

Mutismus

Definitionen, neuere Klassifikationsversuche und verbreitete therapeutische Ansätze

Reiner Bahr

erschienen in: L.O.G.O.S. interdisziplinär 4 (1996) S. 4-14

Zusammenfassung:

Dieser Beitrag versteht sich als Einführung zum Themenschwerpunkt „Mutismus“. Dementsprechend liegt das Hauptaugenmerk zunächst auf definitorischen und klassifikatorischen Fragestellungen sowie, im Interesse einer möglichst hohen praktischen Verwertbarkeit, auf der exemplarischen Darstellung heute gängiger therapeutischer Ansätze beim Mutismus (Verhaltenstherapie, Psychoanalyse, Familientherapie, Pharmakotherapie, Spiel- und Sprachtherapie). Herangezogen wird überwiegend neuere internationale Fachliteratur, die in der deutschsprachigen Diskussion zum Thema bisher so gut wie nicht berücksichtigt wurde. Nach wie vor scheint die phänomenologische Unterscheidung zwischen einem elektiven und einem totalen Mutismus am ehesten eindeutige diagnostische Zuordnungen zu erlauben; Mischklassifikationen, die sowohl ätiologisch als auch phänomenologisch orientiert sind, helfen hier nicht weiter. Der Verfasser plädiert dafür, Mutismus als Kommunikationsstörung zu verstehen, die aus Sicht des Kindes eine subjektiv sinnvolle Bewältigungsstrategie darstellt. Die Begegnung mit mutistischen Kindern erfordert auf Seiten der Therapeutinnen und Therapeuten eine Auseinandersetzung mit den Wirkungen des Schweigens in der Interaktion; diese Auseinandersetzung ist eine der Grundlagen, auf der sich eine positive Beziehungsgestaltung mit dem Kind realisieren läßt.

Schlüsselwörter: Elektiver und totaler Mutismus - Kommunikation - therapeutische Ansätze - Bewältigung - Beziehung

1. Einleitung

„Sag was, ermutigten sie ihn. ‚Erzähl uns was.‘ Martin konnte nicht ergründen, was er erzählen sollte. Sie warteten, aber Martin sagte nichts. Sie allerdings redeten die ganze Zeit.“

Dieses Zitat aus Patricia Windsors Kinderbuch „Die Sache mit dem Haß und der Liebe“ verdeutlicht sehr prägnant die Situation, in der sich schweigende Kinder typischerweise befinden: Gut gemeinte Versuche, sie zum Sprechen zu bringen, lösen Verunsicherung und Hilflosigkeit bis hin zu Angst und fortgesetztem Schweigen angesichts verbal-kommunikativer Unfähigkeiten aus. Es ist anzunehmen, daß Martin aus dem obigen Beispiel nicht nur nicht weiß, was er sagen soll, sondern daß er darüber hinaus nicht oder bloß in unzulänglicher Art und Weise gelernt hat, in den Dialog einzutreten. Mit anderen Worten: Unzureichende kommunikative Erfah-

rungen haben dazu beigetragen, daß er auch nicht weiß, wie er überhaupt verbal Kontakt mit Personen seines Umfeldes aufnehmen soll. Jeder, der bereits schweigenden Kindern begegnet ist, weiß, daß solch ein Schweigen keinesfalls ohne Auswirkungen auf die sprechenden Bezugspersonen bleibt: Martins „Gesprächspartner“ ermutigen ihn und reden weiter; professionelle Helfer werden vielleicht mit Versprechungen und Belohnungen versuchen, einem mutistischen Kind Worte zu entlocken, möglicherweise folgen solchen oft fehlschlagenden Versuchen ein Arrangement mit dem Schweigen (z. B. in der Schulklasse: Die Tischnachbarin darf für das mutistische Kind antworten) oder auch Resignation und Bestrafungen.

Mutismus ist eine Kommunikationsstörung. Das heißt, daß ein dauerhaftes Schweigen nicht allein das Kind betrifft, sondern nur aufgrund seiner Wechselwirkungen im interpersonellen Geschehen hinreichend verstanden werden kann. Dieser Aspekt wurde in bezug auf den Mutismus bisher sehr selten thematisiert, wobei hier zwischen solchen Autoren, die in mehr oder weniger knappen Bemerkungen immerhin auf diese Problematik hinweisen (Shvarzman et al. 1990, 320; Baldwin & Cline 1991, 72) und solchen, die sich ausführlich mit der Wirkung des Schweigens auf Therapeutinnen und Therapeuten beschäftigen, zu unterscheiden ist (Ruzicka & Sackin 1974; Anthony 1977). Der Verfasser des vorliegenden Beitrags hat sich an anderer Stelle unter anderem mit den Kommunikationsformen schweigender Kinder und ihren Auswirkungen auf die Interaktion beschäftigt (Bahr 1996) und anhand zahlreicher Beispiele aus der Fachliteratur herausgearbeitet, daß mutistische Kinder sich häufig nonverbaler Aktivitäten bedienen, die es verstehen zu lernen gilt, wenn man einen adäquaten Zugang zu ihnen finden möchte. In dieser Ausgabe von L.O.G.O.S. interdisziplinär finden sich Kurzinterviews, anhand derer die Leserinnen und Leser die kommunikativen Auswirkungen und Einschätzungen der Störung „Mutismus“ nachvollziehen können.

In meinem einführenden Artikel möchte ich zum einen Definitions- und Klassifikationsbemühungen aus der internationalen Fachliteratur referieren, die in der deutschsprachigen Auseinandersetzung bisher wenig beachtet wurden; zum anderen sollen die international verbreiteten Therapieansätze anhand ausgewählter Beispiele vorgestellt werden.

2. Definitionen und neuere Klassifikationsversuche

Obwohl das Phänomen Mutismus erstmals unter der Bezeichnung „aphrasia voluntaria“ von Kussmaul (1877) in deutscher Sprache beschrieben wurde, findet die Auseinandersetzung mit diesem Störungsbild heute überwiegend in der englischsprachigen Fachliteratur statt. Eine ausführliche Sichtung überwiegend der älteren deutschsprachigen Definitions- und Klassifikationsversuche hat Hartmann (1993) vorgelegt. Er kommt zu dem Ergebnis, „daß sich keines der vorgestellten Einteilungsschemata in der jeweiligen Fachliteratur der Sprachbehindertenpädagogik, der Psychologie sowie der Psychiatrie durchgesetzt hat“ (1993, 12). Allein die auf Tramer (1934) zurückgehende Einführung des Begriffes „elektiver Mutismus“ hat zur phänomenologischen Abgrenzung dieses Störungsbildes von einem „totalen Mutismus“ geführt und sich international durchgesetzt. Mit diesen Begriffen wird das partielle oder vollständige Nichtsprechen von Menschen beschrieben, „die über eine weitgehend abgeschlossene Sprachentwicklung sowie über eine physiologische Funktion der Sprechwerkzeuge verfügen“ (Hartmann 1993, 2). In den USA wurde das Adjektiv „elektiv“ mittlerweile offiziell, nämlich im DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders aus dem Jahr 1994) der American Psychiatric Association, durch das Adjektiv „selektiv“ ersetzt (Black & Uhde 1995, 874). Dahinter steckt die Überlegung, daß sich mit dem Begriff der Selektivität die Ausgewähltheit des Schweigens in bezug auf bestimmte situative und personale Bedingungen treffender als mit dem Begriff der Elektivität zum Ausdruck bringen läßt: Letzterer suggeriert nämlich, daß das Kind die Bedingungen, unter denen es schweigt, quasi frei gewählt haben könnte (vgl. Porjes 1992, 370) - eine Vorstellung, die heute gemeinhin als überwunden gilt (allerdings grenzt Neuhäuser 1995, 387, den elektiven Mutismus immer noch als „willentliche Sprachverweigerung“ von der Entwicklungsdysphasie ab).

