



Franziska Florineth-Baatsch / Nitza Katz-Bernstein /  
Andrea Muchenberger-Gebauer

# Das stille Kind ist das vergessene Kind

Selektiven Mutismus interdisziplinär überwinden

# **Das stille Kind ist das vergessene Kind**

# **Das stille Kind ist das vergessene Kind**

Franziska Florineth-Baatsch, Nitza Katz-Bernstein, Andrea Muchenberger-Gebauer

Programmbereich Gesundheitsberufe

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Gesundheitsberufe

Sophie Karoline Brandt, Bern; Jutta Berding, Osnabrück; Sinje Gehr, Göttingen; Heidi Höppner, Berlin;  
Heike Kubat, Feldbach; Christiane Mentrup, Zürich; Sascha Sommer, Bochum; Birgit Stubner, Regensburg;  
Ursula Walkenhorst, Osnabrück; Claudia Winkelmann, Berlin

**Franziska Florineth-Baatsch**  
**Nitza Katz-Bernstein**  
**Andrea Muchenberger-Gebauer**

# **Das stille Kind ist das vergessene Kind**

Selektiven Mutismus interdisziplinär überwinden

Unter Mitarbeit von

Babette Bürgi Wirth  
Danielle Cadruvi (Pseudonym)  
Thomas Duttwiler  
Nina Frunz  
Ben Furman  
Florin Heisenberg und Eltern  
Imelda Jeker  
Katharina Keller  
Esther Marnelaki-Weber  
Siebke Melfsen  
Ali Samadi (Pseudonym)  
Susanne Walitza  
Salome Wyss



**Franziska Florineth-Baatsch**, eidg. anerkannte Psychotherapeutin, Coach, Supervisorin  
**Nitza Katz-Bernstein**, Prof. Dr., Klinische Psychologin, Kinder- und Jugendpsychotherapeutin (ASP, CH),  
Dipl. Logopädin  
**Andrea Muchenberger-Gebauer**, Dipl. Logopädin, Systemische Coach, Systemische Supervisorin

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

#### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG  
Lektorat Gesundheitsberufe  
z. Hd.: Barbara Müller  
Länggass-Strasse 76  
3012 Bern  
Schweiz  
Tel: +41 31 300 45 00  
[info@hogrefe.ch](mailto:info@hogrefe.ch)  
[www.hogrefe.ch](http://www.hogrefe.ch)

Lektorat: Barbara Müller  
Herstellung: Daniel Berger  
Umschlagabbildung: fstop123; GettyImages.com  
Umschlag: Daniel Berger  
Satz: Matthias Lenke, Weimar  
Format: PDF

1. Auflage 2024  
© 2024 Hogrefe Verlag, Bern

(E-Book-ISBN\_PDF 978-3-456-96321-1)  
(E-PUB-ISBN 978-3-456-76321-7)  
ISBN 978-3-456-86321-4  
<https://doi.org/10.1024/86321-000>

# Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Dank</b> .....	9
<b>Vorwort</b> .....	11
<hr/>	
<b>Teil 1: Grundlagen, Erkenntnisse und wichtige Aspekte</b> .....	15
<b>1 Definition und relevante Aspekte</b> .....	17
<i>Franziska Florineth-Baatsch, Nitza Katz-Bernstein, Andrea Muchenberger-Gebauer</i>	
1.1 Auswirkungen auf Partizipation sowie Schweregradbeurteilung .....	18
1.2 Ausschluss- und Differentialdiagnosen, Komorbiditäten und Risikofaktoren .....	19
1.3 Screening und Diagnostik .....	20
1.4 Bedeutung der Interdisziplinarität in der Therapie .....	20
<b>2 „Safe Place“ und „Unsafe-World“-Modell als Grundlagen</b> .....	23
<i>Nitza Katz-Bernstein</i>	
2.1 Der therapeutische Raum als „Safe Place“ .....	25
<i>Nitza Katz-Bernstein</i>	
2.2 Das „Unsafe-World“-Modell als Verständnisgrundlage .....	26
<i>Siebke Melfsen, Susanne Walitza</i>	
2.2.1 Das „Unsafe-World“-Modell .....	27
2.2.2 Wissenschaftliche Befunde zum „Unsafe-World“-Modell .....	30
2.2.3 Therapeutische Implikationen .....	30
<b>3 Beratung und Supervision</b> .....	35
<i>Nitza Katz-Bernstein</i>	
3.1 Begleitung und Beratung der Eltern .....	35
3.2 Besonderheiten in der Supervision für Fachpersonen .....	39
<b>4 Wirkfaktoren</b> .....	45
<i>Franziska Florineth-Baatsch</i>	
4.1 Theorie der Wirkfaktoren .....	45
4.1.1 Wirkfaktoren in der Psychotherapie .....	45
4.1.2 Wirkfaktoren in der Kinder- und Jugendpsychotherapie .....	46

4.1.3	Wirkfaktoren in Logopädie, Pädagogik, Coaching und Beratung	47
4.1.4	Fazit	47
4.2	Viele Wege führen aus dem Schweigen – Eine Befragung	48
4.2.1	Befragung zu den Wirkfaktoren	48
4.2.2	Fazit – wichtige Erkenntnisse	63

