



Nicht sprechen

Nicht handeln

Nicht teilnehmen

Selektiv mutistische Kinder in der Ergotherapie

Bachelorarbeit des Fachbereichs „Gezondheit en Zorg“
Bachelorstudiengang Ergotherapie, Hogeschool Zuyd , August 2010
Fachliche Begleitung: Margaretha Blees

Von Katja Rösing und Annina Sölter

„Einen Vorsprung im Leben hat, wer da anpackt, wo die anderen erst einmal reden.“
(John F. Kennedy)

© Copyright Hogeschool Zuyd

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne vorhergehende schriftliche Zustimmung der Hogeschool Zuyd unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen, Mikroverfilmungen und Übersetzungen.

Danksagungen

An dieser Stelle möchten wir uns herzlich bei den Menschen bedanken, welche zu der Entstehung dieser Arbeit unterstützend beigetragen haben.

Vielen Dank den Teilnehmern unserer Studie ohne die diese Arbeit nicht hätte entstehen können , sowie den Teilnehmern unserer Pilotstudie, welche mit konstruktiver Kritik einen qualitativen Beitrag zu unserer Arbeit geleistet haben.

Danke an Herrn Dr. Hartmann von Mutismus Selbsthilfe Deutschland e.V., der besonders zu der Anzahl unserer Elternteilnehmer beigetragen hat.

Vielen Dank an Margaretha Blees, welche uns mit Anregung und Kritik während der Durchführung unterstützt hat.

Vielen Dank an unsere Korrekturleser Jule und Carola sowie an unsere Übersetzer Tim und Neele.

Ein besonderer Dank geht an unser Fotomodell Ida.

Zum Schluss möchten wir uns herzlich bei unseren Familien und Freunden für ihr Verständnis, ihre Unterstützung, Geduld und Ermutigungen während der letzten Monate bedanken.

Lesehinweise

Zugunsten der besseren Lesbarkeit wird auf geschlechtsspezifische Formulierungen verzichtet.

Der Einfachheit halber wurde die männliche Form gewählt, welche die weibliche Form mit berücksichtigt. Die Verfasserinnen dieser Arbeit sprechen von sich in der weiblichen Form als Autorinnen.

Verwendete englischsprachige Literatur wurde von den Verfasserinnen der Studie selbst übersetzt.

Angaben, die im Anhang näher beschrieben werden oder auf die in anderen Kapiteln näher eingegangen wird, sind durch (→) gekennzeichnet.

Auslassungen in Zitaten werden durch „(...)“ markiert.

Mit einem „*“ versehenen Begriffe können im Anhängenden Glossar, nachgelesen werden.

Zitate werden durch Anführungszeichen gekennzeichnet und kursiv dargestellt.

Abkürzungen werden im Abkürzungsverzeichnis aufgeführt.

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AOTA	American Occupational Therapy Association
Aufl.	Auflage
bzw.	beziehungsweise
ca.	Circa
c.l.	Clinical Reasoning (Klinisches Reasoning)
COPM	Canadian Occupational Performance Measure
COSA	Children Occupational Self Assessment
d. h.	das heißt
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.
DSM IV	Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen)
E.	Experte
Ed.	Edition (engl. Auflage)
engl.	englisch
et al	et alii (Lateinisch: und andere)
etc.	et cetera (Lateinisch: und so weiter)
griech.	griechisch
Hrsg.	Herausgeber
ICD-10	International Classification of Diseases and Related Health Problems = Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
ICF-CY	International Classification of Functioning, Disability and Health - Children and Youth Version (ICF für Kinder und Jugendliche)
MOHO	Model of Human Occupation (Modell der menschlichen Betätigung)
o. Ä.	oder Ähnliche(s)
o. D.	ohne Datum
OTPF	Occupational Therapy Practice Framework
p.	engl. page (Seite)
pp.	engl. pages (Seiten)
S.	Seite
SI	Sensorische Integration
SCOPE	Short Children Occupational Profile
s. o.	siehe oben
Tab.	Tabelle
u. a.	unter anderem; und andere
u. U.	unter Umständen
v. a.	vor allem
vgl.	vergleiche

www. World Wide Web
z. B. zum Beispiel
Z. Zeile

Abstract

Ziel: Inhalt dieser Arbeit ist zu erfahren, auf welche Weise eine ergotherapeutische Behandlung selektiv mutistische Kinder und ihre Familien im Alltag unterstützt.

Methode: Hierzu dient eine qualitative Forschung mit quantitativen Anteilen. Zu Schwierigkeiten und Wünschen wurden Eltern von selektiv mutistischen Kindern anhand von Fragebögen befragt. In leitfragengestützten Experteninterviews, wurden die individuellen Erfahrungen und Arbeitsweisen von fünf Ergotherapeuten ermittelt.

Ergebnisse: Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Ergotherapie selektiv mutistische Kinder u.a. durch die Förderung kommunikativer und interaktiver Fähigkeiten und die Stärkung intrapersoneller Komponenten zielorientiert auf Partizipations- und Aktivitätsebene unterstützt.

Schlussfolgerung: Aus den Ergebnissen konnten Handlungsempfehlungen für eine ergotherapeutische Behandlung erstellt werden.

Aim: This dissertation is aimed at investigating how treatment based on Occupational Therapy (OT) may aid children suffering of selective mutism (SM) as well as supporting their families.

Approach: In order to achieve these aims and objectives, a qualitative approach with elements of quantitative research was chosen. Questionnaires have been distributed amongst parents of SM affected children to pinpoint their hassle and desires in regards. Furthermore five accomplished Occupational Therapists have been interviewed to benefit from their experiences and approaches to deal with SM. Each interviewee was asked a catalogue of central questions.

Results: The results clarify that OT supports the cure of children suffering of SM indeed, inter alia by developing interaction and communication skills as well as by strengthening intrapersonal components particularly participation and activity skills.

Conclusion: The research enabled the authors to develop a list of recommendations how to plan OT specifically aimed at SM patients.

Doel: de inhoud van de thesis is te ervaren op welke manier een ergotherapeutische behandeling ondersteuning kan bieden aan selektief mutistische kinderen en hun families in het dagelijks leven.

Methodiek: bij deze methode wordt een kwalitatief onderzoek met kwantitatieve delen toegepast. Ouders van selektief mutistische kinderen werden aan de hand van enquêtes qua wensen en moeilijkheden ondervraagd. Met behulp van gesteunde deskundigeninterviews werden de individuele ervaringen en visies van vijf ergotherapeuten geëvalueerd.

Resultaten: de resultaten maken duidelijk dat ergotherapie doelgericht ondersteuning biedt aan selektief mutistische kinderen op participatie- en op activiteitsniveau. Dit gebeurt onder andere door het bevorderen van communicatieve en interactieve vaardigheden en het ondersteunen van intrapersonale componenten.

Conclusie: vanuit de resultaten konden adviezen voor een ergotherapeutische behandeling opgesteld worden.

Zusammenfassung

In der heutigen Gesellschaft sind kommunikative und interaktive Fähigkeiten von großer Bedeutung. Bei selektiv mutistischen Kindern ist die Entfaltung dieser Fähigkeiten gehemmt und es besteht die große Wahrscheinlichkeit der Benachteiligung der Teilhabe bei der Arbeit, im Spiel und in der Selbstversorgung.

Das grundlegende Ziel der Ergotherapie ist es, über bedeutungsvolle Betätigungen die Selbstständigkeit zu fördern und Partizipation* im Alltag zu erreichen.

Diese Studie soll es ermöglichen, das Krankheitsbild des selektiven Mutismus aus ergotherapeutischer Sicht zu erfassen.

Anhand einer Literaturrecherche werden Einblicke in das Krankheitsbild, Behandlungsmöglichkeiten, sowie die Entstehung von Sprache und von Mutismus aus entwicklungstheoretischer Sicht gegeben.

Auf Grundlage des Model of Human Occupation werden 15 betroffene Kinder und ihre Familien mittels Fragebögen nach Handlungseinschränkungen im täglichen Leben und nach Veränderungswünschen befragt.

Weiterführend berichten 5 Ergotherapeuten in leitfadengestützten Interviews über ihre inhaltlichen Schwerpunkten und ihre Erfahrungen in der Behandlung selektiv mutistischer Kinder.

Anhand der erhaltenen Informationen soll die Forschungsfrage „Auf welche Weise unterstützt eine ergotherapeutische Behandlung selektiv mutistische Kinder und ihre Familien im Alltag?“ beantwortet werden.

Die Interviews werden nach der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet, die Inhalte der Fragebögen werden sowohl statistisch* als auch qualitativ ausgewertet.

Aus den Studienergebnissen geht hervor, dass die Kinder am häufigsten Einschränkungen bei Aktivitäten im außerhäuslichen Umfeld, beim Regeln persönlicher Angelegenheiten und in Schule und Kindergarten haben. Die Veränderungswünsche sind von komplexem Inhalt und beziehen sich häufig auf die Bereiche Teilhabe und Selbstständigkeit.

Der Einsatz von betätigungsorientierten Assessments wird von Ergotherapeuten als sinnvoll erachtet. Für eine erfolgreiche Umsetzung ist der Transfer und die Zusammenarbeit mit dem Umfeld des selektiv mutistischen Kindes von großer Bedeutung. Neben der Förderung der kommunikativen und interaktiven Fähigkeiten ist es häufig auch nötig sensorische und motorische Unsicherheiten abzubauen. Die Ergotherapie baut auf den Stärken und Interessen des Kindes auf und nutzt ausgehend von Behandlungsaufträgen unterschiedliche Methoden und Medien.

Die Ergebnisse aus der Studie und Literatur werden miteinander verknüpft, diskutiert und in Handlungsempfehlungen zusammengefasst.

Glossar

Absichtsfragen:	Zielen auf zukünftiges Verhalten ab. (Scholl, 2003)
Assessment:	Instrument zur Befunderhebung. (Jerosch- Herold, Marotzki, Stubner & Weber, 2009)
Aversiv/ Aversion:	„ <i>Aversion bedeutet die gefühlsmäßige Ablehnung, Abneigung oder Widerwille im Gegensatz zur Appetenz.</i> “ (Tewes & Wilgrube 1992, S. 43).
Bilingualität:	Zweisprachigkeit (Duden, 2003)
Chronifizierung:	Übergang von der vorübergehenden zur dauerhaften (chronischen) Präsenz ein Erkrankung oder eines Symptoms (Pschyrembel, 2007)
COPM:	Canadian Occupational Performance Measure - Das COPM ist ein valides und reliables Messinstrument, welches als Unterhaltung zwischen dem Klienten und dem Ergotherapeuten durchgeführt wird. Es hat zum Ziel, den Klienten in die Lage zu versetzen, Probleme bei seinen Alltagstätigkeiten die er in der Ergotherapie behandelt sehen möchte. (Law, Polatajko, Carswell, McColl, Pollock & Baptiste, 2004)
COSA:	Selbsteinschätzungsbogen für Kinder von 8-13 Jahren, in denen sie ihre Fähigkeiten in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit beurteilen und anschließend bewerten wie wichtig ihnen diese Fähigkeiten sind. So werden Stärken und Schwächen im Betätigungsverhalten deutlich. (Romein & Espei in Becker & Steding-Albrecht, 2006)
DSM IV:	Das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen) ist ein Klassifikationssystem der American Psychiatric Association (Amerikanische Psychiatrische Vereinigung), Das DSM-IV ist ein Ersatz und/oder eine Ergänzung für die jeweiligen Passagen im ICD-10. (Saß, H. et al. 2002)
Empathie:	„ <i>die Fähigkeit die Welt einer anderen Person wahrzunehmen; darüber hinaus die Fähigkeit, dieses Verständnis in der Kommunikation auch darlegen zu können.</i> “ (Egan, 1985, S. 95)

Fading-Prozeduren:	allmähliches verschwinden lassen, Abbau von Verhalten (Lauth & Schlottke, 2002)
ICD-10:	Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD, engl.: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ist das wichtigste, weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem der Medizin. Es wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben. Die aktuelle, international gültige Ausgabe (engl. revision) ist ICD-10, Version 2006. (www.dimdi.de)
Interdisziplinär:	Zusammenarbeit mit mehreren Disziplinen (hier Berufsgruppen) (Duden, 2003)
Intervention:	von lat. <i>intervenire</i> = <i>dazwischentreten, vermitteln</i> (Duden, 2003) Bezeichnet in der Medizin jede aktive Form von Behandlung. Dies umfasst therapeutische und präventive Maßnahmen gleichermaßen.
Klientenzentrierung:	<i>„Praxis, die zwischen Klient und Therapeut eine kooperative Beziehung herstellt. Der Therapeut bezieht den Klienten in die Entscheidungen ein, respektiert seine Entscheidungen, erkennt seine Erfahrungen und sein Wissen an und versucht, ihn dazu zu befähigen, seine persönlichen Ziele zu erreichen“</i> (Hagedorn, 2004, S. 41)
Komorbidität:	Vorkommen von zwei oder mehreren diagnostische unterscheidbaren Krankheiten nebeneinander bei einem Patienten (Pschyrembel, 2007)
Modell:	<i>„Übergeordneter Begriff, der benutzt wird, um die Darlegung theoretischer Konzepte in einem Beruf zu beschreiben.“</i> (Hagedorn, 2004, S. 42)
Multimodale Therapie:	kombinierte Anwendung einer oder mehrerer Behandlungsmethoden (www.medfuehrer.de)
Narzissmus:	<i>„Charakteristische für dieses Menschen ist das grandiose Selbstbild ihrer Einzigartigkeit und ihrer Fähigkeiten“</i> (Vetter, 2001, S. 76)

Neurose:	„Neurosen sind lebensgeschichtlich bedingte Verhaltensstörungen.“ (Vetter, 2001, S. 91)
Occupational Adaption:	„Betätigungsadaption“ wird von Kielhofner (2008) definiert als Konstrukt aus einer positiven Betätigungsidentität und einer, mit der Zeit im Kontext der eigenen Umwelt erreichten Betätigungskompetenz.
Ödipale Phase:	3.- 6. Lebensjahr. Mädchen und Jungen entdecken intensiv den Unterschied zwischen den Geschlechtern. (Chalier, 2001)
Ödipuskomplex:	Zu starke Bindung eines Kindes zum gegengeschlechtlichen Elternteil (Duden, 2003)
PISA- Studie:	internationale Studie, in der Schülerleistungen verglichen werden. (www.duden-suche.de)
(Betätigungs-) Partizipation:	Eingebunden sein in Arbeit, Spiel, Aktivitäten des täglichen Lebens. (Kielhofner, 2005)
SCOPE:	Durch Beobachtung und Interviews gesammelte Informationen ergeben den Einfluss von Volition, Habituation, Fertigkeiten und Umfeld auf die Partizipation von Kindern. Nutzbar für Befunderhebung, Intervention, Überprüfung von Ergebnissen (Kielhofner in Jerosch-Herold et al. 2009)
Sensorische Integration (SI)	Aufnahme von Sinnesinformationen, Sortieren, Koordinieren und Verarbeiten dieser, so dass es zu einer angepassten Reaktion kommen kann. (Meier & Richle, 2008)
Shaping-Verfahren:	Verhaltensformung (Lauth & Schlottke, 2002)
Statistisch:	Wissenschaft von der zahlenmäßigen Erfassung, Untersuchung (Duden, 2003)
Symbiose:	griech. Symbiösis = das Zusammenleben - (Biol.): das Zusammenleben von Lebewesen verschiedener Art. (Duden, 2003) Das Verhältnis des Kindes im ersten Lebensjahr zu seiner Mutter. Von einer krankhaften Symbiose spricht man dann, wenn diese frühkindliche Abhängigkeit nicht allmählich abgebaut wird, sondern fortbesteht und möglicherweise sogar auf andere Bezugspersonen übertragen wird. (www.psychology48.com)
Taktile Wahrnehmung:	Berührungsempfinden (Meier & Richle, 2008)

