

Wege aus dem Schweigen - Therapie bei selektivem Mutismus

Ulrich Kürschner

Zusammenfassung

Vorgestellt wird das Modell einer Therapie bei selektivem Mutismus im Kindesalter, das bei der Arbeit mit der Familie systemisch-familientherapeutische Aspekte mit verhaltenorientierten Interventionen, die die Eltern dem Kind gegenüber vertreten, verknüpft. Die Therapie mit mutistischen Kindern erfordert ein verändertes Verständnis von „Helfen“, nämlich sich dem Kind nicht besonders zuzuwenden und auch nicht für es zu sprechen. An einem Fallbeispiel wird der therapeutische Prozeß erläutert und die Bedeutung von tabuisierten Familienthemen aufgezeigt.

Schweigen als Symptom

Jenny B.¹ (9 Jahre alt, 3. Klasse) hatte seit Schulbeginn weder mit Lehrern oder mit Mitschülern noch mit Fremden außerhalb der Familie gesprochen. Gelegentlich verständigte sie sich schriftlich. Jennys Stimmung war häufig launisch und aggressiv. Mit Familienangehörigen sprach sie völlig normal. Nachts kam sie zum Schlafen ins Bett der Eltern. Die Eltern hatten immerhin erreicht, daß Jenny im häuslichen Umfeld mit Kindern sprach. Das Schweigen begann täglich auf dem Schulweg, wenn die Schule zum ersten Mal sichtbar wurde. Nach erfolglosen Kontakten in einer Beratungsstelle und dem schulpsychologischen Dienst erfolgte die Vorstellung in unserer Klinik. Nach anderthalb Jahren ambulanter Therapie ohne sichtbaren Erfolg wurde Jenny stationär aufgenommen.

Diese Symptomatik wird „elektiver“ bzw. „selektiver“² Mutismus genannt; der Begriff beschreibt eine psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen, die durch das Nichtsprechen in bestimmten Situationen bei völlig intaktem Sprechvermögen charakterisiert ist (Remschmidt 1985). Das Schweigen außerhalb der Familie ist oft über viele Jahre stabil, auch wenn einige Kinder sich durch einzelne, geflüsterte Wörter oder sparsame nonverbale Signale mitteilen. Mutismus kommt deutlich häufiger bei Mädchen vor, gilt insgesamt jedoch als selten. In den letzten Jahren hat sich aus den Erfahrungen in meiner Arbeit³ mit mutistischen Kindern ein Behandlungskonzept entwickelt, in dem die systemische Therapie eine zentrale Position einnimmt, jedoch Hand in Hand geht mit verhaltenstherapeutisch orientierten Techniken.

1) Die Namen wurden geändert.

2) Das Adjektiv „selektiv“ wird inzwischen vorgezogen, da es dem Störungsbild eher gerecht wird.

3) im Kinderzentrum Maulbronn, Klinik für Kinderneurologie und Sozialpädiatrie.

Ich konzentriere mich in diesem Artikel auf die Beschreibung der Therapie bei Mutismus und verzichte daher auf detaillierte Beschreibungen von Entstehungstheorien und Epidemiologie. Ich verweise hier auf Literatur zu diesem Thema (Kratchowill et al. 1979, Rösler 1981, Remschmidt 1985, Hartmann 1993, Bahr 1996, s.a. Kürschner 1996). Wichtig ist jedoch zu betonen, daß Mutismus Symptom einer umfassenderen Problematik ist. Neben weiteren emotionalen (v. a. Ängste) und sozialen Problemen bestehen häufig Entwicklungsstörungen insbesondere im sprachlichen Bereich, so daß ein monokausales, lineares Erklärungsmodell (z.B. Mutismus = Ausdruck familienpathologischer Muster) dem Einzelfall in keiner Weise gerecht wird.

Zum Verständnis von Schweigen

In der Regel wird das Schweigen mutistischer Kinder als Ausdruck sozialer Angst angesehen und mit Begriffen wie „kontaktängstlich“, „verschlossen“ o.ä. assoziiert. In diesem Sinn kann das Schweigen als eine Vermeidung angstmachender Situationen verstanden werden (Rosenberg & Lindblad 1978).

Sicherlich ist jedem das Schweigen als eine Möglichkeit vertraut, in Konfliktsituationen zu reagieren. Es kann als Aufforderung verstanden werden, daß der/die andere nachfragen oder erraten soll, was los ist. Andererseits verbinden wir „beleidigt sein“, „sich ausgestoßen fühlen“, „strafen wollen“ mit Schweigen. Hierzu paßt, daß mutistische Kinder oft „trotzig“, „schmollend“ wirken. Eine weitere Seite von Schweigen, die häufig beschrieben wurde, ist sein passiv-aggressiver Charakter (Rosenberg & Lindblad 1978, Wernitznig 1993). Es ist auch auffällig, daß diese Kinder sich in den Familien oft bestimmend, kontrollierend, ja aggressiv verhalten.