---

## Teil 2: Methodenvielfalt – Vielfalt als Methode: ein Gamechanger? . . . . . 69

### 5 Die große Bedeutung der methodischen Vielfalt . . . . . 71

*Nitza Katz-Bernstein, Franziska Florineth-Baatsch, Andrea Muchenberger-Gebauer*

#### 5.1 Allen eine Stimme geben – alle Stimmen hören . . . . . 73

*Thomas Duttwiler, Andrea Muchenberger-Gebauer;*

*Illustrationen: Madleina Jorina Muchenberger*

##### 5.1.1 Unser Verständnis von selektivem Mutismus . . . . . 73

##### 5.1.2 Eine kleine Geschichte der Soziokratie . . . . . 75

##### 5.1.3 Ablauf in Phasen . . . . . 76

#### 5.2 „Ich schaff’s“ – ein lösungsfokussierter Ansatz . . . . . 86

*Andrea Muchenberger-Gebauer in Zusammenarbeit mit Ben Furman*

##### 5.2.1 Die 15 Schritte . . . . . 89

##### 5.2.2 Ergebnisse aus der Forschung . . . . . 91

##### 5.2.3 Interview mit Ben Furman . . . . . 92

*Andrea Muchenberger-Gebauer*

#### 5.3 Gruppentherapie mit selektiv mutistischen Kindern . . . . . 98

*Babette Bürgi Wirth, Nina Frunz, Katharina Keller*

##### 5.3.1 Theoretischer Zugang – Einblick in bisherige Veröffentlichungen . . . . . 98

##### 5.3.2 Therapeutischer Zugang und Interventionsebenen . . . . . 101

##### 5.3.3 Organisation und Durchführung . . . . . 105

##### 5.3.4 Fazit . . . . . 110

#### 5.4 Online-Coaching für pädagogische und therapeutische Fachkräfte . . . . . 113

*Franziska Florineth-Baatsch*

##### 5.4.1 Rahmen des Online-Coachings . . . . . 113

##### 5.4.2 Amilas Entwicklung bis zum Coachingstart . . . . . 114

##### 5.4.3 Start des Online-Coachings – Befähigung im Team aufbauen . . . . . 117

##### 5.4.4 Prozess der Zwillingschwestern Uma und Kala . . . . . 121

##### 5.4.5 Befragung zum Nutzen des Online-Coachings . . . . . 124

##### 5.4.6 Wichtige Voraussetzungen und Erfolgsfaktoren . . . . . 130

##### 5.4.7 Betrachtungen aus der Metaebene . . . . . 131

---

## Teil 3: Kasuistik des selektiven Mutismus . . . . . 135

### 6 Mutismus in der Schule . . . . . 137

*Franziska Florineth-Baatsch, Andrea Muchenberger-Gebauer*

#### 6.1 Elif: Nur Mut – deine Stimme zählt! . . . . . 141

*Salome Wyss*

6.1.1	Die Kindergartenzeit	141
6.1.2	Die Einschulung	142
6.1.3	Vom kleinen Kätzchen zur mutigen Löwin	144
6.1.4	Vom Therapiezimmer der Logopädie ins Klassenzimmer	146
6.1.5	Das Schattentheater und der Verlust von Vertrautem	147
6.1.6	Reflexion	148
6.2	Leo: Gemeinsam aus dem Schweigen	149
	<i>Imelda Jeker</i>	
6.2.1	Vorgeschichte und erste diagnostische Erhebungen	149
6.2.2	Prüfen verschiedener Unterstützungsangebote	151
6.2.3	Dialogische Geräusche	152
6.2.4	Einsatz der Flüstersprache	153
6.2.5	Über das Räuberflüstern zur Sprechstimme	155
6.2.6	Reflexion und Fazit	157
6.3	Fabiana: lebenslustig, eigenwillig, fantasievoll, mutistisch	159
6.3.1	Die Sicht der Mutter: „Unser Kind doch nicht!“	159
	<i>Danielle Cadruvi (Pseudonym)</i>	
6.3.2	Die Sicht der Psychotherapeutin: Intensives Coaching der Lehrenden	167
	<i>Franziska Florineth-Baatsch</i>	
6.3.2.1	Erstes Jahr der Therapie: Übergang vom Kindergarten in die erste Klasse	168
6.3.2.2	Zweites Jahr der Therapie: Übungen in Therapie und Schule intensivieren	173
6.3.2.3	Drittes Jahr der Therapie: In Riesenschritten zum Durchbruch	178
6.3.3	Reflexion	183
<b>7</b>	<b>Mutismus, Mehrsprachigkeit und Interkulturalität</b>	185
	<i>Nitza Katz-Bernstein</i>	
7.1	Grundlage: Entwicklungspsychologie	185
7.2	Mehrkulturelle Identität	186
<b>8</b>	<b>Fallgeschichten</b>	189
8.1	Yasmina: verstummt zwischen zwei Kulturen	189
	<i>Babette Bürgi Wirth</i>	
8.1.1	Therapiephase 1: Erste Interventionen in Schule und Therapie	192
8.1.2	Therapiephase 2: Stimme der Therapeutin preisgeben	193
8.1.3	Therapiephase 3: Vom Einwortsatz zum freien Plaudern	194
8.1.4	Therapiephase 4: Das Sprechen in die Schule bringen	195
8.1.5	Therapiephase 5: Das Sprechen im Schulzimmer konsolidieren	197
8.1.6	Therapiephase 6: Soziale Kompetenzen in der Gruppentherapie aufbauen	199
8.1.7	Fazit	199
8.2	Lea: „Ja, man darf auch schweigen!“	200
	<i>Esther Marnelaki</i>	
8.2.1	Die Sicht der Logopädin	200
8.2.2	Die Sicht der Mutter	206

8.3	Florin Heisenberg: Therapiebericht, Rückblick und Interview . . . . .	208
	<i>Andrea Muchenberger-Gebauer</i>	
8.3.1	Kindergarten und Schule . . . . .	208
8.3.2	Sprachheilschule und Internat . . . . .	210
8.3.3	Logopädische Therapie . . . . .	211
8.3.4	Transfer der Therapieinhalte in den Alltag . . . . .	213
8.3.5	Wechsel in die Realschule . . . . .	216
8.3.6	Ein retrospektiver Blick aus der Metaebene . . . . .	220
8.4	Tilda Niemeyer: Die Geschichte einer heutigen Hochschuldozentin . . . . .	221
	<i>Andrea Muchenberger-Gebauer</i>	
8.4.1	Die Zeit im Kindergarten und die Erkenntnis: „Ich bin anders!“ . . . . .	221
8.4.2	Die Schulzeit: facettenreich . . . . .	222
8.4.3	Die größte Hürde – Das Ende der Schulzeit . . . . .	225
8.4.4	Ein Blick aus der Metaebene – Erkenntnisse für die Praxis . . . . .	232
8.5	Ali Samadi: Das Schweigen akzeptieren . . . . .	233
	<i>Ali Samadi (Pseudonym)</i>	
<b>9</b>	<b>Fazit, Forschungsfragen, Ausblick . . . . .</b>	<b>237</b>
	<i>Franziska Florineth-Baatsch, Nitza Katz-Bernstein, Andrea Muchenberger-Gebauer</i>	
9.1	Beziehung als wichtigster (Wirk-)Faktor . . . . .	238
9.2	Forschungsfragen . . . . .	238
<b>10</b>	<b>Abschließende Betrachtungen . . . . .</b>	<b>243</b>
	<b>Anhang: Fragebogen . . . . .</b>	<b>245</b>
	Fragebogen Lehrende . . . . .	245
	Fragebogen Fachpersonen . . . . .	246
	Fragebogen Eltern . . . . .	246
	Fragebogen ehemals Betroffene . . . . .	247
	<b>Sachwortverzeichnis . . . . .</b>	<b>249</b>
	<b>Autor*innen . . . . .</b>	<b>259</b>
	<b>Hinweise zu Zusatzmaterialien . . . . .</b>	<b>261</b>

# Dank

Das Buch hätte nicht geschrieben werden können, ohne all die Kinder, Jugendlichen, Eltern, Lehrenden und Fachkräfte, mit denen wir in den letzten Jahrzehnten arbeiten durften. Wir haben so viel durch diese Begegnungen lernen dürfen. Wir sind auch den Erwachsenen mit selektivem Mutismus dankbar, dass sie ihre Erfahrungen und ihre Lebensgeschichten mit uns geteilt und uns erlaubt haben, diese zu veröffentlichen.

