

Mutismus in der Schule – ein unlösbares Problem?

Zusammenfassung: Der (s)elektive oder totale Mutismus äussert sich schon in frühester Kindheit auf zwei Ebenen: Zum einen wird in bestimmten (ausserfamiliären) oder sämtlichen kommunikativen Situationen geschwiegen, zum anderen manifestiert sich die psychische Hemmung schon im Kindergartenalter in einem sozialen Rückzugsverhalten, das Überschneidungen mit der Sozialen Angst bzw. Sozialphobie deutlich werden lässt. Zu einem ausgeprägten biografischen Krisenereignis entwickelt sich der Mutismus jedoch häufig erst mit Eintritt in die Schule. Wurde der Mutismus im Vorschulalter weder diagnostiziert noch therapeutisch aufgelockert, stehen Lehrer wie Eltern schnell vor dem Problem der adäquaten Betreuung und Bewertung schweigender Schüler. Mit der Darstellung von zwölf Fallbeispielen, biografischen Übereinstimmungen sowie Beratungshilfen für Lehrer bzw. Eltern hinsichtlich des Lebensraums Schule wird versucht, auf das seit Jahrzehnten bestehende Trauma der unangemessenen Behandlung mutistischer Schüler aufmerksam zu machen.

1. Problemstellung

Klassen- oder Fachlehrer einer (Regel-)Schule beobachten, dass sich im Klassenverband ein Schüler befindet, der sich mündlich nicht am Unterricht beteiligt, weder aktiv noch passiv. Sie versuchen durch einführende Worte, durch Bitten, später durch Ermahnungen bis hin zur Nichtbeachtung, das Kind bzw. den Jugendlichen zum Sprechen, d.h. wenigstens zur kurzen Beantwortung von Fragen zu bringen. Die Reaktion ist und bleibt: Schweigen. Die Pädagogen sind ratlos. Warum spricht diese Schülerin bzw. dieser Schüler nicht? Ist es Ablehnung oder Protest? Ist es eine seelische Verletzung aufgrund eines aktuellen Ereignisses? Ist es Angst? Bei der weiteren Verhaltensbeobachtung fällt zusätzlich auf, dass die schweigende Person nur eingeschränkt soziale Kontakte zu den Gleichaltrigen pflegt. Sie ist im Klassenverband neben ein, zwei Freundschaften, die in der Schulsituation durch *gehemmte Nähe* gekennzeichnet sind, häufig sozial isoliert. Ein verbaler Austausch mit anderen Schülern in den Unterrichtspausen findet nicht oder nur oberflächlich einsilbig statt. Nicht selten springt im Unterricht ein befreundeter Mitschüler als *kommunikatives Medium* ein, d.h. er spricht als «verlängerter Arm» für das mutistische Kind bzw. den mutistischen Jugendlichen. Findet sich kein Medium, bleibt die Frage des Lehrers unbeantwortet, entsteht kurzfristig eine Dialogvakanz, die für alle Beteiligten irritierend ist.

Die Schule nimmt Kontakt zu den Eltern auf. Von ihnen ist zu erfahren, dass sich der Schulschweiger zu Hause unauffällig, d.h. äusserst kommunikativ zeigt. Häufig erweisen sich die Kinder bzw. Jugendlichen im familiären Rahmen

sogar als «Quasselstrippen», benehmen sich ungehemmt und sind einem Familienmitglied symbiotisch zugewandt: der Mutter. Die Eltern berichten des Weiteren von einer Durchsetzungsfähigkeit, die im Vergleich zu den Geschwistern auffallend ausgeprägt ist. Spiele und Freizeitaktivitäten mit anderen werden dominiert. Es entstehen darüber hinaus Rituale, z.B. beim morgendlichen Aufstehen oder abendlichen Zubettgehen, die von den Eltern, meistens der Mutter, penibel eingehalten werden müssen, möchte man nicht einen Gefühlsausbruch bei der Tochter bzw. dem Sohn riskieren. Auf der anderen Seite erfährt die erstaunte Klassenleitung, dass Einladungen von Klassenkameraden nur zögerlich angenommen, Feiern mit zahlreichen Gästen – auch wenn diese bekannt und vertraut sind – unter einem Vorwand gemieden werden, selbst innerhalb der Familie.

Bei den Lehrer-Eltern-Gesprächen fällt u.U. zum ersten Mal die Diagnose «elektiver Mutismus» bzw. «selektiver Mutismus» (ICD-10 Code der *Weltgesundheitsorganisation/WHO*: F94.0; vgl. *Dilling et al.* 2000). Beide Termini werden parallel verwendet, der ältere, elektiver Mutismus, wurde von dem Schweizer Psychiater *Moritz Tramer* (1934) begründet. Der (s)elektive Mutismus (lat. *mutus* = stumm) ist durch ein situatives Schweigen bei vorliegendem Sprechvermögen gekennzeichnet, das sich vor allem in extrafamiliären Interaktionen äussert. Bei der Ätiologie sind dispositionelle Vorbelastungen in den Familien, prä-, peri- oder postnatale Entwicklungsstörungen, psychiatrische Grunderkrankungen, psychoanalytische bzw. stresstheoretische Problemlösungsmechanismen, lerntheoretische Konditionierungsprozesse und milieutheoretische Einflüsse zu nennen (ausführliche Beschreibungen hierzu s. *Hartmann* 1997, *Hartmann/Lange* 2003). Die Nennung der Diagnose (s)elektiver Mutismus bedeutet, dass die Eltern von dem situativen Schweigen wissen, also einen Kinderarzt, Psychotherapeuten, Sprachtherapeuten/Logopäden oder Kinder- und Jugendpsychiater konsultiert haben. In der Mehrzahl der Fälle besteht die mutistische Symptomatik bereits seit der Vorschulzeit, genauer: Sie ist seit dem Eintritt in den Kindergarten offensichtlich, in der Tendenz sogar schon in der Krabbelgruppe (geringes exploratorisches Verhalten des Kleinkindes). Plötzliche Ereignisse mit einer biografischen Wendung sind eher selten. Als Ausnahmen können genannt werden: Mutismus bei Schock, Mutismus in Verbindung mit Psychosen, *akinetischer Mutismus* (vgl. *Cairns et al.* 1941) bzw. *posttraumatischer Mutismus* (vgl. *Dayer et al.* 1998).

Angaben der Eltern im Hinblick auf bereits absolvierte oder bestehende Therapieangebote helfen den Lehrern, das Verhalten ihrer mutistischen Schüler einordnen zu können. Darüber hinaus ist es möglich, Beratungen der therapeutischen Fachkräfte in Anspruch zu nehmen und sich durch Grundlagenliteratur Hintergrundinformationen bezüglich Mutismus anzueignen. Das Problem, den schweigenden Schülern pädagogisch und leistungsbewertend gerecht zu werden, kann durch einen interdisziplinären Austausch zwischen den Fachlehrern, der Schulleitung, den Eltern/Betroffenen und dem therapeutischen Personal aufgefangen werden.

Dies ist allerdings die idealtypische Variante der Identifikation und pädagogischen Begleitung des Mutismus in der Schule. In den meisten Fällen stossen allgemeinpädagogisch ausgebildete Lehrkräfte auf folgende Konstellationen (s. Tafel 1).

Tafel 1: Problemkonstellationen bei Mutismus in der Schule: Eltern-Lehrer-Perspektive

- Die Eltern werden durch die Schilderungen der Lehrer ähnlich überrascht wie die Lehrer selbst.
- Die Eltern interpretieren die Kommunikationsdevianz ihres Kindes als Problem der Schule oder schlimmstenfalls als Problem der Lehrerin bzw. des Lehrers, da sie zu Hause ein ungehemmtes, altersadäquates Verhalten erleben.
- Die Eltern wissen um das partiell schweigende Verhalten ihres Kindes, verweigern aber eine diesbezügliche Untersuchung.
- Die Eltern wissen um das partiell schweigende Verhalten ihres Kindes, lassen eine diesbezügliche Untersuchung durchführen und hören vom Kinderarzt, das sei nur Schüchternheit bzw. Bockigkeit und stelle keine Therapieindikation dar.
- Die Eltern wissen um das partiell schweigende Verhalten ihres Kindes, lassen eine diesbezügliche Untersuchung durchführen und sehen sich der Diagnose Autismus gegenübergestellt.
- Die Eltern kennen die Diagnose (s)elektiver Mutismus, verweigern jedoch eine Therapie.
- Die Eltern kennen die Diagnose (s)elektiver Mutismus, die betroffenen Kinder und Jugendlichen verweigern jedoch eine Therapie.
- Die Eltern kennen die Diagnose (s)elektiver Mutismus seit der Kindergartenzeit, das Kind bzw. der Jugendliche absolviert eine Therapie, es stellt sich jedoch keine therapeutische Effizienz in Richtung kommunikative Öffnung ein.
- Die Eltern kennen die Diagnose (s)elektiver Mutismus seit der Kindergartenzeit und fordern eine Nichtbenotung des Mündlichen sowie eine pädagogische Sensibilisierung der Lehrkraft für das mutistische Kind.

Andererseits ergeben sich nicht selten auch aus der Perspektive der mutistischen Schüler Problemstellungen, die einen konstruktiven Umgang zwischen ihnen und ihren Lehrern im Schulalltag in ähnlicher Weise erschweren wie die Problemstellungen innerhalb der Eltern-Lehrer-Perspektive (s. Tafel 2).

Tafel 2: Problemkonstellationen bei Mutismus in der Schule: Schüler-Lehrer-Perspektive

- Das fortgesetzte Schweigen im Schulalltag wird von einigen oder im ungünstigsten Fall von den meisten Lehrern als Dummheit missinterpretiert.
- Aus diesem Grundverständnis heraus wird eine Herabstufung der Schulform empfohlen, ein adäquater Schulabschluss ist unmöglich.
- Aus diesem Grundverständnis heraus wird der Aufnahmeantrag für eine sonderpädagogische Beschulung empfohlen.
- Aus diesem Grundverständnis heraus wird eine integrative Beschulung empfohlen, die die Möglichkeit einer späteren Weiterleitung zu einer Sonderschule beinhaltet.