Schweigen deutet also seinem Charakter nach auf „Grenzen“ als zentrales Thema in den Familien hin. Das Kind zieht ja eine sehr feste Grenze zwischen Situationen des Sprechens und Nichtsprechens. Andererseits weichen viele mutistische Kinder einem Elternteil, meist der Mutter, nicht von der Seite.

Mutistisches Schweigen kann in einer Situation der Verwirrung oder Unklarheit über Grenzen ein verständlicher Lösungsversuch sein. Verdeckte Paarkonflikte beispielsweise, die mit Versuchen einer Koalitionsbildung mit dem Kind einhergehen, können schwere Loyalitätskonflikte entstehen lassen, in denen das Kind nicht mehr weiß, zu welchen Personen es halten darf (s. z. B. Rosenberg & Lindblad 1978). Das Kind spricht dann nicht mehr, um sich nicht zu „versprechen“. Es grenzt sich zumindest nach außen hin ab, um in der Verstrickung eine eigenständige Persönlichkeit bewahren zu können. Im übrigen: Das in so konsequenter Weise durchgehaltene Schweigen, selbst in Situationen, in denen es dadurch auf viel verzichten muß, kann als Ausdruck immenser Willensstärke angesehen werden.

Behandlungsansätze bei Mutismus

Traditionell wird eine mutistische Störung kindzentriert behandelt, d.h. verhaltenstherapeutisch (z.B. Paniagua & Saeed 1987 oder Brand 1984), psychoanalytisch (Saloga 1983) oder spieltherapeutisch (Franke 1996) angegangen. Meist wird dem Aufbau einer intensiven Therapeut-Kind-Beziehung großes Gewicht beigemessen.

Ausschließlich individuumszentrierte Behandlungsansätze bei der Therapie mit mutistischen Kindern sind aus mehreren Gründen kritisch zu hinterfragen. Die Funktion des Nichtsprechens für die Familie wird dabei häufig ausgeklammert. Selbst wenn ein mutistisches Kind nach anderthalb Jahren kindzentrierter Therapie mit dem Therapeuten zu sprechen beginnt, ist eine Übertragung auf alltägliche Situationen fraglich. Nach so langer Zeit intensiver Einzelzuwendung gehört der/die TherapeutIn zu den gut vertrauten Personen, mit denen das mutistische Kind dann ohnehin sehr viel eher spricht. Außerdem wird in diesen Therapien häufig auf nonverbale Kommunikation ausgewichen, so daß bestehende Muster eher gefestigt, denn verändert werden.

Ein weiterer Kritikpunkt ist, daß die Gefahr für die TherapeutIn, in Konkurrenz mit den Eltern zu geraten - die ja bei Therapien kindlicher Störungen generell gegeben ist -, bei kindzentrierten Behandlungsansätzen besonders groß ist. Die Eltern befürchten, daß der/die KindertherapeutIn „besser“ mit dem Kind umgehen könnte, wodurch ihr Selbstverständnis als Eltern bedroht wird. Außerdem können Schuldgefühle auftauchen, vor allem wenn der/die TherapeutIn das familiäre Milieu als verursachend ansieht. Das Kind kann dadurch in einen Loyalitätskonflikt geraten, in dem es zu seiner Familie halten, also weiter schweigen wird. Rosenberg & Lindblad (1978) beschreiben hierzu, daß mutistische Kinder in der Vergangenheit oft schon viele (Hilfs-)Personen haben „auflaufen“ lassen. Sie vermuten, daß das Kind Angst hat, es könnte etwas Schlimmes passieren, wenn es nicht durch sein Schweigen die Kontrolle über das familiäre System behält.

Ein familientherapeutischer Ansatz bei Mutismus liegt daher nahe. Allerdings finden sich bislang nur wenige Artikel, die sich diesem Problem widmen (z.B. Clemente et al. 1986, Hoffman & Laub 1986, Papp & Imber-Black 1996), insbesondere sind Rosenberg & Lindblad (1978) und Wernitznig (1993) zu nennen, deren Vorgehen dem hier dargestellten Therapie-modell zum Teil ähnelt.

Ein systemisch-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmodell

Die Therapie mutistischer Kinder nach dem hier vorgestellten Modell schließt drei Ebenen der Intervention ein: zum einen den systemischen Zugang zur Familie, zum zweiten eine verhaltensorientierte Intervention, die durch die Eltern getragen wird, und drittens die Arbeit mit dem betreuenden Umfeld. Diese Ebenen sind nicht vollständig voneinander getrennt, sie fließen vielmehr ineinander. So ist die zweite Ebene in den familientherapeutischen Prozeß eingebettet.