Wir durften viel von dem Wissen und den praktischen Erfahrungen guter Kolleginnen und Kollegen und von Fachpersonen profitieren, mit denen wir in verschiedenen Settings zusammengearbeitet haben oder die wir kennenlernen durften.

Nicht zuletzt möchten wir uns auch bei unseren Familienangehörigen und Freunden bedanken, dass sie uns emotional wie auch mit Taten unterstützt und uns während des ganzen Prozesses ermutigt und getragen haben.

Ein großer Dank geht auch an unsere Lektorin Frau Müller vom Hogrefe Verlag. Ihre Professionalität, ihr Fachwissen und ihre Unterstützung während des gesamten Lektoratsprozesses haben dazu beigetragen, dass unsere Ideen und Botschaften die Lesenden bestmöglich erreichen können.

Franziska Florineth-Baatsch  
Nitza Katz-Bernstein  
Andrea Muchenberger-Gebauer



# Vorwort

„Wenn du die Diagnose des Kindes genau kennst, der Therapieplan schon klar und vorstrukturiert ist und du vorhast, dich genau daran zu halten, dann hast du das Kind verlassen“.

(Heinz Stefan Herzka<sup>1</sup>, persönliche Mitteilung)

## Wie dieses Buch entstanden ist

Das Buch „Mut zum Sprechen finden – Therapeutische Wege mit selektiv mutistischen Kindern“ (Katz-Bernstein et al., 2007), ging kürzlich in seine 5., aktualisierte Auflage. Es stellt geglückte und auch weniger geglückte Therapieverläufe aus Psychotherapie und Sprachtherapie ungeschönt vor. Eine Alltagsrealität, die wir in der Arbeit mit diesen Kindern immer wieder erleben.

Das Interesse der Leserschaft an der Kasuistik scheint ungebrochen zu sein. Aus Weiterbildungen, Beratungen und Supervisionen wissen wir, dass Fachpersonen daran interessiert sind, wie die konkrete therapeutische Arbeit nach der individuellen Prägung und Ätiologie der Betroffenen strukturiert wird, welche Prozesse und Verläufe dabei erlebt werden und wo dabei Hürden und Schwierigkeiten entstehen können. Wertvoll und gewinnbringend für die eigene Arbeit ist auch die Reflexion der Verläufe.

Wir sind motiviert, neben neuen Falldarstellungen auch aktuelle Zugänge und innovative Methoden für die Therapie des selektiven Mutismus vorzustellen sowie unsere Erfahrungen und wichtigen Erkenntnisse aus dem Praxisalltag weiterzugeben. Dies mit dem Ziel, die Leser\*innen zu ermutigen und zu befähigen, ihre Neugier und ihr Interesse für die Arbeit mit selektiv mutistischen Kindern und Jugendlichen zu wecken. Leitend ist dabei für uns die Methodenvielfalt sowie die interdisziplinäre Vernetzung.

Dieses Buch richtet sich in erster Linie an Berufsgruppen, die sich mit selektivem Mutismus befassen, wozu Psychotherapeut\*innen, Logopäd\*innen, Ärzt\*innen, Erzieher\*innen, Lehrende und Heilpädagog\*innen zählen. Es wird aber sicherlich auch für weitere verwandte Berufsfelder von Interesse sein. Hilfesuchende Eltern wie auch Selbstbetroffene werden in diesem Buch ebenfalls fündig und erhalten Anregungen für Unterstützungsmöglichkeiten.

Nach wie vor müssen wir in unserer täglichen Arbeit feststellen, dass dieses Störungsbild leider immer noch (zu) wenig bekannt ist oder nicht erkannt wird. Das stille, passive und angepasste Verhalten im Unterrichtskontext entspricht überhaupt nicht dem mitteilsamen, aktiven, oft dominanten Verhalten zu Hause. Selektiver Mutismus löst verständlicherweise große Irritationen aus – auf

---

1 Heinz Stefan Herzka war ein bekannter Schweizer Kinderarzt, Kinderpsychiater und Professor an der Universität Zürich

Seiten der Schule durch das beharrliche Schweigen des Kindes – auf Seiten der Eltern, die ein völlig anderes Kind zu Hause erleben. Wir sehen uns in diesem Dreieck und auch in anderen Settings als Verständnis-Vermittlerinnen und Aufklärerinnen.

Es ist uns ein großes Herzensanliegen, selektiven Mutismus mit all seinen faszinierenden Facetten und Ausprägungen noch publikler zu machen. Aus Studien und auch aus der eigenen langjährigen Erfahrung wissen wir, dass Schul- und Lebenskarrieren von unerkant gebliebenen oder spät erkannten mutistischen Menschen einen dramatischen und schwierigen Verlauf nehmen können. Einige wenige können sich aus eigener Kraft irgendwann aus dem engen Korsett des selektiven Mutismus befreien, mussten dafür aber viele Umwege, Hürden und seelische Schmerzen in Kauf nehmen. Der Beitrag über Tilda Niemeyer (Kapitel 8.4) zeigt dies eindrücklich auf, ebenso weitere Darstellungen von ehemals selbst Betroffenen (Kapitel 4.2, 8.3, 8.5). Es ist uns ein großes Anliegen und auch unsere Hoffnung, dass wir mit den folgenden Beiträgen und Erläuterungen ein Stück weit dazu beitragen können, dass folgenschwere Biografien verhindert werden und das Leben nicht zu einer Sackgasse wird.

Das vorliegende Buch gliedert sich in einen theoretischen und einen praktischen Teil. Der theoretische Teil baut auf aktuellen, evidenten Befunden und Forschungen auf. Hier werden Grundlagen, Erkenntnisse und Aspekte des selektiven Mutismus diskutiert.

Kinder mit selektivem Mutismus brauchen viel Sicherheit, um verbal in Interaktion treten zu können, weil sie bestimmte Kontexte als sehr unsicher wahrnehmen. Die aktuellen diesbezüglichen Forschungen werden in dem aufschlussreichen Beitrag von Melfsen & Walitza (Kapitel 2.2) abgebildet, die in ihrem „Unsafe-World“-Modell auf dieses eindrückliche Phänomen eingehen und gut verständlich erklären. In dem Artikel wird zudem einmal mehr das Thema der Klassifizierung des selektiven Mutismus als Angststörung valide diskutiert.

Aus dem „Unsafe-World“-Modell leitet sich die zentrale Bedeutung des „Safe Place“ (Kapitel 2.1) in der Therapie und im Umgang mit dem selektiven Mutismus ab. Besonders eindrücklich sind diesbezüglich die Ergebnisse der Befragung nach Wirkfaktoren (Kapitel 4.2), sowie die Darstellungen der Betroffenen.