Tokensystem:	(vom englischen Token Economy, übersetzt etwa Münz-Eintausch/Verstärkungssystem) Belohnungssystem, Verstärkersystem für erwünschtes Verhalten. (Laut & Schottke, 2003)
Top-Down:	Von oben nach unten, vom Allgemeinen zum Detail, in der Ergotherapie misst ein Top-Down-Assessment die Betätigung und nicht einzelne Funktionen. (Scheepers, Steding-Albrecht & Jehn, 2007)
Trauma, traumatisch:	Körperlich z.B. Wunde; psychisch: bei besonderer psychischer Belastung. (Pschyrembel, 2007)
Verhaltensfragen:	beziehen sich auf gegenwärtiges oder Vergangenes Verhalten der eigenen Person. (Scholl, 2003)
Vestibuläres System:	Gleichgewichtssinn (Meier & Richle, 2008)

Inhalt

1. Einleitung	16
1.1. Motivation zu dieser Arbeit und Einführung in die Thematik	16
1.2 Aufbau der Forschungsarbeit	17
2. Selektiver Mutismus- Hintergrundwissen zum Krankheitsbild	18
2.1 Medizinische Diagnose.....	18
2.2 Behandlung und Therapiemöglichkeiten	21
2.3 Die Sprachentwicklung.....	24
2.4 Erklärungsmodelle zum selektiven Mutismus.....	25
2.5 Entwicklungstheorie.....	26
3. Modelle und Methodisches Handeln	28
3.1Das Model of Human Occupation (MOHO).....	28
3.2 Occupational Therapy Practice Framework- Domain and Process 2nd Edition (OTPF)	35
3.2Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)	38
3.4 Berufskompetenzen	40
3.5 Anwendung von Clinical Reasoning	42
4. Methodik.....	43
4. Design und methodische Vorgehensweise	43
4.1.1 Zeitplan	44
4.1.2 Forschungsethik	45
4.1.3 Literaturrecherche	45
4.1.4 Die Ausgangsbasis und Verlaufsdarstellung.....	45
4.2 Erhebungsverfahren.....	47
4.2.1 Der Fragebogen und seine Entwicklung.....	47
4.2.2 Das Experteninterview und die Entwicklung.....	48
4.3 Pilotstudie	49
4.4 Die Hauptstudie	50
4.4.1 Teilnehmer	50
4.4.2 Durchführung.....	51
4.4.3 Aufbereitungsverfahren und Datenauswertung	52
5. Ergebnisse	55

5.1 Elternfragebögen	55
5.2 Experteninterviews	58
6. Diskussion, Schlussfolgerung und Ausblick	69
6.1 Diskussion der Ergebnisse	69
6.2 Handlungsempfehlungen	76
6.3 Reflexion	78
6.3.1 Stärken der Studie.....	78
6.3.2 Grenzen der Studie	79
6.3.3 Vorschläge für weiterführende Studien	80
7. Literaturliste.....	81
Anhang I: AWMF Leitlinien.....	85
Anhang II: Klassifikationen und Kapitel der ICF-CY, die für Kinder mit selektivem Mutismus zutreffen könnten	88
Anhang III: Anschreiben an Interviewteilnehmer	91
Anhang IV: Anschreiben an die Eltern.....	92
Anhang V: Evaluationsbogen Pilotstudie Interviews.....	94
Anhang VI: Interviewleitfaden Hauptstudie.....	96
Anhang VII: Einverständniserklärung	98
Anhang VIII: Transkriptionsregeln.....	99
Anhang IX: Transkription Interview 5.....	100
Anhang X: Auswertung Interview 5.....	106
Anhang XI: Schwierigkeiten benannt durch die Eltern.....	113
Anhang XII: Veränderungswünsche der Eltern	114

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Das Grundscheema des Model of Human Occupation	29
Abbildung 2 Prozess der Occupational Adaptation	34
Abbildung 3 Der Gegenstandsbereich der Ergotherapie	35
Abbildung 4 Das Prozessmodell des OTPF	37
Abbildung 5 Modell der Funktionsfähigkeit und Behinderung der ICF	38
Abbildung 6 Zeitplan	44
Abbildung 7 Modell zur Darstellung der Ausgangsbasis	46
Abbildung 8 Geschlechtsspezifische Darstellung der vorgestellten Kinder	50
Abbildung 9 Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse	52
Abbildung 10 Darstellung der vorgestellten Kinder eingeteilt auf Kindergarten und Schule	55
Abbildung 11 Benannte Problembereiche	56
Abbildung 12 Darstellung der wichtigsten Schwierigkeiten	57

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Entwicklungsstufen nach Eriksson	26/27
Tabelle 2 Auflistung der Experten	50/51
Tabelle 3 Beispiel einer Interviewauswertung	53/54

1. Einleitung

1.1. Motivation zu dieser Arbeit und Einführung in die Thematik

In unserer Gesellschaft wird kommunikativer Kompetenz eine hohe Bedeutung beigemessen. (Niebuhr, 2001).

„So muss der Einzelne über eine Reihe von Fertigkeiten, Situationswissen, Selbstvertrauen und Affektkontrollmöglichkeiten verfügen, um in öffentlichen Situationen seine Interessen wirkungsvoll vertreten zu können.“ (Niebuhr, 2001, S. 203)

Das Ministerium für Schule und Weiterbildung (2009) sieht, bestätigt durch die PISA Studien*, Sprache als Schlüssel für Bildung. Prof. L. Fried führt in einer Informationsschrift über die Sprachstandserhebung Delfin 4 weiter aus. *„Wenn es Kindern nicht ermöglicht wird, ihre Sprachpotentiale voll zu entfalten, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass sie in Schule, Beruf und Leben benachteiligt sind.“* Folgeprobleme wie sozial-emotionale Schwierigkeiten bauen häufig darauf auf. (www.bildungsklick.de)

Kramer (2004) erklärt weitergehende Probleme durch gehemmtes Sprachpotential so *„Mit der Umwelt entsteht ein Wechselwirkungssystem: vermeintlich schwierige Aufgaben werden dem Kind frühzeitig abgenommen (Sprechen und andere herausfordernde Aktivitäten) – umgekehrt ergeben sich dadurch nur begrenzte Möglichkeiten für die Betroffenen, neue Erfahrungen zu sammeln und sich als kompetent handelnder Mensch in seinem Umfeld zu erfahren.“*

Ergotherapie hat sich zum Ziel gesetzt *„(...) dem Menschen Handlungsfähigkeit, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen“*.

(DVE, 2007) Ergotherapeuten nutzen bedeutungsvolle Betätigungen als Therapiemedium.

Nach Höfkes, Trahe und Trepte (2002) ist ein wichtiger Bestandteil der Ergotherapie, Bedingungen herzustellen, in denen ein Gleichgewicht zwischen den Handlungsanforderungen der Umwelt und den Handlungsmöglichkeiten eines Kindes geschaffen wird und es sich so in seinem Handeln als konstruktiv und kompetent erleben kann.

Durch diese Arbeit soll untersucht werden, was genau die ergotherapeutischen Inhalte bei einem Kind mit selektivem Mutismus sein können. Es wird die Hypothese aufgestellt, dass die Interventionsmöglichkeiten in der Ergotherapie sich eignen, selektiv mutistische Kinder und ihre Familien zu unterstützen.

Aus persönlicher Praxiserfahrung der Autorinnen und aus Gesprächen mit Kollegen wurde deutlich, dass Kinder mit diesem Krankheitsbild in der Ergotherapie vorgestellt werden. Viele Bestandteile der Sekundärproblematik von selektivem Mutismus sind im Heilmittelkatalog Indikationsgründe für die Ergotherapie. Sie sind größtenteils unter PS1/geistige und psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter/Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend verzeichnet. (Heilmittelkatalog Ergotherapie, 2009)

Auch Ellger (2001, S. 95) weist darauf hin, dass diese Art der Kommunikationsstörung „nicht unbedingt ein logopädisches Aufgabengebiet“ ist. *„Die Therapie kann sehr unterschiedlich aussehen.(...) Wichtig ist zu erkennen über welchen Kanal man überhaupt Zugang zu den Betroffenen findet.“*

Im Rahmen der Literaturrecherche fanden die Autorinnen keine ergotherapeutischen Quellen und spezifisch ergotherapeutische Behandlungsansätze. In Artikeln angrenzender Fachbereiche wurden zahlreiche Hinweise auf die Bedeutung handlungsorientierter Inhalte gefunden.

„Indem wir Kinder in ihrem Handeln begleiten, finden sich Momente, in denen sie aktiv und in ihrem Sinne konstruktiv Kontakt zu ihrer Umwelt aufbauen. Dies sind die Momente in denen unsere professionelle Förderung ansetzen muss.“ Kramer (2001, S. 96)

Durch Interviews und Fragebögen möchten die Autorinnen die Lücke schließen und erfahren:

1. In welchen Bereichen des Alltags mutistische Kinder Einschränkungen aufgrund ihrer Erkrankung erfahren.
2. Welche Bedürfnisse die Eltern und Kinder haben.
3. Welche Erfahrungen und Ansätze Ergotherapeuten, die mit selektiv mutistischen Kindern arbeiten nutzen.

Auf Grundlage dieser Fragestellungen sollen als Orientierungshilfe Handlungsempfehlungen über Therapieansätze oder Methoden entstehen, welche mit ergotherapeutischen Grundprinzipien übereinstimmen und auf Zielebene wirksam und alltagstauglich für die Klienten sind.

1.2 Aufbau der Forschungsarbeit

Die weitere Forschungsarbeit ist in folgenden Kapiteln aufgebaut:

Das 2. Kapitel widmet sich dem Krankheitsbild sowie dem medizinischen und psychologischen Hintergrundwissen. Weiterhin werden die Behandlung, sowie Therapiemöglichkeiten vorgestellt.

Im 3. Kapitel erfolgt die Beschreibung des selektiv mutistischen Kindes in Einbettung medizinischer und ergotherapeutischer Modelle. Zusätzlich wird auf die ergotherapeutischen Kompetenzen und das Clinical Reasoning eingegangen.

Die ersten drei Kapitel bieten den theoretischen Hintergrund für die Arbeit. Im folgenden 4. Kapitel werden der methodische Aufbau, das Forschungsdesign sowie die Durchführung der Forschung näher beschrieben.

In 5. Kapitel werden die Ergebnisse der Studie dargestellt, welche in Kapitel 6 genauer erläutert und diskutiert werden. In diesem Kapitel werden zudem die sich aus der Diskussion ergebenden Handlungsempfehlung beschrieben. Die Stärken und Grenzen der Studie sowie Vorschläge für weitere Forschungsthemen erfolgen am Ende dieses Kapitels.

Diese Arbeit soll einen vertieften Einblick in die Möglichkeiten einer ergotherapeutischen Behandlung von selektiv mutistischen Kindern bieten.

2. Selektiver Mutismus- Hintergrundwissen zum Krankheitsbild

2.1 Medizinische Diagnose

Definition nach DSM IV:

Der Begriff „Mutismus“ leitet sich aus dem Lateinischen ab („mutus“ = „stumm“).

Mutismus fällt in den Bereich der Kommunikationsstörungen und beschreibt ein partielles (teilweises) oder vollständiges Schweigen einer Person gegenüber anderen Menschen. Die Sprach- und Sprechfähigkeit ist jedoch vorhanden und die Sprachentwicklung weitgehend abgeschlossen. Die Störung ist emotional bedingt.

Nach neueren Erkenntnissen wird der selektive Mutismus auch als spezifische Unterform sozialer Phobie eingestuft. (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2007 → Anhang I). Auch eine Studie von Chavira et al. (2007) mit 140 Teilnehmern fand einen Zusammenhang zwischen Sozialer Phobie und Mutismus.

Unter „selektivem Mutismus“ (DSM-IV: 313.23) auch bezeichnet als „elektiver Mutismus“ (ICD-10: F94.0) versteht man das Nichtsprechen einer Person gegenüber einem bestimmten Personenkreis oder in bestimmten Situationen. Das beharrliche Schweigen tritt meistens zu Beginn des Eintritts in den Kindergarten oder in die Grundschule auf, die Kinder sind wie erstarrt. Häufig verständigen sie sich ausschließlich mittels Gesten, Mimik oder schriftlichen Mitteilungen. (DSM IV).

