

Udo Baer

## Kinderwürde in Aktion

*Beziehungsfokussierte kreative Therapie mit Kindern und Jugendlichen*

Ein Lehr- und Praxisbuch

Lieferung: Nr. 31

Datum: 07.10.2022

Block D: Landschaften des Leidens: leiborientierte Pathologien - Kapitel 5:

©Semnos Verlag Udo Baer

## Mutismus

*ICD 10*

Mutismus erscheint als eine Störung, in der die Ausdrucksweise eines Kindes eingeschränkt ist: Das Kind spricht nicht mehr. Als Mutismus wird bezeichnet, wenn das Kind mit niemandem mehr spricht. Im "selektiven Mutismus" kommt es zum Verstummen in einem bestimmten Kontext oder Umfeld, während es in anderen Bereichen möglich ist, dass das Kind sprachlich kommuniziert (das Kind spricht zum Beispiel nicht in der Schule, aber zu Hause mit der Mutter).

Im ICD10 wurde Mutismus noch als Sprach- und Kommunikationsstörung bezeichnet. Ab der Ausgabe ICE 11 wird es zu den Angststörungen gezählt.

In der leiborientierten Therapie mit Kindern und Jugendlichen geht unser Verständnis von Mutismus weit über die sprachliche Ebene hinaus. Wir betrachten das sprachliche Verstummen als Teil des Verstummens eines Teils des kindlichen Erlebens. Somit setzen unsere therapeutischen Interventionen auch einen viel breiteren Fokus und beziehen sich auf alle leibliche Ebenen.

*Primärer und sekundärer Mutismus*

Wir unterscheiden zwischen Primärem Mutismus und Sekundärem Mutismus. Der erstere bezeichnet all die Erfahrungen und Umstände, die zum Verstummen des Kindes geführt haben. Der Sekundäre Mutismus umfasst vor allem die Folgen, die

sich aus dem Verstummen ergeben. Er ist die äußere Schale, die sich um den Primären Mutismus legt und in der Therapie zunächst vorrangig unsere Aufmerksamkeit verdient. Nahezu alle Kinder, die mit der Diagnose einer mutistischen Störung in eine Therapie gebracht werden, waren und sind einem großen Druck ausgesetzt, sich zu verändern, vor allem endlich zu sprechen. Entscheidend für jede therapeutische Behandlung ist, dass zunächst einmal dieser Druck verringert wird. Es empfiehlt sich zu sagen:

*„Ich weiß, dass du nicht sprichst oder nur mit XY sprichst. Das ist für mich okay so. Wir verständigen uns auch so. Du kannst mir auch etwas über deine Bilder erzählen oder über Musik. Wir finden da auch ohne Worte Wege. Bestimmt ist es gut, wenn du sprichst, damit du dich in der Kita oder in der Schule besser verständigen kannst. Aber hier brauchst du es nicht. Mache es so, wie du es möchtest.“*

Wenn wir dieses Angebot machen, schauen wir oft in ungläubig blickende Augen. Die Kinder sind diese Haltung nicht gewohnt und müssen erst eine Weile überprüfen, ob das wirklich so stimmt oder nur ein therapeutischer "Trick" ist. In der therapeutischen Begleitung müssen Kind und Therapeut\*in erst durch die sekundären Folgen und damit durch dieses Misstrauen „hindurch“, um sich dann irgendwann mit dem primären Mutismus beschäftigen zu können.

### *Kontaktaufnahme*

Weil die sekundären Folgen des Mutismus so gewichtig sind, ist es notwendig, der Kontaktaufnahme sehr viel Zeit und Aufmerksamkeit zu schenken. Wir sollten erst mit allen Sinnen zuhören und dann handeln.

Ein Beispiel für eine gelungene Kontaktaufnahme mit einem mutistischen Kind:

*"Lena folgt mir, so wie immer, schweigsam in den Therapieraum. Hinter ihr oder an ihrer Seite zu gehen, erlaubt sie mir nicht. Da könnte ich nämlich wahrnehmen, dass sie Schwierigkeiten beim Gehen hat. Lena hat eine Hemiplegie, eine Halbseitenlähmung, von Geburt an. Ihre Aussprache ist aufgrund ihrer Motorik auch stark beeinträchtigt, so dass sie sehr oft im Kindergarten von anderen Kindern gehänselt wurde.*

*Ich öffne die Tür des Therapieraums und trete vor ihr ein. Sie bleibt, so wie immer, an der Tür stehen und beobachtet, was ich mache. Ich bleibe auf*