Die Erklärungen zu den Besonderheiten bei selektivem Mutismus in der Elternberatung (Kapitel 3.1) und in der Supervision (Kapitel 3.2) finden ebenso ihre Erwähnung, wie eine Untersuchung zu den Wirkfaktoren (Kapitel 4.2). Mittels Fragebogen wurden ehemals Betroffene, Lehrenden, Fachpersonen und Eltern nach wirkungsvollen Interventionen befragt, die aus dem Schweigen geholfen haben. Die Ergebnisse sind hochinteressant, für alle Berufsgruppen relevant und für die Praxis sehr bedeutsam.

Teil 2 im theoretischen Teil geht auf verschiedene Methoden in der Therapie des selektiven Mutismus ein (Kapitel 5). Da selektiver Mutismus sehr facettenreich ist, verlangt er nach einer großen Methodenvielfalt, nach Innovation und Kreativität. Neben einem Phasenmodell zur Steuerung des Therapieprozesses (Kapitel 5.1) wird das lösungsfokussierte Konzept „Ich schaff’s“ (Kapitel 5.2) für die Arbeit mit selektiv mutistischen Kindern vorgestellt, dann ein Konzept für die Gruppentherapie (Kapitel 5.3), sowie ein innovatives Online-Coaching von Fachpersonen und Lehrenden, für Fälle, in denen keine Mutismusspezialist\*in vor Ort ist (Kapitel 5.4).

Im praktischen **Teil 3** werden durch Falldarstellungen verschiedene methodische Herangehensweisen abgebildet unter Berücksichtigung verschiedener Aspekte wie Mehrsprachigkeit, Interkulturalität und Migration – auf Grund der unruhigen politischen Weltlage ein sehr aktuelles Thema. Selektiver Mutismus im Setting Schule ist ebenfalls ein bedeutungsvolles Thema, insbesondere, da dort die Weichen für die weitere persönliche wie berufliche Laufbahn gestellt werden. In drei Beiträgen stellen wir verschiedene Ideen und konkrete Zugänge vor (Kapitel 6). Die Fallgeschichten,

in denen teilweise auch Angehörige und Betroffene zu Wort kommen, sind repräsentativ, veranschaulichen die Vielfalt der Symptome bei selektivem Mutismus und betonen die Bedeutung maßgeschneiderter Interventionen.

Wie beim Lesen der Beiträge zu erkennen ist, ist selektiver Mutismus komplex und vielschichtig. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit, Blicke aus verschiedenen Perspektiven, ein enges, tragfähiges Netz sind daher besonders relevant, um diesem Phänomen in seiner Vielfalt gerecht zu werden. Je besser alle Beteiligten im System transparent zusammenarbeiten, auf Augenhöhe agieren und von einer hohen Motivation geleitet werden, desto höher ist die Chance, dass die betroffenen Kinder oder Jugendlichen das selektiv mutistische Verhalten überwinden können.

Die in diesem Buch beschriebenen Vorgehensweisen haben sich in unserer langjährigen Arbeit mit selektiv mutistischen Kindern und Jugendlichen, deren Familien und in der Zusammenarbeit mit den pädagogischen und therapeutischen Fachkräften sehr bewährt. Manche Konzepte sind immer noch „work in progress“ und entwickeln sich weiter. Bei manchen Beiträgen kann die Weiterentwicklung auch mitverfolgt werden. Das ermöglicht uns eine zukünftige Flexibilität, die erwiesenermaßen und laut aktuellen Befunden bei der Arbeit mit diesem Störungsbild gerechtfertigt ist.

Die Herausgeberinnen wie die meisten Verfasser\*innen der hier vorgestellten Beiträge gehören dem schweizerischen, interdisziplinären Zusammenschluss InterMut an. Dort sind Fachpersonen vereinigt, die auf selektiven Mutismus in Therapie, Beratung, Supervision und Lehre spezialisiert sind ([www.mutismus-schweiz.ch](http://www.mutismus-schweiz.ch)).

Mit Blick auf die verschiedenen Leser\*innen haben wir uns um einen Stil bemüht, der jede\*n ansprechen soll. Wir hoffen, mit diesem Buch ein breiteres Verständnis, mehr Sicherheit und geeignete Instrumente für und im Umgang mit dem selektiven Mutismus zu vermitteln.

**Anmerkung des Lektorats:** In der Mediathek auf der Website des Hogrefe Verlags unter dem Link [hgf.io/download](http://hgf.io/download) und dem Code: B-Y8NICD stehen den Leser\*innen ausgewählte Materialien zum Download bereit.



# Teil 1: Grundlagen, Erkenntnisse und wichtige Aspekte

Im folgenden Teil werden zunächst die Definition des selektiven Mutismus sowie relevante Aspekte dieser Störung erörtert. Es werden Zusammenhänge aufgezeigt, wie das Therapie-Modell des „Safe Place“ und die Forschungsergebnisse des Risikofaktors „Unsafe-World“ zusammenhängen. Das „Unsafe-World“-Modell reflektiert die neueste Forschung und dient als Verständnisgrundlage für die Thematik.

Zudem werden Informationen zur Beratung von Eltern und Angehörigen sowie zu speziellen Aspekten der Supervision im Kontext des selektiven Mutismus bereitgestellt. Das Kapitel schließt mit einer theoretischen Einführung in die Wirkfaktoren und einer Befragung verschiedener Personengruppen zur Identifikation unterstützender Faktoren bei der Bewältigung des selektiven Mutismus.



## 1

# Definition und relevante Aspekte

Franziska Florineth-Baatsch, Nitza Katz-Bernstein, Andrea Muchenberger-Gebauer

Ein wesentliches Merkmal des selektiven Mutismus ist, dass die Betroffenen in bestimmten Situationen nicht oder nur wenig und in anderen Situationen ungehemmt und frei sprechen können. Das Initiieren von Interaktion ist in bestimmten Situationen nicht möglich. Der selektive Mutismus präsentiert sich in einer breiten Palette von Erscheinungsbildern: Manche Betroffene sprechen mit einem oder mehreren Erwachsenen, aber nicht mit Gleichaltrigen. Die anderen sprechen mit einzelnen Peers, aber mit keinem Erwachsenen oder auf dem Spielplatz, aber nicht im Klassenzimmer. Und es gibt Kinder oder Jugendliche, die mit dem Großvater sprechen, jedoch nie mit der Großmutter. Oder sie sprechen mit dem unbekanntem Arzt, aber nicht mit der Lehrenden trotz des täglichen Kontaktes. Besonders eindrücklich ist, dass sich das Verhalten plötzlich von ganz entspannt zu völlig erstarrt verändern kann, z. B. dann, wenn eine fremde Person aus Sicht der Betroffenen unvermittelt erscheint.