Die DSM IV unterscheidet die Formen:

- Symbiotischer Mutismus („symbiotic mutism“): das Merkmal ist eine enge symbiotische Beziehung zu einer Bezugsperson, oftmals die Mutter, die dem Kind verbale Anforderungen abnimmt. Das Schweigen wird manipulierend eingesetzt, um sich der Kontrolle anderer zu widersetzen.
- Sprechangst - Mutismus (speech phobic mutism): gekennzeichnet ist dieser Typ durch die Furcht vor der eigenen Stimme
- Reaktiver Mutismus (reactive mutism): ist die Folgeerscheinung von einem oder mehreren traumatischen* Ereignissen des Kindes
- Passiv - aggressiver Mutismus (passive - aggressiv mutism): Schweigen wird hier als eine Art Waffe eingesetzt

In anderen Quellen werden diese Unterformen eher als unterschiedliche Erklärungs-/Entstehungsmodelle genutzt. (→ Kapitel 2.3)

Leitsymptome des selektiven Mutismus nach ICD-10:

- Selektivität des Sprechens: In einigen sozialen Situationen spricht das Kind fließend, in anderen sozialen Situationen bleibt es jedoch stumm oder fast stumm
- Konsistenz bezüglich der sozialen Situationen in denen gesprochen, bzw. nicht gesprochen wird
- Häufiges Einsetzen nonverbaler Kommunikation (Mimik, Gestik, schriftliche Aufzeichnungen) durch das Kind

- Dauer der Störung über mindestens einen Monat
- Altersentsprechende Kompetenz im sprachlichen Ausdruck der situationsabhängigen Sprache
- Die Störung behindert die schulischen oder beruflichen Leistungen oder die soziale Kommunikation (zusätzliches Leitsymptom der DSM IV)

Bei Mutismus gibt es keine Schweregradeinteilung, man unterscheidet zwischen selektivem und der seltenen Form des totalen Mutismus (völlige Kommunikationshemmung). Desweiteren kann jedoch anhand folgender Beurteilungskriterien eingeschätzt werden wie die Ausprägung der Erkrankung ist. (DIMDI, 2001)

- Dauer des Bestehens des Mutismus
- Zahl der Personen oder Situationen mit denen/in denen gesprochen bzw. nicht gesprochen wird
- Grad der Einschränkung von Alltagsfunktionen
- Entwicklungsniveau sonstiger Sozialkontakte

Häufigkeit

Zur Häufigkeit gibt es verschiedene Angaben. Die Arbeitsgemeinschaft für wissenschaftliche medizinische Forschung geht von einer Häufigkeit unter 1% in der Bevölkerung aus, bei Migranten gibt es ein höheres Auftreten. Mädchen sind mehr betroffen als Jungen. Bei einer sehr engen Definition des elektiven Mutismus kann laut Remschmidt (2000) von einer Rate von 0,8 % bei Kindern zwischen fünf und neun Jahren ausgegangen werden. Andere Autoren sprechen von bis zu 1-2 % der Gesamtpopulation. (Braun, 1999; Schoor, 2001)

Obwohl einer kleinen Untersuchung zufolge die typische Geschlechterverteilung immer wieder mit 2:1 für Mädchen zu Jungen angegeben wird (Heinemann, 2004), gilt der selektive Mutismus allgemein als einzige „Sprachstörung“, bei der Mädchen ebenso häufig betroffen sind wie Jungen. (Schoor, 2002)

Differentialdiagnose

Die Diagnose ist nicht vereinbar mit dem Vorliegen einer Reihe von Störungen. Zum Beispiel der Schizophrenen Störung (F20), einer tief greifenden Entwicklungsstörung (F84), sehr schwerer umschriebener Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache (F80). Weiterhin sollte die Störung nicht durch eine andere Kommunikationsstörung (z.B. Stottern) besser erklärbar sein. (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2007)

Komorbidität* und Begleitstörungen

Mutismus geht nicht selten mit anderen Krankheiten oder psychischen Störungen wie Depressionen, Schizophrenie einher. Es handelt sich beim Mutismus um keine Krankheitseinheit, sondern um ein Symptom, am häufigsten im Sinne einer Angststörung oder oppositionelle Verhaltensstörung. Beispiele für Komorbidität und Begleitstörungen sind:

- Störung mit sozialer Ängstlichkeit (F93.2)
- Generalisierte Angststörung (F93.80)
- Phobische Störungen (F93.1)
- Emotionale Störungen mit Trennungsangst (F93.0)
- Sonstige Angststörungen (F41)
- Zwangsstörungen (F42)
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)
- Störungen der motorischen Funktionen (F82).

(Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2007)

Störungsrelevante Rahmenbedingungen

- Entwicklungsübergänge (Eintritt in Kindergarten oder Schule)
- Migration, Bilingualität* oder kulturelle Isolation der Familie
- Sprech- und Sprachstörungen in der Vorgeschichte von Familienmitgliedern
- Mutismus in der Vorgeschichte von Familienmitgliedern
- Angst/Ängstlichkeit und Scheu bei einem oder beiden Elternteilen
- Belastende Lebensereignisse oder Traumatisierungen
- Störungskonzepte der Eltern, familiärer Interaktionsstil und Reaktionsweisen (Überbehütung, symptomunterstützendes Verhalten), ihre Therapieerwartung und ihre Bereitschaft zur Mitarbeit
- Störungskonzepte von Erziehern/Lehrern, ihre Therapieerwartungen und ihre Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit
- Integration des Kindes in die Gruppe/Klasse
- Belastende Bedingungen in Kindergarten/Schule
- Ressourcen in Kindergarten/Schule (Kleingruppenbeschäftigung, Kleingruppenunterricht)

Auswirkungen /Folgen

Das Schweigen bedeutet für die Betroffenen und ihre Kontaktpersonen eine große Belastung. Die schweigenden Kinder und Jugendlichen geraten schnell ins Abseits und können zu Außenseitern werden.

Kommunikationspartner fühlen sich oft provoziert und hilflos und reagieren enttäuscht oder verärgert, da die Betroffenen nicht generell schweigen.

So kann auch für Lehrer schnell ein Widerspruch zwischen erwünschten pädagogischen Haltungen wie Akzeptanz und Geduld und den institutionell begründeten Ansprüchen wie zeitgerechte Stoffvermittlung und Leistungsbeurteilung entstehen. Fehleinschätzungen der wirklichen schulischen Leistungsfähigkeit sind häufig. (Schoor, 2002)

2.2 Behandlung und Therapiemöglichkeiten

Nach Empfehlung der deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2007) sollte eine Zusammenarbeit von Therapeuten, Eltern und betreuenden Einrichtungen sichergestellt sein um einen Therapieerfolg zu erreichen.

Ein wichtiger Baustein ist die Aufklärung und Beratung des Umfeldes über das Krankheitsbild. Ziel ist u.a. die Verminderung symptomaufrechterhaltender Verhaltensweisen und angemessene Aufforderung zu verbaler Kommunikation und positive Verstärkung dieser. Thienemann, M., Moore, P. & Tompkins, K. (2006) fanden in einer Pilotstudie heraus, dass Eltern sozial ängstlicher Kinder nur durch Elterntrainings (kognitiv-verhaltenstherapeutisch) einen positiven Einfluss auf die Angststörungen der Kinder hatten.

Als Teil des multimodalen Behandlungskonzepts werden kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Interventionen angegeben und die Parallelbehandlung komorbider* Störungen. So soll einer vorliegenden Angststörung mit kindzentrierten Interventionen begegnet werden. Ziele sind der Aufbau sozialer Kompetenzen, Stärkung von Autonomie und Kompetenzen. Das Nutzen spielerischer Inhalte in einer ermutigenden Umgebung wird hierzu als geeignet aufgezeigt. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen dass mutistische Kinder von einer Gruppe mit sprechenden Kindern profitieren können.

„Eine Pharmakotherapie ist indiziert, wenn eine deutliche Beteiligung von Angst oder Depression vorliegt und der ausschließliche Einsatz nichtmedikamentöser Behandlungsverfahren keine Besserung erzielte.“ (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2007)

Therapiemöglichkeiten von Kindern mit selektiven Mutismus

„Die Therapie kann sehr unterschiedlich aussehen.“ Wichtig ist zu erkennen „über welchen Kanal man überhaupt Zugang zu den Betroffenen findet“ (Ellger, 2001, S.95).

Die Behandlung der Kinder sollte nach Möglichkeit ambulant stattfinden. Im Vordergrund steht hierbei eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Einrichtungen wie Kindergarten oder Schule und die Elternarbeit.

Die Störung neigt zu Chronifizierung* und sollte deshalb frühzeitig behandelt werden. (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2007)

Es gibt verschiedene Behandlungsansätze von denen in diesem Kapitel drei ausgewählt wurden, da diese in der Literatur die Hauptströmungen der Behandlung von selektiv mutistischen Kindern darstellen. Wichtige Inhalte dieser Behandlungsansätze sind auch ergotherapeutisch anwendbar oder modifizierbar (→ Kapitel 6). Durchgeführt werden sie bisher hauptsächlich von psychologischen Verhaltenstherapeuten und Logopäden.

Die direkte Vorgehensweise

Vgl. Die systemische Mutismustherapie (SYMUT) Hartmann (2006)

Die SYMUT appelliert an die Eigenverantwortlichkeit des Menschen. Dort, wo sie unterbrochen zu sein scheint erhält, die Therapie die Aufgabe, die intrapersonelle und

interpersonelle Organisation des Betroffenen unter Ausschöpfung seiner selbstregulierenden Kräfte zu (re)aktivieren.

SYMUT ist direktiv ausgerichtet und unterbindet damit weitere ungünstige Lernerfahrungen Richtung Schweigen. „Nicht das Festhalten an und die Perfektionierung von nonverbalen Strategien können das Ziel, sein sondern der Einstieg in das ungehemmte Sprechen.“ (Hartmann, 2006, S. 275)

Die Vermittlung von Zuversicht und die Ich-Stärkung sind wichtige Stützen und werden schon in der ersten Stunde aufgestellt. Die Voraussetzung für die Therapiemotivation ist die Selbsterkennung der Störung welche zum Leidensdruck führt.

Es gibt zwei vorrangige Therapieziele:

1. Dialogfähigkeit im Sinne von Rede und Gegenrede
(aktives Sprechen, Formulierung einer eigenen Meinung und Bedürfnissen, Stellen und Beantworten von Fragen, Fähigkeit der mündlichen Mitteilung und deren Gebrauch für die Interaktion in Kindergarten, Schule, Arbeitswelt...)
2. Alltagstauglichkeit im Sinne von altersadäquater Bewältigung von täglichen Lebensaufgaben Beispiele: Begrüßung und Verabschiedung, Bestellen beim Bäcker, Eisdiele, Restaurant, selbständige Bildung von Freundschaften, Telefonieren, Umgang mit allen Verwandten, Einkaufen, Bewältigung von schulischen Interaktionsmustern und später beruflicher, privater und bürokratischer Aufgaben)

Die Non-direktive Therapie

Diese Therapiemethode ist im Gegensatz zur SYMUT non-direktiv und bietet den Kindern Rückzugsmöglichkeiten, den „geschützten Raum“ wie z.B. ein Zelt oder eine Decke. Durch spielerische Tätigkeiten wie gemeinsames Malen, Symbol und Rollenspiele oder Bewegungselemente wird eine Kommunikationsgrundlage geschaffen. Auch Pantomime kann ein Teil davon sein.

Durch spielerische Aufgaben gibt das Kind an mit welchen Personen es sich kann

1. bald zu sprechen, 2. etwas später zu sprechen, 3. im Moment nicht vorstellen kann zu sprechen. Zusätzlich gibt es ein Belohnungssystem als positive Verstärkung. Für die Kinder gibt es Hausaufgaben, welche Alltagsorientiert sind. Dieses kann z.B. einmal pro Woche in einer bestimmten Situation sprechen sein oder auch telefonieren. (Katz-Bernstein, 2007)

Die Selbsthilfegruppe Stilleben e.V. hat ein eigenes pädagogisch/ therapeutisches Behandlungskonzept entwickelt. Die KoMut (Kooperative Mutismustherapie) besteht aus einzelnen Bausteinen und ermöglicht eine individuelle Abstimmung auf die „Anliegen, Grundbedingungen und Handlungskompetenzen“ (www.selektiver-mutismus.de) der Kinder und ihres Umfeldes. Sie wird von einer abwartenden, begleitenden, zumutenden therapeutischen Grundhaltung bestimmt. „Die ersten Therapieschritte sind meistens nicht direkt auf das Sprechen im engeren Sinne bezogen.“ (Kramer, 2010)

Gruppentherapie mit mutistischen Kindern und Jugendlichen

„Wir greifen als erstes das auf, was das Kind an Kommunikationsbereitschaft anbietet und verstärken dann spontane Erweiterungen oder erstellen in Absprache einen individuellen Plan(...)“ (Brand, 2009, S.155)

Es wird bearbeitet was als besonders schwierig oder belastend auffällt.

„Nicht Sprechen ist wichtig, sondern mitteilen und das geht zunächst mal auch ohne Worte(...)“ (Brand, 2009, S.155).

In der Gruppentherapie haben die Kinder keine Sonderstellung. Sie erwartet ein normaler Umgang, trotz des Schweigens.

Vor- und Nachteile eines Gruppentherapeutischen Settings bei Mutismus (nach Frey in Brandt, 2007):

Vorteile:

- Therapie in einer Peer-Gruppe mit ähnlicher Symptomatik erzeugt ein Wir-Gefühl,
- Keine Sonderstellung innerhalb der Gruppe
- Angstminderung durch Beobachtungsposition
- Peers dienen als Modelle so dass auch spontane Verhaltensänderungen möglich sind,
- soziales und kommunikatives Lernen sind in natürlichen Situationen möglich,
- Übernahme neuer Rollen kann zunächst erprobt werden
- Rückmeldungen der Peers ermöglicht ein verändertes Selbstbild

Nachteile:

- stationäre Gruppentherapie stellt einen geschützten Rahmen dar
- mögliches bestehen bleiben von Schweige- und Verhaltensgewohnheiten zuhause
- Therapie konzentriert sich hauptsächlich auf das Kind, wenig Elternberatung (bezieht sich eher auf stationäre Unterbringung als auf Gruppe)

2.3 Die Sprachentwicklung

Um den Prozess des Spracherwerbs nachzuvollziehen werden im Folgenden unterschiedliche Theorien zum Erklärungsansatz der allgemeinen Sprachentwicklung vorgestellt. Dieses Wissen erleichtert das Verständnis des nachfolgenden Kapitels welches sich mit den Erklärungsmodellen zum selektiven Mutismus zu befasst (→Kapitel 2.4).

Der **nativistische Ansatz** der, u.a. von Chomsky vertreten wird, geht von der angeborenen Fähigkeit zum Spracherwerb aus, welche jeder Mensch in seiner genetischen Ausstattung schon von Geburt an hat. Diese angeborene Fähigkeit ist der entscheidende Faktor des Spracherwerbes. Durch seine soziale Umwelt entfaltet sie sich und wird in eine bestimmte Richtung gelenkt. (Klann-Delius, 1999)

Beim **lerntheoretischen Ansatz** (Vertreter Skinner) erfolgt das Sprachlernen aufgrund von Imitation. Laute, Wörter und Sätze werden nachgeahmt. Man kann die Sprache als Form gelernten Verhaltens betrachten. (Kaletsch, 2007)

Eine weitere Theorie ist der **kognitivistische Ansatz**. Hier wird der Zusammenhang mit der kognitiven Entwicklung gesehen. So muss das Kind über bestimmte kognitive Funktionen verfügen, damit es zum Spracherwerb kommen kann. Ein bekannter Vertreter dieser Theorie ist Piaget. (Klann-Delius, 1999)

Als letzte Theorie ist der **interaktionistische Ansatz** (Vertreter Wygotzki) zu nennen. Hierbei hängen Spracherwerb und Sprachentwicklung von der wechselseitig aufeinander bezogenen Tätigkeit zwischen Bezugsperson und Kind ab. (Füssenich, 1999) Kommunikatives Handeln wird als Voraussetzung für die Sprachentwicklung gesehen. Der Spracherwerb vollzieht sich im Kind-Umwelt-System und ist verbunden mit der Entwicklung der Nebensysteme Kognition, Motorik und Affekt. (Klann-Delius, 1999)

Abschließend sollte erwähnt werden, dass es bis heute keine allgemeingültige Lerntheorie des Spracherwerbs gibt. Bei jeder Spracherwerbstheorie gibt es sowohl nachvollziehbare, als auch kritisch hinterfragte Aspekte. Ebenso verhält es sich mit den anschließenden Erklärungsmodellen zum selektiven Mutismus.