*Distanz zu ihr, sitze stumm am Klavier, ohne sie zu beobachten. Ihr Blick schweift durch den Raum. Meiner auch. Kurz treffen sich unsere Augen, berühren sich aus der Entfernung in der Luft. Sie zuckt kurz zusammen, weicht zurück. Ich auch. Ich verkrieche mich unter dem Klavier und löse einen Ton auf dem Klavier aus. Dabei täusche ich mein Erschrecken darüber vor und flüstere ein Schimpfwort, was Lena hört. Sie lacht ganz kurz auf, korrigiert sich, ja versucht sogar fast, den von ihr herausgebrachten Ton wieder einzufangen. Aber der Ton ist durch den Raum gewandert - zu mir. Ich habe es gehört. Ich habe ihre Stimme gehört. Innerlich freue ich mich darüber, muss mich aber zügeln und darf auf keinem Fall darauf mit irgendeiner Bemerkung eingehen. Zu groß ist die Gefahr, dass Lena sich von mir entfernt und sich in ihr inneres Reich der Stille weiter zurückzieht. Ich harre unter dem Klavier aus. Mir wird sehr langweilig. Eine Minute wird zu einer gefühlten Stunde. Müdigkeit und Schwere überkommen mich. Nichts passiert. Lena steht immer noch an der Tür. Doch auch ihr wird irgendwie langweilig. Sie beginnt sich zu beugen, um einen ihrer Schuhe fester zu schließen. Dabei öffnet sie den Klett des Verschlusses und reißt ihn auf und zu. Ich beobachte die Szene aus meinem „Versteck“, unter dem Klavier, heraus. Sie wirkt dabei sehr auf sich bezogen und konzentriert. Ich wage es. Ich „antworte“ ihr auf das Reißen des Kletts mit einem ebenfalls leisen Geräusch. Ich kratze auf dem Teppich. Sie hält inne, schmunzelt, öffnet und schließt erneut den Schuh. Ich antworte wieder. So kommt ein kleiner Dialog zwischen ihr und mir aus meinem Versteck heraus zustande. Ich wage weiteres. Ich beantworte nun das Reißen des Kletts mit einem Ton am Klavier. Sie bleibt im Kontakt, hält diesmal nicht inne, lacht wieder mit Stimme. Sie lacht weiter, zieht am Klettverschluss, wartet auf meine Reaktion, die prompt kommt. Reißen am Klett - Ton - Lachen - Reißen am Klett - Ton - Lachen ... So geht es immer weiter, bis ich mich langsam am Klavier hochziehe, so dass sie mich besser sehen kann. Ich beobachte sie aber nicht. Dafür beobachtet sie mich. Sehr genau. Ich bin auf einer Ebene mit ihr. Mein Herz klopft, ich spüre die Aufregung und hoffe so sehr, dass ich weiteres wagen kann. Noch ist es aber zu früh, um noch mehr Experimente zu wagen. Ich freue mich über ihr Lachen, das sie mir schenkt, gehe aber keinesfalls darauf ein. Die Schnelligkeit des Auf- und Zureißens des Klettverschlusses nimmt einen rhythmischen Charakter an, der eine kleine Improvisation am Klavier dazu zulässt. Es klappt. Ein paar Takte sind wir im*

*musikalischen Dialog- Schuhe und Klavier. Dafür haben wir 35 Minuten gebraucht. 35 Minuten, um Vertrauen füreinander zu finden.*

*Es folgten noch viele Therapiestunden, die ich mit Lena verbringen durfte, bevor sie mir in einem weiteren Versteckspiel ihre ersten Worte schenkte."<sup>1</sup>*

Der Weg aus dem Verstummen führt erst über nonverbale Gespräche, dann zu verbalen. Jede Form der kreativen Dialoge ist dabei hilfreich. Sie schafft Vertrauen und die Kinder lernen und üben dabei, mit den Therapeut\*innen zu kommunizieren. Gemeinsam ein Bild zu malen, zu zweit zu musizieren oder zu tanzen, das ist der Weg der Kommunikation, der sinnvoll ist, nicht nur, weil er der einzige ist, der möglich ist, sondern auch weil dadurch Vertrauen und Beziehung entstehen können.

### **"BEULE"**

Damit werden schon gleichzeitig Aspekte des Primären Mutismus angegangen und bearbeitet. Oft, ja eigentlich immer, entsteht der Mutismus als Folge sozialer Erfahrungen. Die Quellen des Mutismus habe ich 2006 als „BEULE“ beschrieben: Die Anfangsbuchstaben stehen für die Erfahrungen, die besonders häufig Kinder zum Verstummen bringen:

**B**eschämung – insbesondere in der Vorpubertät und Pubertät, aber nicht nur dann, ausgelacht werden, vorgeführt werden, Beschämungen wegen Behinderungen, Geschlecht, Nationalität, Sprache ..., oft auch Beschämungen, weil Kinder zu arm oder zu reich, zu klug oder zu „dumm“ sind ....

**E**rniedrigung – Gewalterfahrungen, vor allem sexualisierte Gewalt, chronische Anspannung wegen Jähzorn und unberechenbaren Ausbrüchen von Elternteilen ....