Ein Grund, weshalb ich bei Mutismus parallel einen symptomzentrierten Ansatz wähle, besteht darin, daß das Symptom „Nichtsprechen“ in sich eine immer wiederkehrende Selbstverstärkung birgt; durch die intensive Zuwendung, die das Kind erhält („Krankheitsgewinn“, Wernitznig 1993), kann es durchaus sein, daß sich das Familiensystem längst verändert hat, das Symptom jedoch trotzdem noch besteht. Aus Aussagen von ehemals mutistischen Kindern ist bekannt (Hermann 1993), daß es ihnen, selbst wenn sie zu sprechen beginnen, nach so langer Zeit des Schweigens sehr schwer fällt, z.B. in der früheren Schulklasse damit anzufangen, zumal meist regelrechte Defizite im sprachlich-kommunikativen Bereich entstanden sind. Aus diesen Gründen ist bei Mutismus auch meist eine stationäre Behandlung notwendig.

Annäherung an die Familie

Am Fallbeispiel von Jenny möchte ich einen typischen Verlauf der Therapie bei Mutismus erläutern.

Die Eltern meinten im Aufnahmegespräch, Jenny schweige aus Angst, vielleicht aufgrund eines bislang unbekanntem schlimmen Erlebnisses in der Schule. Druck wollten sie nicht ausüben aus Angst, daß es noch schlimmer werden könnte. Ihr Wunschziel war, daß Jenny in der Schule spricht. Sie hatten jedoch Zweifel, ob uns das gelingen werde. Jenny wurde auf unsere Kinderstation in eine Kleingruppe aus 6 Kindern mit den unterschiedlichsten Problemen aufgenommen. Jenny besuchte die klinikeigene Schule und nahm an einer Psychomotorikgruppe teil. Die Wochenenden konnte sie zu Hause verbringen.

Die ersten Begegnungen mit der Familie, die ein mutistisches Kind zur Therapie zu uns bringt, sind meist dadurch gekennzeichnet, daß das Symptom im Vordergrund steht, verdeutlicht durch die immer wiederkehrende Frage: „Warum spricht mein Kind nicht ???“ Die Eltern sehen das Schweigen meist in der Angst des Kindes und in der Außenwelt begründet. Sie kommen aber auch mit Gefühlen der Hilflosigkeit und der Schuld, etwas falsch gemacht zu haben.

Eigentlich ist dies die klassische Anfangssituation eines systemischen Familientherapeuten, in der es sein Ziel ist, eine Problemdefinition zu entwickeln, die die Beziehungen und Interaktionen der Personen untereinander berücksichtigt und die den IP in seiner Rolle entlastet. Bei Mutismus kann eine zu rasche Erweiterung der Problemdefinition auf die Familienbeziehungen jedoch einen Zugang erschweren.

Familien mit mutistischen Kindern sind häufig sozial sehr isoliert. Es finden sich überzufällig viele Mitglieder gesellschaftlicher Randgruppen, Ausländer- oder Aussiedlerfamilien (Goll 1979; Wernitznig 1993). Diese Familien zeigen nicht selten ein erhebliches Mißtrauen der Außenwelt und Institutionen gegenüber, und es erscheint ihnen bedrohlich, sich fremden Menschen gegenüber zu öffnen, geschweige denn mit Fremden über persönliche Themen und Gefühle zu sprechen. Sprachbarrieren kommen oft noch hinzu. Der Mutismus eines Kindes kann in diesem Licht betrachtet eine „Lösung“ sein, damit solche Familien Zugang

zu Hilfe von außen bekommen, ohne daß Familienregeln zu sehr verletzt werden (Wernitznig 1993). Es ist daher wichtig, sich gut auf die Familie und ihren kulturellen Hintergrund einzustellen. Ich frage beispielsweise ausländische Familien immer nach ihrem Leben in der Heimat und wie es ihnen hier geht. In den ersten Gesprächen mit der Familie würdige ich die Eltern in ihren bisherigen Bemühungen. Gleichzeitig frage ich immer wieder danach, wie in der Familie mit Grenzen umgegangen wird. Ich versuche das blockierend wirkende „warum?“ immer wieder zu „verflüssigen“, also den Blick auf Interaktionen und Entwicklungsmöglichkeiten der Familie zu lenken.

Die Eltern schwanken meist, ob sie das Richtige für ihr Kind tun, ob die Behandlung in der Klinik es nicht erst recht traumatisieren könnte. Es kann leicht dazu kommen, daß die Familie „dicht“ macht und die Therapie abbricht. In dieser Situation ist ein behutsames Vorgehen unerlässlich, und die „Arbeit am Symptom“ entlastet die Familie sehr.

Grenzziehungen

Aus der oben schon erwähnten Gefahr eines Loyalitätskonflikts zwischen Familie und Therapeuten heraus, die ja gerade bei stationären Behandlungen besteht (Rotthaus 1990), wird das Kind nicht sprechen, wenn nicht die Eltern die Behandlung dem Kind gegenüber vertreten und ihm klar vermitteln: „Wir möchten erreichen, daß du redest!“ Wenn sie dies auch in ihrem Verhalten dem Kind gegenüber sichtbar machen, wird es frei, sich zu verändern. Die Familien kommen dabei um Ablöseschritte des Kindes von der Familie und um das Durchsetzen von Grenzen dem Kind gegenüber nicht herum. Erst wenn das Kind - und mit ihm auch die Eltern - sich der angstvollen Situation stellen, kann das Kind lernen, seine Angst zu bewältigen. Ein wichtiges Ziel der Therapie ist es, daß die Eltern die Verantwortung für die Veränderungen ihres Kindes übernehmen. Der/die TherapeutIn unterstützt in dieser Phase die Eltern, damit sie zu solchen Schritten bereit werden.