- Das fortgesetzte Schweigen im Schulalltag wird von einigen oder im ungünstigsten Fall von den meisten Lehrern als psychiatrisches Problem interpretiert, was möglich, aber nicht zwingend ist.
- Aus diesem Grundverständnis heraus wird die Konsultation einer psychiatrischen Ambulanz empfohlen, die in der Regel zu einer tagesklinischen oder vollstationären Aufnahme der Schweigenden und damit zu einer Herausnahme der mutistischen Schüler aus dem Klassenverband führt.
- Das fortgesetzte Schweigen im Schulalltag wird von einigen oder im ungünstigsten Fall von den meisten Lehrern als Schüchternheit missinterpretiert. Versetzungsrelevant sind, wie für andere Schüler auch, die schriftlichen *und* mündlichen Leistungen, wobei die Noten für das Mündliche in der Regel versetzungsgefährdend ausfallen.
- Aus diesem Grundverständnis heraus wird das Störungsbild Mutismus übersehen. Das Kind wird, solange die schriftlichen Leistungen durchschnittlich oder überdurchschnittlich sind, trotz ausbleibender oder minimaler (und damit nicht ausreichender) mündlicher Beteiligung «mitgezogen». Oder es kommt bei befriedigenden bis ausreichenden schriftlichen Leistungen aufgrund der schlechten mündlichen Beurteilung zu Klassenwiederholungen. In jedem Falle verfestigt sich die Symptomatik, wird eine Rückkehr in die Welt der Sprechenden für die mutistischen Schüler innerhalb desselben Klassenverbandes mit jedem Jahr unwahrscheinlicher.
- Das fortgesetzte Schweigen im Schulalltag wird von den Lehrern als Mutismus erkannt, das Kollegium fühlt sich aber – trotz Inanspruchnahme einer Therapie – dem Problem nicht gewachsen und fordert, wenn auch nicht sofort, eine sonderpädagogische Beschulung.

Die unterschiedlichen Sichtweisen von Lehrkräften, mutistischen Schülern und ihren Eltern lassen die *Komplexität des Schweigens innerhalb des Interaktionsmusters Unterricht* erahnen. Die Situation verschärft sich, wenn negative Einstellungen und/oder Ausblendungstendenzen der Klassengemeinschaft hinzukommen und die mutistische Person selbst- oder fremdinduziert zum Aussen-seiter wird. Wie aber gehen Gleichaltrige aus dem Klassenverband mit der mutistischen Schülerin bzw. dem mutistischen Schüler unter ihnen um? Die therapeutische Arbeit mit Schweigern, die sich zum Zeitpunkt der Vorstellung in der Grundschule, Mittelstufe oder Oberstufe befinden, ergibt ein facettenreiches und zum Teil konträres Bild in der Beziehungsdynamik zwischen Betroffenen und ihren klassenspezifischen *peer-groups* (s. Tafel 3).

Tafel 3: Problemkonstellationen bei Mutismus in der Schule: Schüler-Schüler-Perspektive

- *Selektive Akzeptanz*: Die bzw. der Schweigende wird von einem kleinen Teil der Klassengemeinschaft angenommen. Es wird auf dem Schulhof zusammen gespielt, ob mit oder ohne Sprechen. Eine «beste Freundin» bzw. ein «bester Freund» übernimmt im Unterricht die Rolle des *kommunikativen Mediums*, analog zur Mutter im familiären Rahmen. Das bedeutet, dass phonisch transportiert wird, was von der mutistischen Person zugeflüstert wird.

- *Rollenkonfusion durch Überakzeptanz*: Mitglieder der Klasse bezeugen über-eifrig ihre Loyalität und Anteilnahme, indem sie für den mutistischen Schüler antworten, ohne dass dieser eine eigene Stellungnahme abgegeben hat. Es wird ihm «das Wort aus dem Mund genommen», eine eigene Meinungsbildung nach aussen verhindert. Die Folge ist ein Identitätskonflikt, der aufgrund der Nicht-mittelbarkeit und stressvermeidenden Angepasstheit der Betroffenen in der Unterrichtssituation nicht aufgelöst werden kann.
- *Ausblendung*: Nach einer anfänglichen Empathie für die besondere Situation des schweigenden Kindes bzw. Jugendlichen schwächen sich durch die ungebrochene Konstanz des kommunikativen und sozialen Rückzugs das Interesse und die emotionale Anteilnahme ab. Es kommt zu einer Nichtbeachtung der Betroffenen, die zu Fremdkörpern in einer vertrauten Umgebung werden.
- *Ablehnung und Mobbing*: Jene Klassenmitglieder, die von Anfang an nicht das Vertrauen des schweigenden Mitschülers besaßen oder in ihrer Akzeptanz des als «Sonderling» empfundenen Mitschülers nicht durch emotionale Nähe und Freundschaft «belohnt» wurden, entwickeln ein aversives Verhalten, das bis zur Vertreibung des Schweigers aus dem Klassenverband führen kann.

Während die ersten beiden Verhaltensmuster zwischen den Schülern eine Integration der Schweigenden ermöglichen, ist bei *Ausblendung* bzw. *Ablehnung und Mobbing* die Segregation und damit soziale Isolation vorprogrammiert.

2. Fallbeispiele

Auch wenn Menschen – und damit natürlich auch schweigende Menschen – in ihrer ontogenetischen Entwicklung äusserst unterschiedlich sind, scheinen dennoch Parallelen in der Schullaufbahn von Mutisten erkennbar zu sein.

Tina ist im zweiten Halbjahr der zweiten Klasse einer Regelgrundschule, als die Eltern via E-Mail um ein Erstgespräch bitten. Die Schulsituation ihrer seit der Kindergartenzeit partiell mutistischen Tochter hat sich dramatisch zugespitzt durch die Vorlage einer unterschriftsreifen Einverständniserklärung seitens der Klassenlehrerin für den Antrag zur Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs. Die Eltern von *Tina* erklären sich nicht bereit, diese Einverständniserklärung zu unterschreiben, wollen Zeit gewinnen, kennen jedoch keine Alternative. Das weiterhin gehemmte Mädchen, das mit wenigen Freundinnen auf dem Schulhof spielt und spricht, im Unterricht bis auf ganz seltene Antworten, die mit einer hörbar gepressten Stimme und einer prosodisch unphysiologischen Betonung jeder Finalsilbe halblaut artikuliert werden, in den meisten Fällen jedoch schweigt, wird für die Regelschulpädagogin zu einem Problem. Der fast 14-monatige Aufenthalt in einer Tagesklinik und die Einschulung des Mädchens in die erste Klasse der Krankenhausschule scheinen ihr Recht zu geben, dass bei dieser Schülerin ein sonderpädagogischer Förderbedarf vorliegt. In der Familienanamnese fallen ein als Schüler wortkarger Vater mit Zeugniseinträgen einer äusserst geringen mündlichen Beteiligung, ein sozial isolierter Grossvater väterlicher-

seits, eine als Kind extrem schüchterne Mutter mit wenigen Freundschaften sowie eine schwer zugängliche Grossmutter mütterlicherseits auf, deren Kontakt zum Schwiegersohn, Tinas Vater, bis heute durch eine geringe Gesprächsbereitschaft erschwert ist. Eine Disposition für kommunikative und soziale Rückzugstendenzen auf der mütterlichen und väterlichen Linie ist offensichtlich.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt befindet sich Tina weiterhin in der Regelgrundschule, mittlerweile im ersten Halbjahr der vierten Klasse. Der Antrag auf Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs wurde nicht unterschrieben, stattdessen eine Sprachtherapie begonnen, die im Verlauf medizinisch durch ein Neuro- bzw. Thymoleptikum (Melleril retard, später Gladem) unterstützt wird. Das Sozialphobie- und -angstinventar für Kinder (SPAIK) ermittelt mit einem Prozentrang-Band von 96–99 eine hochgradige Sozialphobie. Die weitere Diagnostik ergibt mit der Durchführung der nonverbalen Coloured Progressive Matrices (CPM) einen IQ von 109. Beim Diagnostischen Lautunterscheidungstest (DLUT) stellt sich eine partielle Lautdysgnosie bei den Phonemen /d/ und /g/ heraus. Hinweise auf eine Depression liegen laut Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ) mit einem Prozentrang (PR) von 22.2 nicht vor.

Das Mädchen spricht im Unterricht mittlerweile täglich, entweder auf Aufforderung der Klassenlehrerin, nach eigenen Meldungen oder beim Vorlesen von Hausaufgaben und Texten. Das Kommunikationsverhalten wird konsequent dokumentiert. Therapeutische und auf das Sprechen bezogene In-vivo-Massnahmen in realen Alltagssituationen wie das Ansprechen von Passanten auf der Strasse oder das selbständige Bestellen in Lebensmittelgeschäften sind durchführbar. Der soziale Kontakt in der Klassengemeinschaft hat sich erweitert.

Tina singt seit Beginn des dritten Schuljahres im Schulchor. Die Behandlung wird nach stabiler Dialogfähigkeit im therapeutischen und schulischen Setting nach Rücksprache mit der Klassenlehrerin nach eineinhalb Jahren abgeschlossen.

Leila, zum Zeitpunkt der Vorstellung 9;3 Jahre alt, ist das jüngste von vier bilingualen Kindern, bei denen der ältere Bruder durch Schulangst und die mittlere Schwester ebenfalls durch Mutismus in der Schule auffällt. Die dispositionelle Genese des Schweigens wird durch weitere sozial und kommunikativ gehemmte Familienmitglieder auf der mütterlichen Linie bestätigt: Mutter, Onkel, Grosseltern. Aufgrund der schon in der Krabbelgruppe imponierenden Angst vor Gleichaltrigen und Fremden, die sich durch die gesamte Kindergartenzeit zieht und auch beim Eintritt in die Schule unverändert fortbesteht, wird die erste Klasse wiederholt. Nach der Konsultation des Kinderarztes mit anschließender Überweisung in die Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgt eine dreimonatige teilstationäre Behandlung in einer Tagesklinik. Anschliessend wird die Behandlung für zehn Monate vollstationär fortgesetzt. In den letzten anderthalb Monaten kristallisiert sich die Diagnose (s)elektiver Mutismus heraus. Die in dieser Phase zerbrechende Ehe der Eltern, die fehlende Schulperspektive – eine Rückführung in die Regelschulklasse wird von Mutter und Kind wegen einer befürchteten Reaktivierung von Angstgehalten abgelehnt – und die sich nach zehn Monaten abzeichnende Mutismus-Diagnose motivieren das interdis-

zipliniäre Team der Klinik zu der Empfehlung, Leila nicht in das familiäre Umfeld ihrer Mutter und Geschwister zurückzuführen, sondern in ein Heim für autistische Kinder.