Um den Mutismus im oben definierten Sinne von solchen Formen des Schweigens zu unterscheiden, die auf organischen Bedingungen beruhen (z. B. nach Laryngektomie, Glossektomie, bei Gehörlosigkeit und einzelnen Aphasien), fügt Lebrun (1990) ihm die Adjektive „funktional“ bzw. „psychogen“ hinzu. Er verwendet die diagnostische Kategorie „funktionaler (oder psychogener) Mutismus“, wenn alles darauf hindeutet, daß eine Person sprechen kann, aber unter

bestimmten Umständen oder in der Gegenwart bestimmter Personen schweigsam bleibt. Die Bezeichnung wird auch benutzt, wenn Sprechen unterdrückt wird, obwohl die peripheren Sprechorgane normal erscheinen und bei der Untersuchung keine zentrale Schädigung gefunden werden kann, aufgrund derer das Ausbleiben oral-verbaler Ausdrucks zu erklären wäre“ (1990, 12, Übers. R. B.). Diese Kennzeichnung legt sowohl die Annahme einer psychologisch als auch die einer sozio-kulturell zu erklärenden Verursachung des Mutismus nahe, denn sowohl im Kinde liegende Bedingungen als auch ungünstige Variablen des Umfeldes sind als begünstigende Wirkfaktoren anzunehmen. Realistisch erscheint mir in jedem Falle die Vorstellung einer Wechselwirkung vielfältiger Variablen, wobei die Annahme eines verwobenen Kausalnetzes aus Risikofaktoren, kindlichem Adaptationsstil und mannigfachen Streßquellen (ausführlich dazu: Bahr 1996) hier aussagekräftiger ist als das immer wieder vorgebrachte Postulat einer „Polyätiologie“, mit dem verschiedene mögliche Verursachungsmomente lediglich nebeneinander gestellt werden (z. B. Muchitsch 1979, 12, Hartmann 1993, 38). Im dritten Abschnitt dieses Artikels werde ich Bezug darauf nehmen, wie sich die ätiologischen Erklärungen im einzelnen darstellen, denn sie stehen jeweils in einer engen Beziehung zur gewählten Therapie.

Die Unterscheidung zwischen partiellem und vollständigem Schweigen wird in der Fachliteratur zum einen als eine graduelle angesehen, zum anderen werden beide Formen des Mutismus unterschiedlichen Personenkreisen zugewiesen: Graduell ist der Unterschied insofern, als ein (s)elektiver Mutismus sich auf bestimmte Situationen und Personen bezieht, ein totaler Mutismus hingegen omnipräsent ist; Unterschiede im Vorkommen bestehen dahingehend, daß vom (s)elektiven Mutismus eher Kinder, vom totalen Mutismus eher Erwachsene betroffen zu sein scheinen. Auslösende Ursachen und begleitende Symptome können aber in beiden Fällen gleich sein, wobei die Beispiele in der Fachliteratur darauf hindeuten, daß ein totaler Mutismus zumeist traumatisch ausgelöst wird, während ein (s)elektiver Mutismus sich in der Regel über Jahre hin vom frühen Kindesalter an manifestiert; dabei können aber traumatische Ereignisse auch eine Rolle spielen. (S)elektiv mutistische Kinder sprechen typischerweise innerhalb ihres engen familiären Umfeldes, während sie beispielsweise im Kindergarten, in der Schule und in der Therapiesituation zumeist völlig stumm erscheinen. Insofern ist ihr Mutismus uns gegenüber, die wir professionell mit ihnen befaßt sind, im Grunde in der Regel ein

totaler Mutismus. In der französischsprachigen Fachliteratur wird in diesem Zusammenhang auch von einem „mutisme extrafamilial“ gesprochen (z. B. Myquel & Granon 1982). Beispiele, wonach ein (s)elektiver Mutismus sich auf die Familienmitglieder bezieht, während außerhalb der Familie gesprochen wird, sind extrem selten (Wilkins 1985, 201, stellt drei solcher Fälle vor).

Daß ein (s)elektiver Mutismus in einen totalen Mutismus übergehen kann, wird von Paniagua und Saeed (1988) herausgestellt. Sie sprechen im Falle eines solchen Syndromwandels von „progressivem Mutismus“ und beschreiben damit Kinder, die alle Merkmale eines (s)elektiven Mutismus aufweisen, außer daß sie zu niemandem (mehr) sprechen. Das therapeutische Ziel bestehe dann darin, den „progressiven Mutismus“ in einen (s)elektiven Mutismus zurückzuführen, wobei die Eltern lernen müssen, diese Umwandlung einer schwerwiegenden Störung in eine (m. E. vermeintlich) leichtere Störung als sinnvolles Ziel zu akzeptieren.

In der internationalen Fachliteratur sind in den letzten Jahren zwei Klassifikationsansätze, die über die bloße phänomenologische Unterscheidung zwischen (s)elektivem und totalem Mutismus hinausgehen, hervorgetreten. Sie stammen von Hayden (1980) und Lesser-Katz (1986). Der zuerst genannte Ansatz wurde viel beachtet und (m. E. zurecht) kritisiert; der zweite Ansatz ist noch wenig bekannt, scheint mir praktikabler, aber auch nicht ganz unproblematisch zu sein. Beide Ansätze sollen hier vorgestellt werden:

Hayden (1980) unterscheidet nach einem Vergleich von 68 Kindern insgesamt vier Typen des elektiven Mutismus:

- symbiotischen Mutismus
- Sprechangstmutismus
- reaktiven Mutismus und
- passiv-aggressiven Mutismus.

Hauptsächliches Merkmal des symbiotischen Mutismus sei eine enge, eben „symbiotische“ Beziehung des Kindes zu einer Bezugsperson, in der Regel zur Mutter, die dem Kind verbale Anforderungen abnehme und häufig eifersüchtig auf die Beziehungen des Kindes außerhalb des Elternhauses reagiere. Der symbiotische Mutismus diene als effektive Kontrollmethode gegenüber der Umgebung. Hayden fand diese Form bei 31 der 68 untersuchten Kinder. Sprechangstmutismus wird von der Autorin durch Furcht, die eigene

Stimme zu hören, ritualisiertes körperliches Verhalten beim Sprechen (z. B. wiederholende Berührungen von Körperteilen) und eine allgemeine Motivation, das Sprechen wiederzugewinnen, gekennzeichnet. Sieben von 68 Kindern wurden diesem Typus zugeordnet. Reaktiver Mutismus hänge mit mehreren traumatischen Ereignissen in der Vorgeschichte zusammen (z. B. sexueller Mißbrauch, körperliche Züchtigung). Auffällig seien bei diesen Kindern (14 von 68 waren betroffen) leichtere oder schwerere Symptome von Depressionen, Zurückgezogenheit, Benommenheit, Maskenhaftigkeit im Gesichtsausdruck, verarmtes Sozial- und Spielverhalten. Passiv-aggressiver Mutismus schließlich sei insbesondere dadurch gekennzeichnet, daß die Kinder ihr Schweigen als Waffe benutzen und Feindseligkeit durch trotziges Sprechverweigerung ausdrücken, wobei auch Gewalttätigkeiten der Kinder vorkämen. Innerhalb seines familiären Umfeldes spiele das Kind die Rolle des Sündenbocks, wodurch es veranlaßt werde, das Schweigen als ein Symptom zu wählen (!), mit dem es sein Umfeld kontrollieren und manipulieren könne. Sechzehn von 68 Kindern wurden dieser Gruppe zugeordnet.