Selektiver Mutismus wirkt sich nicht nur auf das Sprechen und die Sprache aus. Unter bestimmten Umständen können betroffene Personen möglicherweise so reagieren oder dissoziieren (Kapitel 1.3), dass ihre Muskeln so stark verspannen, dass sie nicht einmal mehr in der Lage sind, zu zeigen, zu gehen, zu laufen oder mit Gegenständen zu hantieren. Selektiv mutistische Kinder und Jugendliche können in vielen Situationen zurückhaltend oder ängstlich

sein, respektive wirken, auch wenn das nicht ihrer Art oder ihrem Charakter entspricht. Dies bestätigen viele Familien, die ihre Kinder zum Beispiel lebhaft oder sogar dominant und mitunter bestimmend erleben. Manchmal erscheinen Betroffene als „kontrollierend“. Sie brauchen in solchen Momenten die Kontrolle (über ihre Umwelt). Dies kann sich zumindest kurzfristig stabilisierend auswirken. Es geht also nicht, wie oft missverstanden wird, um Machtausübung oder Manipulation, sondern letztlich um Kompensation, der eine Not zugrunde liegt.

## Definition nach ICD-11

„*Selective mutism is characterized by consistent selectivity in speaking, such that a child demonstrates adequate language competence in specific social situations, typically at home, but consistently fails to speak in others, typically at school. The disturbance lasts for at least one month, is not limited to the first month of school, and is of sufficient severity to interfere with educational achievement or with social communication. Failure to speak is not due to a lack of knowledge of, or comfort with, the spoken language required in the social situation (e.g. a different language spoken at school than at home).*“ (International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics, 11th Revision, v2023-01; World Health Organization (WHO), 2019)

### Deutsche Übersetzung der Autorinnen

„Selektiver Mutismus ist durch eine anhaltende Selektivität beim Sprechen gekennzeichnet, so dass ein Kind in bestimmten sozialen Situationen, typischerweise zu Hause, eine angemessene Kommunikationskompetenz zeigt, in anderen Situationen, meist im Kindergarten und in der Schule, aber konsequent nicht spricht. Die Störung hält mindestens einen Monat lang an, ist nicht auf den ersten Monat nach Einschulung beschränkt und ist so schwerwiegend, dass sie die schulischen Leistungen oder die soziale Kommunikation beeinträchtigt. Die Sprachstörung ist nicht darauf zurückzuführen, dass das Kind die in der sozialen Situation erforderliche Sprache nicht kennt oder nicht beherrscht (zum Beispiel, weil in der Schule eine andere Sprache gesprochen wird als zu Hause)“.

Obwohl der selektive Mutismus nicht auf eine Sprachstörung zurückzuführen ist, ist es wichtig zu beachten, dass er oft in Verbindung mit Sprachentwicklungsstörungen auftritt (Hartmann, 2006; Katz-Bernstein, 2019; Kristensen, 2000).

Trotz der Tatsache, dass der selektive Mutismus nach ICD-11 nicht aufgrund fehlender sprachlicher Kompetenzen durch Mehrsprachigkeit erklärt werden kann, zeigt sich in der Praxis, dass mehrsprachig aufwachsende Kinder ein vierfach erhöhtes Risiko haben, einen solchen zu entwickeln (Elizur & Perednik, 2003). Eine Studie von Isensee et al. (1997) ergab, dass 21,4 Prozent der untersuchten selektiv mutistischen Kinder mehrsprachig waren. Starke (2014) zeigte in einer Längsschnittstudie den Zusammenhang zwischen selektivem Mutismus bei Kindern und eines mangelhaften Assimilationsprozesses der emigrierten Familie.

Nach dem aktuellen internationalen Klassifikationssystem ICD-11 (World Health Organization (WHO), 2019) wird der selektive Mutismus den Angststörungen zugeordnet. Die Frage, ob der selektive Mutismus tatsächlich in die Kategorie der Angststörungen eingeordnet werden

sollte, beschäftigt die Fachwelt schon seit geraumer Zeit. Es gibt plausible Argumente, die diese Zuordnung in Frage stellen.

Das „Unsafe-World“-Modell von Melfsen und Kolleg\*innen (2021) beschreibt das Schweigen beispielsweise als Stressreaktion (Kapitel 2.2) und nicht per se als Angststörung. Das impliziert, dass der selektive Mutismus nicht zwingend als Angststörung diagnostiziert werden kann. Allerdings kann eine Angststörung den selektiven Mutismus auslösen. Ebenso besteht die Möglichkeit, dass sich aufgrund des selektiven Mutismus eine Angststörung entwickelt. Daher ist eine sorgfältige Differentialdiagnose durch erfahrene Fachpersonen wichtig, zumal sich das therapeutische und pädagogische Vorgehen dem jeweiligen Profil anpassen sollte.

## 1.1 Auswirkungen auf Partizipation sowie Schweregradbeurteilung

Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ist eine von der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2012) entwickelte und in der Fachwelt etablierte Klassifikation. Die ICF basiert auf dem bio-psycho-sozialen Modell, wodurch sie nicht primär defizitorientiert ist. Stattdessen klassifiziert sie Komponenten der Gesundheit nach Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten, Partizipation und Umweltfaktoren. Dadurch wird die Klassifikation vor allem ressourcenorientiert. Der ICF liegt ein Verständnis der Wechselwirkungen zwischen diesen Komponenten zugrunde.

Das Phänomen des selektiven Mutismus bildet sich in der ICF-Klassifikation in den folgenden Bereichen ab, beziehungsweise wirkt sich auf viele verschiedene Lebensbereiche aus:

- Lernen und Wissensanwendung (Beispiel: Ziffer „d133 Sprache erwerben“)
- Allgemeine Anforderungen und Aufgaben (Beispiel: Ziffer „d240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen“)

- Kommunikation (Beispiel: „Kommunizieren als Sender (Ziffern d330–d349)“)
- Selbstversorgung (Beispiel: Ziffer „d5500 Das Bedürfnis zu essen anzeigen“)
- Häusliches Leben (Beispiel: Ziffer „d6200 einkaufen“ – Menschen, die von selektivem Mutismus betroffen sind, sind häufig eingeschränkt, zum Beispiel, wenn es darum geht, Beratung anzufordern, oder zu formulieren, was man kaufen möchte.)
- Interpersonelle Interaktion und Beziehungen (Beispiel: Ziffer „d71040 Soziale Interaktion initiieren“)
- Bedeutende Lebensbereiche (Beispiel Ziffer „d8202 Vorankommen in einem Programm der Schulbildung“ – dies ist oftmals durch den selektiven Mutismus erschwert.)
- Gemeinschafts-, soziales- und staatsbürgerliches Leben (Beispiel: Ziffer „d9205 Geselligkeit“).