Nach der Vorstellung des Kindes, einer intensiven Beratung der weiterhin zusammen auftretenden Eltern und der Durchführung einer Diagnostikphase – neben einem Sigmatismus interdentalis ergeben die Coloured Progressive Matrices (CPM) einen IQ von 101, das Sozialphobie- und -angstinventar für Kinder (SPAIK) bestätigt mit einem Prozentrang-Band von 51–75 die Tendenz einer Sozialphobie – wird die Empfehlung der Klinik von mir modifiziert: Rückführung von Leila in die Familie, Aufnahme in einer Sprachheilschule, Durchführung einer Sprachtherapie mit eventueller Unterstützung durch eine Medicotherapie. In der vier Monate dauernden Wartezeit leitet die Mutter als Notlösung einen Privatunterricht ein mit drei Unterrichtsstunden pro Woche. Auf die schliesslich beginnende Sprachtherapie spricht das Mädchen gut an. Der Klassenlehrer der Sprachheilschule lässt sich kooperierend auf einen interdisziplinären Austausch ein und wird in das verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Programm und Punktesystem für eine sukzessive mündliche Beteiligung im Unterricht eingearbeitet. Eine zwischenzeitliche Flankierung mit dem homöopathischen Konstitutionsmittel Barium carbonicum wird wegen erhöhter psychischer Unruhe wieder abgesetzt.

Nach 40 Behandlungsstunden (zwei Termine pro Woche à 45 Minuten) und einem abschliessenden Gespräch mit dem Klassenlehrer wird die Therapie erfolgreich abgeschlossen. Aus dem ehemaligen schweigenden Mädchen, das sich nur im engsten Kreis der Familie ungehemmt zeigte, ist eine kommunizierende Schülerin geworden, die sich im Klassenverband wohl fühlt, sich mündlich am Unterricht beteiligt (wenn auch nicht fingerschnippend in den Vordergrund schiebend), vorliest, erfolgreich In-vivo-Massnahmen durchführt und sich in den letzten beiden Behandlungssequenzen zu einem humorvollen, sprechend-oppo- nierenden Kind entwickelt hat, das, nach einer treffenden Beschreibung der Mutter, gerade seine «Trotzphase nachholt».

Stefania, Leilas ältere Schwester, ist von Beginn der Behandlung an dialogfähig, wenn auch zögerlich, einsilbig, halblaut. Zu ihrem expressiven Verhalten gehört eine bei jeder Äusserung zum Ende hin eintretende Reduktion der Lautstärke mit gleichzeitiger Beschleunigung des Sprechtempo, so dass der zweite Teil ihrer Sätze meistens nur als verschämtes, introversives Gemurmel zu vernehmen ist. In der Realschule beteiligt sie sich selten bis gar nicht am mündlichen Unterricht. Stefania, mittlerweile in der siebten Klasse, gibt vor, mit dem (s)elektiven Schweigen eigentlich nichts zu tun zu haben. Neben der prekären Schulsituation schafft sie es aber z.B. nicht, im privaten Bereich für sich, die Mutter und die Geschwister an der ihr bekannten Imbissbude etwas zu Essen zu holen, obwohl die Mutter sie ausdrücklich darum bittet und selbst nicht aus dem Haus kann, weil ihre älteste Tochter kurz vor der Entbindung und damit vor der Fahrt ins Krankenhaus steht. Von der Klassenlehrerin wird eine soziale Überempfindlichkeit geschildert, die sich darin äussert, dass sich Stefania spöttelnde

Bemerkungen ihrer Mitschüler, die innerhalb des Klassenverbandes reihum verteilt werden, sehr zu Herzen nimmt. Aufgrund der äusserst zurückhaltenden Beteiligung am Unterricht und ihrer durchschnittlichen bis ausreichenden schriftlichen Leistungen ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt ihre Versetzung gefährdet.

Die Durchführung des nonverbalen Intelligenztests CFT 20 (Culture Fair Intelligence Test-Scale 2, vierte deutsche überarbeitete Fassung) ergibt einen IQ von 110, der anschliessende Wortschatztest einen IQ von 97 und der Zahlenfolgetest einen IQ von 103. Laut DIKJ liegt mit einem PR von 40.1 keine Depression vor. Das SPAIK ermittelt mit einem PR-Band von 51–75 eine Tendenz einer Sozialphobie gegenüber unbekanntem Gleichaltrigen. Der Fragebogen zur Erhebung von Stresserleben und Stressbewältigung im Kindesalter (SSK) ergibt mit einem quantitativen PR von 50 ein eher durchschnittliches Ausmass des aktuellen Stresserlebens. Bei der qualitativen Bewertung «Art und Umfang der eingesetzten Bewältigungsstrategien» fällt auf, dass Stefania in stressbesetzten Situationen eher selten nach sozialer Unterstützung sucht (PR: 16), ein noch geringeres problemlösendes Handeln aktiviert (PR: 7) und so gut wie nie mit emotionsregulierenden Aktivitäten reagiert (PR: 2). Das Muster ihrer Copingstrategie ist damit durch Rückzug und Introversion gekennzeichnet. Die Schulprobleme lassen sich vor dem Hintergrund einer durchschnittlichen intellektuellen Grundfähigkeit (s.o.), einer durchschnittlichen numerischen Logik und einem durch die Bilingualität leicht eingeschränkten Wortschatz auf die Unfähigkeit einer mehrdimensionalen Bewältigungsstrategie von schulischen Herausforderungen zu-

Tafel 4: Erklärungsversuche einer Schülerin (13;1 J.) für das eigene mutistische Verhalten

Warum kommst Du zur Sprachtherapie?

Ich gehe in die Sprachtherapie, weil ich nicht viel rede. Es ist ein grosses Problem in der Schule. Ich melde mich nicht und bekomme schlechte Noten. Ich habe auch kaum Kontakt zu Klassenkameraden. Deswegen habe ich wenige Freunde. Aber ich weiss nicht, warum ich mich nicht traue, mich zu melden.

Welche Gründe könnte es dafür geben, dass Du Dich nicht traust zu sprechen?

- Vielleicht traut man sich nicht zu sprechen (in der Schule), weil man denkt, die Lehrer greifen einen an.
- Oder man hat Angst, dass man etwas Falsches sagt und man wird von Mitschülern ausgelacht.
- Man könnte sich nicht trauen, mit Freunden zu reden, weil man denkt, sie geben danach blöde Kommentare ab.
- Man könnte sich nicht trauen, in eine Frittenbude zu gehen, weil man denkt, der Verkäufer denkt etwas Schlechtes über mich.
- Man traut sich vielleicht nicht, mit Nachbarn zu reden, weil man denken würde, sie greifen einen an.

Was ist denn Dein persönlicher Hauptgrund, weswegen Du in der Schule kaum sprichst?

Ich denke, andere greifen mich an.

rückführen. Im Rahmen der Psychoedukation Richtung Problembewusstsein gibt Stefania schliesslich ihr «Mauern» auf. Es entsteht folgende schriftliche Reflexion (s. Tafel 4).

Markus, bei der Vorstellung 17;0 Jahre alt, hat bereits die Schulzeit hinter sich. Nach Angaben der Eltern fällt das mutistische Verhalten, wie so oft, im Kindergarten auf. Bei der Einschulung bereitet die Mutter die Klassenlehrerin auf das Schweigen ihres Sohnes vor. Die Lehrerin nimmt den schweigenden Schüler an, bewertet die unterlassene mündliche Beteiligung am Unterricht nicht. Während der zweiten Klasse siedelt die Familie nach Westdeutschland über. Auf der neuen Grundschule interpretiert die Klassenlehrerin den kommunikativen Rückzug von Markus als Trotzverhalten, erlebt sie doch auf dem Schulhof einen recht aufgedrehten Jungen, der bisweilen zu Clownerie neigt, im Unterricht dagegen total verstummt. Markus reagiert auf diese Missinterpretation seiner Situation tatsächlich mit Trotz: Er verweigert schulischen Fleiss, leistet gerade das Nötigste. In der vierten Klasse erhält Markus die Empfehlung für eine Hauptschule, die er dann auch bis zum Abschluss besucht. Während der gesamten Mittelstufenperiode ist er (s)elektiv mutistisch, spricht so gut wie nicht, akzeptiert seine Mitschüler kaum, weil er merkt, dass er mit einem äusserst geringen Lernaufwand besser ist als sie.

Zum Zeitpunkt des Erstgespräches, das in eine Diagnostikphase mündet, befindet sich Markus wegen eines totalen Mutismus, der von ihm gegenüber einer Logopädin angekündigt wurde und nach einer Tonsillektomie mit einer Mutationsfistelstimme in Verbindung zu stehen scheint, seit sieben Wochen auf einer vollstationären psychiatrischen Abteilung. Der CFT 20 ergibt einen IQ von 107. Das Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ) verweist auf eine hochgradige Depression (PR: 94.9). Beim Kinder-Angst-Test (KAT II) ist mit dem Centilwert 6 und dem PR von 66.4 kein überdurchschnittliches Angstpotenzial festzustellen. Während der schriftlichen «Gespräche» am Computer fällt seine schlechte Orthografie auf, die durch den Rechtschreibungstest für Kinder und Jugendliche (R-T) mit einem PR von 3.6 bestätigt wird. Markus verlässt auf eigenen Wunsch und auf Wunsch seiner Eltern die Klinik und beginnt mit der Sprachtherapie, die nach der Depressions-Diagnose durch einen selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (Fluoxetin) flankiert wird. In der Familienanamnese fallen erneut introvertierte Persönlichkeitsstrukturen auf: bei den beiden älteren Halbgeschwistern (zweieiige Zwillinge) aus der ersten Ehe der Mutter, bei der Mutter selbst, dem Vater mit einem zurückliegenden vierwöchigen Klinikaufenthalt wegen Depression, der Tante väterlicherseits und in einer ausgeprägt eigenbrötlerischen Form beim Grossvater väterlicherseits.

Heute spricht Markus wieder, auch ohne ein Antidepressivum. Ungehemmt, unauffällig. Er empfängt zu Hause Freunde, was vorher undenkbar war, geht mit ihnen in die Stadt, ins Kino, hat eine Lehrstelle als Elektriker und besucht eine Berufsschule. Während eines gemeinsamen Essens ein halbes Jahr nach Beendigung der Therapie sagt er mit sonorer Stimme und einem herzerfri-

schenen Berliner Dialekt: «Ick darf heute nich' zu spät ins Bett jehn, weil ick morgen Berufsschule habe.»