2.4 Erklärungsmodelle zum selektiven Mutismus

Dieses Kapitel beschreibt die Erklärungsmodelle zur Entstehung von selektiven Mutismus (vgl. Schoor in Grohnfeld, 2001).

aufgezeigt, welche den Spracherwerb stören oder bei vollendetem Spracherwerb die Sprache hemmen können. Diese Interpretationsmodelle gehen von unterschiedlichen Ursachen/Entstehungsprozessen aus und beeinflusst die Entscheidung für den Behandlungsansatz (z.B. die Parallelbehandlung von Begleitstörungen, Elternarbeit, → Anhang 1) auch in der Ergotherapie. (→ Kapitel 5.2)

Psychodynamisches Erklärungsmodell

Aus psychodynamischer/psychoanalytischer Sichtweise wird Mutismus als Symptom einer Konfliktlösung bei neurotischer Symptomatik gesehen. Es wird zwischen vier Erklärungsrichtungen unterschieden.

- Abnorme Erlebnisreaktion - Als Ausdruck einer abnormen Erlebnisreaktion im Zusammenhang mit einem schweren psychischen Trauma.
- Trennungsangst - Verlässt das Kind die Vertrautheit einer Kommunikationssituation, reagiert es angstvoll - die Angst etwas Vertrautes zu verlieren.
- Primärer Narzissmus* - Durch Verlust der Nähe zu einer Bezugsperson, ist Schweigen Teil einer lustvoll erlebten Situation der Spannungsreduktion.
- Neurotische* Angstabwehr - In der ödipalen Phase* entwickelt sich Angst vor Strafe aufgrund der Liebe zum gegengeschlechtlichen Elternteil. Das Schweigen dient der Angstabwehr.

Lerntheoretisches Erklärungsmodell

- Operante Konditionierung - das Schweigen wird positiv oder negativ verstärkt.
- Lernen am Modell - Schweigen wird als erfolgreiches Vermeidungsverhalten von Modellpersonen übernommen.
- Aversive* Konditionierung und Vermeidungsreaktion- In der aversiven Konditionierung wird das Publikum als negativ erlebte Bewertungsinstanz gesehen. – Sprechangst wird ausgelöst. Danach wird das „nicht sprechen“ durch erfolgreiche Angstreduktion verstärkt.

Stresstheoretische Erklärungsmodell

- Stressbewältigung wird durch Schweigen abgebaut-das mutistische Kind ist in Stress, weil es sich in seinem Bewältigungsverhalten in einer für das persönliche Wohlergehen bedeutsam bewerteten sprachlichen Anforderungssituation überfordert fühlt.
Zum Beispiel steht dem Kind, aufgrund seiner psychischen und sozialen Konstitution und bisheriger interaktionaler Erfahrungen, keine andere Kommunikationsstrategie zur Verfügung.

Selektiver Mutismus als Form von Sprachhandlungs- Hilflosigkeit

- Hierbei wird angenommen, dass Sprachhandlungs-Hilflosigkeit als kognitiv-emotionales Konzept im unterbewussten, automatischen Gedächtnis für

emotionale Erfahrungen gespeichert ist. Durch eine Kette von verschiedenen Faktoren werden Gefühle verändert und es kommt zu einem situativen Notlösungs- Bewältigungsverhalten, dem selektiven Mutismus.

2.5 Entwicklungstheorie

In diesem Kapitel wird auf die psychosoziale Entwicklung nach Erik Erikson (*15.06.1902 – † 12.05.1994) eingegangen. Erik Erikson entwickelte das Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung, welches die Entwicklung der menschlichen Identität beschreibt. Diese geschieht anhand eines Stufenmodells, wobei in der menschlichen Entwicklung alle acht Stufen durchlaufen werden. Tritt in den einzelnen Stufen ein Konflikt auf, bleibt dieser ein Leben lang aktuell und muss ausreichend erarbeitet werden. (Noack, 2005). In dieser Ausarbeitung gehen die Autorinnen im tieferen ausschließlich auf die Stufen 1- 5 ein, da sich die Arbeit auf gesamte selektiv mutistische Kinder bis 18 Jahre bezieht.

In der folgenden Tabelle werden Parallelen aufgezeigt zwischen den einzelnen Entwicklungsstufen und der Entstehung, Entstehungsgefahr oder Etablierung von selektiven Mutismus. Verglichen wird mit der DSM IV, ICD 10, dem Krankheitsbild des selektiven Mutismus (→Kapitel 2.1) und den Erklärungsmodellen (→Kapitel 2.4).

Stufen	Bedeutung	Gefahr
1. Stufe 1. Lebensjahr <i>Ur-vertrauen vs. Urmissvertrauen</i>	Verlässlichkeit auf die Bezugspersonen	Gefahr zur Etablierung von Urmissstrauen
2. Stufe 3. Lebensjahr <i>Autonomie vs. Scham und Zweifel</i>	Das Kind lernt zu explorieren ohne Angst die Bezugsperson zu verlieren. Durch permanente Einschränkung der Exploration, entstehen Scham und Zweifel.	Durch nicht Erproben der Stimme und des Sprechens könnte eine Sprech Angst entstehen - gekennzeichnet durch die Furcht vor der eigenen Stimme, durch das ritualisierte Verhalten bei der Beeinflussung des Sprechens (z.B. Mimik, Gestik) und die Motivation, das Sprechen wiederzugewinnen.

3. Stufe 4.-5. Lebensjahr <i>Initiative vs. Schuldgefühle</i>	Zeit des Bewältigungsprozesses des Ödipuskomplex*. Mutter und Kind-Beziehung öffnet sich. Eine Moralentwicklung entsteht.	Symbiotischer Mutismus („symbiotic mutism“): das Merkmal ist eine enge symbiotische Beziehung zu einer Bezugsperson, oftmals die Mutter, die dem Kind verbale Anforderungen abnimmt. Die Familienstruktur ist geprägt durch einen sprachlich dominanten und einen eher passiven Elternteil. Ein Begleitsymptom der ICD-10 ist hier: Emotionale Störungen mit Trennungsangst (F93.0)
4. Stufe 6. – 13. Lebensjahr = <i>Kompetenz vs. Minderwertigkeit</i>	Das Kind hat das Bedürfnis an der Erwachsenenwelt teilzunehmen.	Das Kind zeigt eine ablehnende Haltung gegenüber kontrollierenden Situationen und Erwachsenen. Das Verhalten bedeutet keinen inneren Rückzug, sondern drückt das Bedürfnis nach Kontrolle aus. Das Schweigen wird manipulierend eingesetzt, um sich der Kontrolle anderer zu widersetzen. (DSM IV)
5. Stufe 13. - 18- Lebensjahr = <i>Identität vs. Identitätsdiffusion</i>	Hier entsteht die Form des Selbstbildes durch altes Wissen über Sinn und Selbstwert.	Führt bei „Nichtgelingen zur Zurückweisung“. = Begleitstörung nach ICD 10: Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (F91.3), Störung mit sozialer Ängstlichkeit (F93.2)

Tabelle 1 – Entwicklungsstufen nach Eriksson

3. Modelle und Methodisches Handeln

Nach Darstellung der allgemeinen medizinischen, psychologischen und entwicklungsorientierten Interpretation soll nun eine ergotherapeutische Betrachtung über die Auswirkung des selektiven Mutismus auf das Kind und sein Handeln beschrieben werden. Die Forschungsarbeit orientiert sich an der nachfolgend beschriebenen Sichtweise des Menschen und den Begrifflichkeiten der folgenden Modelle. In Kapitel 6 wird auch die Frage nach geeigneter Behandlung in Bezug auf dieses Kapitel diskutiert.

3.1 Das Model of Human Occupation (MOHO)

Nach einer kurzen allgemeinen Einführung in das Modell werden die einzelnen Komponenten zunächst beschrieben und in einem nachfolgenden Kasten direkt auf das selektiv mutistische Kind bezogen.

Begründung für die Wahl des Modells

Bei der Betrachtung der selektiv mutistischen Kinder in ihrer Umwelt soll das Model of Human Occupation oder Modell der menschlichen Betätigung, nachfolgend MOHO genannt, als Grundlage dienen.

Das MOHO eignet sich für die Betrachtung/Beschreibung von selektiv mutistischen Kindern, da es einen ganzheitlichen Blick auf sie ermöglicht und sie im Bezug zu ihrer Umwelt versteht. Besonders die intrapersonellen Komponenten, die für die Auswahl, die Strukturierung und die Durchführung von Betätigung wichtig sind und die Wechselbeziehung zwischen dem Kind und seiner Umwelt können mit dem MOHO dargestellt werden.

So können folgende Zusammenhänge erfasst werden:

- Wie wirkt sich die Volition (besonders Selbstbild) selektiv mutistischer Kinder auf das Betätigungsverhalten aus?
- Inwiefern beeinflussen Gewohnheiten und Rollen die Motivation für Betätigung/Sprechen?
- Inwiefern kann ein Kind mit selektivem Mutismus in den Handlungsbereichen Spiel, Produktivität und Aktivitäten des täglichen Lebens partizipieren?
- Wie ermöglicht/ beschränkt die Umwelt mit den verschiedenen Settings das Handeln und Sprechen eines selektiv mutistischen Kindes

Das MOHO von Gary Kielhofner entstand in den späten 70er Jahren ursprünglich in den USA und wurde bis heute in weltweiter Zusammenarbeit von Ergotherapeuten kontinuierlich weiterentwickelt. Es basiert auf systemtheoretischen Denkansätzen. Der Mensch wird hier als dynamisches und ganzheitliches Wesen betrachtet. Betätigung steht im Zentrum des Modells und kann durch das Modell auch im Hinblick auf ihre Bedeutung für das Leben, die Auswirkung von Funktionseinschränkungen auf Betätigung und als therapeutisches Mittel betrachtet werden. Kielhofner unterscheidet die Bereiche Arbeit, Spiel und Aktivitäten des täglichen Lebens (Selbstversorgung,

Selbsterhaltung) in denen Betätigung ausgeführt werden kann. (Kielhofner, Mentrup, Niehaus in Jerosch-Herold, Marotzki, Stubner & Weber, 2009)

Einführung, Beschreibung und Verknüpfung

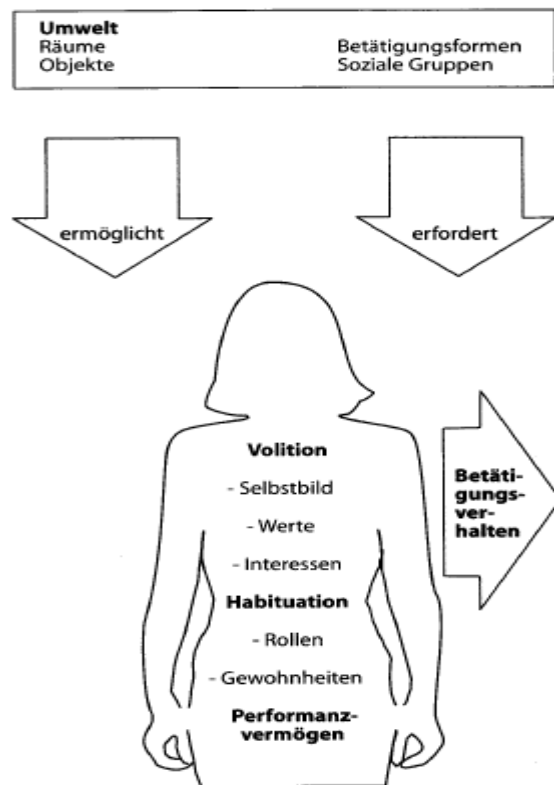


Abb. 1 - Das Grundschema des Model of Human Occupation (aus Kielhofner et al. in Jerosch-Herold et al., 2009, Seite 58)

1. Aktivitäten des täglichen Lebens : tägliche Aufgaben eines partiell schweigenden Kindes wie anziehen, Hygiene können im vertrauten häuslichen Umfeld in der Regel uneingeschränkt durchgeführt werden, manche Kinder neigen in diesem Rahmen laut Hartmann und Lange (2010) auch zu zwanghaften Verhaltensweisen und extremer Durchsetzungsfähigkeit/Kontrollmotiv , was sich z.B. in der totalen Verweigerung der häuslichen Mitarbeit oder einer auffallend verzögerten Entwicklung der Körperreinigung zeigen kann.
2. Produktivität: Laut DSM IV behindert die Störung z.B. die schulischen Leistungen oder die soziale Kommunikation. So ist die mündliche Mitarbeit im Unterricht für partiell schweigende Kinder oft unmöglich.
3. Spiel: Vor allem das gemeinsame Spiel mit Gleichaltrigen ist für selektiv mutistische Kinder häufig problematisch, wenn in diesem Rahmen Absprachen, das Mitteilen von Bedürfnissen o.ä. notwendig ist. Aus diesem Grund spielen mutistische Kinder häufig alleine und sind in Gruppensettings nicht eingebunden.

Nach Hartmann und Lange (2010) werden die Spielinhalte bevorzugt, die für die eigene Frustrationstoleranz ungefährlich sind weil sie keine Fehlleistungen beinhalten. Neue Herausforderungen als Motor für Weiterentwicklung werden so gescheut.

Der Mensch entwickelt sich ständig weiter und verändert sich. Und er gibt der Veränderung durch die Wahl seiner Betätigungen eine Richtung. Z.B. verändert oder verstärkt er seine Fähigkeiten in dem Bereich seiner Arbeit oder seiner Hobbies. Betätigung ist die „zentrale Kraft für Gesundheit, Wohlbefinden, Entwicklung und Veränderung“. (Kielhofner et al. in Jerosch-Herold et al., 2009, Seite 56)

Verhalten ist in der Systemtheorie nicht nur das Ergebnis persönlicher Faktoren wie vorhandener Fähigkeiten und Wünsche, sondern wird auch von der Umwelt beeinflusst. (Kielhofner, et al. in Jerosch-Herold et al., 2009) Aus dieser Erkenntnis ergibt sich die Möglichkeit für die Therapie, einerseits durch den gezielten Einsatz von Betätigungen Fähigkeiten auszubauen und andererseits die Umwelt zu adaptieren, um Betätigung zu ermöglichen.