Diese Bereiche umfassen ein breites Spektrum des täglichen Lebens. Dies verdeutlicht die erheblichen Einschränkungen der Partizipation, die die Betroffenen in wichtigen Lebensbereichen erfahren können und oft auch tatsächlich erleben.

Weitere Aspekte bezüglich der Schwere des selektiven Mutismus umfassen beispielsweise die Zeitspanne, über die die Störung anhält, da das Schweigen einen bedeutenden Einfluss auf das persönliche Selbstbild hat. Des Weiteren wird die Symptomatik umso schwerwiegender eingeschätzt, je weniger soziale Kontakte gepflegt werden können.

## 1.2 Ausschluss- und Differentialdiagnosen, Komorbiditäten und Risikofaktoren

Aufgrund gewisser Ähnlichkeiten in der Phänomenologie des Schweigens ist es bei der Diagnosestellung des selektiven Mutismus, wie

bereits erwähnt, wichtig, eine differentialdiagnostische Abgrenzung vorzunehmen. Dadurch können andere Krankheitsbilder mit ähnlichen Symptomen ausgeschlossen werden:

- Passagerer (selektiver) Mutismus als Teil einer Störung mit Trennungsangst bei jungen Kindern
- Schizophrenie
- Tiefgreifende Entwicklungsstörungen
- Sprachentwicklungsstörung (SES)
- Hördefizite – damit verbunden Formen des partiellen oder totalen Schweigens
- (Sensorische) auditive Agnosie
- Autismus
- Störungen der kognitiven Entwicklung
- Sozialphobie<sup>2</sup>
- Sprechangst.<sup>3</sup>

Bei manchen Menschen mit selektivem Mutismus sind *Komorbiditäten* beobachtbar (Black & Uhde, 1994; Steinhausen & Juzi, 1996; Kristensen, 2000; Young et al., 2012; Yeganeh et al., 2006; Nowakowski et al., 2011). Im Folgenden seien die wichtigsten genannt:

- Soziale Ängstlichkeit
- Depressive Symptome
- Regulationsstörung von Schlaf, Essen, Ausscheidungsfunktion oder Verhaltenskontrolle

In der Fachliteratur werden **Risikofaktoren** genannt (Steinhausen et al., 2006; Elizur & Perednik, 2003; Starke, 2014), die der Bildung und Aufrechterhaltung des selektiven Mutismus zugrunde liegen oder sie begünstigen können. Dazu zählen:

- Migration und Mehrsprachigkeit (28 Prozent)
- Psychische Störungen, Persönlichkeitsstörungen der Eltern (10,5 Prozent)

2 Furcht und Angst führen dazu, dass verschiedene soziale Kontexte vermieden werden.

3 Als Sprechangst wird die bewusste Angst, vor anderen Menschen zu sprechen, bezeichnet, zum Beispiel vor Publikum.

- Mutistisch-anmutende Verhaltensweisen der engsten Angehörigen (72,2 Prozent), Isolations-tendenzen und Schüchternheit der Eltern gelten als Risikofaktoren (Melfsen et al., 2006; Dobsiaff, 2005)
- Prä-, peri-, postnatale Komplikationen (75 Prozent)
- Temperamentsmerkmale (Rückzug, Scheu, Ängstlichkeit, Schweigsamkeit)
- Störung der pragmatisch-kommunikativen Kompetenz (Katz-Bernstein, 2019).

### 1.3 Screening und Diagnostik

Besteht der Verdacht auf selektiven Mutismus, sollte immer eine differenzierte Abklärung folgen. Diese ist aus verschiedenen Gründen anspruchsvoll: Die Kernsymptomatik variiert einerseits interindividuell sehr stark. Andererseits ist das Kind zu Hause meist völlig unauffällig. Die Eltern erklären sich das Schweigen mitunter außerhalb der Familie mit einem schüchternen Wesen oder sie vermuten eine Antipathie, zum Beispiel gegenüber der Erzieher\*in oder der Lehrenden. Viele schweigende Kinder werden auch bei den kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen nicht als Risikokinder für selektiven Mutismus identifiziert. Die Kinderärztinnen und Kinderärzte sind jedoch meist die erste Anlaufstelle. Umso wichtiger erscheint es, diese, aber auch das pädagogische Fachpersonal in den Kindergärten, Kindertagesstätten und in den Schulen für das Thema des selektiven Mutismus zu sensibilisieren, im Zweifel eine Abklärung in die Wege zu leiten. Je länger ein selektiver Mutismus besteht, desto hartnäckiger ist oftmals die Therapie.

Den Kinderärztinnen und Kinderärzten und dem pädagogischen Fachpersonal stehen Screenings zur Verfügung, die eine Einschätzung ermöglichen, ob eine Diagnostik indiziert ist oder nicht. Mit der 18-Item-Version des *Dortmunder Mutismus-Screening DortMuS-Schule* (Starke & Subellok, 2016) konnte erstmalig für den deutschen Sprachraum ein reliables und valides

Screening-Instrument für den schulischen Primarbereich vorgelegt werden, das Lehrende bei der Identifizierung von Risikokindern für selektiven Mutismus unterstützt und ihnen Hilfestellungen für den Umgang mit schweigenden Kindern anbietet. Auch der *Schweigekompass* (Braun et al., 2014), die Frankfurter Skala zur Erfassung des selektiven Mutismus (FSSM) (Gensthaler et al., 2020) sowie der *Deutsche Mutismus Test* (Johannsen et al., 2016) sind Screenings, die die Grundlage für die Entscheidung bilden, ob eine differenzierte Diagnostik in die Wege geleitet werden sollte.

Aktuell existieren laut unserer Kenntnis keine standardisierten Testverfahren, mit denen die Diagnose selektiver Mutismus gestellt werden kann. Dennoch stehen diverse diagnostische Verfahren zur Verfügung, anhand derer die Kriterien zur Diagnosestellung erhoben werden können.

Der Prozess der Diagnostik sollte sich im Sinne der Autorinnen auf die folgenden drei Dimensionen beziehen:

- 1) *Symptomdiagnostik*: Wo spricht das Kind, wo schweigt es? (Katz-Bernstein, 2019)
- 2) *Strukturdiagnostik*: Welchen Lebens- und Bewältigungssinn hat das Schweigen?
- 3) *Systemdiagnostik*: Welche Interaktionsmuster werden vom Kontext Familie und welche von der Kultur geprägt und beeinflussen das Schweigen? (Katz-Bernstein & Zaepfel, 2004).

Anhand dieser erhobenen Diagnosen können die nötigen individuellen und interdisziplinären Maßnahmen gezielt und prozesshaft organisiert und begleitet werden (Katz-Bernstein, 2023).

