Schrittchen, die ich vorher gemeint habe.  
264  
265  
266

267 I: Ok, das ist auch interessant mit der Gruppe, dass sie sich da wohl auch mal ausprobieren.

268 B: Ja, also so wie der T. zu mir dann praktisch, als alle anderen laut waren außen rum, zu mir dann gesagt hat, dass ich eine „Bitch“ bin. Also da hat er sich ja was getraut, wo er praktisch dann hinterher sagen könnte, dass er nichts gesagt hat (...). Und ja, also (...) ist auch bei jedem anders. In der Schule haben wir mal von einem Fall gehört, da ging der selektive Mutismus da hin, dass ein Junge nur im Camping-Bus gesprochen hat mit anderen (lacht). Dann hat man damals die Therapie in dem Camping-Bus angefangen. Also (lacht) dann ist die Logopädin dahin gegangen (lacht) und hat von dort aus dann den Radius erweitert (...). Also da denke ich, da ist so eben dieser regelmäßige Austausch wichtig und zu gucken, was hilft dem Kind. Jedem Menschen hilft ja auch ein bisschen was anderes, um aus der Reserve zu kommen (...). Bei dem L. war es eben dieses laute Gebrüll. Also dieses Brüllen, wie ein Löwe und das Brüllen ging dann weiter mit: „Nein, ich mach nicht mit.“ und so (...). Also, dass er dann sich auch verbal ausdrücken konnte (...). Ein anderer ist wieder ganz leise, also das ist so, ne. Ich würde es individuell sehen. Also wollte ich eigentlich schon bei dem Interview auch vorausschicken, dass ich (...) so in meiner Arbeit bin, wie ja, ich vergleiche es mit Auto fahren. Also, dass ich manches halt so (...) aus dem Bauch raus mache, ohne jetzt noch die genaue theoretische Begründung zu wissen. Also ich habe vorher überlegt, soll ich mich jetzt wieder einlesen, damit ich alles (...) ja wissenschaftlich fundiert begründen kann. Das fehlt halt jetzt halt ein wenig in dem Interview mit dir.  
269  
270  
271  
272  
273  
274  
275  
276  
277  
278  
279  
280  
281  
282  
283  
284  
285

286 I: Ne, also das wollte ich auch gar nicht so wissen. Tatsächlich geht es bei mir auch viel um  
287 die Beziehung, was ja auch nicht wissenschaftlich messbar zum Beispiel ist und da war das  
288 jetzt auch sehr interessant für mich. Und das mit der Individualität, das ist auch selbstverständ-  
289 lich für mich.

290 B: Ja, das ist es halt leider nicht für jeden, ne. Also wenn man so pädagogische Bücher an-  
291 schaut und Ratgeber für die Schule, da schaut das oft ganz anders aus. Also da wird dann  
292 auch schon Zwang ausgeübt auf die Kinder, zum Teil. Ich war dann auch einmal vor Jahren,  
293 also ja vor 10, 12 Jahren einmal, in einem Vortrag von einem Pädagogen. Da waren dann  
294 ganz viele Lehrer da, die ich zum Teil auch gekannt hab, viele Sonderschullehrer. Da ging es  
295 um selektiven Mutismus und da war das Konzept so, dass von dem Kind, das auch jeweils  
296 eingefordert wurde, was andere Kinder auch sagen müssen. Da bin ich wirklich heim und hab  
297 mir gedacht, ne so nicht (lacht). Wobei ich halt Therapeutin bin und keine Pädagogin. Also das  
298 macht schon einen großen Unterschied aus (...).

299 I: Ok. Möchtest du noch irgendetwas anderes dazu sagen, was ich noch nicht gefragt habe?

300 B: Im Moment denk ich so, dass ich das alles so (...) ja mitgeteilt hab. Wie gesagt, ich habe ja  
301 nicht so viele Erfahrungen, aber die Kinder zum Teil über mehrere Jahre (...) Doch, mir fällt  
302 noch was ein. Der M. (...) da waren die Eltern getrennt und der Vater war, ich weiß es nicht  
303 mehr genau, war Alkoholiker oder irgendetwas in die Richtung und die Mutter wollte nichts  
304 mehr mit ihm zu tun haben. Dann haben sie mir später erzählt, dass der Vater verstorben ist  
305 und die Mutter das dem Kind so ganz beiläufig erzählt hat. Also gar nicht an das Kind gedacht  
306 hat oder irgendwie so auf die Art: „Gott sei Dank ist er weg“ oder sowas und dann hat der  
307 wieder aufgehört zu sprechen (...). Wie es weiter gegangen ist, weiß ich nicht. Ja, ja, mhm.

308 I: Gut. Dann möchte ich jetzt am Ende nochmal fragen, ob es ok ist, dass ich das Interview  
309 aufgezeichnet habe?

310 B: Ja, klar.

311 I: Ok, dann beende ich jetzt die Aufnahme.

## Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst habe.
2. Ich versichere, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die Standards guten wissenschaftlichen Arbeitens eingehalten zu haben.
3. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden von mir beachtet.
4. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.
5. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Nürnberg, den 20.01.2020

L. Daigfuß