Wird geplant, das Kind stationär aufzunehmen, dann entspricht einem solchen grenzziehenden Ablösungsschritt schon die Entscheidung, das Kind in der Klinik zu lassen, was ja meist zum ersten Mal und gleich für mehrere Wochen eine Trennung von der Familie bedeutet. Ein so großer Einschnitt kann bereits therapieentscheidend wirken: Manch ein Mutismus, besonders bei jüngeren Kindern, endet einige Tage vor der stationären Aufnahme. Aber viele der mutistischen Kinder wehren sich gegen die stationäre Aufnahme und zeigen heftige Trennungsreaktionen. Oft erleben sie zum ersten Mal, daß sich ihre Eltern ihnen gegenüber entschieden durchsetzen, und sie sind auf die Eltern, die ihnen das „angetan“ haben, zunächst sehr wütend, was für diese schwer auszuhalten ist.

Der zentrale Konflikt für die Eltern ist, daß sie einerseits dem Kind gegenüber „liebe“ Eltern sein und ihm „nicht weh tun“ wollen. Im Hintergrund lauern dazu noch die tieferliegenden Konflikte in der Familie, die geschützt werden. Es entsteht ein Vakuum, wenn das mutistische Kind mit seiner Funktion für die Familie plötzlich wegfällt. Auf der anderen Seite

besteht ein hoher Leidensdruck, da die schulische und soziale Zukunft des Kindes durch den Mutismus gefährdet ist. Außerdem hat das Schonen und „Locken“ von Eltern und Pädagogen lange Jahre nichts bewirkt als die Fortsetzung des Schweigens. Viele Familien sind an diesem Punkt durchaus bereit, etwas Neues auszuprobieren.

Ich versuche in dieser Situation, mit einem „Reframing“ zu einer neuen Bewertung von „Elternliebe“ zu gelangen: Es ist ein großer Akt von Liebe ihrem Kind gegenüber, sich für grenzziehende Schritte zu entscheiden, die aber sehr schwer fallen, anstatt so weiter zu machen wie bisher, dabei aber die Zukunft des Kindes gefährdet zu wissen.

Arbeit am Symptom

In den ersten Tagen in der Klinik sprach Jenny nicht. Sie zog sich die meiste Zeit mit ihrem riesigen Stoffhund zurück, mit tief heruntergezogenen Mundwinkeln und vorwurfsvollem Blick.

Nach einem Besuch der Eltern am ersten Wochenende nach der Aufnahme weinte Jenny heftig und wollte nichts essen. Sie schrieb einen Zettel, um ihn der betreuenden Krankenschwester M. zu lesen zu geben. M. sagte aber zu ihr: „Du kannst reden, und wenn du mir etwas mitteilen möchtest oder etwas willst, dann frag mich.“ Nachdem Jenny M. eine Stunde lang weinend mit dem Zettel hinterher gelaufen war, sprach sie tatsächlich zu ihr: „Will Mama anrufen.“ Sie durfte zu Hause anrufen. Am selben Abend begann sie auch mit einem der Kinder der Gruppe zu sprechen. Bald sprach sie mit allen Kindern und BetreuerInnen der Gruppe.

Dieser erste Erfolg stärkte das Vertrauen der Familie in die Klinik. Allerdings kam die Therapie danach gleich wieder ins Stocken. Während der Gespräche mit der Familie blieb Jenny wie ein großer Sack auf dem Schoß der Mutter sitzen. Die Atmosphäre war „zäh“. Ich versuchte den Karren zu ziehen, bekam jedoch keinen weiteren Zugang zu Familienthemen und Tabus. Kein Wunder, daß ich mich über die Familie zu ärgern begann. Jenny weitete das Sprechen nicht weiter aus.

Mit dem Vertrauen der Eltern einerseits und andererseits ihren Sorgen, daß Jenny die dritte Klasse nicht schaffen würde, wenn sich ihr Verhalten nicht änderte, wagte ich zunächst einen weiteren Schritt auf der Symptomebene, um der Familie zu helfen, aus ihrem alten Muster herauszufinden. Ich schlug vor, daß Jenny am Wochenende nur dann nach Hause beurlaubt würde, wenn sie ihr Sprechen auf mindestens eine weitere Person ausdehnt. Wenn das Sprechen mit allen Personen in der Klinik gelänge, könne ein Versuch in der Heimatschule gemacht werden. Spreche sie dort, könne sie entlassen werden.