„In einer erfolgreichen Therapie organisiert sich die Person in einer Weise, in der Fähigkeit, Einstellung, Gewohnheit, Umwelt und andere Faktoren zu einem neuen Muster zusammengefügt werden. Als Ergebnis dieser Organisation wird die Person darin unterstützt, ein kompetentes und zufriedenstellendes Betätigungsverhalten zu erlernen.“ (Kielhofner, et al. in Jerosch-Herold et al., 2009, Seite 58)

Das MOHO betrachtet den Menschen anhand von 3 Komponenten:

- **Volition** fußt auf dem Bedürfnis zu handeln und erklärt wie und mit welcher Motivation Menschen Betätigungen wählen. Die Wahl ist zum Beispiel abhängig vom Selbstbild: wie gut, effektiv und zufriedenstellend können Tätigkeiten ausgeführt werden, von den persönlichen Interessen und von den Werten und Überzeugungen denen man sich verpflichtet fühlt. Dies alles bestimmt das alltägliche Verhältnis eines Menschen zu sich selbst und zur Welt. *„Das Bedürfnis zu handeln in Verbindung mit diesen erworbenen Dispositionen und dem Selbstbewusstsein des Einzelnen machen die Volition aus.“* (Kielhofner, et al. in Jerosch-Herold et al., 2009, Seite 59)

Gedanken, Gefühle und Entscheidungen des selektiv mutistischen Kindes die sich auf das Betätigungsverhalten auswirken, können ein mangelndes inneres Bedürfnis/eine Sperre sein, in umschriebenen Situationen zu kommunizieren und tätig zu sein.

Hartmann und Lange (2010) erklären, dass Mutisten häufig an mangelndem Selbstbewusstsein leiden und zu negativen Erwartungshaltungen neigen. Die Wahrnehmung/Annahme eigener mangelnder Bewältigungsmöglichkeiten von Alltagssituationen führen häufig zu einer vulnerablen Bewältigung in Form von Schweigen und sozialem Rückzug.

Die Motivation für das Schweigen kann auch aus dem Wunsch nach Kontrolle entstehen (DSM IV).

Bei einer ursächlichen sozialen Phobie (ICD-10: F40.1) wird das nicht sprechen oder nicht handeln motiviert von der Furcht vor sozialen Situationen, bei denen die Gefahr besteht, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen. Die mutistischen Kinder können ihr Betätigungsverhalten nicht frei wählen und sich vor allem in unsicheren Situationen nicht kompetent und autonom erleben.

- **Habituation** beschreibt die wiederkehrenden Betätigungsmuster die den Großteil des Lebens ausmachen, bestehend aus Gewohnheiten und bestimmt von den unterschiedlichen Rollen, die Menschen in ihrem Leben ausfüllen. „*Gewohnheiten und Rollen tragen gemeinsam zu der Fähigkeit bei, Aspekte und Situationen in der Umwelt zu erkennen und sich automatisch entsprechend zu verhalten*“. (Kielhofner et al. in Jerosch-Herold et al., 2009, Seite 65)

Ein schweigendes Kind kann durch das unfreiwillige Schweigen unterschiedliche Rollen z.B. die des Schulkindes oder Spielpartners nur eingeschränkt ausfüllen. Gewohnheiten können für ein Kind mit selektivem Mutismus Sicherheit geben, teilweise werden diese zwanghaft gefordert und führen zu einer völligen Ausrichtung des Familiensystems auf die Bedürfnislage des Kindes (Hartmann und Lange, 2010) Gewohnheiten können das nicht sprechende Kind in wiederkehrenden Betätigungsmustern gefangen nehmen und es veranlassen „*sich gleichbleibend- wie gewohnt - zu verhalten*“ (Kielhofner et al. in Jerosch-Herold et al. 2009, Seite 65).: Im Kindergarten spreche ich nie. Die Konsistenz bezüglich der sozialen Situationen, in denen gesprochen bzw. nicht gesprochen wird auch durch die ICD-10 als ein Krankheitsmerkmal hervorgehoben.

- **Performanzvermögen** bezeichnet die Ausführung von Handlungen, die für Betätigung wichtig sind und beinhaltet ein komplexes Zusammenspiel verschiedener Anteile des Performanzsubsystems (skelettmuskulär, neurologisch, perzeptiv und kognitiv). Betätigungsperformanz ist das Ergebnis einer vereinten Aktion aller Fertigkeitsbereiche. Dazu zählen beobachtbare (objektive) motorische, prozesshafte und Kommunikations-/Interaktions Fertigkeiten. (Kielhofner, et al. in Jerosch-Herold et. al, 2009)

Im Modell werden neben der Ebene der Fertigkeiten 2 weitere Ebenen des Tuns dargestellt:

- Die **Betätigungspartizipation** definiert Kielhofner als Eingebunden sein in Arbeit, Spiel, Aktivitäten des täglichen Lebens. Sie ist eingebettet in den soziokulturellen Kontext und für das eigene Wohlbefinden notwendig oder erwünscht. (Kielhofner et al. in Jerosch-Herold et. al, 2009)
- Die **Betätigungsperformanz** wird sichtbar in der eigentlichen Durchführung einer spezifischen Betätigungsform z.B. gemeinsam mit anderen Kindern ein Kartenspiel zu spielen. (Kielhofner, Mentrup, Marotzki, 2005)

Fertigkeiten: Besonders die Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten sind bei einem selektiv mutistischen Kind in umschriebenen Situationen eingeschränkt; in anderen altersgemäß abrufbar. Sozialer Rückzug der Betroffenen und die Scheu vor gemeinschaftlichem Kontakt zu anderen Menschen wird von Hartmann und Lange (2010) ausgeführt.

Die prozesshaften Fertigkeiten können z.B. im Bereich der Problemlösung beeinträchtigt sein sobald sie sich auf die Umwelt beziehen.

Motorische Fertigkeiten sind durch das Schweigen generell nicht erschwert, manche Kinder zeigen sich gegenüber Anforderungen jedoch komplett handlungsunfähig und erstarren körpersprachlich und mimisch. Die Bewegungen mutistischer Menschen „*erinnern in Gegenwart von Fremden oft an die spannungsintensiven Motorikmuster der Zerebralparese*“ (Hartmann und Lange, 2010, Seite 22)

Die Umwelt und der Mensch stehen in wechselseitiger Abhängigkeit zueinander. Die Umwelt ermöglicht Betätigungsverhalten und sie fordert es. Es gibt in ihr Gelegenheiten und auch Beschränkungen zur Performanz. Das Betätigungsverhalten des Menschen entsteht also aus seinen inneren Merkmalen und den ihn umgebenden Umweltaspekten. Die Umwelt in der ein Mensch Betätigung ausführt ist eine Kombination aus Räumen, Objekten, Betätigungsformen und sozialen Gruppen (Kombination aus räumlichen und sozialen Aspekten) und bildet einen bedeutungsvollen Kontext für das Handeln.

- Räumliche Umwelt bezieht sich auf natürliche und geschaffene Räume in denen sich Menschen mit ihrem Betätigungsverhalten engagieren können. Dazu gehören auch die darin enthaltenen Objekte – natürliche oder geschaffene Gegenstände- mit denen ein Mensch interagiert.
- Soziale Umwelt: besteht aus Personengruppen die regelmäßig zusammenkommen und Betätigungsformen (Handlungssequenzen die regelgebunden sind).
- Beides kann für das Handeln eines Menschen Auswirkungen haben, im positiven wie im negativen Sinne. Die Umwelt kann eine Barriere und auch eine Ressource darstellen. (Kielhofner, et al. in Jerosch-Herold et al., 2009) „*Indem Umwelten gleichzeitig Möglichkeiten und Beschränkungen bieten, kreieren sie Verhaltenswege*“ (Seite 66)

Kultur: „*Kommunikativer Kompetenz kommt in unserer Gesellschaft eine hohe Bedeutung zu.(...).*“ (Niebuhr, 2001) Die kulturelle Umwelt hat verschiedene Erwartungen. Ein Kind was trotz vorhandener Sprachfähigkeiten in bestimmten Situationen und in Gegenwart fremder Personen nicht spricht, wird von Außenstehenden häufig als provozierend und unhöflich empfunden.

Räumliche Umwelt: Objekte und Räume in der Umwelt des selektiv mutistischen Kindes können Betätigungsverhalten begünstigen indem sie eine angstfreie und motivierende Situation schaffen, aber auch durch zu wenig oder zu viel forderndes Material hemmen.

Soziale Umwelt: Personengruppen wie Familie, Freunde, Lehrer und Erzieher im Umfeld des Kindes verlangen Betätigungsverhalten. Durch ihre Anforderungen, Routinen und Bedingungen kann die soziale Umwelt das Kind fördern und unterstützen indem sie für die verstärkte soziale Integration des Kindes sorgt, ein Interesse für das Geschehen bei dem schweigenden Kind weckt und eine gemeinsame Kommunikationsebene herstellt. (Hartmann und Lange 2010) Aber auch beeinträchtigende/hemmende Bedingungen können von ihr geschaffen werden. Hierzu zählen symptomhaltende Verhaltensweisen wie Sprechen für das Kind auf der einen Seite und Überforderung durch überhöhten Druck von außen und Ausgrenzungen andererseits.

Das Setting (bestehend aus einer Kombination sozialer und räumlicher Aspekte) hat laut Hartmann einen großen Einfluss auf das Sprechen. *„Nicht der Betroffene bestimmt selbst darüber, in welchen Situationen er redet, sondern die Situation selbst diktiert es“* (Hartmann, Lange, 2010) Vor allem zufällige und unregelmäßige Kontakte, z.B. mit einem Kontrolleur bei einer Fahrscheinkontrolle im Bus stellen das mutistische Kind vor unlösbare Aufgaben.

Aus allen beschriebenen Anteilen entsteht eine individuelle **Betätigungsidentität** eines Menschen *„die komplexe Wahrnehmung der eigenen Person als Betätigungswesen und hiermit verbundenen Wünschen“* (Kielhofner et al., 2005, Seite 162)

Als **Betätigungskompetenz** kann die aktive Umsetzung der Betätigungsidentität verstanden werden. *„Es geht bei der Kompetenz darum, die Identität fortlaufend in Handlung zu übertragen“* (Kielhofner et al., 2005, Seite 162)

Der Prozess der **Occupational Adaptation*** wird im nachfolgenden Bild veranschaulicht.

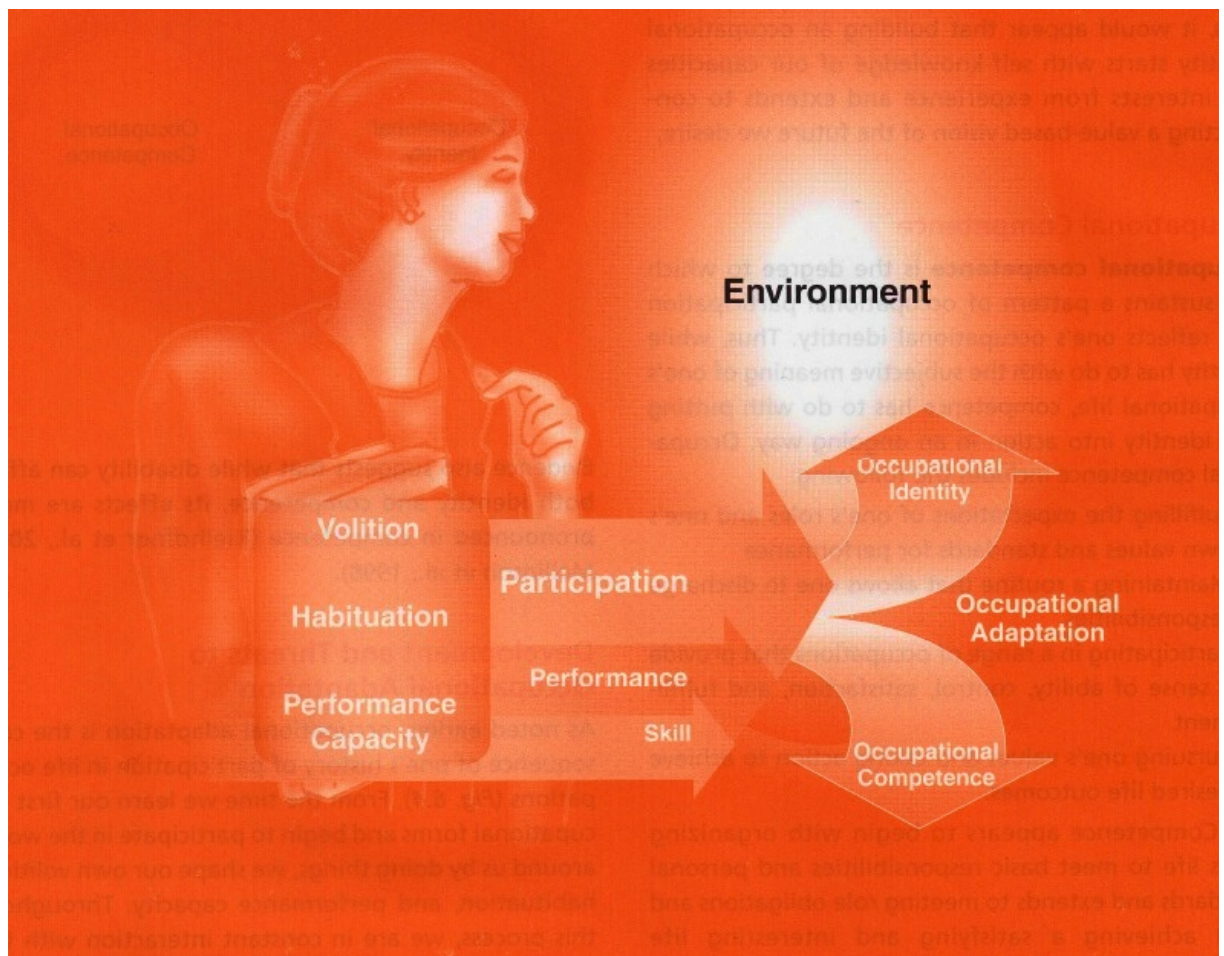


Abb. 2 – Prozess der Occupational Adaptation aus Kielhofner (2008, Seite 108)

Zwischen schweigendem Kind und seiner Umwelt entsteht laut Kramer (2004) ein Wechselwirkungssystem: vermeintlich schwierige Aufgaben wie Sprechen und darüber hinaus andere herausfordernde Handlungen werden dem Kind frühzeitig abgenommen. Umgekehrt ergeben sich dadurch nur begrenzte Möglichkeiten für die Betroffenen, neue Erfahrungen zu sammeln, Kompetenzen zu entwickeln und sich als sicher handelnder Mensch in seinem Umfeld zu erfahren.

Störungen im Betätigungsverhalten entstehen laut Kielhofner (2008) wenn der Mensch seine Fähigkeiten nicht entsprechend seiner eigenen oder den Erwartungen der Umwelt in Betätigungen umsetzen kann und führt zu Einschränkungen im Wohlbefinden.