Die Verbindung von Mutismus im Kindes- und Jugendalter, sozialem Rückzug und massiven Schulproblemen findet sich auch in der Skizzierung der nächsten Kasuistik. Diese Trias wird im Jugendalter häufig durch die Diagnose Depression ergänzt, ob kausal oder psychoreaktiv.

Lara, 17;2 Jahre alt, wird vorgestellt, als sie sich im zweiten Halbjahr der zehnten Klasse einer Gesamtschule neben dem seit der frühen Kindheit bestehenden Mutismus zusätzlich schriftlich verweigert, so dass der Realschulabschluss in Gefahr gerät. Zu ihrer *Mutismusbiografie* gehören die Wiederholung der zweiten Grundschulklasse aufgrund mangelnder Mitarbeit, ein vollstationärer Klinikaufenthalt auf einer kinder- und jugendpsychiatrischen Station und in der neunten Klasse ein Suizidversuch in der Schule mit Ankündigung im Internet. Neben dem Mutismus liegt eine beidseitige Madelung-Deformität vor. Bei der Familienanamnese berichtet der Vater, er sei als Schüler ebenfalls ruhig und zurückhaltend gewesen. Die Diagnostik befundet einen Sigmatismus interdentalis, eine überdurchschnittliche Intelligenz (IQ: 126 nach CFT 20), eine ausgeprägte Sozialphobie (PR-Band von 96–99 nach SPAIK) sowie eine ausgeprägte Depression (PR: 97.2 nach DIKJ). Neben der verhaltens- und soziotherapeutisch ausgerichteten Sprachtherapie wird eine Medicothérapie ebenfalls mit einem selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (Cipramil) begonnen. Lara macht in der Therapie gute Fortschritte. Nach anfänglichem Schweigen in den Behandlungsstunden, dem beginnenden halblauten Lautieren von Anfangsbuchstaben sprachtherapeutischer Materialien ist mittlerweile eine phonisch unauffällige Dialogfähigkeit entstanden, die auch In-vivo-Massnahmen standhält. Zusätzliches Vorlesen von Shortstories von Ernest Hemingway mit anschliessender mündlicher Nacherzählung stellt keine unüberwindliche Hürde mehr dar. Nach der abgebrochenen Opposition in der Schule absolviert Lara den Realschulabschluss. In den Sommerferien treffen wir uns mit dem Vater zu einem Beratungsgespräch. Lara ist auf einem Berufskolleg mit Schwerpunkt Hauswirtschaft angemeldet. Sie möchte die Frage klären, ob es ratsam ist, die neue Schule über ihre Vergangenheit zu unterrichten – sie sei eigentlich dafür, wisse es aber nicht genau. Ich frage sie, ob sie wieder einen Sonderstatus wie in den letzten Jahren zuvor haben oder ob sie einen Neubeginn wagen möchte. Lara will keine Aussenseiterrolle mehr, entscheidet sich für den Schlusstrich unter dem zurückliegenden Schultrauma.

Der Neubeginn, flankiert durch eine zweigleisige Therapie (Sprachtherapie plus Antidepressivum), gelingt. Lara taucht ein in ein unauffälliges Schülerverhalten: Sie meldet sich, spricht, liest vor, schweigt situativ wie andere Schüler, wenn sie die Antwort nicht weiss – und auch nur dann –, schliesst Freundschaften, geht mit Klassenkameradinnen Bummeln oder ins Kino, was vorher nur im familiären Rahmen möglich war. Ein einziges Mal droht die neue Rolle ins Wanken zu geraten. Lara setzt kurz vor der ersten Klassenfahrt ihr Medikament ab. In der letzten Behandlungsstunde vor der Fahrt und der ersten danach wirkt sie mimisch, körpersprachlich und kommunikativ wie versteinert. Mitschüler, so be-

richtet der Vater, hätten sie auf der Klassenfahrt erstmalig mit ihrem alten Schulhabitus erlebt: schweigend, ängstlich, sozial zurückgezogen. Man habe sie angesprochen. «Was ist los? Ist etwas zu Hause passiert?»

Laras Verhalten ist nach dem Wiedereinsetzen des SSRI-Präparates (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor = Selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) wieder stabil. Ein Schulpraktikum als Hotelfachfrau wird unauffällig, d.h. sprechend, absolviert. Die heute 18-Jährige möchte die Qualifikation für die Oberstufe erreichen und auf dem Kolleg, wenn es ihre Schulnoten zulassen, die Fachhochschul- oder Hochschulreife erzielen. Die Behandlung wird erfolgreich abgeschlossen. Beim Abschlussgespräch lasse ich sie schriftlich folgende Frage beantworten: «Was hat mir die Therapie gebracht bzw. nicht gebracht?» Ich bitte um eine ausführliche Reflexion. In ihrer minimalistischen Rhetorik – die sowohl mündlich als auch schriftlich ebenfalls bei anderen Schweigenden zu beobachten ist, selbst nach einer kommunikativen Öffnung – schreibt Lara in positiver Grundstimmung (s. Tafel 5):

Tafel 5: Schriftliche Antwort einer jungerwachsenen ehemaligen Mutistin (18;2 Jahre) auf die Frage «Was hat mir die Therapie gebracht bzw. nicht gebracht?»

Ich sag wieder was in der Schule. Ich geh mit Freunden weg. Ich trau mich mehr. Meine Eltern sagen, ich bin zu Hause ganz schön frech geworden. Ich geh auch so mehr raus als früher. Ich geh auch mal allein Einkaufen.
--

Die Katamnese nach sechseinhalb Monaten ergibt, dass Lara weiterhin in der Schule und im Alltag spricht. Das DIKJ ermittelt mit einem PR von 45.9 keinen Hinweis mehr auf Depression. Die Medikation wurde dreieinhalb Monate vorher abgesetzt. Das sozialphobische Verhalten dagegen ist geblieben (erneut PR-Band 96–99 nach SPAIK). Es scheint, als ob hier der Depression in der Genese des Mutismus eine grössere Relevanz zugeschrieben werden kann als der Sozialphobie. Auch wenn Lara nach aussen hin reserviert wirkt, hat sie etwas entwickelt, was ihr früher völlig fremd war: Lebensfreude.

Sarah (22;10 Jahre) hat einen Hauptschulabschluss. Seitdem hat sie keine weiterbildende Institution mehr besucht, lebt bei ihren Eltern. Die Familien- und Eigenanamnese ist vielfältig auffällig, verweist sowohl auf der väterlichen als auch auf der mütterlichen Linie auf eine genetische Disposition für kommunikative und soziale Rückzugstendenzen. Suizid eines Halbbruders (erste Ehe des Vaters) nach Schnüffelsucht und Depression, als Sarah sechs Jahre alt ist. Urgrossmutter des Halbbruders ebenfalls depressiv. Der Vater beschreibt sich im Schulalter als wortkarg, die Tante väterlicherseits ist seit dem Kindergarten bis heute gehemmt. Die Mutter hat sich nach ihren Angaben in der Schule äusserst selten gemeldet, war ängstlich und erhielt diesbezüglich Zeugniseintragungen. Der Onkel mütterlicherseits wird als stiller Mann beschrieben. Die Grossmutter mütterlicherseits wuchs als gehemmt Kind sozial zurückgezogen auf einem Bauernhof auf und brach im Alter von 19 Jahren aus dieser beklem-

menden Situation durch eine freiwillige Meldung zum Arbeitsdienst aus, um vom Hof wegzukommen.

Sarah selbst ist schon als Kindergartenkind ruhig und zeigt täglich Schwellenangst, die sie aber nach etwa einer halben Stunde wieder verliert. In der Grundschulzeit ist das Mädchen im Unterricht schweigsam, spricht aber mit den Mitschülern. Auf Empfehlung der Klassenlehrerin kommt Sarah nach vier Grundschuljahren auf eine Realschule. Dort setzt sich das mittlerweile manifestierte Verhalten fort. Sie spricht mit den Schülern, aber nicht mit den Lehrern. Die schriftlichen Noten liegen zwischen gut und befriedigend. Eine Diagnose Richtung Mutismus ist bisher nicht gefallen. Es wird die Konsultation des Schulpsychologischen Dienstes empfohlen. Die Eltern lehnen ab mit dem Hinweis, es läge nur Schüchternheit vor. Sarah entwickelt eine Bulimie. In der achten Klasse stürzen die Noten ab. Sarahs Lehrer nehmen auf das gehemmte Verbalverhalten keine Rücksicht mehr, zumal keine offizielle Diagnose vorliegt. Als sie die Klasse wiederholen muss, was jedoch auf dieser Schule nicht möglich ist, da sie konzeptionell zu einer Gesamtschule verändert wird, wechselt sie zu einer anderen Realschule und wiederholt dort. Sie zeigt sich von nun an nicht nur bei den Lehrern mutistisch, sondern verstummt auch relativ schnell gegenüber ihren Mitschülern. Zwar werden zwei Freundschaften verbalsprachlich aufgebaut, allerdings ohne private Verabredungen. Die schriftlichen Noten liegen anfangs zwischen gut und befriedigend. Als die Mutter ihre Sorgen mit der Tochter dem Hausarzt der Grossmutter mütterlicherseits schildert, nennt dieser zum ersten Mal die Diagnose Mutismus. Es wird ein Psychiater in einer entfernt liegenden Stadt konsultiert. Er verspricht eine intensivere Diagnostik und Beratung im Klinikum der Heimatstadt, an der er konsiliarisch tätig ist. Als Sarah dort einen Termin hat, stellt sie der Ordinarius in einem Seminar Studenten vor. Die Familie ist entsetzt, man fährt irritiert nach Hause. Im zweiten Halbjahr der achten Klasse stürzen Sarahs schriftliche Noten in den Bereich mangelhaft und ungenügend ab. Ihr rückblickender Kommentar: «Ich hatte keine Lust mehr, weil ich sowieso immer schlechtere Noten bekommen habe.» Die Akzeptanz bei den Schülern ist zwischenzeitlich zum Erliegen gekommen.