**U**eberforderung – Trennung der Eltern, zu früh Verantwortung übernehmen, Vater- oder Mutterersatz sein, unverarbeitete Verluste, häufige Umzüge ....

**L**eere – nicht gesehen und nicht gehört werden, sich nicht erwünscht fühlen ....

**E**insamkeit – wenn das Leid keine Worte findet und nicht gehört wird, fremd sein und sich fremd fühlen ....

---

<sup>1</sup> aus einem Erfahrungsbericht von Peter Kirst, Musiktherapeut: <https://www.farbtoene-heilpädagogik.de>

Oft sind solche Quellen, aus denen der Mutismus erwachsen ist, zu identifizieren – aber nicht immer. Manchmal kommt das Verstummen des Kindes schleichend daher. Manchmal tritt es nach einem plötzlichen Verlust einer angehörigen Person auf, oft auch da mit einer gewissen Zeitverzögerung. Es gilt im weiteren therapeutischen Verlauf, die Ursachen, die Quellen des Verstummens zu bearbeiten *und* immer wieder Dialoge zu üben. Was hat den Kindern die Sprache verschlagen? Wofür finden sie keine Worte? Was entzieht sich dem Ausdruck? Das sind Fragen, denen nachzugehen ist. Den Kindern kann man diese Fragen nur sehr selten offen stellen. Meistens sind wir Therapeut\*innen auf unsere Beobachtungen und auch auf das Sharing angewiesen.

### *Die Sprache des Spielens*

Alle Kinder träumen und leben auch in ihren Vorstellungen und Fantasien. Verstummte Kinder tun dies noch mehr. Weil sie mit anderen weniger kommunizieren, reden sie in inneren Dialogen. Sie sind auf ihre Fantasiewelten angewiesen. Diese Fantasiewelten können wir in der Therapie über Bilder und Klänge, Bewegungen und Tanz zumindest erahnen. Im Spiel werden sie deutlich. Im Spiel können wir an diesen Fantasiewelten teilhaben oder zumindest andocken. Die Fantasien und auch die Erfahrungen der Kinder drücken sich in Geschichten aus. Kinder jeden Alters mögen Geschichten. Wenn sie nicht reden können, schreiben sie. Verstummte Kinder schreiben oft und kommunizieren im Internet. In Internetforen für Kinder und Jugendliche, in denen diese Texte veröffentlichen, sind allein im deutschsprachigen Raum weit über zweihunderttausend Jugendliche aktiv.

Irgendwann beginnen die Kinder zu reden. Dazu muss Vertrauen vorhanden sein. Dazu muss der Druck reduziert sein. Dazu braucht es die kindlichen Erfahrungen, dass auch ohne Worte mit den Therapeut\*innen kommuniziert werden kann.

Was der Anlass dafür ist, dass die ersten Worte wieder kommen, ist unterschiedlich. Je länger ein Kind verstummt ist und je belastender die Verstummungsquelle ist, desto länger kann dieser Prozess dauern. Wichtig ist eine offene und druckreduzierte oder besser druckfreie und entspannte Haltung der Therapeut\*innen.

Ein Beispiel:

*Eine Therapeutin hat lange Zeit mit einem verstummten Kind musiziert und darüber gute Verbindungen geschaffen. Sie spürt aber, dass sie ungeduldig wird, weil das Kind immer noch nicht redet und auch von Seiten der Eltern immer drängender nachgefragt wird, wann es denn „soweit“ sei. In der Supervision wurde ihr vorgeschlagen, doch einmal eine Stunde gar nichts zu tun, weder etwas zu planen noch etwas anzubieten, sondern sich darauf zu verlassen, was aus dem Nichts entsteht. Das fiel ihr sehr schwer, doch sie versuchte es. Als das Kind in die Therapiestunde kam, sagte sie zu dem Kind: „Heute machen wir einmal nichts.“ Das Kind schaute verwirrt auf die Musikinstrumente und die Malfarben. Die Therapeutin setzte sich auf ihr Sofa. Nach zwei bis drei Minuten setzte sich das Kind neben sie und legte nach einer weiteren Minute seinen Kopf auf die Oberschenkel der Therapeutin. Dort blieb es die ganze Einheit in dieser Haltung. Als die Therapeutin schließlich vorsichtig sagte: „Wir müssen jetzt aufhören. Ich habe gleich noch ein anderes Kind, das zu mir möchte.“, erhob sich das Kind und sprach die ersten Worte: „Danke. Das war schön.“*

Auch dies ist ein Beispiel, wie die Druckreduzierung die Türen zum Reden öffnen kann. Dabei ist das Gegenteil der Stille nicht unbedingt „laut“. Der Weg aus der Stille kann auch eine Farbe oder ein Lächeln sein, das Greifen, das Aufrichten oder - wie hier – das stille Lehnen.