### 1.4 Bedeutung der Interdisziplinarität in der Therapie

Der selektive Mutismus kann in verschiedenen Erscheinungsformen auftreten. Die Lebensumstände der Betroffenen können sich stark

voneinander unterscheiden. Einige haben einen Migrationshintergrund oder haben Kriegs- und Fluchterfahrungen gemacht. In anderen Fällen werden die Betroffenen zusätzlich mit Krisen, psychischen oder körperlichen Herausforderungen und Komorbiditäten konfrontiert. Es gibt auch Fälle, in denen der selektive Mutismus als einzige Problematik erscheint. Es ist wichtig anzuerkennen, dass der selektive Mutismus selten isoliert auftritt, sondern oft mit anderen Belastungen und Defiziten einhergeht, die die Entwicklung der Betroffenen beeinflussen. Angesichts dieses breiten Spektrums an Themen ist es unerlässlich, die Expertise und unterschiedlichen Methoden verschiedener Fachrichtungen wie Psychologie, Psychiatrie und Sprachtherapie/Logopädie einzubeziehen.

Migration und Mehrsprachigkeit stellen signifikante Risikofaktoren für selektiven Mutismus dar. Aus diesem Grund möchten wir betonen, dass neben fachspezifischem Wissen auch Kompetenzen in Bezug auf kulturelle Sensibilität und Interkulturalität für uns von großer Bedeutung sind.

Abermals erscheint durch empirische Befunde der Schluss untermauert, begründet und berechtigt zu sein, Betroffene bezüglich Diagnose und Therapie interdisziplinär zu begleiten.

## Literatur

- Black, B. & Uhde, T.W. (1994). Treatment of Selective Mutism With Fluoxetine: A Double-Blind, Placebo Controlled Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(7), 1000-1006. <https://doi.org/10.1097/00004583-199409000-00010>
- Braun, W.G., Hunziker, F. & Iten, I. (2014). *Schweigekompass. ICF-Orientierte Entscheidungshilfe*. Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich. <https://www.hfh.ch/shop/produkt/schweigekompass>
- Dobslaff, O. (2005). *Mutismus in der Schule*. Edition Marhold.
- Elizur, Y. & Perednik, R. (2003). Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: a controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1451-1459. <https://doi.org/10.1097/00004583-200312000-00012>
- Gensthaller, A., Dieter, J., Raisig, S., Hartmann, B., Ligges, M., Kaess, M., Freitag, C.M. & Schwenck, C. (2020). Evaluation of a Novel Parent-Rated Scale for Selective Mutism. *Assessment*, 27(5), 1007-1015.
- Hartmann, B. (Hrsg.). (2006). *Gesichter des Schweigens – Die systemische Mutismus-Therapie/SYMUT als Therapiealternative*. Schulz-Kirchner.
- Isensee, B., Haselbacher, A. & Ruoß, M. (1997). Elektiver Mutismus. Ein Überblick zu Therapie und Praxis. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 25, 247-262.
- Johannsen, K., Kramer, J. & Lukaschyk, J. (2016). Deutscher Mutismus Test (DMT-KoMut). *Forum Logopädie*, 30(1), 2-6.
- Katz-Bernstein, N. (2023). *Selektiver Mutismus bei Kindern: Erscheinungsbilder, Diagnostik, Therapie* (6. Aufl.). Reinhardt.
- Katz-Bernstein, N. (2019). *Selektiver Mutismus bei Kindern. Erscheinungsbilder, Diagnostik, Therapie* (5. Aufl.). Reinhardt.
- Katz-Bernstein, N. & Zaepfel, H. (2004). Ali und sein Schweigen – aus der Gestalt Integrativen Arbeit in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger. (Hrsg.), *Gestalttherapie. Lehrbuch der Gestaltpsychotherapie* (S. 369-390). Facultas.
- Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 249-256. <https://doi.org/10.1097/00004583-200002000-00026>
- Melfsen, S., Walitza, S. & Warnke, A. (2006). The extent of social anxiety in combination with mental disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15, 111-117. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-0510-2>
- Melfsen, S., Romanos, M., Jans, T. & Walitza, S. (2021). Betrayed by the nervous system: a comparison group study to investigate the “unsafe world” model of selective mutism. *Journal of Neural Transmission*, 128(9), 1433-1443. <https://doi.org/10.1007/s00702-021-02404-1>
- Novakowski, M.E., Tasker, S.L., Cunningham, C.E., McHolm, A.E., Edison, S., Pierre, J.S., Boyle, M.H. & Schmidt, D.A. (2011). Joint attention in parent-child-dyads involving children with selective mutism: a comparison between anxious and typically

- developing children. *Child psychiatry and human development*, 42(1), 78–92.
- Starke, A. (2014). *Selektiver Mutismus bei mehrsprachigen Kindern. Eine Längsschnittstudie zum Einfluss kindlicher Ängste, Sprachkompetenzen und elterlicher Akkulturation auf die Entwicklung des Schweigens* (Dissertation). <http://hdl.handle.net/2003/34084>
- Starke, A. & Subellok, K. (2016). *Dortmunder Mutismus Screening-DortMus-Schule*. <https://www.dortmus.tu-dortmund.de/dortmus/DortMuS-Schule.pdf>
- Steinhausen, H. C. & Juzi, C. (1996). Elective mutism: an analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(5), 606–614. <https://doi.org/10.1097/00004583-199605000-00015>
- Steinhausen, H. C., Wachter, M., Laimböck, K. & Winkler Metzke, C. (2006). A long Term Outcome Study of Selective Mutism in Childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 751–756. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01560.x>
- World Health Organization (WHO). (2012). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. <https://www.who.int/publications/m/item/implementing-the-merger-of-the-icf-and-icf-cy--background-and-proposed-resolution-for-adoption-by-the-who-fig-council>
- World Health Organization (WHO). (2019). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>
- Yeganeh, R., Beidel, D. C. & Turner, S. M. (2006). Selective mutism: more than social anxiety? *Depression and anxiety*, 23(3), 117–123. <https://doi.org/10.1002/da.20139>
- Young, B. J., Bunnell, B. E. & Beidel, D. C. (2012). Evaluation of Children With Selective Mutism and Social Phobia: A Comparison of Psychological and Psychophysiological Arousal. *Behavior Modification*, 36(4), 525–544. <https://doi.org/10.1177/0145445512443980>

## 2

# „Safe Place“ und „Unsafe-World“-Modell als Grundlagen

Nitza Katz-Bernstein

In den folgenden Beiträgen werden die Konzepte des „Safe Place“ sowie das „Unsafe-World“ Modell als Grundlagen im System erläutert. Zunächst werden Theorien und Studien präsentiert, die die Bedeutung des Gefühls eines sicheren Ortes bei Angststörungen und Traumata von Kindern und Jugendlichen untermauern. Im Anschluss wird daraus das Therapiekonzept des „Safe Place“ abgeleitet und ausführlich erörtert – ein Konzept, auf dem das gesamte Buch basiert. Das „Unsafe-World“-Modell wird im darauffolgenden Kapitel 2.2 vertieft vorgestellt und erklärt. Dieses Modell verdeutlicht, weshalb das Konzept des „Safe Place“ insbesondere im Kontext des selektiven Mutismus, von so großer Bedeutung ist.