Sarah wechselt auf eine Hauptschule. «Das war besser für mich. Die waren da alle normaler.» Der neuen Schule wird die Diagnose Mutismus vorab mitgeteilt. Sarah schweigt weiterhin im Unterricht, spricht aber mit allen Schülern. Bei der *Freien Arbeit*, in der einzelfallorientiert und selbständig gelernt wird, fängt sie bei einem Lehrer an zu sprechen, wenn dieser sie nicht vor der ganzen Klasse aufruft. Ihre schriftlichen Leistungen werden zwischen sehr gut und gut bewertet. Die Eltern beginnen eine Familientherapie. Da kommt es zu einem Zwischenfall: Bei einer Karnevalsfeier halten sie zwei Jungen fest und versuchen eine Vergewaltigung. Ein Junge ejakuliert in Sarahs Mund. Zu einer Strafverfolgung der Täter kommt es nicht, weil Sarah die Strafanzeige zurückzieht. Sie entwickelt nach der Tat Verhaltensauffälligkeiten, indem sie sich mit Rasierklingen Schnittwunden an Armen und Händen zufügt. Die Eltern brechen die Familientherapie ab. Daraufhin empfiehlt die Familientherapeutin für Sarah eine vierwöchige Unterbringung in einer entfernt liegenden psychiatrischen Klinik. Aus den vier Wochen

werden acht Monate. In dieser Zeit wechselt Sarah in eine weitere Klinik mit der Diagnose «Zustand nach kurzer depressiver Reaktion im Rahmen einer Anpassungsstörung bei emotional instabiler Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus». Dort besucht sie die angeschlossene Krankenhausschule und macht ihren Hauptschulabschluss. Im weiteren Verlauf erfolgen drei Suizidversuche. Sarah wird auf den Stationen nicht medikamentös behandelt. Nach den stationären Therapien setzen ambulante Psychotherapien ein. Zuerst einmal wöchentlich, schliesslich einmal monatlich. Sie werden wegen «mangelnder Mitarbeit» – Sarah ist einsilbig oder schweigsam – abgebrochen.

Als Sarah bei mir vorgestellt wird, hat sie bereits mit einer Fernschule begonnen. Sie möchte zuerst die Mittlere Reife, später das Fernabitur absolvieren. Der nonverbale Intelligenztest CFT 20 ermittelt einen IQ von 94, das DIKJ einen PR von 99.1 und damit eine ausgeprägte Depression. Des Weiteren wird mit dem SPAIK ein PR-Band von 96–99 und damit eine ebenfalls ausgeprägte Sozialphobie diagnostiziert. In Kooperation mit einer Kinder- und Jugendpsychiaterin wird ein SSRI-Präparat (Zoloft) eingesetzt. Sarah öffnet sich. Nach anfänglichem Schweigen entsteht über Monate eine halblaut artikulierte Dialogfähigkeit. Auf die Frage, ob der Vorfall in der Schule etwas mit ihrem Schweigen zu tun habe, antwortet sie: «Nein.» Mutter und Tochter berichten, dass Sarah nun des Öfteren selbständige Radtouren in die Gemeinde unternimmt. Bei einem Beratungsgespräch in einem Computergeschäft, das von der Mutter etwas unbeholfen durchgeführt wird, schiebt Sarah ihre Mutter plötzlich zur Seite und führt das Gespräch mit dem Berater selbst durch. Als ob nie etwas gewesen wäre. Die Mutter ist verblüfft. Etwas später fährt die Familie nach Belgien. Dort bestellt sie in einem Strassencafé auf Französisch für die Eltern und sich. Therapeutisch ist Sarah auf einem guten Weg. Es wird allerdings noch Zeit brauchen, bis sie frei und ohne sozialphobische Analyse der jeweiligen sozialen Interaktion mit anderen spricht.

Die Deskription mutistischer Schüler liesse sich beliebig fortsetzen: Da ist der 14;11-jährige *Demian*, dessen ältere Schwester, der ältere Bruder, der Vater (Zeugniseintragung), die Grosseltern väterlicherseits und der Grossvater mütterlicherseits Introvertiertheit bis Ängstlichkeit aufweisen und der neben dem im Sprachheilkindergarten beginnenden Mutismus stottert, die Eingangs- und erste Klasse einer Sprachheilschule besuchte und seit der zweiten Klasse auf einer Schule für Lernbehinderte (jetzt siebte Klasse) ist.

Oder der 16;8-jährige *Sascha* (neunte Klasse) mit einer dispositionellen Belastung auf beiden elterlichen Linien, der seit dem Ende der ersten Klasse partiell schweigt, seit der zweiten Klasse ebenfalls eine Schule für Lernbehinderte besucht und vor der Vorstellung bei mir für zweieinhalb Wochen in einer Tagesklinik untergebracht wurde.

Des Weiteren ist *Jana* zu nennen (15;7 Jahre), zwölfte Klasse, in der Mittelstufe zwei Klassen übersprungen, IQ nach psychometrischer Untersuchung durch eine Psychologin: 136, früher Sigmatismus interdentalis, mit einem introvertierten und sozial zurückgezogenen Vater und einer manisch-depressiven Grossmutter müt-

terlicherseits. Aufgrund der überdurchschnittlichen Leistungsfähigkeit im schriftlichen Bereich hat Jana kein Störungsbewusstsein und antwortet auf meine Frage, ob sie die seit Jahren andauernde Ängstlichkeit im mündlichen Bereich für normal hält, nach einer Pause halbblaut-gehemmt: «Es muss auch ruhige Menschen geben.» Jana steht im (mündlichen) Nebenfach Geschichte mangelhaft, andere Fachlehrer wollen nachziehen, weswegen die Schulleitung die Eltern angeschrieben hat mit der dringenden Bitte um Aufnahme einer Therapie.

Christian (12;2 Jahre) mit einer diathetischen Vorbelastung auf den Linien des Vaters und der Mutter, diverse Klinikaufenthalte, IQ laut CFT 20: 103, befindet sich in der siebten Klasse einer Schule für Hörbehinderte. Obwohl eine Normakusis besteht, wurde er auf diesem Schultypus untergebracht, weil es eine andere sonderpädagogische Fördermöglichkeit in der Nähe des Wohnortes nicht gibt und darüber hinaus der Mutismus – das Schweigen ohne audilogische Grunderkrankung – nicht identifiziert wird.

Jonas, 11;1-jährig, dritte Klasse, ist totaler Mutist, d.h. er spricht weder ausserhalb noch innerhalb der Familie. Die Mutter leidet an Depressionen, die Grossmutter und der Grossonkel mütterlicherseits werden als einsilbig, wortkarg und sozial zurückgezogen beschrieben. Der Vater ist bis heute erkennbar still. Patientenanamnestisch ist eine perinatale Asphyxie zu nennen, eine noch anhaltende Enuresis nocturna und diurna sowie zwei zurückliegende epileptische Anfälle. Klinikaufenthalte begleiten seine noch kurze Schulphase.

Kenan, zu Beginn der Behandlung fünf Jahre alt, Sohn türkischer Eltern und hinsichtlich des Schweigens beidseitig dispositionell vorbelastet, wird erst während der Therapie eingeschult. Er spricht, auch in seiner Familiensprache Türkisch, nicht mit fremden Kindern und Erwachsenen sowie nicht vertrauten Familienangehörigen. Bei Kenan liegt eine multiple Dyslalie vor, ein Dysgrammatismus sowie ein massiv eingeschränkter aktiver Wortschatz. Der Aktive-Wortschatz-Test für 3- bis 6-jährige Kinder (AWST 3-6) ergibt in beiden Sprachen (Deutsch und Türkisch) einen PR von 0. Die CPM ermitteln einen IQ von 125. Die Mutter erleidet nach der Geburt der nachfolgenden Tochter und nach grossen ehelichen Spannungen einen Nervenzusammenbruch, der zu einem Klinikaufenthalt führt. Aufgrund der Kombination des Mutismus mit einer Sprachentwicklungsstörung, die durch die Bilingualität des Kindes noch verstärkt wird, empfehle ich eine Sprachheilschule. Die Mutter setzt sich gegenüber dem akzeptierenden Vater durch, so dass Kenan auf einer Regelgrundschule eingeschult wird.

Die dargestellten Kasuistiken, die sich weniger auf die Skizzierung therapeutischer Prozesse als auf den Schulverlauf konzentrieren, beschreiben manche Übereinstimmungen (s. Tafel 6). Es sei darauf hingewiesen, dass keine empirischen Aussagen vorgenommen werden, sondern Tendenzbeschreibungen. Die Darstellung der Hintergrundkonfigurationen dient der qualitativen Beschreibung mutistischer Schülerinnen und Schüler, um eine Anschauung von dem Phänomen Schweigen in der Schule und seinen jeweiligen Entwicklungsverläufen zu vermitteln. Das Erscheinungsbild mutistischer Schüler macht deutlich, dass

Tafel 6: Biografische Konvergenzen von zwölf mutistischen Schülern (Mehrfachnennungen vorhanden)

1. Bei allen zwölf Schweigern liegen genetische Dispositionen für einen kommunikativen und/oder sozialen Rückzug vor.
2. Bei neun von zwölf Betroffenen treten diese Dispositionen mütterlicher- und väterlicherseits auf.
3. Bei drei Mutistinnen ist eine einseitige Disposition in der Familie (zwei auf der mütterlichen, eine auf der väterlichen Linie) festzustellen.
4. Drei Betroffene wachsen in bilingualen Familien auf.
5. Sechs verfügen über ein durchschnittliches IQ-Fundament, drei Mutisten liegen im überdurchschnittlichen und zwei im unterdurchschnittlichen IQ-Bereich bei einer fehlenden Angabe.
6. Bei der Genese jeder mutistischen Symptomatik fallen erste deutliche Hinweise beim bzw. vor dem Eintritt in den Kindergarten auf.
7. Drei Schweigende haben in der Schulzeit eine nachweisbare Sozialphobie entwickelt.
8. Zwei weitere weisen eine sozialphobische Tendenz auf.
9. An einer schweren Depression leiden kausal oder comorbid drei jungerwachsene Mutisten.
10. Bei den Schulabgängern (drei) absolvieren zwei einen Hauptschulabschluss und eine Schülerin einen Realschulabschluss.
11. Alle zwölf Schweiger erhalten aufgrund der minimalen bis ausfallenden mündlichen Beteiligung im Unterricht deutlich schlechtere Zeugnisnoten, als es der schriftliche Leistungsbereich vorgibt.
12. Elf von zwölf Schweigern erscheinen schon in der Primarstufe als leistungsschwach und kämpfen jährlich ab der Einschulung um die Versetzung.
13. Das nicht mehr zu revidierende schlechte Gesamtbild in der Leistungsbewertung erfordert bei drei mutistischen Schülern eine Klassenwiederholung.
14. Eine Mutistin überspringt zwei Klassen.
15. Neun Betroffene besuchen eine Regelschule.
16. Fünf mutistische Schüler besuchen (zwischenzeitlich) eine Sonderschule, einer von ihnen eine Schule für Hörbehinderte, obwohl er keine auditiven Beeinträchtigungen hat!
17. Sieben Mutisten weisen (bzw. wiesen) Sprachstörungen auf.
18. Acht Schweiger absolvieren eine (teil-)stationäre psychiatrische Therapie, sieben davon während der Schulzeit!
19. Vier Betroffene werden medikamentös mit Psychopharmaka behandelt – alle vier jedoch nicht während der Klinikaufenthalte, sondern z.T. erst Jahre später ambulant.
20. Nur ein Schulkind erhält die medikamentöse Flankierung der Therapie im schulpflichtigen Alter (hier: Grundschule), eine Jungerwachsene erst auf dem Berufskolleg, die beiden anderen nach Abschluss der Schule.
21. Zwei mutistische Jugendliche unternehmen Suizidversuche.