Diese Abmachung sollten die Eltern Jenny gegenüber vertreten und die Therapie damit in ihre Verantwortung nehmen. Dabei konnte ich an ihren erfolgreichen Versuch anknüpfen, mit einem ähnlichen Vorgehen Jenny zu Hause zum Sprechen mit anderen Kinder zu bringen. Könnten sie sich zu einem solchen Schritt entscheiden, sollten sie etwa Folgendes zu Jenny sagen:

„Wir wollen, daß du so selbständig wirst wie ein Mädchen mit 9 Jahren. Und so ein Mädchen kann schon ohne ihre Familie bleiben, in ihrem eigenen Bett schlafen und mit allen Menschen reden. Damit du das alles lernen und dich von alten Angewohnheiten verabschieden kannst, bist du hier in der Klinik, und wir helfen dir, indem wir dich am Wochenende erst dann wieder nach Hause holen, wenn du dein Sprechen ausdehnt.“

Die Eltern entschieden sich tatsächlich für diesen Schritt. Jenny war zunächst recht bedrückt, schaffte jedoch jede Woche ihr „Pensum“, und nach 2 Monaten stationärer Behandlung stand nun ein Versuch in der Heimatschule an. Die Eltern waren positiv überrascht und initiierten weitere Veränderungen. Sie erreichten, daß Jenny nun dauerhaft in ihrem Zimmer schlief.

Interaktionen zwischen BetreuerInnen und Kind

Jenny stand in meinem Spielzimmer viele, lange Minuten unbeweglich da und schaute nur vor sich hin. Nach etwa 45 Minuten gab es einen kurzen Blickkontakt zwischen uns. Das Schweigen eine Therapiestunde lang auszuhalten, ohne irgend etwas zu tun, um das Kind zu etwas zu bringen, bedeutete eine ungeheure Anstrengung.

Wernitznig (1993) hat beschrieben, wie verunsichernd das Schweigen auf die Umwelt wirkt. Es hat einen enormen Aufforderungscharakter für Bezugspersonen. Sie kümmern sich mit besonderer Zuwendung um dieses „ängstliche“ Kind, locken es mit allem Aufwand zum Sprechen und versuchen durch ständiges Ausprobieren, seine Wünsche zu erraten. In der Regel müssen die Kinder also keineswegs auf vieles verzichten. Was es zu essen wünscht, was aufs Brot kommen soll, alles muß mit Detailfragen, die das Kind mit Nicken oder Kopfschütteln beantworten kann, abgefragt werden. Oft muß minutenlang auf diese Antwort gewartet werden - ein sehr energieraubendes Vorgehen. Das hat zur Folge, daß erheblicher Ärger entsteht: Das Kind nervt mit seiner Schweigsamkeit und „Unbeweglichkeit“. Es selbst muß jedoch geschont werden, so daß der Ärger gegen die Eltern als die „Schuldigen“ gerichtet wird.

Das hier vertretene Konzept des Umgangs mit mutistischen Kindern hat das Ziel, diese im Alltag immer wieder erleben zu lassen, daß sich wichtige Möglichkeiten des sozialen Lebens über direkte Kommunikation erschließen und daß Sprechen nicht gefährlich ist. Die besondere Zuwendung, die diese Kinder durch ihr Schweigen erreichen, soll auf ein Minimum reduziert werden. Das Kind kann, wenn es sich nicht äußert, an Aktivitäten wie z.B. Fernsehen nicht teilnehmen und viele Dinge (etwa Süßigkeiten) nicht bekommen, wenn es nicht danach fragt. Die Bemühung, das Kind zum Sprechen zu drängen oder ihm mit Fragen die „Würmer aus der Nase“ zu ziehen, wird vermieden. Gleichzeitig wird ihm aber auch signalisiert, daß jederzeit Bereitschaft besteht, für es da zu sein und ihm zuzuhören. Wenn es spricht erhält das Kind intensive Zuwendung.

Grenzen ziehen und „sich enthalten“ als Formen des Helfens zu betrachten, widerspricht den üblichen Begriffen von Helfen wie Mitleid, Abnehmen von Last usw. und stellt außerfamiliäre Kontaktpersonen des Kindes in der Klinik wie zu Hause vor besondere Anforderungen. Deshalb ist es ein wichtiger Teil des Behandlungskonzepts, bei Gesprächen mit BetreuerInnen, TherapeutInnen und PädagogInnen diese andersartigen Konzepte von Helfen zu thematisieren. Für die Übertragung des Sprechens auf die Heimatschule oder den Kindergarten ist dies von entscheidender Bedeutung. Ich versuche dabei auch die Haltung zu fördern, daß die Helfer die Therapie zwar unterstützen können, daß aber die Familie die Hauptverantwortung für die Veränderungen trägt. Damit sind die Helfer vom Druck, Veränderung herbeiführen zu müssen, entlastet.

Der Lehrer der Heimatschule übernahm es, die anderen Lehrer und die Kinder der Klasse darauf vorzubereiten, sich Jenny nicht mehr besonders zuzuwenden und nicht mehr für sie zu sprechen. Nach nur zwei Besuchen in der Heimatschule von der Klinik aus begann sie zunächst mit dem

Lehrer einige Worte zu sprechen. Schon einen Tag später weitete sie ihr Sprechen auf die Kinder der Klasse aus. Kurz darauf folgte das freie Sprechen in der Klasse und mit Fachlehrern. Jenny konnte aus der Klinik entlassen werden.