Was macht nun die Einteilung Haydens problematisch?

Wer mutistische Kinder kennt, wird sogleich Überschneidungen zwischen den einzelnen Kategorien feststellen: So läßt sich beispielsweise die Variable „Kontrolle“, die hier zur hauptsächlichsten Erklärung einer einzelnen Mutismusform herangezogen wird (passiv-aggressiver Mutismus), nach meiner Erfahrung und Einschätzung prinzipiell auf den Mutismus anwenden. Hayden selbst erklärt ja hier auch den symbiotischen Mutismus als den Zielen einer Kontrolle unterliegend. Symbiotische Bedingungen wiederum können nach allen Erfahrungen genau mit jenen Symptomen einhergehen, die hier beim reaktiven Mutismus genannt werden (Rückzug, Maskenhaftigkeit, verarmtes Sozialverhalten). Es scheint mir in diesem Zusammenhang auch denkbar, daß ein reaktiv (traumatisch) ausgelöster Mutismus erst zu symbiotischem Verhalten führt, wenn beispielsweise eine Mutter aus Besorgtheit, Mitleid oder auch aus Scham beginnt, ihr Kind abzuschirmen. Das, was Hayden als Sprechangstmutismus beschreibt, scheint mir schließlich gar kein Mutismus im gebräuchlichen Sinne des Wortes zu sein, denn die Symptome dieser Kategorie (insbesondere die wiederholenden Körperbewegungen) deuten eher auf ein Nichtsprechen im Rahmen eines autistischen Syndroms hin. Kurzum: Haydens Klassifikationsversuch bleibt aufgrund von Überschneidun-

gen und aufgrund der uneinheitlichen Kategorienbildung (ätiologisch beim reaktiven Mutismus und schwerpunktmäßig phänomenologisch bei den anderen drei Formen) mit Unzulänglichkeiten behaftet, so daß er m. E. keine eindeutigen diagnostischen Zuordnungen erlaubt (methodische Kritikpunkte zu dieser Klassifikation finden sich überdies bei Kolvin & Fundudis 1981, 220).

Fünfzehn mutistische Kinder wurden von Lesser-Katz (1986) in Chicago untersucht. Zwölf dieser Kinder waren nicht bloß schweigsam, sondern erwiesen sich als „willfährig“ („compliant“), schüchtern, passiv, unsicher und nahezu „eingefroren“ gegenüber Fremden. Die Autorin sieht darin eine Fluchtreaktion („flight response“), mit der die Kinder versuchen, sich die Sicherheit der Bindung an ihre Mutter zu bewahren. Es handelt sich um ein übersteigertes Fremdelverhalten, das Lesser-Katz zufolge im Grunde nicht eine Angst vor Fremden, sondern eine Angst vor der Trennung von der Mutter darstellt. Die zweite, erheblich kleinere Gruppe, bestand aus drei Kindern, deren Verhalten als „oppositionell“ gekennzeichnet wird. Lesser-Katz sieht darin eine Kampfreaktion („fight response“), mit der die Betroffenen Feindseligkeit zum Ausdruck bringen. Sie seien aggressiv-vermeidend, verweigern sowohl zu Hause als auch in der Schule Aktivitäten und bewahren eine große körperliche Distanz, so daß es schwierig sei, überhaupt mit ihnen in Kontakt zu treten.

Praktikabel erscheint mir der Ansatz von Lesser-Katz deshalb, weil die für beide Kategorien gültige Sichtweise des Mutismus als Reaktion in bezug auf Bedingungen des Umfeldes („flight or fight“) es ermöglicht, das Schweigen als eine aus Sicht des Kindes subjektiv sinnvolle Bewältigungsform anzusehen. Die Bezeichnung Mutismus ist aus einer solchen Perspektive nicht als bloßes pathologisierendes Etikett zu verwenden, sondern Schweigen läßt sich danach als spezifische Kommunikationsform verstehen, der spezifische biographische Bedingungen zugrunde liegen (ausführlich dazu: Bahr 1996). Problematisch dürfte aber letztlich auch bei Lesser-Katz der Versuch bleiben, jedes mutistische Kind genau einer der beiden Kategorien diagnostisch zuzuordnen, denn die „Kampf“-Haltung schließt beispielsweise ein wie „eingefroren“ wirkendes Körpergebaren bei der „Flucht“-Haltung m. E. keinesfalls aus.

Im folgenden werden die in der Fachliteratur am häufigsten beschriebenen therapeutischen Verfahren, die beim kindlichen Mutismus zur Anwendung kommen, vorgestellt.

3. Therapieverfahren

Die Menge der international publizierten therapeutischen Fallstudien zum Mutismus ist so umfangreich, daß sie hier auch nicht annähernd vollständig berücksichtigt werden kann. Leserinnen und Leser, die sich mit Einzelstudien beschäftigen wollen, seien auf die Bibliographie von Wright et al. (1994) sowie auf den jeweils ersten Teil der Monographien von Lebrun (1990) und Bahr (1996) verwiesen. Zusammenfassende Übersichtsdarstellungen jüngerer Datums haben überdies Leonard & Topol (1993) sowie Dow et al. (1995) vorgelegt.

Sowohl in der englisch- als auch in der deutschsprachigen Fachliteratur dominieren die verhaltenstherapeutischen Fallstudien. Die letzten mir bekannten Berichte aus Deutschland bzw. Österreich stammen von Brack & Metzner (1993) und Wernitznig (1993). Auch bei Hartmann (1993, 88 ff.) ist eines der drei von ihm referierten Fallbeispiele verhaltenstherapeutisch orientiert (Fall „Maria“). Obwohl auf einer längeren Tradition beruhend, stehen psychoanalytische Therapieverfahren beim Mutismus heute an zweiter Stelle (z. B. Weininger 1987, Krolian 1988, Shreeve 1991), gefolgt von Familientherapie (z. B. Clemente et al. 1986, Hoffman & Laub 1986) und pharmakotherapeutischen Verfahren, denen seit Beginn der neunziger Jahre in den USA verstärkte Beachtung geschenkt wird (Zusammenfassungen dazu bei Leonard & Topol 1993, 702 f. und bei Bahr 1996). Daneben finden sich in der Literatur Studien, die im weitesten Sinne als spieltherapeutisch oder sprachheilpädagogisch bzw. logopädisch zu verstehen sind (z. B. Barlow et al. 1986, Tittnich 1989, Roe 1993, Franke und Meyberg in diesem Heft). Komplex ansetzende Therapien vermischen zumeist mehrere Verfahren (z. B. Spiel und psychoanalytische Deutung bei Lesser-Katz 1988, Gruppenspielaktivitäten und sukzessive Verhaltensmodifikation bei Bozigar & Hansen 1984, Spiel und begleitende Familienarbeit bei Barlow et al. 1986), sind aber in der Regel doch, zumeist in Abhängigkeit von der beruflichen Ausbildung und vom therapeutischen Selbstverständnis der Autoren her, überwiegend einem therapeutischen Paradigma zuzuordnen.