3.2 Occupational Therapy Practice Framework- Domain and Process 2nd Edition (OTPF)

Das OTPF oder AOTA Framework 2 ist das fünfte und aktuellste offizielle Dokument des amerikanischen Berufsverbandes American Occupational Therapy Association (AOTA) über den zentralen ergotherapeutischen Arbeitsbereich, die Terminologie und den Prozess. Es ist das Ergebnis eines seit 1979 kontinuierlich geführten Diskussionsprozesses innerhalb der amerikanischen Ergotherapie. Das OTPF besteht in seiner jetzigen Form seit 2008. Ziel ist es, der Leserschaft als Grundlage für berufsinterne Diskussion, Forschung und Weiterentwicklung und die praktische Arbeit zu dienen, und die Transparenz und Darstellung nach außen zu fördern.

Als ergotherapeutischer Arbeitsbereich (Domain) wird die Unterstützung von Klienten in für sie individuell bedeutungsvollen Alltagsaktivitäten definiert mit dem Ziel Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität zu steigern

Der ergotherapeutische Prozess, bestehend aus Evaluation*, Intervention* und Outcome* wird auf diesen Arbeitsbereich angewendet. Domain und Prozess sind wechselseitig voneinander abhängig. (siehe Abbildung 5; Reichel, 2005)

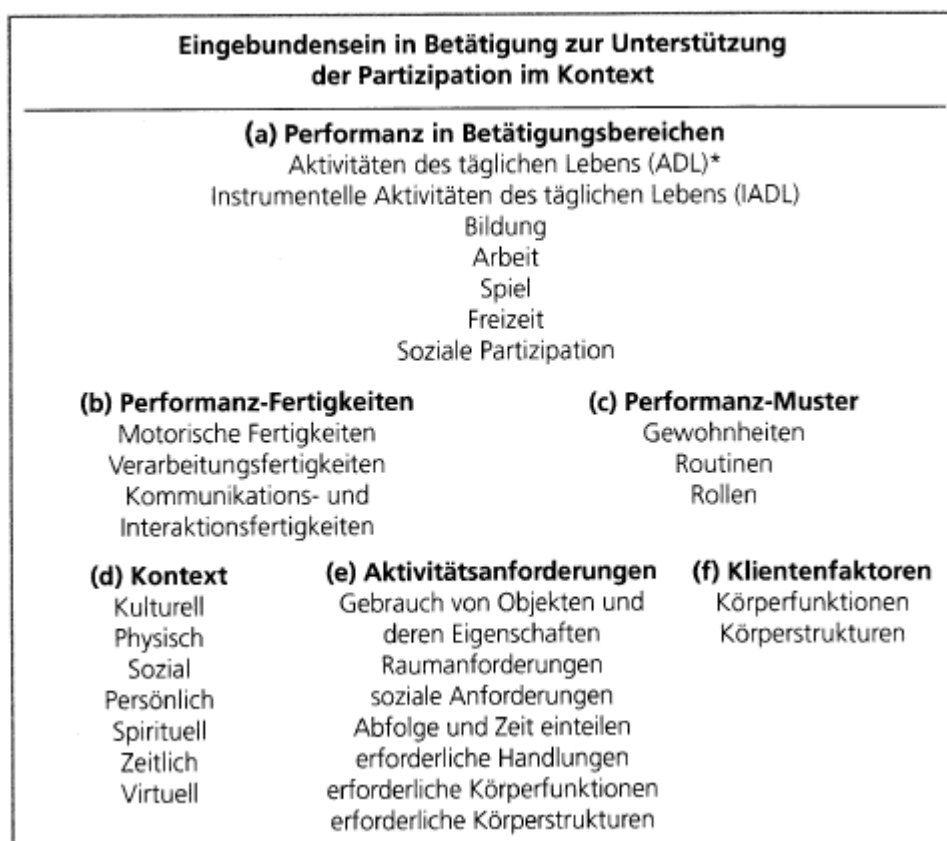


Abb. 3 – Der Gegenstandsbereich (Domain) der Ergotherapie (Reichel, 2005, Seite39) nach AOTA, 2002, S.611

In der Behandlung von selektiv mutistischen Kindern kann die Orientierung am Gegenstandsbereich der Ergotherapie helfen, alle Bestandteile zur Erstellung eines Betätigungsprofils zu erfassen. So zum Beispiel die Kontexte in denen sprechen und handeln stattfindet, soziale Anforderungen an das mutistische Kind sowie die Performanz-Muster (Gewohnheiten und Rollen) in den unterschiedlichen Settings seines Alltags.

Das ergotherapeutische Ziel der Teilhabe in den für das Kind bedeutungsvollen kindlichen Lebensbezügen kann unterschiedlich verfolgt werden. Zum Beispiel durch gemeinsames Handeln im Spiel ohne Sprache. (Kramer, Feldmann, 2009)

Katz-Bernstein (2007) bezieht sich in ihrem Buch auf Miller (1997), der als einen Wirkfaktor in der Therapie mutistischer Kinder den Respekt vor dem Klienten und die kontinuierliche Orientierung an seiner Lebenswelt und Motivation nennt. Dies wird ebenfalls durch den Leitsatz des OTPF, alle Interventionen auf die Prioritäten des Klienten zu legen gestützt.

Auch die Annahme, dass der Kontext grundlegenden Einfluss auf die Betätigung hat und diese unterstützen oder verhindern kann, spielt bei selektiv mutistischen Kindern eine bedeutende Rolle. *„Um eine Entwicklung in Gang zu bringen muss Raum geschaffen werden in dem sich das Kind sicher fühlt“* (Garbani Ballnik, 2009)

Das OTPF betrachtet den Klienten auch als Gesamtheit (Einzelpersonen, Bezugspersonen,...) und bietet hier die Grundlage für Zusammenarbeit, die auch von Mutismusspezialisten befürwortet wird. *„Die therapeutische Arbeit mit dem Kind gelingt am besten, wenn das Umfeld mit einbezogen wird“* (Garbani Ballnik, 2009)

Das OTPF ist inhaltlich eng verbunden mit dem MOHO. Im Bereich Domain werden die Begrifflichkeiten z.B. Partizipation, Performance, Fähigkeiten, Rollen und Aktivitätsanforderungen gleich ausgelegt. Auch Kielhofners „prozess of therapeutic reasoning“ unterstützt den Prozess des OTPF Framework. Weitere wichtige Leitsätze des Prozesses unterstreichen den klientenzentrierten Ansatz, der auch bei Kielhofner zentral steht. (Bowyer, P., Kielhofner, G., Kramer, J., 2008)

Das OTPF bezieht sich auch auf die ICF (→Kapitel 3.3) indem sie die Begrifflichkeiten gegenüberstellt und z.B. die client factors mit den Körperfunktionen und Strukturen gleichsetzt.

Prozess

Am Anfang steht die **Evaluation**. Mit der Analyse der Betätigungsperformanz (Durchführung), der Betätigungsgeschichte und Erfahrungen des Klienten sollen die Anliegen und Probleme in Bezug auf seine Betätigungsausführung erfasst werden. Hierbei werden auch Interessen, Werte und Muster berücksichtigt. Auch Potenziale und die Anforderungen der Aktivitäten an den Klienten werden z.B. im speziellen Betätigungskontext beobachtet und identifiziert. So entsteht (siehe Abbildung 5) angelehnt an 6 Leitfragen ein Betätigungsprofil (occupational profile) des Klienten. Auf dieser Basis werden Ziele und Ergebnisse für die Behandlung festgelegt.

Interventionsprozess

In Zusammenarbeit mit dem Klienten wird ein Plan entwickelt, der die Behandlung leitet und auf Theorien, Bezugsrahmen und Evidenz basiert. Die therapeutischen Interventionen sind ausgerichtet auf die Ziele und werden in Hinblick auf diese fortlaufend überprüft und dokumentiert um den Fortschritt in der Betätigungsausführung zu gewährleisten.

Outcome

Als wichtigstes Ziel wird das „Eingebunden sein in Betätigung um die Partizipation zu unterstützen“ betrachtet. Dies umschreibt eine wichtige Gesundheitsdimension. In dieser Phase der Behandlung soll die Überprüfung des Behandlungserfolges stattfinden. Wurden die formulierten Ziele erreicht? Hierzu können Assessments genutzt und auf dieser Grundlage die Intervention angepasst werden.

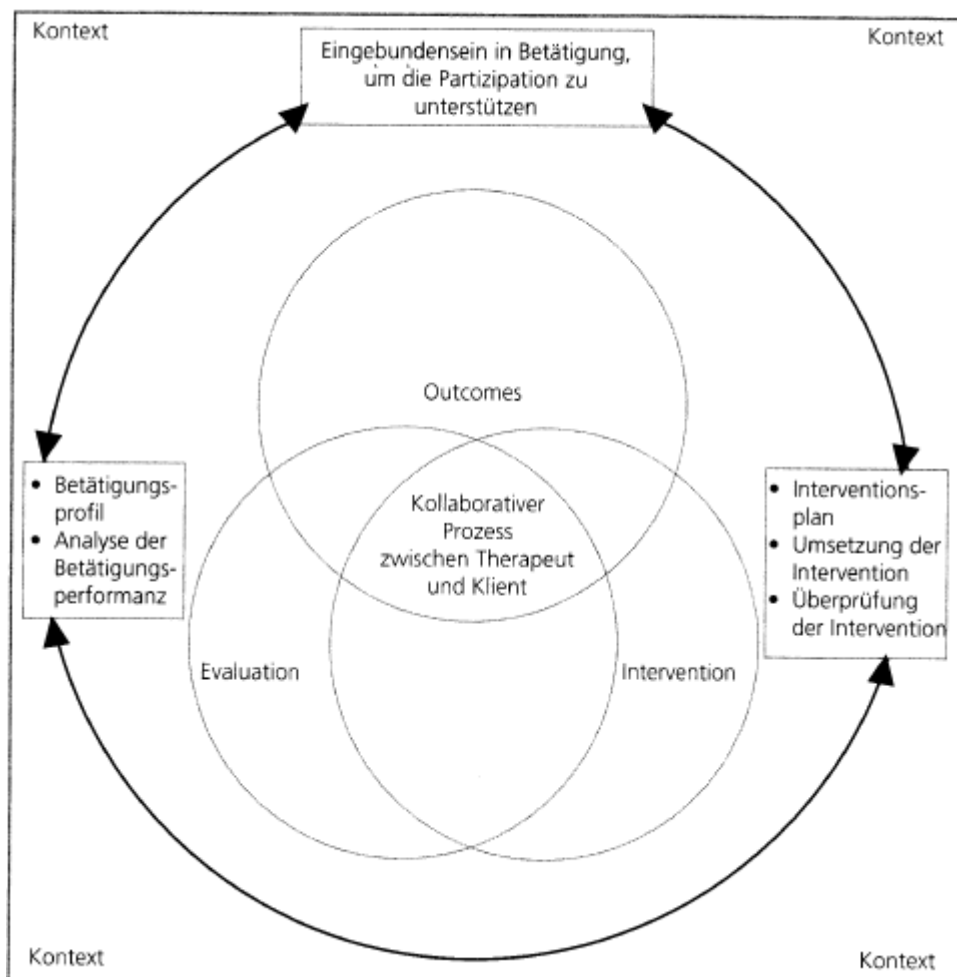


Abb. 4 – Das Prozessmodell des OTPF (Reichel, 2005), Seite 73

3.2 Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Die ICF ist im Rahmen dieser Arbeit wichtig, um den selektiven Mutismus im Hinblick auf seine Auswirkungen ganzheitlich zu erfassen. In der Leitlinie zur Behandlung von Mutismus (→ Anhang II) wird die Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen empfohlen. Die ICF dient als fachübergreifende Sprache und bildet so die Grundlage für einen multimodalen* Therapieansatz.



Abb. 5 – Modell der Funktionsfähigkeit und Behinderung der ICF (DIMDI, 2004)

Die ICF ist auch ein Modell für Funktionsfähigkeit und Behinderung. Sie beschreibt den funktionalen Gesundheitszustand, die Behinderung, sowie die sozialen Beeinträchtigungen und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person. (Jerosch-Herold et al., 2009)

„Funktionsfähigkeit ist ein Oberbegriff, der alle Körperfunktionen und Aktivitäten sowie Partizipation umfasst; entsprechend dient Behinderung als Oberbegriff für Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivität und Beeinträchtigung der Partizipation. Die ICF listet darüber hinaus Umweltfaktoren auf, die mit den genannten Konstrukten in Wechselwirkung stehen.“ (WHO, 2005, Seite 9) Alle Komponenten werden als Codes abgebildet.

Das zugrunde liegende biopsychosoziale Modell der ICF schaut mit einer ganzheitlichen Sichtweise auf die Komponenten von Gesundheit und deren Wechselwirkungen untereinander.

Gesundheit und Gesundheitsstörung wird mehrdimensional/ durch folgende Dimensionen beeinflusst:

- Körperstrukturen und –funktionen
- Aktivität und Partizipation
- Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und persönliche Faktoren)

Erst durch das Zusammenwirken aller Komponenten kann ein Gesundheitsproblem umfassend verstanden werden. (Fischer in Scheepers, Steding-Albrecht, Jehn, 2007)

Für die WHO stehen die Partizipation des Menschen und deren Wiedererlangung im Vordergrund.

Die Version für Kinder und Jugendliche (ICF-CY) ist eine Anpassung der ICF für diesen Spezialbereich und entwickelte sich aus der Erkenntnis, dass für die Darstellung der besonderen Merkmale der kindlichen Entwicklung und die Einflüsse der kindlichen Umwelt genaue Informationen und ein differenziertes Beschreibungssystem nötig waren. (Jerosch-Herold et al., 2009)

„Informationen über Diagnosen (ICD-10) in Verbindung mit Informationen über die Funktionsfähigkeit (ICF) liefern ein breiteres und angemesseneres Bild über die Gesundheit von Menschen (...)“ (WHO, 2005, Seite 10)

Durch die rein medizinische Diagnose ist es schwierig, sich ein Bild über ein Kind mit selektivem Mutismus zu machen. Das Schweigen, welches trotz intakter Körperstrukturen auftritt und laut DSM IV durch emotionale/mentale Funktionen begründet ist (b1260, b1266, b156), hat bei jedem einzelnen Kind individuelle Auswirkungen auf Aktivitäten und Partizipation. Die Teilnahme an der Schulbildung (d820) ist für ein schweigendes Kind oft nicht möglich weil es sich z.B. an Diskussionen nicht beteiligen kann (d355).

Bei selektiv mutistischen Kindern sind personenbezogene Faktoren und die Umweltfaktoren eine wichtige Komponente für die Ausprägung der Erkrankung und für die Therapieerfolge. Zu Umweltfaktoren gehören beispielsweise nach ICF die Unterstützung von Familie und Freundeskreis (e310, e320) und die Einstellung von Autoritätspersonen (e 430), wie z.B. der Lehrer. Im milieutheoretischen Erklärungsansatz von Mutismus wird die Einbindung der Familie in die Gesellschaft als wichtig erachtet. Auch in der ICD-10 werden als störungsrelevante Rahmenbedingungen z.B. die Reaktionsweisen des Umfeldes genannt.