Die Arbeit an Familienthemen

Das Ende des Schweigens bringt erhebliche Unsicherheit in eine Familie hinein und die damit verbundenen Veränderungen können eine Krise auslösen. Gerade dieser Aspekt macht die Fortsetzung der Therapie mit der Familie häufig notwendig. Meist treten auch neue Probleme auf. Die Eltern klagen z.B. darüber, daß ihre Kinder plötzlich ungestüm und aggressiv geworden sind, so auch bei Jenny.

Die Familie:

Jenny ist das älteste von zwei gemeinsamen Kindern von Herrn und Frau B. Frau B. hat aus einer früheren Beziehung einen 14jährigen Sohn, Martin. Noch während der Schwangerschaft erfolgte die Trennung, und Martins Vater ging in seine französische Heimat zurück. Parallel zur Heirat 4 Jahre später adoptierte Herr B. Martin. Die Adoption wird geheim gehalten.

Frau B. ist schweigsam und sehr zurückhaltend. Ihre Mutter starb, als sie (das 10. von 13 Kindern) 3 Jahre alt war. Die Umstände sind tabuisiert. Nach dem Tod der Mutter habe eine junge Haushaltshilfe die Familie versorgt, die der Vater heiratete, als sie schwanger wurde. Ab dann sei sie zur „bösen Stiefmutter“ geworden. Von den Kindern aus der ersten Ehe wurde der Kontakt zu der Stiefmutter abgebrochen.

Die Familie betreibt mit den Eltern von Herrn B. in deren Haus gemeinsam eine Gastwirtschaft. Herr B. leidet unter chronischen Rückenschmerzen. Er ist sehr gesprächig, sein Redeschwall ist ausschweifend. Gerne spricht er für seine Frau. Jenny neckt er immer wieder.

Ganz bewußt ist die Beschreibung der Familie an diese Stelle plaziert, denn erst jetzt, da das Symptom nicht mehr das dominante Thema war, konnte sich die Therapie Familienthemen zuwenden. Das nächsten Familiengespräch verlief jedoch zunächst ganz anders als erwartet.

Während des Gesprächs über die Funktion von Jennys Aggressivität stürzte sich Jenny unvermittelt auf ihre Schwester und würgte sie. Jenny schaffte es, das Gespräch dadurch völlig durcheinander zu bringen. Die ganze Aufmerksamkeit richtete sich auf sie und machte Jennys Rolle als „Ablenkerin“ sehr deutlich. Ich wußte danach nicht mehr, was ich eigentlich hatte fragen wollen. Nach einem weiteren Vorfall entschloß ich mich, die Kinder hinauszuschicken und in Zukunft nur noch mit den Eltern alleine zu arbeiten. Ich entließ dadurch Jenny aus ihrer schwierigen Rolle. Die Gespräche wurden sofort flüssiger und lebendiger. Die Eltern ließen sich jetzt auf persönliche Themen ein, von denen im folgenden zwei angerissen werden.

Im Gespräch über die Geheimhaltung der Adoption, die vor allem Herrn B. sehr wichtig war, zeigte sich, daß die Familie in typischer Weise über die Beziehungen in einer Stieffamilie verunsichert war (Krähenbühl et al. 1986). Die Tabuisierung diente der Verminderung der dadurch entstehenden Ängste. Sie bewirke allerdings genau das, was sie verhindern sollte: die Ausgrenzung eines Familienmitglieds, nämlich des Sohnes, der zunehmend seine eigenen Wege ging und an Familienaktivitäten nicht teilnahm. Jenny hatte durch ihr

Verhalten von diesem Konflikt abgelenkt, jedoch gleichzeitig durch ihr Schweigen auf das Problem der Geheimhaltung (das Verschweigen) der Adoption hingewiesen. Mein therapeutisches Ziel in dieser Situation war es, insbesondere Herrn B. in seiner Verunsicherung über seine Rolle zu stützen und außerdem ein weniger angstbesetztes Bild von Stieffamilien und ihren „Gefahren“ zu entwickeln.

Bei der Durchschau der Gesprächsaufzeichnungen war mir aufgefallen, daß sowohl Jenny wie auch Herr B. durch ihr Verhalten immer wieder „halben“ abzulenken, wenn das Wort an Frau B. gerichtet wurde. Ich machte dies nun offen zum Thema und stellte die Ähnlichkeit zwischen Jenny und ihrer Mutter in den Mittelpunkt. Das führte dazu, daß die nicht gelebte Trauer von Frau B. um ihre Mutter nun zum Thema der Therapie wurde. Gleichzeitig traten die massiven Konflikte zwischen ihren Geschwistern und der Stiefmutter ins Blickfeld. Frau B. hatte die Rolle einer Mittlerin zwischen ihren Geschwistern und dem Vater, da sie als Lieblingskind des Vaters als einzige den Kontakt hielt. Die Liebe zum Vater brachte sie dabei in den Konflikt zwischen der Liebe zu ihrer verstorbenen Mutter und der abgelehnten zweiten Frau, zu der der Vater jedoch hielt. Die therapeutischen Interventionen dienten dabei vor allem dazu, Frau B. zu unterstützen, ihre verdeckten Gefühle von Trauer, Liebe und Wut ins Bewußtsein gelangen zu lassen und ihnen einen Platz zu geben.