ein schweigendes Kind oder ein schweigender Jugendlicher in der Schule nicht mit konventionellen Massstäben zu bewerten ist (s. auch *Schoor 2002, Bahr 2002*). Es wird ihnen in zahlreichen Fällen zu Unrecht eine verminderte Leistungsfähig-

keit bescheinigt, die vor allem durch den Eindruck der reduzierten Selbstdarstellung entsteht. Wie aber kann sich eine an Mutismus leidende Person mit deutlich eingeschränkten mündlichen Darstellungsstrategien angemessen präsentieren, wenn gerade die (deutlich eingeschränkten) mündlichen Darstellungsstrategien entscheidend zu ihrem Gesamtbild beitragen sollen, und dazu noch erschwerend vor einem Klassenverband, d.h. innerhalb jener Interaktionsform, die sozialphobisch geradezu gefürchtet wird?

Eine zusätzliche Traumatisierung der mutistischen Schüler entsteht, wenn auftretende Minderbewertungen des Mündlichen die Versetzung gefährden oder unmöglich machen, vermeidbare Klassenwiederholungen mit dem Mutismus verbunden sind, nachfolgend Adaptationsprobleme im neuen Klassenverband entstehen, zusätzliche Klinikaufenthalte den Anschluss an die Klasse auflösen, die betroffenen Kinder und Jugendlichen aufgrund von objektiven Integrationserschwernissen anschliessend nicht in den alten Klassenverband zurück wollen, Schulwechsel vorgenommen werden und parallel dazu mutismusspezifische psychophysiologische Behandlungsformen unterbleiben, sodass der mutistische Zustand der Betroffenen fast unverändert bleibt bzw. durch die negativ gefärbten Schulerfahrungen sogar eine Verschlimmerung erfährt.

Der in vielen Fällen entstehende *Circulus vitiosus* verdeutlicht die Notwendigkeit einer systemischen Behandlungskonzeption des Schweigens, die den Einzelnen in den Kontext seiner Lebensbedingungen stellt (vgl. *Hartmann* 2004a und b). Es stellt sich die Frage, ob eine psychophysiologische Perspektive in den klinischen Therapiephasen der mutistischen Schüler unter Berücksichtigung psychologischer *und* somatologischer Faktoren einen Teil der negativen Schulerfahrungen hätte verhindern können, da die psychosozialen Folgephänomene mit der Symptomstärke des Mutismus korrelieren. Im Grundverständnis des Schweigens erweist sich eine *biobehavioristische Perspektive* als sinnvoll (vgl. *Amari et al.* 1999), die eine physiologische Vulnerabilität und Umweltfaktoren miteinander verbindet. Bei der pädagogischen Begleitung von mutistischen Schülern ist eine interdisziplinäre Therapieindikation unverzichtbar, will man *dem Menschen* hinter seiner *Glasglocke des Schweigens* (vgl. *Hartmann/Lange* 2003) gerecht werden.

Neben einer angemessenen Kombination und Ergänzung therapeutischer Konzeptionen kommt der ausführlichen Beratung und Auswahl adäquater Beschulungsmöglichkeiten eine besondere Bedeutung zu, um die Entstehung massiver Schulprobleme mit ihren störungsimmanenten Verstärkungspotenzialen im Ansatz zu verhindern oder prophylaktisch zu umgehen.

3. Regel-, Integrations- oder Sonderschule?

Tritt das Schweigen vor dem Eintritt in die Schule auf, so entsteht bereits ein erstes Schulproblem, ohne dass das Kind einen Fuss in das Schulgebäude gesetzt hat: bei der Feststellung der Schulreife. Mutistische Kinder verweigern bei der amtsärztlichen Untersuchung jegliche Mitarbeit. Sie reden nicht und reagieren

in der Regel mit Regungslosigkeit auf die zeichnerischen Aufgabenstellungen zur Identifikation von visuellen Wahrnehmungsstörungen, psychomotorischen Reifungsverzögerungen in der Auge-Hand-Koordination und einem altersinadäquaten Symbolverständnis. Wie aber kann in einem solchen Fall die Frage der Schulreife beantwortet werden?

Zunächst ist die Erstellung einer *Verdachtsdiagnose Mutismus* sinnvoll, um das weitere Vorgehen einleiten zu können. Dies setzt Hintergrundinformationen bei den Amtsärzten voraus, die ohnehin einzufordern sind, um Mutisten und ihren Angehörigen leidvolle Jahre der Suche nach einer Diagnose und Therapiemöglichkeit zu ersparen. Eine Überweisung zu Sprachtherapeuten/Logopäden oder zu Psychologen und Ärzten sozialpädiatrischer Zentren, die meistens an grosse (Universitäts-)Kliniken angeschlossen sind, ist zu empfehlen. Dort kann eine nonverbale Diagnostik der Grundintelligenz sowie eine psychometrische Untersuchung hinsichtlich der visuellen Wahrnehmungsleistung vorgenommen werden. Gelingt dies nicht bei der ersten Vorstellung, so können weitere Stunden eingesetzt werden unter Begleitung der Eltern durch intensive Beratungen. Die Ermittlung des kognitiven und sensorischen Fundaments ermöglicht eine Prognose hinsichtlich der schulischen Entwicklung des Kindes und deckt Leistungsminderungen in diesen Bereichen sofort und nicht erst nach traumatisierenden Schulerfahrungen auf.

In jedem Fall kann eine Mutismus-Diagnostik durchgeführt werden nach den Leitlinien der ICD-10 (Code: F94.0; vgl. *Dilling et al.* 2000) oder den Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV) der Amerikanischen Gesellschaft für Psychiatrie (Code: 313.23; vgl. *Sass et al.* 1998). Eine frühzeitige Diagnostik des Schweigens dient der Identifikation und Einleitung therapeutischer Fördermöglichkeiten vor der Ausbildung und Manifestation psychosozialer Konsequenzen wie massive Schulprobleme, soziale Isolation, Depression, inadäquater Schulabschluss und reduzierte Berufsperspektiven. Sie dient gleichzeitig der Entscheidungshilfe, ob eine Regel-, Integrations- oder Sonderschule die angemessene Schulform für das schweigende Kind darstellt.

3.1 Aspekte der Regelbeschulung

Der (s)elektive Mutismus ohne Einbettung in eine Sprachentwicklungsstörung, bilinguale Sprachkonkurrenz, Lernbehinderung oder erziehungsschwierige Verhaltenskonfiguration ermöglicht die Aufnahme und den Verbleib in einer Regel(grund-)schule. Bei einem einzuschulenden Kind ist eine Vorinformation der Schulleitung durch die Eltern zu empfehlen, um anhand ausführlicher Beratungsgespräche eine Skizzierung der schulpädagogischen Betreuung vorzunehmen. Dabei können folgende Fragestellungen als Beratungshilfen eingesetzt werden (s. Tafel 7; vgl. *Hartmann/Lange* 2003), die natürlich auch bei älteren Schulkindern oder jugendlichen Schweigern anwendbar sind.

Der dargestellte Fragenkatalog, der als Leitfaden für ein konstruktives Beratungsgespräch zwischen den Eltern, der Schul- und der Klassenleitung verwendet werden kann, spricht die wichtigsten Problemfelder eines Schweigeverhaltens in der sozialen Institution Schule an. Er involviert die *Notwendigkeit einer schul-*

Tafel 7: Beratungshilfen beim (s)elektiven Mutismus in der Schule

1. Ist die Schulleitung grundsätzlich bereit – nach einer offiziellen diagnostischen Bestätigung sowie Bescheinigung der Diagnose Mutismus – die Schülerin bzw. den Schüler auf der Schule unterzubringen oder zu halten?
2. Erfährt die Schulleitung die Unterstützung der Klassen- und Fachlehrer(innen)?
3. Ist eine *Befreiung* des mutistischen Kindes von der mündlichen Beteiligung der *abschwächenden Beurteilung* der mündlichen Leistungen vorzuziehen? Hier ist eine Empfehlung aus dem therapeutischen Bereich angeraten, da beide Bewertungsmodi unterschiedliche Therapiekonsequenzen involvieren und einzelfallbezogen zu diskutieren sind (Beseitigung vs. therapeutische Nutzung eines Leidensdrucks).
4. Wird eine veränderte (asymmetrische) Leistungsbewertung von den Mitgliedern des Klassenverbandes akzeptiert?
5. Sind die schriftlichen Leistungen durchschnittlich bis überdurchschnittlich und können als Kompensationsleistung genutzt werden?
6. Werden schriftlich sowie mittels Gestik und Mimik soziale Kontakte aufgenommen?
7. Wird der Schulverlauf sprach- bzw. psychotherapeutisch flankiert?
8. Gibt es therapeutische Regeln für das Verhalten der schweigenden Schüler(innen) in der Schule?
9. Wird das Kommunikationsverhalten vor Ort in der Schule dokumentiert und therapeutisch bewertet?
10. Finden Gesprächsrunden zwischen Eltern, Klassenlehrer(in) und Therapeut(in) statt?

begleitenden Therapie unter Einbeziehung interdisziplinärer Gesprächsrunden. Ein Links-liegen-Lassen oder kommentarloses «Mitziehen» der mutistischen Schüler sowie eine euphemistische Missinterpretation des Schweigens als «besondere Kommunikationsform», die Gelassenheit erfordere und erst durch die Etikettierung der Gesellschaft zu einem Problem werde, verbietet sich nicht nur aus ethischen Gründen, sondern negiert das Vorliegen einer angstbesetzten psychosozialen Störung, die – wird sie nicht rechtzeitig erkannt oder inadäquat behandelt – zu weitreichenden intra- und interpersonellen Entfaltungshemmnissen bei der betroffenen Person und ihrer Familie führen kann und – wie die Fallbeispiele zeigen – tatsächlich auch führt.