Der gewählte therapeutische Zugang steht in einem engen Zusammenhang mit den Vorstellungen über die Entstehungszusammenhänge des Mutismus, und er unterliegt somit auch einem dementsprechenden Menschenbild. Im folgenden sollen die gängigen Therapieverfahren anhand

ausgewählter Einzelbeispiele auf der Grundlage der im jeweiligen Ansatz implizierten Annahme über die Wirkfaktoren beim Mutismus vorgestellt werden.

3.1 Verhaltenstherapie

Ein Mutismus ist dieser Therapierichtung zufolge als gelerntes Verhalten zu verstehen, bei dem das Schweigen eine Reaktion auf auslösende Stimuli (hier: Anforderungen, die sprachlichen Aufforderungscharakter haben) unter der Bedingung spezifischer Organismusvariablen (z. B. auffälliges EEG) darstellt. Verschiedenartige Konsequenzen (z. B. vermehrte Zuwendung, Verzicht auf Anforderungen) verstärken die Schweigehaltung und tragen zur dauerhaften Manifestation des Mutismus bei.

In der Verhaltenstherapie des Mutismus spielen sowohl die Berücksichtigung von Stimulusbedingungen als auch Prinzipien der Verstärkung eine zentrale Rolle. Die am häufigsten angewandte Methode ist das sog. stimulus fading in Verbindung mit positiver Bekräftigung des gewünschten Verhaltens, also des Sprechens. Unter stimulus fading ist die schrittweise Einblendung von Personen und / oder Situationen zu verstehen, d. h., daß das Kind dann, wenn das Sprechen erst einmal etabliert wurde (i. d. R. in Gegenwart von Therapeut und Mutter), nach und nach mit anderen Personen konfrontiert und / oder in verschiedenartigen Situationen begleitet wird. Dadurch soll eine Generalisierung des Sprechens erreicht werden. Parallel dazu werden dem Kind soziale Verstärker (wie verbales Lob, Freizeitaktivitäten, Körperkontakt), materielle Verstärker (wie Süßigkeiten, Geld, Spielsachen) oder Verstärkermenus (z. B. Sammelpunkte, die später gegen einen lange gehegten Wunsch, etwa ein Fahrrad oder ein Haustier, eingetauscht werden können) für die gezeigten Leistungen gegeben. Zur Veranschaulichung sei hier das Beispiel der Therapie mit der fünfjährigen Mary (Richburg & Cobia 1994) angeführt:

Mary spricht zu Hause mit ihren Eltern und mit ihrem vierzehnjährigen Bruder, zu dem sie eine enge Beziehung hat. Ihre Sprachentwicklung ist insgesamt als verzögert anzusehen. In sozialen Situationen außerhalb der Familie spricht sie nicht. Sie wirkt schüchtern und nervös im Kindergarten und spielt nur in kleinen Gruppen von zwei oder drei Kindern, mit denen sie zeitweilig auch spricht; jedoch verstummt sie,

sobald sich ein anderes Kind auch nur in der Nähe befindet. Ihr Verhalten wird von einer Schulberaterin genauer beobachtet: Auffällig sind angstbezogene Verhaltensweisen wie Händeringen, Weinen, Verstecken und Saugen an Händen und Fingern. Die mit Mary durchgeführte Verhaltenstherapie verläuft in mehreren Abschnitten:

Mary nimmt zunächst zweimal wöchentlich für jeweils 30 Minuten am Unterricht in einer kleinen Sonderklasse für entwicklungsverzögerte Kinder teil. Hier gelingt es der Förderlehrerin, sie bereits nach fünf Sitzungen mit Hilfe des Gebrauchs von positiven Verstärkern zum Sprechen zu bringen. Der anschließende Versuch, diese Kleingruppe in die Großgruppe der Vorschule zu integrieren und Mary dort mit materiellen und sozialen Verstärkern zu belohnen, schlägt jedoch fehl. So nimmt Mary weiter für mehrere Monate am Förderunterricht teil.

Der nächste Therapieschritt besteht darin, daß die Schulberaterin Mary im spielerischen Einzelkontakt wiederum unter Einsatz von verschiedenen Verstärkern zum Sprechen bewegt und ihr erklärt, daß sie lernen soll, in ihrer Vorklasse zu sprechen. Nach drei Sitzungen wählt Mary eine Klassenkameradin aus, die an der Sitzung teilnehmen darf. Die beiden Kinder bestimmen in der fünften Sitzung gemeinsam zwei Verstärker, die Mary bekommen soll, wenn es ihr gelingt, zur Lehrerin in einer großen Gruppe zu sprechen: Nach vier Äußerungen dieser Art soll eine Party mit allen Klassenkameraden stattfinden, nach acht Äußerungen sollen beide Mädchen je ein Puppenset geschenkt bekommen, mit dem sie jetzt schon spielen dürfen. In die sechste, siebte und achte Sitzung wird jeweils ein weiteres Kind mit einbezogen, so daß Mary schließlich in Gegenwart von vier anderen Kindern und der Schulberaterin spricht. Die neunte Sitzung wird in den Klassenraum verlagert. Die Fünfergruppe spielt dort zunächst für sich, wobei Mary in den ersten 20 Minuten mutistisch bleibt, in den letzten zehn Minuten aber mit ihrer Gruppe singt. Von der zehnten Sitzung dieser Art an bleibt ihr Sprechen innerhalb ihrer Gruppe nahezu unbeeinträchtigt; in der fünfzehnten Sitzung zieht sich die Beraterin zurück. Mary spricht nun konsistent in der Kleingruppe, jedoch überhaupt nicht vor der Großgruppe. Die Autorinnen resümieren, daß das stimulus fading-Programm wohl zu schnell durchgeführt worden sei.

Der Therapieplan wird nunmehr dahingehend geändert, daß Personen, mit denen Mary nicht spricht, dorthin geholt

werden sollen, wo sie spricht, also etwa im Büro der Beraterin und zu Hause. Als erstes wird die Lehrerin der ersten Klasse, in die Mary jetzt eingeschult wird, hinzugezogen. Diese Lehrerin besucht das Mädchen zunächst zu Hause, schenkt ihm ein Stofftier und stellt Ja-Nein-Fragen, die Mary tatsächlich durch Kopfnicken bzw. -schütteln beantwortet. In der Schule werden die Klassenkameraden dahingehend instruiert, daß sie nicht für Mary antworten sollen. Nach einem Monat spricht Mary vor einer kleinen Gruppe mit ihrer Lehrerin. Im Dezember, also etwa vier Monate nach Beginn des Schuljahres, spricht das Mädchen vor der ganzen Klasse zur Lehrerin und erhält dafür das früher bereits versprochene Puppenset als Belohnung. Von nun an spricht sie weiterhin im Klassenraum.

Das Beispiel verdeutlicht, daß die Beratung und die Zusammenarbeit mit dem Umfeld des Kindes einen großen Stellenwert bei der Durchführung einer verhaltenstherapeutischen Maßnahme haben und daß es nötig ist, den Therapieplan mit Geduld und Flexibilität den sich verändernden Bedingungen anzupassen. Klar wird hier auch, daß es nicht das Anliegen einer solchen Maßnahme ist, tieferliegende Ursachen und familiäre Beziehungsstrukturen aufzuarbeiten, sondern daß es ganz pragmatisch darum geht, beim Kind den Sprachgebrauch in extrafamilialen Situationen zu evozieren.