Zahlreiche Autor\*innen, Forschungsergebnisse, Weiterbildungen und supervisorische Begleitungen haben dazu beigetragen, den „Safe Place“ als therapeutisch-methodischen Zugang bei Kindern und Jugendliche mit selektiven Mutismus zu etablieren, aber auch als generelle Haltung, sowie als Grundlage im gesamten System (Katz-Bernstein, 1996, 2004, 2008).

Ein grundlegender Artikel dazu erschien in Resonanzen: „Der „Safe Place“ oder „geschützter Ort“ hat in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen in Psychotherapie-, Beratungs- und Betreuungssettings in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen, insbesondere in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen.“ (Gahleitner et al., 2013, S. 165)

Die Anerkennung, dass Kinder und Jugendliche mit Angststörungen zunächst das Erleben eines sicheren Ortes bedürfen, um zur Ruhe, Besonnenheit, Wachheit, Aufnahmebereitschaft und Weiterentwicklung zu gelangen, ist heute sowohl neurologisch, entwicklungspsychologisch, pädagogisch als auch therapeutisch evident (Melfsen et al., 2021; Kearney & Rede, 2021).

„Die Idee des „Safe Place“ (Katz-Bernstein, 1996), am ehesten zu übersetzen mit „geschützter Raum im Therapieraum“, begann in der Arbeit mit Kindern mit Angststörungen, insbesondere Kinder, die Kommunikation und Sprache verweigerten und/oder die die Fremdheit von Orten, Personen oder neuen Umständen nicht zu überwinden vermochten, aber auch Kinder, die kämpfend, flatternd und abwehrend durch das Leben gingen, weil sie eine Reihe schlechter Erfahrungen im Gepäck hatten. Basierend auf Winnicotts (1973, 1976) „potenziellem Raum“ und von Oaklander (1981) dargestelltem „Safe Place“ entstand ein konkretes Interventionskonzept, das in seinem symbolischen Gehalt einen Kernaspekt der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen verkörpert. Das Konzept zeigt auf, welche Bedingungen junge Menschen brauchen, um kommunizieren und explorieren zu können, um Raum für Veränderung zu gewinnen, frei zu sein für den „Gegenwartsmoment“ (Gahleitner et al., 2013, S. 166).

Von Winnicott (1973, S. 65) lernen wir, wie wichtig dieser freie Raum des Spielens für die

Entwicklung von Kindern ist, als Zwischenraum zwischen Fantasie und Realität. Spielen sei „schöpferisches Handeln und die Suche nach dem Selbst“. Dieser Effekt kann nur an einem freien, sicheren, sogenannten „potenziellen“ Ort entstehen, laut Winnicott (2006).

Oaklander (1981, S. 79) sagt über Kinder: „Kinder versuchen, sich auf die eine oder andere Weise zu schützen. Um nicht verletzt zu werden, ziehen sich manche Kinder zurück“. Dies erklärt den Sinn des selektiven Mutismus als Reaktion auf bedrohliche Ansprüche und Fremdheitsgefühle, um intakt zu bleiben. Oaklander zeigt einen Weg, um durch Fantasie-reisen einen Ort zu finden, „der der meine ist“, ihn zu malen, zu fantasieren, auf ihm wohnhaft zu werden.

„Die Gefühle eines Kindes sind sein eigentlicher Kern. Spiegelt man ihm seine Gefühle wider, wird es selbst sie kennen- und akzeptieren lernen“ (Oaklander, 1981, S. 84).

Als Intervention entwickelte sie die kreative Symbolisierung des „sicheren Ortes“.

Im Jahre 1986 konnte die Verfasserin ein dreitägiges Seminar bei Oaklander besuchen, wo sie die geführte Imagination kennengelernt und erfahren hat und die Wirkung erproben konnte.

Bekannt sind auch die entwicklungspsychologisch-fundierte Konzepte der „sicheren Orte“ von Streeck-Fischer. Sie schreibt:

„Primäre Reaktionsformen führen zu habituiertem Verhalten mit Flight-/Fight-Mechanismen ... Die Behandlung solcher Störungen erfordert besondere Wahrnehmungs- und Handlungskompetenzen auf Seiten des Therapeuten. Hierzu gehören u. a. die Entwicklung sicherer Orte, das Erkennen und Bearbeiten inszenierter und gehandelter Botschaften, die Arbeit an der Sprachverwirrung und die Entwicklung von Räumen des Denkens und Spielens“ (Streeck-Fischer, 2003, S. 53).

Damit drückt sie genau unsere sich wiederholende Erfahrung im therapeutischen Setting mit selektiv-mutistischen Kindern aus, nämlich, dass das Gefühl der Kinder, in einer unsicheren Umgebung zu sein, sie zum Rückzug und Schweigen führt.

In ähnlicher Weise schildert Reddemann (2001) vergleichbare Verhaltensmuster bei Kindern und Jugendlichen mit Traumaerfahrungen. Ebenso beschreibt Jakob (2022) ein passiv-aggressives Verhalten bei Kindern und Jugendlichen als mögliche Folge von traumatischen Erfahrungen.

Eine evidente Bereicherung in der Bedeutung des „Safe Place“ in den therapeutischen Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit selektivem Mutismus, stellt die Studie dar, die Melfsen et al. 2021 vorgelegt haben. In ihrem „Unsafe-World“-Modell verdeutlichen die Autorinnen, wie das autonome Nervensystem durch das Gefühl einer unsicheren und fremden Welt beeinflusst wird, was wiederum zur Entwicklung von selektivem Mutismus führen kann (Kapitel 2.2).

Folglich stellt die Etablierung eines „sicheren Ortes“ in der Therapie die erste und zentrale therapeutische Maßnahme dar. Dieser sichere Ort ermöglicht freies Spielen, Denken, Erproben und die Entwicklung von Strategien gegenüber bedrohlichen Situationen (Pellegrini, 2009).

Es ist ebenso wichtig, einen systemischen, abgestimmten und koordinierten „Safe Place“ zu etablieren, in dem Eltern, Fachpersonen und Lehrende vernetzt sind und die Entwicklung des Kindes gemeinsam verfolgen und unterstützen können. Dieser Ansatz wird als „Interdisziplinarität“ bezeichnet.

Wie oben bereits hingewiesen, wäre noch der Forschungsbericht von Melfsen und Walitza (2010), zu erwähnen, der auf dieses grundlegende Phänomen hinweist und der die Grundlagen des „Safe Place“ im System evident belegt.