Neben der therapeutisch induzierten gesamtpersonalen Deblockierung dient die therapeutische Begleitung des mutistischen Schulverhaltens der Reduktion eines *subjektiven Krankheitsgewinns*, der entsteht, wenn die Schweiger durch vermehrte Aufmerksamkeit (positive Verstärkung) und/oder Befreiung von schulischen Pflichten (negative Verstärkung) positiv erlebte Vergünstigungen erhalten, die wiederum zu einer Aufrechterhaltung des Schweigens führen.

Mutistische Schülerinnen und Schüler sind in erster Linie Schülerinnen und Schüler und dementsprechend in den Unterricht zu integrieren: Beteiligung am Unterricht den Umständen entsprechend mündlich oder schriftlich, Anwesenheit in allen Unterrichtsfächern und selbstverständlicher Besuch von Schulfeiern, Reflexion der geleisteten Beiträge, Lob und Ermutigung zur weiteren Perspektivenbildung. Die schweigenden Kinder oder Jugendlichen sind gleichwertige

Mitschüler und integraler Bestandteil des Klassenverbandes, mit dem einzigen Unterschied, dass Alternativen zur mündlichen Kommunikation bestehen. Die jeweilige Lehrer-Schüler-Interaktion sollte dabei gerade vor dem Hintergrund einer erschwerten Schulperspektive der Betroffenen vom *Prinzip der Kompromissuche* getragen werden.

In einem *therapeutic deal* kann beispielsweise die *abgeschwächte Beurteilung der mündlichen Beteiligung* von der Aufnahme einer Therapie abhängig gemacht werden. Wichtig hierbei ist ein Sich-Bewegen auf beiden Seiten. Die konventionellen Bewertungsmechanismen können und dürfen bei mutistischen Schülern nicht zur Anwendung kommen, da man mit der ungehemmten verbal-expressiven Leistungsfähigkeit etwas von den Betroffenen verlangt, was sie aufgrund einer multiaxialen Störung objektiv nicht realisieren können. Auf der anderen Seite sollten Schweiger nicht mit der automatisierten Erwartungshaltung an das schulische System herangehen, sie hätten ein Recht auf Nichtbenotung des Mündlichen. Träfe dies zu, würden positive Erfahrungen der Sonderstellung den Leidensdruck überlagern und damit die Chance auf eine vitale Therapiemotivation reduzieren. Die Folge wäre eine Nichtabschwächung bzw. Manifestation des Schweigens und damit seine Chronifizierung.

Zukünftige Erkenntniszuwächse in der Mutismus-Forschung werden bei der Beantwortung der Frage helfen, ob die Entwicklung einer Sozialphobie bzw. Depression reaktiv oder kausal mit dem Mutismus verbunden ist. Dass beide psychischen Erkrankungen, die durch die betroffene Person als äusserst belastend erlebt werden, bei mutistischen Schülern häufig anzutreffen sind, zeigen die Fallbeispiele in Kapitel 2. Vor diesem Hintergrund kommt neben einer Psychotherapie oder einer kommunikativ ausgerichteten Sprachtherapie der medikamentösen Behandlung mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern eine besondere Bedeutung zu (vgl. *Black/Uhde 1994, Carlson et al. 1999, Golwyn/Sevlie 1999, Beck/Warnke 2003*).

In jedem Fall gilt jedoch der – auch für die Schule zutreffende – Grundsatz, dass eine Nichtbeachtung oder gut gemeinte rhetorische Abschwächung der Störung nicht zwangsläufig zu einem positiven Selbstwertgefühl der Betroffenen und damit zu einer Auflösung der Störung (hier: des Schweigens) führt. Hier sollte der Tatsache Rechnung getragen werden, dass Menschen mit einem Handicap immer um dieses Handicap wissen und damit um die reduzierten Entfaltungsmöglichkeiten, die sie bei anderen in dieser reduzierten Form nicht beobachten. Anders gesagt: Nicht die gesellschaftspolitische oder humanistische Umdeutung einer Störung, Behinderung oder Erkrankung bewältigt eine Störung, Behinderung oder Erkrankung, sondern die Akzeptanz der aktuellen Lebensbedingung und Nutzung von Behandlungspotenzialen bei gleichzeitig aktiver Entwicklung von individuellen Kompensationsstrategien.

3.2 Aspekte der integrativen Beschulung

Mutistische Kinder und Jugendliche können neben der Regelbeschulung auch integrativ unterrichtet und gefördert werden. Die Aufnahme oder Überweisung in eine Integrationsklasse ist zu empfehlen, wenn über das Schweigen

hinaus sprachliche, sensorische oder psychomotorische Entwicklungsrückstände zu verzeichnen sind. Aber auch bei einer fehlenden Verknüpfung mit zusätzlichen Störungsbildern kann eine Integration von Vorteil sein. Häufig wirken schon die geringere Klassenstärke sowie die Beobachtung anderer Schüler mit Erschwerissen positiv auf die Betroffenen, d.h. psychisch entlastend. Dabei ist es nicht zwingend, das mutistische Kind bzw. den mutistischen Jugendlichen als Integrationsschüler zu unterrichten. Führt dennoch das Schweigen zu einer offiziellen Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs, ist darauf zu achten, dass die daran anschließende Betreuung durch eine Fachkraft ausgeführt wird, die über ein mutismusspezifisches Hintergrundwissen verfügt. Ein Sich-Ausprobieren der Sonderpädagogin bzw. des Sonderpädagogen ist aufgrund der Komplexität des Schweigens und der Verstärkung der Symptomatik bei inadäquater Behandlung in jedem Fall zu vermeiden. Auch eine alleinige heilpädagogische Förderung greift in der Regel zu kurz, um das Geflecht aus Mutismus, Sozialphobie, Ängstlichkeit und Depression aufzulösen.

Bei einer integrativen Beschulung der Schweiger bleibt die Notwendigkeit einer schulbegleitenden Therapie bestehen, um die diathetisch determinierte Gehemmtheit aufzulockern und die betroffene Person bei der sich befreienden Neuorganisation der eigenen Persönlichkeitsstruktur in Richtung Extension der kommunikativen und sozialen Kompetenz und damit Bildung einer Zukunftsperspektive zu unterstützen.

3.3 Aspekte der sonderpädagogischen Beschulung

Ist der Mutismus mit einer Lernbehinderung oder Sprachstörung verbunden, ist die Aufnahme in einer behinderungsspezifischen Sonderschule oder behinderungsübergreifenden Förderschule zu empfehlen. Im Hinblick auf die Kombination von Mutismus mit sprachpathologischen Phänomenen und/oder sprachlichen Problemfeldern aufgrund eines erschwerten Bilingualismus verweisen diesbezügliche Studien auf eine Inzidenzrate zwischen 38% und 71,4% (vgl. *Steinhausen/Juzi* 1996, *Isensee et al.* 1997, *Kristensen* 2000, *Remschmidt et al.* 2001).

So weisen beispielsweise 38% der 100 von *Steinhausen* und *Juzi* (1996) untersuchten mutistischen Kinder und Jugendlichen neben dem Schweigen folgende Sprach-, Sprech- und Redeflussstörungen auf: 20% Artikulationsstörungen, 28% expressive Sprachstörungen, 2% rezeptive Sprachstörungen, 9% Stottern und 1% Poltern.

Bei *Isensee et al.* (1997) zeigen 50% der Schweiger Sprachstörungen, weitere 21,4% sind bilingual mit sprachlichen Anpassungsproblemen.

Remschmidt et al. (2001) verweisen bei 33% der 45 diagnostizierten Mutisten auf Sprachstörungen, davon in sieben Fällen in leichter und in acht Fällen in ausgeprägter Form. Die Störungsbilder verteilen sich wie folgt: 22% Artikulationsstörungen, 13% Dysgrammatismen und 4,4% Stottern.

Die häufige Kombination des Schweigens mit Sprach- und Sprechstörungen auf der einen Seite und damit verbunden angsterzeugenden Einschränkungen der sozialen Kompetenz auf der anderen Seite erfordert eine sprachheilpädagogische/logopädische Perspektive in der Diagnostik und Therapie mutistischer Kin-

der und Jugendlicher (vgl. *Hartmann 2002a* und *b*). Liegen neben dem Schweigen sprachdeviante Kommunikationsmuster vor, so ist eine Sprachheilschule zu empfehlen, in der unter Einbeziehung von Fördermassnahmen sowohl auf den Mutismus als auch auf die jeweilige sprachliche Problematik Rücksicht genommen werden kann. Doch auch ohne die zusätzliche Diagnose einer Sprachstörung stellt Mutismus eine Indikation für eine Aufnahme sowie den Verbleib in einer Sprachheilschule dar.

Es sei selbst bei einer sonderpädagogischen Beschulung von mutistischen Kindern und Jugendlichen darauf hingewiesen, dass eine über die schulinterne Förderung hinausgehende ambulante Therapie erforderlich ist, die parallel zum Schulgeschehen stattfindet und therapeutische Inhalte in die Unterrichtssituation transportiert.