In der Schlußphase erfolgte die Konzentration auf die Paarbeziehung.

Herr B.: (unsicher zu seiner Frau) Ich setze mich doch mehr durch, oder?

Frau B.: Lautstark, ja! (Herr B. lacht)

Th.: Man sagt ja immer: Bellende Hunde beißen nicht! Meistens sind die, die sich sehr lautstark vertreten, die Schwächeren letztendlich, deshalb müssen sie ja so laut sein. Wenn sie die Starken wären, dann bräuchten sie nicht so laut zu werden.

Herr B.: Doch, sie ist emotional sehr stark, sie bringt das auch zur Geltung, indem sie nichts sagt und viel in sich rein frißt, aber mich indirekt oft was spüren läßt, was ihr nicht gefällt.

Th.: Und wenn die schweigt, wie geht's Ihnen dann?

Herr B.: Stille Wasser sind tief! (mit drohendem Zeigefinger) Hohohohoho ! (Frau B. lacht.)

Th. (zu Herrn B.): Dann werden Sie sauer, gell?

Herr B.: Äh, nicht immer sauer, aber ich werde sauer, wenn ich sie darauf anspreche und sie sagt mir nicht warum, dann werde ich sauer.

Th.: Die kann einen gut auflaufen lassen.

Diese Passage zeigt die machtvolle Seite der Schweigsamen auch in der Beziehung zwischen dem Paar. Sowohl Herrn B.'s Unsicherheit als auch die Stärke von Frau B. mit ihrer schweigsamen, zurückhaltenden Art waren für die Familie eine völlig neue, wenn auch zwiespältige Entdeckung. Trotzdem war das Paar dabei viel gelöster und voller Humor. Jennys Symptome waren von diesem Zeitpunkt kein Thema mehr in der Therapie.

Reflexion

Auf den ersten Blick widerspricht der Ablauf der Therapie bei mutistischen Kindern, so wie ich ihn beschrieben habe, einer „klassischen“ Familientherapie, bei der nach einer Joiningphase, einer Erweiterung der Problemdefinition auf die Familie und dem Aufdecken von tabuisierten Themen in der Folge die Auflösung der Symptome erwartet werden würde. In der vorliegenden Therapie stand jedoch nach der Annäherungsphase eine in die Familientherapie eingebettete Verhaltensänderung im Mittelpunkt, die zur Auflösung des Symptoms führte. Danach war der Weg frei für eine tiefergehende Arbeit. Ein wichtiges Konzept der systemischen Therapie ist es ja, sich einzulassen, andere Verhaltensweisen auszuprobieren, neue Erfahrungen zu machen und als Folge davon seine inneren Bilder zu verändern. Das vorliegende Therapiemodell zeigt daher, daß ein systemisches und ein verhaltenstherapeutisches Vorgehen in Kombination produktiv zusammenwirken können.

Von entscheidender Bedeutung für die Veränderungen bei mutistischen Kindern ist jedoch auch ein ungewohntes Verständnis von Helfen bei den Bezugspersonen des Kindes. Das Kind wird nur zu sprechen beginnen, wenn nicht mehr für das Kind gesprochen wird und es keine spezielle Zuwendung mehr erfährt, durch die das Kind aus seinem Schweigen herausgelockt werden soll.

In vielen Familien mit mutistischen Kindern findet sich ebenso wie in Familie B. ein schweigsamer oder früher gar selbst mutistischer Elternteil (Rosenberg & Lindblad 1978; Goll 1979). Ich halte es jedoch für sinnvoll, den Begriff des „mutistischen Vorbilds“ (Goll 1979) nicht nur auf einzelne Familienangehörige zu beziehen. Wie ich dargestellt habe, finden sich generell Interaktionsmuster innerhalb der ganzen Familie, die der Tabuisierung und dem Verschweigen dienen. Hierzu gehören neben Schweigen auch Kontaktabbrüche und Ausgrenzungen. Sie übernehmen die Aufgabe, die durch Grenzen und Unterschiede in familiären Beziehungen empfundene Bedrohung zu vermindern. Dadurch bleiben die Familien jedoch gleichzeitig an diese Familienthemen gebunden. In Familie B. gab es eine ganze Reihe von „Ausgegrenzten“: Der adoptierte Martin, sein leiblicher Vater, die Stiefmutter von Frau B., die ja nicht gewürdigt wurde, und noch weitere hier nicht erwähnte Personen.