Als personenbezogene Faktoren werden in Erklärungsmodellen die individuellen Ressourcen und Möglichkeiten zur Stressbewältigung aufgeführt. (Hartmann und Lange, 2010)

Die Autorinnen glauben, dass die Betrachtungsweise des selektiv mutistischen Kindes durch die ICF ein umfassendes Bild über die Auswirkungen des Schweigens auf die Handlungsbereiche und die Teilhabe bieten kann. Es wird klar, dass auch durch die Anpassung von Umweltfaktoren als Therapieinhalt/-Ziel eine Verbesserung der Partizipation erreicht werden kann. (Anhang II)

3.4 Berufskompetenzen

Zur adäquaten Behandlung von selektiv mutistischen Kindern, benötigen Ergotherapeuten bestimmte Voraussetzungen und Kompetenzen. Dieses Kapitel gibt, basierend auf Schnettker und Laufer(2008) einen Einblick in die ergotherapeutischen Berufskompetenzen. Diese Inhalte bieten in der weiteren Studie die Grundlage zur Überprüfung, welche Kompetenzen von Ergotherapeuten bei der Behandlung von selektiv mutistischen Kindern genutzt und benötigt werden.

Zu dem Begriff Kompetenz, abgeleitet von dem lateinischen competere, zu etwas fähig sein, lassen sich in der Literatur viele Definitionen finden. Schnettker und Laufer (2006) beschreiben Kompetenz als eine Kombination aus Kenntnissen, Fertigkeiten und Einstellungen (Haltung/ Wertvorstellung).

Die Kompetenzen unterteilen sich in 6 Kategorien (vgl. Schnettker & Laufer, 2008, S. 18 ff.)

Kategorie 1 - Grundlegende Berufskompetenzen

- Empathie*, Wertschätzung und Klientenzentrierung* sind die Grundhaltung gegenüber Klienten
- Wissen und Vermittlung von Wissen an Angehörige über menschliches Handeln, über Zusammenhang von Person, Umwelt und Betätigung sowie dessen Auswirkungen auf Betätigungsperformanz und Partizipation
- Wissen und Anwendung von Clinical Reasoning (→Kapitel 3.5)
- Einbezug von Normen und Werten, sowie kulturelle und soziale Hintergründe des Klienten
- Einbezug des Umfeldes des Klienten
- Wissen und Anwendung von gesetzliche Rahmenbedingungen

Kategorie 2 - Kompetenzen im Rahmen der Intervention

- Anwendung von Modellen, Konzepten, Methoden und Mitteln und Adaption von angrenzenden Berufsfeldern
- Auswahl, Durchführung und Evaluation geeigneter und bedeutungsvoller Betätigung für den Klienten durch Ermittlung spezifischer Handlungskomponenten der Klienten
- Ermöglichung größtmöglicher Selbstständigkeit, Partizipation und Lebensqualität des Klienten durch individuelle Interventionsprozesse und Berücksichtigung von Möglichkeiten und Wünschen des Klienten und seiner Umwelt
- Bewusstsein über eigenes Fachwissen und dessen Grenzen

Kategorie 3- Interpersonale und intrapersonelle Kompetenzen

- Fähigkeit im interpersonellen Prozess zur Reflexion, Problemanalyse und Perspektivenwechsel
- Darstellung und Vertretung ergotherapeutischer Inhalte und Positionen gegenüber anderen Berufsgruppen

Kategorie 4 – Kompetenzen im Bereich Organisation

- Aussagekräftige und fachliche Dokumentation innerhalb der räumlichen und zeitlichen Strukturen
- Anwendung von betrieblichen und strukturellen Kenntnissen, Fähigkeit zu Absprachen und Organisation von Terminen

Kompetenz 5 – Kompetenzen in der Darstellung und Weiterentwicklung des Berufsfeldes

- Beitrag zur Professionalisierung durch aktive Auseinandersetzung mit Werten, Vorstellungen und Inhalten des Berufes
- Darstellung des Berufes bei Klienten, Angehörigen und in der Öffentlichkeit
- Abgrenzung gegenüber anderen Berufsgruppen

Kompetenz 6 – Kompetenz im Bereich Ausbildung, Weiterbildung und wissenschaftlichen Arbeitens

- Planung, Strukturierung und Vermittlung des eigenen Wissens und Anleitung von Schülern und Studenten zur Ermöglichung positiven Lernverhaltens
- Erweiterung eigener ergotherapeutischer Kompetenzen durch Weiterbildung zur Spezialisierung und Qualitätssicherung
- Anregung, Teilnahme an und Durchführung von Forschung

3.5 Anwendung von Clinical Reasoning

Zu den grundlegenden Berufskompetenzen gehört nach Schnettker und Laufer (2008) Wissen und Anwendung von Clinical Reasoning. Dieses Kapitel gibt eine Einführung in die Formen des Clinical Reasoning. Sie bietet das Basiswissen um zu ermitteln, welche Formen des Clinical Reasoning bei der Behandlung von selektiv mutistischen Kindern genutzt wird. (→Kapitel 5).

Clinical Reasoning ist ein Prozess, welcher die Therapieplanung, -durchführung, Patientenanleitung, Angehörigenberatung und die Reflexion der eigenen therapeutischen Arbeit umfasst. (Feiler, 2004)

Laut Feiler (2004) umfasst Clinical Reasoning 6 Formen

1. Scientific Reasoning
 - Der Therapeut gebraucht analytische Fähigkeiten und wissenschaftliches, logisches Denken zur Problemidentifikation, -analyse und -lösung.
2. Interaktives Reasoning
 - Der Therapeut nutzt die Fähigkeit durch Gefühle, Wahrnehmung und Beobachtung eine gute Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Klienten herzustellen. Es wird in Form von verbaler und nonverbaler Kommunikation eingesetzt.
3. Konditionales Reasoning
 - Durch die Fähigkeit seines Vorstellungsvermögens, bildet sich der Therapeut ein Gesamtbild über den Klienten einschließlich seiner Erkrankung und seiner Umwelt. Der Therapeut bestimmt somit die Auswahl der Aktivitäten und der Therapie.
4. Narratives Reasoning
 - Der Ergotherapeut nutzt die Fähigkeit durch Erzählungen, den „*Geschichten der Patienten*“ (Feiler 2004, S.4) ein Verständnis über das Empfinden der Krankheit oder Behinderung des Klienten zu entwickeln.
5. Pragmatisches Reasoning
 - Durch sachliches, pragmatisches Denken entwickelt der Therapeut bei dem therapeutischen Prozess die Fähigkeit, pragmatische Gegebenheiten zu überdenken und zu berücksichtigen.
6. Ethisches Reasoning
 - Die Fähigkeit eigene Werte und Normen einzubeziehen, als auch die des Klienten und den Umgang mit den dadurch entstehenden Konflikten.

4. Methodik

Im folgenden Kapitel wird die Forschungsmethode genauer beschrieben.

Ziel ist es zu erforschen,

Auf welche Weise eine ergotherapeutische Behandlung selektiv mutistische Kinder und ihre Familien im Alltag unterstützen kann.

4. 1 Design und methodische Vorgehensweise

„Nicht alles, was zählt, lässt sich zählen. Nicht alles, was sich zählen lässt, zählt.“ (Albert Einstein)

Die qualitative Forschung verfolgt das Ziel, komplexe und individuelle Phänomene zu erhellen. Das bedeutet, dass der qualitative Forschungsprozess veränderbar ist und nicht zwangsläufig einem zuvor festgelegten Forschungsplan folgen muss. Eine qualitative Forschung bietet die Möglichkeit, einen umfassenden Abschnitt der wahrgenommenen Wirklichkeit abzubilden. Durch eine qualitative Forschung besteht die Möglichkeit, tiefer in den Forschungsgegenstand einzudringen oder eine Wissensbasis über einen bisher unbekannten Forschungsgegenstand zu schaffen (Borgetto, 2007).

Neben der qualitativen Forschung enthält diese Studie auch Teile der quantitativen Datenerhebung. Die quantitativen Daten werden anhand eines Fragebogens erhoben und in Kapitel 4.2 näher beschrieben. Die Autorinnen nutzten somit die Mixed Methodology, welche eine Verknüpfung verschiedener Methoden bei der Datenerhebung, Aufbereitung und Auswertung bedeutet. Dies ermöglicht ein breites Spektrum zur Beantwortung der Fragestellung aus verschiedenen Perspektiven (Mayring & Glaser-Zikuda, 2008).

Diese Studie orientiert sich an der Sichtweise der „Phänomenologie“. Das Beschreiben „erlebter Erfahrungen“ von Menschen im Hinblick auf ein bestimmtes Phänomen in der alltäglichen Wirklichkeit steht hierbei im Vordergrund. Das „Phänomen“ ist in unserem Fall „das selektiv mutistische Kind mit seinen Einschränkungen“, welches als erlebte Erfahrung von Eltern und Therapeuten beschrieben werden soll. Bei qualitativen, phänomenologischen Forschungen versetzt sich der Untersucher so intensiv wie möglich in die Situation und Erfahrungen der Teilnehmer. (Kinébanian, Satink & van Nes, 2007).

4.1.1 Zeitplan

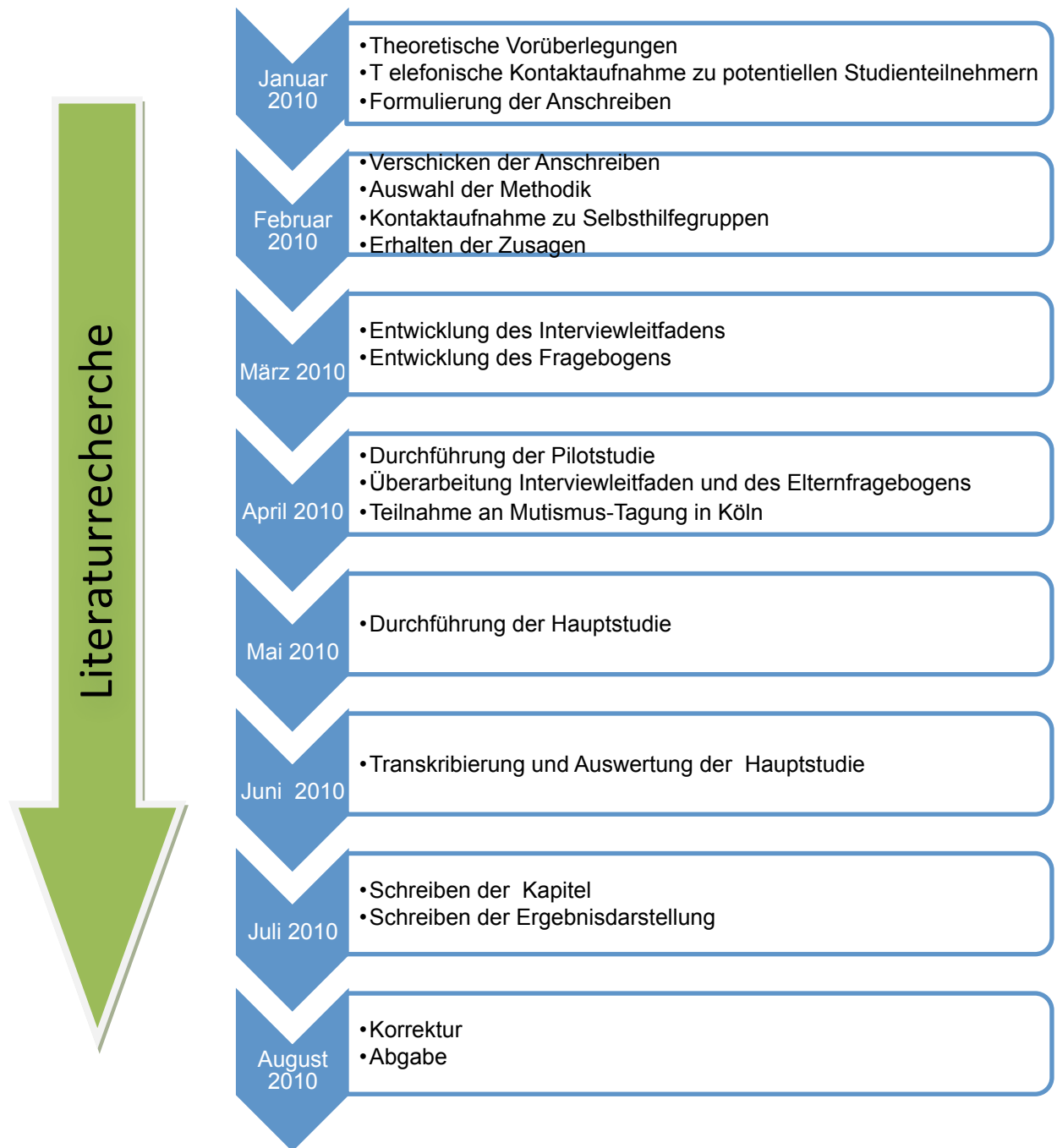


Abb. 6 Zeitplan

4.1.2 Forschungsethik

„Ethik ist die Theorie der Praxis im Sinne einer methodisch-reflexiven Analyse von Handlungen, sofern sie hinsichtlich ihrer allgemeinen Verbindlichkeit und somit unter moralischen Gesichtspunkten beurteilt werden.“ (Pieper, 1998, S. 7)

„Die Wissenschaftsethik fragt nach der Verantwortung der Wissenschaftler für die Konsequenzen ihrer Forschungsergebnisse und nach den Grenzen der Freiheit der Wissenschaft.“ (Pieper, 1998, S.12)

Die Autorinnen dieser Arbeit orientieren sich am Ethikkodex des Berufsverbandes deutscher Ergotherapeuten (DVE). Außerdem wird die ergotherapeutische Forschung vom Bundesdatenschutz (BDSG) in entscheidenden Aspekten geregelt. Darunter fallen z.B. §4 Einwilligung, §5 Datengeheimnis, §14 Datenspeicherung, Veränderung und Nutzung. Die Schweigepflicht für Ergotherapeuten wird zusätzlich durch das Sozialgesetzbuch §203 des Strafgesetzbuches: Verletzung von Privatgeheimnissen, geregelt. Zur zusätzlichen Absicherung der Studienteilnehmer verfassten die Autorinnen einen Bogen zur Einverständniserklärung, in welchem zusätzlich angegeben wurde, dass die Autorinnen versichern, dass die Informationen und Daten vertraulich behandelt werden und nur verschlüsselt wiedergegeben werden. Die Anonymität bleibt gewahrt. Außerdem werden die gewonnenen Informationen ausschließlich für die Bachelorarbeit verwendet und nicht an dritte Personen weitergegeben.

4.1.3 Literaturrecherche

Schon der Auswahl des Studienthemas liegt eine ausführliche Literaturrecherche zugrunde. Die Autorinnen beschäftigten sich sowohl mit deutscher als auch mit internationaler Literatur zum Thema Mutismus. Sie nutzten ergotherapeutische sowie interdisziplinäre Fachzeitschriften, Bücher und Internetquellen. Eine große Hilfe bei der elektronischen Literaturrecherche boten ergotherapeutische und medizinische Datenbanken wie OT-seeker, PupMed oder Cinahl.