3.2 Psychoanalyse

Eine psychoanalytische Erklärung des Mutismus nimmt Bezug auf die Phasen der psychosexuellen Entwicklung im Sinne Freuds. Indem das Kind schweigt, drückt es eine Regression und Fixierung auf orale und anale Impulse mit der Folge einer ineffizienten Verarbeitung der ödipalen Phase und dem Resultat einer unangemessenen Ich-Kontrolle aus. Mit anderen Worten: Ein schweigendes Kind hält die Symbiose zur Mutter, das wortlose Einssein mit ihr (orale Phase) aufrecht und schützt sich mit dem Schweigen vor den nicht bewältigten Anforderungen der analen Phase (Erkennen der Grenzen zwischen sich und den anderen, Lösung enger frühkindlicher Bindungen). Lesenswert ist in diesem Zusammenhang die Dissertation von Steiner (1983), die sich zwar nicht mit Mutismus im hier gebrauchten Sinne, wohl aber ausführlich mit Sprechen und Schweigen aus psychoanalytischer und aus entwicklungspsychologischer Sicht beschäftigt.

Unter methodischem Gesichtspunkt wird die psychoanalytische Therapie mit mutistischen Kindern durch Deutungen realisiert, die der Therapeut dem Kind in der gemeinsamen Interaktion anbietet. Als Medien kommen dabei künstlerische Ausdrucksformen (wie Modellieren mit Ton, Malen mit Fingerfarben), das Spiel mit dem Sceno-Test, Bau-, Regel- und Rollenspiele sowie Phantasiespiele mit Gegenständen (wie Puppenhaus, Handpuppen) und Geschichten zum Einsatz. Die wohl anschaulichste und kompletteste Dokumentation eines stringent psychoanalytischen Therapieverlaufs mit einem mutistischen Kind stammt von Chethik (1977), ausführlich vorgestellt bei Bahr (1996). Hier möchte ich die Therapie mit der fünfjährigen Eva (Weininger 1987) exemplarisch zur Darstellung bringen:

Eva ist ein Einzelkind, das viel lächelt und angepaßt wirkt, obwohl es nicht spricht. Als Weininger mit Eva zu arbeiten beginnt, schweigt sie seit sieben Monaten, offenbar ausgelöst durch den Eintritt in die Vorschule. Die Therapie gestaltet sich zunächst als nonverbales Spiel mit einer Puppenfamilie und mit einem Badezimmer-Set, Puppenmöbeln, Papier, Bleistift und Buntstiften. Evas hauptsächliche Aktivitäten bestehen in Körperpflege-Handlungen, die sie mit der Puppenmutter und deren Puppenkind gleichzeitig ausführt. Weininger richtet seine Deutungen dabei auf die darin enthaltenen anal-sadistischen Aktivitäten. So lautet sein Kommentar z. B. dann, wenn die Puppenmutter das Kind auf die Toilette gesetzt hat und beide hineingeschaut haben: „I think that they need to see the poo because sometimes poo is bad and makes people very angry“ (1987, 29). Nach dieser Äußerung nimmt Eva den Bleistift und kritzelt wild auf dem Papier herum. Weininger: „I think that you are very angry but it's hard for you to tell me how angry you are because you don't like me talking about the poo. You want the mommy to see the poo and not be hurt“ (1987, 30).

Die Therapie findet zweimal wöchentlich statt. Eva beginnt nach vier Wochen zu sprechen. Sie sagt: „The poo stays in the toilet“ (ebd.). Weininger sieht hier einen beginnenden Wandel, der Eva dahin führt, in ihren Fäkalien nicht mehr etwas Böses sehen zu müssen, das der ständigen Kontrolle der Mutter unterliegt. Bei einem Hausbesuch hatte Weininger erfahren, daß Evas Sauberkeitserziehung schwierig gewesen war. Eva lebe nun in ständiger Angst, in der Vorschule in die Hose zu machen. Diese unbewußte Phantasie von „Schlechtheit“, so die psychoanalytische Deutung, könne herauskommen, wenn sie in Abwesenheit der Mutter sprechen würde: „In

other words, the sadistic phantasy associated with defecation was symbolically replaced as not speaking“ (1987, 30). Nach vier Monaten ist die psychoanalytische Einzeltherapie mit Eva beendet, und Sprechen ist für sie kein Problem mehr.

Weininger weist darauf hin, daß in diesem Falle weniger eine Unfähigkeit, sich von der Mutter zu trennen, als vielmehr eine Angst vor der Unfähigkeit, die eigenen Projektionen kontrollieren zu können, vorliege. Eva identifiziert sich mit ihrer Mutter, die zu Hause dominant ist, während der Vater häufig abwesend ist und sich den Entscheidungen seiner Frau fügt. Eva übernimmt die Haltung der Mutter, daß es wichtig ist, im Hause alles in Ordnung zu haben, stellt sich aber vor, daß die Welt draußen aggressiv ist. Sie entwickelt die Vorstellung, daß die Eltern sie nicht als die hübsche, nette, liebenswerte kleine Tochter, die sie gerne sein möchte, wahrnehmen könnten.

Der Kontrast dieses Therapiebeispiels zur oben geschilderten Verhaltenstherapie kann größer kaum sein, denn ging es dort in erster Linie um das Sprechen selbst, so stehen hier ausschließlich frühkindlich-sexuelle Entwicklungsaspekte und familiäre Besonderheiten im Vordergrund. Nach psychoanalytischer Auffassung löst sich das Problem des Schweigens im Grunde dann von selbst, wenn es gelingt, dem Kind adäquate Deutungen seiner im Spiel zum Ausdruck kommenden Phantasien anzubieten.

3.3 Familientherapie

Das mutistische Symptom ist im Sinne der Familientherapie Ausdruck ungünstiger innerfamiliärer Beziehungs- und Verhaltensmuster, die sich teilweise über mehrere Generationen hinweg wiederfinden lassen. So kann sich beispielsweise in der engen emotionalen Bindung der Mutter an ihr schweigendes Kind genau jene Bindung spiegeln, mit der diese Mutter immer noch an ihre eigene Mutter, also an die Großmutter des Kindes, gebunden ist. Es kann z. B. ein von Schuldgefühlen begleiteter Abhängigkeitskonflikt bestehen, aufgrund dessen die angemessene Therapie keinesfalls in der alleinigen Arbeit mit dem mutistischen Kind zu bestehen hat. Mit Hilfe einer generationenübergreifenden Analyse ist etwa die Auflösung ungünstiger Bindungen anzustreben, wobei auch die Beziehung der Eltern zueinander und die Rolle der Geschwister des Symptomträgers zu berücksichtigen sind (vgl. Clemente et al. 1986). Goll (1979) arbeitet heraus, daß überdies ein Familiensystem nicht unabhängig von dem es umgebenden Gesellschaftssystem zu sehen ist; dieser Gedanke spielt z. B. beim Verstehen des Mutismus von Migrantenkindern eine bedeutende Rolle (vgl. Kracht & Schümann 1994, Dahoun 1995, Bahr 1996).