Durch das Symptom „Schweigen“ werden diese Konflikte auf das Kind umgeleitet. Da mutistische Kinder in der Regel eine zentrale Stellung in ihrer Familie einnehmen und sich alles um sie und ihr Problem dreht, helfen sie der Familie, Tabus und Ausgrenzungen aufrechtzuerhalten, wobei Schweigen in seiner Symbolkraft gleichzeitig auch darauf hinweist, daß etwas verschwiegen wird! Ihre Sorge um das Kind kann die Familienangehörigen einen, so daß dadurch andere Konflikte in den Hintergrund treten. Das so quälend konsequente und bizarre Verhalten der Kinder weist demnach auf tiefe Verstrickungen, also Identifizierungen hin, die die Funktion übernehmen, das „Gewissen“ der Familien zu

entlasten, das durch Ausgrenzen, Vergessen sowie mangelnde Würdigung belastet ist. Mit ihrem Verhalten grenzen sich die mutistische Kinder ja selbst aus. Bei Jenny ging dies so weit, daß sie auch ihrer eigenen Familie oft fremd war.

Eine Verstrickung ist aber nur durch einen trennenden, also grenzziehenden Akt zu lösen. So besteht die Aufgabe der Therapie in einem scheinbaren Paradoxon: Durch die Entwicklung und das Bewußtmachen von Grenzen und Unterschieden sollen Möglichkeiten für die Integration der Ausgegrenzten eröffnet werden. Die Therapie kann eine Chance anbieten, diese scheinbar sich ausschließenden Aspekte zu Teilen eines gemeinsamen Ganzen zu verbinden. Die Familie kann aus dieser neuen Sichtweise heraus den für sie angemessenen Weg selbst finden.

Literatur

- Bahr, R. (1996). Mutismus: Definitionen, neuere Klassifikationsversuche und verbreitete therapeutische Ansätze. *Logos Interdisziplinär* 4(1), S. 4-14.
- Brand, H. (1984). Mutismus - eine Behandlung auf verhaltenstherapeutischer Grundlage. *Sprache - Stimme - Gehör* 8, S. 20-22.
- Clemente, J., Brañman, M. & Cohen, C.H. (1986). Concurrent treatment of mother and child in resolution of multigenerational separation and individuation difficulties. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 16, S. 140-150.
- Franke, U. (1996). Alexander der Schweiger: Theraplay bei Mutismus. *Logos Interdisziplinär* 4(1), S. 20-29.
- Goll, K. (1979). Role Structure and Subculture in Families of Elective Mutists. *Family Process* 18(1), S. 55-68.
- Hartmann, B. (1993). Mutismus. Zur Theorie und Kasuistik des totalen und elektiven Mutismus. Berlin: Volker Spiess Verlag, Edition Marhold.
- Hoffman, S. & Laub, B. (1986). Paradoxical intervention using a polarization model of cotherapy in the treatment of elective mutism. A case study. *Contemporary Family Therapy* 8, S.136-143.
- Kürschner, U. (1996). Wege aus dem Schweigen - Therapie bei selektivem Mutismus. Unveröffentlichte Abschlussarbeit zur Familientherapieausbildung am Institut für Familientherapie Weinheim e.V.
- Krähenbühl, V., Jellouschek, H., Kohaus-Jellouschek, M., Weber, R. (1986). Stieffamilien. Struktur - Entwicklung - Therapie. Freiburg: Lambertus Verlag.
- Kratzchowill, T.R., Brody, G.H., Piersel W.C. (1979). Elective mutism in children. In Lahey, B.B. & Kazdin, A.E. (Eds.): *Advances in Clinical Psychology*. New York: Plenum Press, S.193-240.
- Paniagua, F.A. & Saeed, M.A. (1987). Labeling and Functional Language in a Case of Psychological Mutism. *Journal of Behavioral & Experimental Psychology* 18(3), S. 259-267.
- Papp, A.P. & Imber-Black, E. (1996). Familienthemen: Übergänge und Wandel. *System Familie* 9, S.12-21.

- Remschmidt, H. (1985): Störungen der sprachlichen Kommunikation. In: Remschmidt, H. & Schmidt, M.H. (Hrsg.): *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis*, Bd. III. Stuttgart: Thieme Verlag, S. 77-82.
- Rosenberg, J.B. & Lindblad, M.B. (1978). Behavior Therapy in a Family Context: Treating Elective Mutism. *Family Process* 17(1), S. 77-82.
- Rösler, M. (1981). Befunde beim neurotischen Mutismus der Kinder. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 30, S. 187-194.
- Rotthaus, W. (1990). Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Saloga, W. (1983). Probleme des elektiven Mutismus bei Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie*, 32, S. 128-132.
- Wernitznig, H. (1993). Stationäre Behandlung eines elektiv mutistischen Kindes - eine Fallstudie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 42, S. 160-167.

Ulrich Kürschner
Wilhelm-Blos-Straße 65
71636 Ludwigsburg



Foto: Arist v. Schlippe