4. Mutismus in der Schule – kein unlösbares Problem

Der (s)elektive Mutismus äussert sich schon in frühester Kindheit auf zwei Ebenen: Zum einen wird in bestimmten ausserfamiliären kommunikativen Situationen geschwiegen, zum anderen bedingt die psychische Hemmung häufig schon im Kindergartenalter ein soziales Rückzugsverhalten, das Überschneidungen mit der Sozialen Angst bzw. Sozialphobie deutlich werden lässt. Es entsteht ein psychosoziales Expressionsverhalten, das ein Signal an die Personen des Umfeldes darstellt, aber häufig übersehen oder missverstanden wird. «Das Verlangen nach sozialem Kontakt gehört zu den angeborenen Grundbedürfnissen des Menschen und ist auch dann vorhanden, wenn es von den Kindern nicht wahrgenommen oder ausgedrückt wird» (*Ehlers 2002*, 321). Zu einem ausgeprägten biografischen Krisenereignis entwickelt sich der Mutismus aber erst mit Eintritt in die Schule. Wurde der Mutismus im Vorschulalter weder diagnostiziert noch thera-

Tafel 8: Schulrelevante Fragestellungen bei Mutismus in der Schule

- Ist das Schweigen mit einer intellektuellen, sprachlichen oder weiteren Behinderung verbunden?
- Stellt eine Regel-, Integrations- oder Sonderschule die adäquate Schulform dar?
- Ist das Schweigen mit einer Sozialphobie, Angststörung oder Depression kombiniert?
- Besteht eine konstruktive Eltern-Lehrer-Beziehung?
- Besteht eine konstruktive Schüler-Lehrer-Beziehung?
- Besteht eine konstruktive Schüler-Schüler-Beziehung?
- Wird schulbegleitend eine Therapie absolviert?
- Wird eine therapeutische Vereinbarung zwischen der Schule und den Schweigern hinsichtlich der Benotung der mündlichen Leistungen getroffen? Hier ist in Abhängigkeit vom Schweregrad des Mutismus eine *Einzelfalllösung* anzustreben, bei der die Aspekte *keine Benotung des Mündlichen* bzw. *abschwächende Benotung des Mündlichen* oder *Transfer mündlicher Beiträge in Schriftform* zu diskutieren sind.

peutisch aufgelockert, stehen Lehrer wie Eltern schnell vor dem Problem der adäquaten Betreuung und Bewertung schweigender Schülerinnen und Schüler. Es entstehen schulrelevante Fragestellungen (s. Tafel 8), bei deren Beantwortung die Inanspruchnahme therapeutischer Hilfsangebote zu empfehlen ist.

Über die Beurteilung der angemessenen Schulform und Gestaltung der verschiedenen Interaktionsebenen hinaus sind folgende pädagogische Grundprinzipien zu berücksichtigen, um eine zukunftssträchtige Perspektivbildung für die von Mutismus betroffenen Kinder und Jugendlichen zu ermöglichen (s. Tafel 9).

Tafel 9: Pädagogische Grundprinzipien in der Betreuung mutistischer Kinder und Jugendlicher in der Schule

- Fordern Sie keine mündlichen Beiträge ein, wenn Sie merken, dass die Schülerin bzw. der Schüler mit Schweigen, körpersprachlicher Gehemmtheit und deutlich reduziertem Blickkontakt reagiert.
- Beginnen Sie mit einer Elternberatung, die durch Kooperation und nicht durch Schuldzuweisungen oder Direktiven gekennzeichnet ist.
- Empfehlen Sie die Vorstellung bei einem Sprachtherapeuten/Logopäden, Kinderarzt, Psychologen oder Kinder- und Jugendpsychiater.
- Unterstützen Sie eine Therapiekonzeption, die den Schweigenden die Fortsetzung ihrer sozialen Beziehungen – auch und vor allem in der Schule – ermöglicht.
- Pflegen Sie einen engmaschigen Austausch sowohl mit den Eltern als auch mit den Therapeuten.
- Fragen Sie die behandelnden Therapeuten nach Verhaltensregeln für die Unterrichtssituation.
- Fragen Sie die behandelnden Therapeuten nach einer Behandlungskonzeption für die kommunikative Öffnung der mutistischen Schüler in der Unterrichtssituation.
- Motivieren Sie die Betroffenen zu mündlichen Beiträgen entsprechend dieser Behandlungskonzeption und helfen Sie bei der Dokumentation des Kommunikationsverhaltens.
- Akzeptieren Sie auch schriftliche Antworten und Beiträge der Schweiger.
- Loben Sie die mutistischen Kinder und Jugendlichen für mündliche, schriftliche und soziale Verhaltensmuster.
- Setzen Sie Schweiger nicht unter Druck.
- Grenzen Sie Betroffene niemals aus.
- Stellen Sie die mutistischen Schülerinnen und Schüler nicht in den Mittelpunkt.
- Reagieren Sie normal und nicht mit einer freudigen Überreaktion, wenn die bzw. der ehemals Schweigende anfängt, im Unterricht zu sprechen.
- Reden Sie nie *über* die Schweiger, sondern immer (mündlich und/oder schriftlich) *mit* den Schweigern.

Der Mutismus tritt im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter auf. Er kann plötzlich entstehen durch affektive Schockerlebnisse oder sukzessive im Rahmen psychiatrischer Erkrankungen wie Persönlichkeitsstörungen, Schizophrenie, schizoaffektive Störungen, endogene bzw. exogene Depression oder hirnorgani-

sche Erkrankungen. Er kann aber auch von Beginn an mit der Entwicklung des Kindes verbunden sein. So sind beispielsweise 67% der von *Remschmidt et al.* (2001) untersuchten Mutisten im (Vor-)Schulalter. Damit wird das Schweigen zu einem *Problem der staatlichen Bildungsinstitutionen und ihres Personals*, ohne dass für beide Klientel (Lehrer und Schüler) eine Interventionsstrategie vorliegt. Inadäquate Abschlussqualifikationen sind damit für Betroffene – immer noch – vorprogrammiert. Die Beschäftigung mit leistungsgerechten Bewertungskonzeptionen von Schweigern, schulinternen Beratungsmöglichkeiten und Therapieangeboten des Gesundheitswesens scheint für den Lebensraum Schule eine überfällige Notwendigkeit zu sein, um das seit Jahrzehnten bestehende Trauma der unangemessenen Missinterpretation und Herabstufung mutistischer Schüler und Schülerinnen zu reduzieren bzw. im Ansatz zu verhindern.

Literatur:

- Amari, A.; Slifer, K.J.; Gerson, A.C.; Schenck, E.; Kane, A.:* Treating selective mutism in a pediatric rehabilitation patient by altering environmental reinforcement contingencies. In: *Pediatric Rehabilitation* 3 (1999) 2, 59–64.
- Bahr, R.:* Schweigende Kinder in der Schule. In: *Die Sprachheilarbeit* 47 (2002) 227–231.
- Beck, N.; Warnke, A.:* Teilstationäre Behandlung zweier Geschwister mit elektivem Mutismus. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 31 (2003) 1, 59–68.
- Black, B.; Uhde, T.W.:* Treatment of elective mutism with fluoxetine: a double-blind, placebo-controlled study. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 33 (1994) 7, 1000–1006.
- Cairns, H.; Oldfield, R.C.; Pennybacker, J.B.; Whitteridge, D.:* Akinetic mutism with an epidermoid cyst of the 3rd ventricle. In: *Brain* 64 (1941) 273–290.
- Carlson, J.S.; Kratochwill, Th.R.; Johnston, H.F.:* Sertraline Treatment of 5 Children Diagnosed with Selective Mutism: A Single-Case Research Trial. In: *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 9 (1999) 4, 293–306.
- Dayer, A.; Roulet, E.; Maeder, P.; Deonna, T.:* Post-traumatic mutism in children: clinical characteristics, pattern of recovery and clinicopathological correlations. In: *European Journal of Paediatric Neurology* 2 (1998) 3, 109–116.
- Ehlers, B.:* Typische Verhaltensmerkmale der mutistischen Kinder. In: *Boeck-Singelmann, C.; Ehlers, B.; Hensel, Th.; Kemper, F.; Monden-Engelhardt, Ch.* (Hrsg.): *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Band 1. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle (Hogrefe) 2002.
- Golwyn, D.H.; Sevlie, C.P.:* Phenelzine treatment of selective mutism in four prepubertal children. In: *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 9 (1999) 2, 109–113.
- Hartmann, B.:* Mutismus – Zur Theorie und Kasuistik des totalen und elektiven Mutismus. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): *Schriften zur Sprachheilpädagogik*. Band 1. Berlin (Edition Marhold im Wissenschaftsverlag Volker Spiess) 41997.
- Hartmann, B.:* Mutismus – Diagnostik und Evaluation im Spannungsfeld nosographischer Modifikationen. In: *Die Sprachheilarbeit* 47 (2002a) 212–218.
- Hartmann, B.:* Mutismus – Plädoyer für eine Forschungsoffensive innerhalb der Sprachheilpädagogik/Logopädie. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie*. Band 3. Stuttgart (Kohlhammer) 2002b.

- Hartmann, B.*: Die Behandlung eines (s)elektiv mutistischen Mädchens nach dem Konzept der Systemischen Mutismus-Therapie/SYMUT. Teil 1. In: Forum Logopädie 18 (2004 a) 1, 20–26.
- Hartmann, B.*: Die Behandlung eines (s)elektiv mutistischen Mädchens nach dem Konzept der Systemischen Mutismus-Therapie/SYMUT. Teil 2. In: Forum Logopädie 18 (2004 b) 2, in Vorbereitung.
- Hartmann, B.; Lange, M.*: Ratgeber Mutismus im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Idstein (Schulz-Kirchner Verlag) 2003.
- Isensee, B.; Haselbacher, A.; Ruoss, M.*: Elektiver Mutismus: Ein Überblick zu Therapie und Praxis. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 25 (1997) 247–262.
- Kristensen, H.*: Selective mutism and comorbidity with developmental disorders/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 39 (2000) 249–256.
- Remschmidt, H.; Poller, M.; Herpertz-Dahlmann, B.; Henninghausen, K.; Gutenbrunner, C.*: A follow-up study of 45 patients with elective mutism. In: European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences 251 (2001) 6, 284–296.
- Sass, H.; Wittchen, H.U.; Zaudig, M.*: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle (Hogrefe) 1998.
- Schoor, U.*: Schweigende Kinder im Kindergarten und in der Schule. In: Die Sprachheilarbeit 47 (2002) 5, 219–225.
- Steinhausen, H.; Juzi, C.*: Elective mutism: An analysis of 100 cases. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 35 (1996) 606–614.
- Tramer, M.*: Elektiver Mutismus bei Kindern. In: Zeitschrift für Kinderpsychiatrie 1 (1934) 30–35.
- Weltgesundheitsorganisation/WHO*: Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V: klinisch-diagnostische Leitlinien. Deutsche Übersetzung: *Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H.* (Hrsg.). Bern/Göttingen/Toronto/Seattle (Huber) 2000.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Boris Hartmann
 Petersenstrasse 20
 D-51109 Köln

bo.hartmann@netcologne.de
 www.drhartmann.mynetcologne.de