Als Beispiel für eine familientherapeutisch orientierte Intervention sei hier die Studie von Rosenberg & Lindblad (1978) vorgestellt, die zwar verhaltenstherapeutische Maßnahmen einbezieht, aber in ihrer Anlage doch eindeutig eine Familientherapie darstellt:

Tony ist sechseinhalb Jahre alt, besucht die erste Klasse und schweigt seit Eintritt in den Kindergarten außerhalb der Familie. Seine Mutter ist Hausfrau, 23 Jahre alt, sein Vater ist LKW-Fahrer, 27 Jahre alt, und er hat eine fünfjährige Schwester, Susan. Die erste Therapiephase (insgesamt fünfzehn Sitzungen, dreimal wöchentlich) findet mit Tony, Susan und der Mutter statt, während der Vater wegen seines Dienstplanes die Teilnahme verweigert. Um Tony in Gegenwart von Fremden zum Sprechen zu bringen, wird zunächst ein stimulus-fading-Programm mit positiver Verstärkung unter Zuhilfenahme eines Spielzeugtelefons durchgeführt (Details bei Rosenberg & Lindblad 1978, 80). Danach spricht Tony mit der Therapeutin und dem Therapeuten, aber noch nicht in der Schule. Damit der Vater in die Familientherapie einbezogen werden kann, entschließt sich das Therapeutenpaar, Hausbesuche durchzuführen.

Bei diesen Besuchen wird die Funktion von Tonys Symptom im Zusammenhang struktureller Aspekte des Familiensystems deutlich: Tony sitzt zu Füßen seiner Mutter und flüstert. Der Vater sitzt auf der gegenüberliegenden Seite des Zimmers und beklagt sich mit lauter Stimme darüber, daß er nie hören könne, was gesagt wird. Er erzählt spontan von einem Unfall, den er als Siebenjähriger hatte: Nach diesem Unfall sei er vier Jahre lang taub gewesen, so daß Sprechen und Hören für ihn von großer Wichtigkeit waren. Er war von seinen Klassenkameraden durch Flüstern gehänselt worden. Während der häuslichen Sitzungen wird klar, daß zwischen Tony und seiner Mutter eine „Koalition der Rache“ gegen den Vater besteht. Die Mutter nimmt ihren Mann als peripher in seiner Beteiligung an der Kindererziehung wahr, unterstützt aber zugleich seine Distanz in der Familie. In der dritten Sitzung gelingt es ihr beinahe, ihn davon zu überzeugen, wegen angeblicher Krankheit im Bett zu bleiben. Als er doch im Wohn-

zimmer erscheint, entwickelt sich eine Diskussion darüber, daß beide Eltern gemeinsam sich aktiv um die Kinder zu kümmern hätten. Nach diesem Gespräch ist Tony nicht mehr von seinen Eltern in ein „Dreiecksverhältnis“ eingebunden, und er beginnt spontan in der Schule zu sprechen. Diese Familientherapie endet nach der vierten Sitzung.

Eine wichtige Schlußfolgerung aus diesem Beispiel scheint mir die Notwendigkeit der Einbeziehung aller Familienmitglieder zu sein, wenn man von echter Familientherapie sprechen will. Das Aufsuchen der Familie zu Hause und die Beobachtung allein schon der äußeren Kommunikationsstrukturen geben hier deutliche Hinweise auf ein Verstehen der mutistischen Symptomatik. Darüber hinaus wird hier klar, daß sich die Kombination verschiedener Verfahren (hier: Verhaltensmodifikation und Familientherapie) keinesfalls ausschließt.

3.4 Pharmakotherapie

Pharmakotherapie mit mutistischen Kindern trägt der Beobachtung Rechnung, daß die Betroffenen nahezu immer ängstlich sind. Der Leitgedanke besteht darin, den Kindern mit solchen Medikamenten helfen zu wollen, die in der Therapie mit depressiven und ängstlichen Erwachsenen erfolgreich eingesetzt wurden. In jüngster Zeit wurden insbesondere Versuche mit dem antidepressiven Wirkstoff Fluoxetin veröffentlicht (Black & Uhde 1992, Wright et al. 1995). Die als günstig eingeschätzten Ergebnisse dieser beiden Einzelfallstudien werden durch die aufwendig angelegte empirische Doppelblindstudie von Black & Uhde (1994) relativiert: Darin wurden sechs Kinder zehn Wochen lang mit Fluoxetin und neun mit einem Placebo behandelt; vorausgegangen war eine zweiwöchige Placebogabe an alle fünfzehn Kinder. Während der zehnwöchigen Versuchsphase hatten Lehrer, Eltern und Klinikpersonal die Veränderungen hinsichtlich des Mutismus, der Angst, der Schüchternheit und des Vermeidungsverhaltens der Kinder einzuschätzen. Am Ende zeigten sich Verbesserungen bezüglich der Mutismus- und Angstwerte in beiden (!) Gruppen, wobei allerdings alle Kinder insgesamt noch auffällig waren. Nach Einschätzung der Eltern, nicht aber nach der der Lehrer und Kliniker, waren die Verbesserungen in der mit Fluoxetin behandelten Gruppe aber stärker. Black & Uhde (1994) führen diesen Befund da-

rauf zurück, daß sich Verbesserungen am ehesten im häuslichen und im erweiterten familiären Umfeld zeigen. Alles in allem war die gesamte Versuchsphase wohl zu kurz, um abschließende Rückschlüsse auf die Wirksamkeit der medikamentösen Therapie ziehen zu können.

Zu rechtfertigen ist eine medikamentöse Behandlung mutistischer Kinder m. E. nur dann, wenn - unter größtmöglicher Ausschaltung von Nebenwirkungen - insgesamt ein multimodaler Ansatz verfolgt wird, bei dem das ärztlich verordnete Medikament dazu beitragen kann, die durch psychologische und / oder pädagogische Therapieformen erzielten Verbesserungen zu unterstützen (vgl. Wright et al. 1995). Ansonsten fände lediglich eine „Anpassung auf Rezept“ (Voss 1992) statt, die dem komplexen Bedingungsgefüge des Mutismus nicht gerecht würde.

3.5 Spiel- und Sprachtherapie

Zentrales Merkmal spiel- und sprachtherapeutischer Interventionen beim Mutismus ist die Betonung der Interaktion zwischen dem Kind und seiner Therapeutin bzw. Lehrerin und darüber hinaus die Förderung sozial-kommunikativer Aktivitäten mit anderen Kindern. Die Übergänge zwischen Spiel- und Sprachtherapie sind fließend, und beide Formen schließen zumeist psychologisch begründete Maßnahmen mit ein. So stellen beispielsweise Bozigar & Hansen (1984) eine Gruppenspieltherapie vor, bei der vier Kinder zunächst lernten, nonverbal miteinander zu kommunizieren, dann mit verschiedenen Medien (Spieltiere, Puppen, Springseile, Brettspiele etc.) spielten, um allmählich verbal in Kontakt zu kommen. Die Autoren stellen u. a. die angstreduzierende Wirkung dieses Vorgehens heraus. Nachdem die Kinder in der Lage waren, wenigstens einmal während einer Gruppensitzung verbal zu antworten, wurden Maßnahmen vorgenommen, die dem stimulus fading der Verhaltenstherapie entsprechen: Die Gruppenaktivitäten wurden nach draußen verlagert (Park, Restaurant, Bücherei) und dann allmählich in Richtung Schule geführt, d. h., die Kinder wurden zum Schulgebäude, zum Klassenraum und in den Klassenraum hinein begleitet, bis sie dort schließlich allein gelassen werden konnten.

Lesser-Katz (1988) orientiert sich an Überlegungen zur Entwicklungspsychologie des Spiels bei Piaget und an Grund-

gedanken der Psychoanalyse. Sie betont, daß das Spiel eine zentrale Bedeutung für das emotionale und für das kognitive Wachstum des Kindes habe und überdies der vorherrschende Modus des kindlichen Gefühlsausdrucks sei. Sie betrachtet das Spiel als Form der „freien Assoziation“ und beschreibt u. a. die Therapie mit dem vierjährigen Kevin, mit dem sie über das Spiel mit Autos in Interaktion treten konnte. In einzelne Sitzungen wurden auch Kameraden aus der Vorschulklasse einbezogen. Über Phantasiespiele, Malen und das Bauen mit Klötzen wurde Kevin selbstbewußter und begann, Sprache spontan zu gebrauchen.

Handelt es sich bei den zuvor erwähnten Studien um die Beschreibung von Maßnahmen, die von Sozialarbeitern bzw. einer Psychologin durchgeführt wurden, so geht es bei den folgenden spiel- und sprachtherapeutischen Fallstudien um Verfahren aus den Arbeitsfeldern Kindergarten und Sprachheilschule, die von Sprachtherapeutinnen in Kindergärten (Tittnich 1989, Roe 1993) und von Sprachheillehrerinnen bzw. einem Sprachheillehrer in der Schule (Rodust & Schinnen 1985, Schwetz 1986 und Bahr 1996) durchgeführt wurden. Gemeinsames Merkmal aller beschriebenen Therapien ist die Herausstellung der guten pädagogischen Beziehung als wirkungsvolles Instrument zur Stärkung des kindlichen Selbstkonzepts. Unterschiede bestehen vorwiegend in der methodischen Gestaltung. So legt etwa Roe (1993) besonderen Wert auf eine Integration von Bewegungsförderung, Spieltherapie, rhythmisch-musikalischer Erziehung und Sprachtherapie. Tittnich (1989) stellt am Einzelfall die Stärkung der Autonomie durch besondere Beachtung und Spiegelung der vom Kinde ausgehenden nonverbalen Signale heraus. Schwetz (1986) betont die Wirkungen des „heilpädagogischen Klimas“ der Sonderschule, und Rodust & Schinnen (1985) legen besonderen Wert auf die Zusammenarbeit von Sprachheilpädagogin und Grundschullehrerin, damit das Kind seine Sprechbereitschaft im vertrauten Umfeld allmählich aufbauen kann. Bahr (1996) beschreibt den besonders schwerwiegenden Fall der bei Wechsel in die Sprachheilschule achtjährigen Rebekka: Über mehrere Jahre hinweg, während derer das Mädchen sich zeitweilig auch stationär in einer kinderpsychiatrischen Klinik befand, gelang es dem Autor insbesondere über eine von Wertschätzung und Akzeptanz getragene, angstreduzierende Beziehungsgestaltung, durch überschaubare Spiele und Situationsgestaltungen und durch dauernden Kontakt zur Familie das Mädchen zu entkrampfen und seine verbale Kommunikationsbereitschaft gegenüber Fremden zu etablieren.

4. Schluß

Das Thema „Mutismus“ ist in der logopädischen und sprachheilpädagogischen Fachliteratur ein bislang deutlich vernachlässigter Forschungsgegenstand. Es scheint jedoch, daß sich in jüngster Zeit ein verstärktes Interesse abzeichnet; das vorliegende Heft von L.O.G.O.S. interdisziplinär, die Aufarbeitung überwiegend der älteren deutschsprachigen Beiträge von Hartmann (1993) sowie mein Versuch, Kommunikations- und Bewältigungsformen mutistischer Kinder unter umfänglicher Einbeziehung von Beispielen aus internationalen Studien herauszuarbeiten (Bahr 1996), können hierfür als Belege gelten. Darüber hinaus geben Kracht & Schümann (1994) wichtige Anregungen zu einer verstärkten Beschäftigung mit den besonderen Bedingungen der Lebenswelt von Kindern in der Immigration. Das Leben zwischen zwei Sprachen und zwischen zwei Kulturen scheint eine Situation zu sein, die im Einzelfalle eine Schweigehaltung des Kindes begünstigen könnte. Keinesfalls aber ist die Theoriebildung zum Mutismus so weit fortgeschritten, daß man von einer bereits abgeschlossenen Neubestimmung dieses Phänomens aus sprachheilpädagogischer und / oder logopädischer Sicht sprechen könnte. Mein Vorschlag, Mutismus als subjektiv sinnvolles Bewältigungsverhalten zu verstehen, das dem Kind dazu dient,

- vor allem die Mutterbindung angesichts übersteigerter Trennungsangst zu sichern,
- das Problem, nicht zu wissen was man und wie man etwas sagen soll, zu lösen,
- den Selbstwert zu erhalten und
- die Zuwendung zu sichern,

möchte einen Impuls zu solch einer Theoriebildung liefern. Überdies erscheint es mir wichtig, in bezug auf den Mutismus eine interaktionale Perspektive einzunehmen, also stets danach zu fragen, was die Begegnung mit einem schweigenden Kind in mir, dem Therapeuten, auslöst, damit nicht Rat-, Hilflosigkeit und disengagement den Umgang bestimmen, sondern Verständnis, Akzeptanz und Engagement.

Literatur

Anthony, E. J. 1977: Nonverbal and verbal systems of communication. A study in complementarity, in: Psychoanalytic

Study of the Child, 32, 307-325

Bahr, R. 1996: Schweigende Kinder verstehen. Kommunikation und Bewältigung beim elektiven Mutismus. Dissertation: Universität zu Köln

Baldwin, S. & Cline, T. 1991: Helping children who are selectively mute, in: Educational and Child Psychology, 8, 72-83

Barlow, K., Strother, J. & Landreth, G. 1986: Sibling group play therapy. An effective alternative with an elective mute child, in: School Counselor, 34, 44-50

Black, B. & Uhde, T. W. 1992: Elective mutism as a variant of social phobia, in: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31, 1090-1094

Black, B. & Uhde, T. W. 1994: Treatment of elective mutism with fluoxetine. A double-blind, placebo-controlled study, in: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33, 1000-1006

Black, B. & Uhde, T. W. 1995: Psychiatric characteristics of children with selective mutism. A pilot study, in: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34, 847-856

Bozigar, J. A. & Hansen, R. A. 1984: Group treatment for elective mute children, in: Social Work, 29, 478-480

Brack, U. B. & Metzner, J. 1993: Elektiver Mutismus. Ein Fallbericht, in: Verhaltenstherapie, 3, 131-136

Chethik, M. 1977: Amy. The intensive treatment of an elective mute. In: McDermott, J. F. & Harrison, S. I. (Eds.): Psychiatric Treatment of the Child. New York: Aronson. 117-135

Clemente, J., Brafman, M. & Cohen, C. H. 1986: Concurrent treatment of mother and child in resolution of multigenerational separation and individuation difficulties, in: Journal of Contemporary Psychotherapy, 16, 140-150

Dahoun, Z. K. S. 1995: Les couleurs du silence. Le mutisme des enfants de migrants. Paris: Calman-Lévy

Dow, S. P., Sonies, B. C., Scheib, D., Moss, S. E. & Leonard, H. L. 1995: Practical guidelines for the assessment and treatment

of selective mutism, in: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34, 836-846

Goll, K. 1979: Role structure and subculture in families of elective mutists, in: Family Process, 18, 55-68

Hartmann, B. 21993: Mutismus. Zur Theorie und Kasuistik des totalen und elektiven Mutismus. Berlin: Spiess

Hayden, T. L. 1980: Classification of elective mutism, in: Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 19, 118-133

Hoffman, S. & Laub, B. 1986: Paradoxical intervention using a polarization model of cotherapy in the treatment of elective mutism. A case study, in: Contemporary Family Therapy, 8, 136-143

Kolvin, I. & Fundudis, T. 1981: Electively mute children. Psychological development and background factors, in: Journal of Child Psychology and Psychiatry, 22, 219-232

Kracht, A. & Schümann, H. 1994: Kommunikationsprobleme zweisprachiger Kinder unter den Bedingungen der Immigration - ein Fall von „elektivem Mutismus“?, in: Die Sprachheilarbeit, 39, 280-287

Krolian, E. B. 1988: „Speech is silver, but silence is golden“. Day hospital treatment of two electively mute children, in: Clinical Social Work Journal, 16, 355-377

Kussmaul, A. 1877: Die Störungen der Sprache. Leipzig: Vogel

Lebrun, Y. 1990: Mutism. London: Whurr Publishers

Leonard, H. L. & Topol, D. A. 1993: Elective mutism, in: Child and Adolescent Clinics of North America 2, 695-707

Lesser-Katz, M. 1986: Stranger reaction and elective mutism in young children, in: American Journal of Orthopsychiatry, 56, 458-469

Lesser-Katz, M. 1988: The treatment of elective mutism as stranger reaction, in: Psychotherapy, 25, 305-313

Muchitsch, E. 1979: Der Mutismus aus psychologischer Sicht, in: Der Sprachheilpädagoge, 11, 8-14

Myquel, M. & Granon, M. 1982: Le mutisme électif extrafamilial chez l'enfant. A propos de quatorze observations, in: *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 30, 329-339

Neuhäuser, G. 1995: Neuropsychologische Störungen. In: Petermann, F. (Hrsg.): *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Modelle psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe. 381-402

Paniagua, F. A. & Saeed, M. A. 1988: A procedural distinction between elective and progressive mutism, in: *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 19, 207-210

Porjes, M. D. 1992: Intervention with the selectively mute child, in: *Psychology in the Schools*, 29, 367-376

Richburg, M. L. & Cobia, D. C. 1994: Using behavioral techniques to treat elective mutism. A case study, in: *Elementary School Guidance and Counseling*, 28, 214-220

Rodust, H. & Schinnen, M. 1985: Aische bleibt in ihrer Klasse. Integrative Sprachtherapie in der Grundschule, in: *Die Sprachheilarbeit*, 30, 285-289

Roe, V. 1993: An interactive therapy group, in: *Child Language Teaching and Therapy*, 9, 133-140

Rosenberg, J. B. & Lindblad, M. B. 1978: Behavior therapy in a family context, in: *Family Process*, 17, 77-82

Ruzicka, B. B. & Sackin, H. D. 1974: Elective mutism. The impact of the patient's silent detachment upon the therapist, in: *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 13, 551-561

Schwetz, M. 1986: Elektiver Mutismus. Ein Fallbericht, in: *Der Sprachheilpädagogische*, 18, 44-48

Shreeve, D. F. 1991: Elective mutism. Origins in stranger anxiety and selective attention, in: *Bulletin of the Menninger Clinic*, 55, 491-504

Shvartzman, P., Hornshtein, I., Klein, E., Yechezkel, A., Ziv, M. & Herman, J. 1990: Elective mutism in family practice, in: *The Journal of Family Practice*, 31, 319-320

Steiner, M. J. 1983: Sprechen und Schweigen aus entwicklungspsychologischer und psychoanalytischer Sicht. Dissertation: Universität Zürich

Tittnich, E. 1989: Clinical illustration. Elective mutism, in: *Journal of Children in Contemporary Society*, 21, 151-158

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

Voss, R. 1992: Anpassung auf Rezept. Die fortschreitende Medizinisierung auffälligen Verhaltens bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Klett-Cotta

Weininger, O. 1987: Electively mute children. A therapeutic approach, in: *Journal of the Melanie-Klein-Society*, 5, 25-42

Wernitznig, H. 1993: Stationäre Behandlung eines elektiv mutistischen Kindes. Eine Fallstudie, in: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 42, 160-167

Wilkins, R. 1985: A comparison of elective mutism and emotional disorders in children, in: *British Journal of Psychiatry*, 146, 198-203

Windsor, P. 1994: *Die Sache mit dem Haß und der Liebe*. Hamburg: Carlsen

Wright, H. H., Cuccaro, M. L., Leonhardt, T. V., Kendall, D. F. & Anderson, J. H. 1995: Case study. Fluoxetine in the multimodal treatment of a preschool child with selective mutism, in: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 857-862

Wright, H. H., Holmes, G. R., Cuccaro, M. L. & Leonhardt, T. V. 1994: A guided bibliography of the selective mutism (elective mutism) literature, in: *Psychological Reports*, 74, 995-1007

Anmerkung (2007):

Seit dem ersten Erscheinen dieses Aufsatzes sind über 10 Jahre vergangen. In der Zwischenzeit hat es einer Reihe nennenswerter, umfangreicher Veröffentlichungen zum Thema gegeben. Davon nenne ich hier exemplarisch:

Bahr, R. 2006 (4. Aufl.): *Schweigende Kinder verstehen*. Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter

Bahr, R. 2006 (3. Aufl.): Wenn Kinder schweigen. Düsseldorf: Walter

Hartmann, B. (Hrsg.) 2005: Gesichter des Schweigens. Idstein: Schulz-Kirchner

Katz-Bernstein, N. 2007 (2. Aufl.): Selektiver Mutismus bei Kindern. München: Reinhardt

Katz-Bernstein, N., Meili, E., Wyler, J. (Hrsg.) 2007: Mut zum Sprechen finden. München: Reinhardt

Autor:

Dr. Reiner Bahr

Kurzbiographie:

Reiner Bahr studierte von 1979 bis 1984 Sprachbehindertenpädagogik in Köln; von 1984 bis 1991 Tätigkeit als Sprachtherapeut in Bonn und Wuppertal, von 1987 bis 1993 Beschäftigung als Sprachheillehrer und von 1993-1997 Lehrer für Sonderpädagogik im Hochschuldienst am Seminar für Sprachbehindertenpädagogik an der Universität zu Köln; dort auch therapeutische Arbeit und Supervision an der Forschungsstelle für Sprachtherapie und Rehabilitation und 1996 Promotion in Sprachbehindertenpädagogik und Heilpädagogischer Psychologie. Von 1997-2005 Fachleiter in der Ausbildung von Sonderpädagogen, danach Sonderschulkonrektor und seit 2007 Leiter der Wilhelm-Körber-Schule (Förderschule mit dem Förderschwerpunkt Sprache im Sekundarbereich I) in Essen. Zahlreiche Aufsatzpublikationen zur Sprachentwicklungsförderung, zum kindlichen Spiel, zum Mutismus und zur Didaktik der Sprachbehinderten in Fachzeitschriften und Sammelbänden, Kongressvorträge, Fortbildungen für Lehrer, Eltern, Sozial- und Diplompädagogen im In- und Ausland.