Die gewonnenen Informationen über das Krankheitsbild, das Model of Human Occupation, die ergotherapeutischen Kompetenzen, sowie über die unterschiedlichen Behandlungsweisen, bildeten die Ausgangsbasis für die vorliegende Forschung.

4.1.4 Die Ausgangsbasis und Verlaufsdarstellung

Anhand der Ausgangsbasis welche das genaue Forschungsanliegen bildete erstellten die Autorinnen ein Modell, (→Abb.7) welches die weiteren Forschungsaspekte genauer darstellen und das Verständnis für den Leser vereinfachen soll.

Es repräsentiert das mutistische Kind, sowie die Kontextfaktoren, und ihre wechselseitige Beeinflussung durch die Umwelt. In dieser Forschung werden Teile der Umwelt des mutistischen Kindes befragt. In diesem Fall die Eltern und die Therapeuten. Da mutistische Kinder häufig Probleme haben sowohl verbal als auch nonverbal ihre Gefühle und Bedürfnisse auszudrücken, entschlossen sich die Autorinnen die Eltern bezüglich der Bedürfnisse und Einschränkungen ihrer Kinder zu befragen.

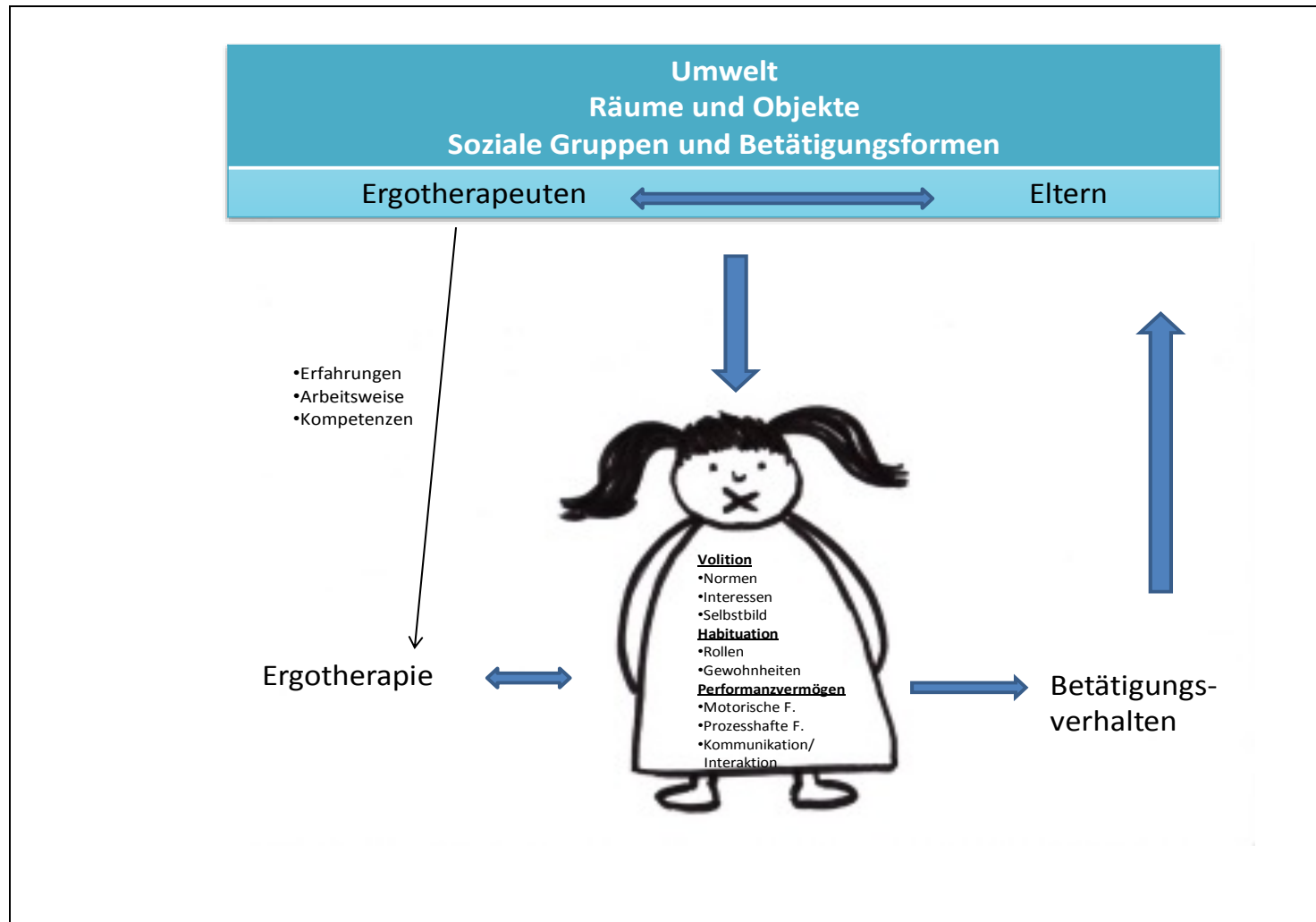


Abb. 7 – Modell zur Darstellung der Ausgangsbasis

4.2 Erhebungsverfahren

Dieses Kapitel beschreibt die verwendeten Erhebungsverfahren.

Durch eine intensive Literaturrecherche (→ Kapitel 4.1.3) entstand die konkrete Fragestellung dieser Studie: Auf welche Weise unterstützt eine ergotherapeutische Behandlung selektiv mutistische Kinder und ihre Familien im Alltag?

Um diese Fragestellung differenzierter zu betrachten, erfolgte die Unterteilung der Fragestellung in drei Leitfragen:

1. In welchen Bereichen des Alltags erfahren die Kinder Einschränkungen aufgrund ihrer selektiv mutistischen Erkrankung?
2. Welche Wünsche haben die Eltern für ihre selektiv mutistischen Kinder?
3. Welche Erfahrungen und Arbeitsweisen haben/nutzen Ergotherapeuten, die mit selektiv mutistischen Kindern arbeiten?

4.2.1 Der Fragebogen und seine Entwicklung

Um die Leitfragen „In welchen Bereichen des Alltags erfahren die Kinder Einschränkungen aufgrund ihrer selektiv mutistischen Erkrankung?“ und „Welche Bedürfnisse haben die Eltern für ihre selektiv mutistischen Kinder?“ zu beantworten, empfehlen sich Elternfragebögen.

Durch eine schriftliche Befragung wird laut Scholl (2003, S.48), das *„gelegentlich auftretende Problem der sozial erwünschten Beantwortung der Fragen (...) entschärft.“* Zusätzlich ist die Anonymität für den Befragten, aufgrund des nichtvorhandenen persönlichen Kontaktes, offensichtlich gewahrt. (Scholl, 2003). Ein Fragebogen bietet außerdem eine größere Flexibilität bei der Beantwortung der Fragen. Der Befragte kann sich bei der Beantwortung mehr Zeit lassen und seine Antworten überdenken und somit möglichst wahrheitsgetreu antworten.

Neben Verhaltens-* und Absichtsfragen* beinhaltet der Fragebogen auch Faktenfragen. Faktenfragen beziehen sich auf das Wissen des Befragten bzgl. eines Sachverhaltes. Dies schließt bspw. demographische Angaben ein. In der vorliegenden Studie sind dies z.B. Fragen zu Alter und Geschlecht (→ Anhang IV). Diese fanden sich zu Beginn in Frage eins wieder. Zum Abschluss der Bewertungsbögen wurden offene Fragen gestellt. Offene Fragen werden u. a. genutzt, wenn die „Bandbreite möglicher Antworten nicht vorhersehbar ist“ (Scholl, 2003, S. 157). Eine offene Frage war in diesem Fall: *„Welche Verbesserungen wünschen Sie sich für Ihr Kind? Sie können bis zu 3 Antworten nennen.“* (→Anhang IV)

Um die Fragen zu formulieren orientierten sich die Autorinnen an den Regeln von Scholl (2003, S. 148ff)

- Gesprächslogik: „Jeder Frageinhalt muss für das Forschungsziel relevant sein“ (Scholl, 2003, S. 148) Somit wird u.a. eine zu lange Befragung vermindert.
- Fragenlogik: Alle Fragen sprechen nur jeweils einen Aspekt an.
- Antwortlogik: „*Der Befragte muss wissen ob er nur eine Antwortvorgabe nennen darf, oder ob Mehrfachnennungen erlaubt sind.*“ (Scholl, 2003, S. 148)
- Sprachlogik: Die Fragestellung sollte natürlich und eine konversationsähnliche Form haben. Dialektbegriffe sollten ausgeschlossen werden.
- Verständlichkeit und Präzision: Da sich die Fragebögen an den Autoren unbekannte Personen richteten, wurden Fachbegriffe und Abkürzung vermieden. Diese „*können missverständlich interpretiert werden oder den Befragten einschüchtern*“ (Scholl, 2003, S. 150)
- Neutralität: Suggestivfragen sowie private Fragen in denen sich der Befragte bloß gestellt fühlen kann, sollten vermieden werden.
- Antwortschwierigkeit: Die Fragen sollten keinen zu großen kognitiven Aufwand erfordern und auch bei Ermüdung noch zu beantworten sein.
- Nachfragen: Um Fragemöglichkeiten zu geben und Unklarheiten zu beseitigen wurde eine Pilotstudie (→ Kapitel 4.3) durchgeführt.

Einschlusskriterien für die Teilnehmer des Elternfragebogens

- Eltern eines Kindes mit der Diagnose auf selektiven Mutismus

4.2.2 Das Experteninterview und die Entwicklung

Zur Beantwortung unserer dritten Leitfrage „*Welche Erfahrungen und Ansätze haben/nutzen Ergotherapeuten, die mit selektiv mutistischen Kindern arbeiten?*“ wählten wir die Befragung von Experten anhand eines Leitfadeninterviews.

Ein Leitfadeninterview strukturiert die Befragung anhand spezifischer Fragen. Zusätzlich lässt es dem Befragten mehr Möglichkeiten zu antworten als anhand eines Fragebogens, da es keine Antwortmöglichkeiten vorgibt. Dem Experten „*wird Gelegenheit gegeben, zu berichten, wie er Entscheidungen trifft*“, (oder) „*anhand von Beispielen zu erläutern wie er in bestimmten Situationen vorgeht.*“ (Bohnsack, Marotzki, Meuser, 2006, S.58). Sollte der Befragte zu stark vom Thema abweichen, bietet es dem Interviewer die Möglichkeit in geeigneter Weise nachzuhaken, um die Antwort auf die Frage zu vervollständigen (Scholl, 2003). Es liegt in dem Ermessen des Interviewers, ob er auf die Einhaltung des Leitfadens besteht oder ob er Fragen ausspart, wenn sie im Laufe des Gesprächs ausgiebig beantwortet wurden. Ein weiterer Vorteil eines Leitfadeninterviews ist die „persönliche Beziehung“, welche sich während des Interviews entwickelt. Dieses führt laut Scholl (2003) zu einer höheren Akzeptanz der Befragung sowie zu einer geringeren Abbruchwahrscheinlichkeit.

Bei der Entwicklung des Interviewleitfadens wurde „*die Problemstellung (...) vom Interviewer bereits vorher analysiert; er hat bestimmte Aspekte erarbeitet die in einem Interviewleitfaden zusammengestellt sind und im Gesprächsverlauf von ihm angesprochen werden.*“ (Mayring 2002, S. 67)

Der Leitfaden des Interviews bietet Fragen zu den Kategorien ergotherapeutischer Ablauf, Ziele und Erfahrungen. Eine Frage zur Kategorie Erfahrungen ist: *„Welche Kompetenzen helfen dem ET Ihrer Meinung nach in der Behandlung von selektiv mutistischen Kindern?“*

Eine Frage zur Kategorie ergotherapeutischer Ablauf ist: *„Beschreiben Sie uns den inhaltlichen Schwerpunkt der Ergotherapie!“, oder „Erzählen Sie etwas über den ergotherapeutischen Ablauf mit dem selektiv mutistischen Kind!“*

Einschlusskriterien der Interviewteilnehmer/ Expertendefinition in dieser Ausarbeitung

- Die Teilnehmer sollten über mindestens 2 Jahre Berufserfahrung verfügen
- Die Teilnehmer sollten mindestens ein selektiv mutistisches Kind behandelt haben oder behandeln
- Das vom Therapeuten behandelte Kind sollte die ärztlich, feststehende Diagnose „selektiver Mutismus“ haben

4.3 Pilotstudie

In der Pilotstudie geht es darum, „ den Gegenstandsbereich ganz offen zu erkunden, Kategorien und Instrumente für die Erhebung und Auswertung zu konstruieren und zu überarbeiten.“ (Mayring, 2003, S. 21)

In dieser Arbeit fanden 2 Pilotstudien mit jeweils zwei Teilnehmern statt. Zur Pilotierung der Fragebögen, gewannen die Autorinnen Eltern, dessen Kinder sich in ergotherapeutischer Behandlung befanden oder diese abgeschlossen hatten. Die Interviews fanden mit den dazugehörigen Ergotherapeuten statt. Sowohl Eltern als auch Interviewteilnehmer entsprachen den Einschlusskriterien. (→Kapitel 4.2)

Nach der Pilotstudie wurde der Interviewleitfaden sowohl inhaltlich als auch orthographisch abgeändert. Die orthographische Neuerung diente vor allem der Übersichtlichkeit der Interviews. Inhaltlich wurden Fragestellungen, welche z.B. zu persönlich waren oder sich wiederholten entnommen oder umformuliert.

Im Verlauf der Pilotstudie äußerten die befragten Therapeuten Unbehagen darüber, dass sie ihre Behandlung durch den an die Eltern ausgegebenen Fragebogen persönlich bewertet fühlten. Die Autorinnen vermuteten daraufhin auch sozial erwünschte Antworten bei den Elternteilnehmern, da diese über die ergotherapeutische Behandlung berichten, und somit das Gefühl auftreten könnte, sie müssten ihren Ergotherapeuten bewerten.

Als grundlegende Änderung ergab sich hieraus der Entschluss, Eltern von selektiv mutistischen Kindern unabhängig von Therapeuten zu suchen. Ein weiterer Aspekt der diesen Schritt befürwortete war die ohnehin vorhandene Schwierigkeit zusammengehörige Eltern-Kind-Ergotherapeuten-Konstellationen zu finden, da nicht jeder bereits rekrutierte Ergotherapeut aktuell ein als selektiv mutistisch diagnostiziertes Kind in Behandlung hatte.

Daraufhin wurde der Fragebogen für die Eltern vor allem inhaltlich überarbeitet. Er wurde von zuvor 37 Fragen auf 4 Fragen stark gekürzt. Viele der Fragen hatten sich auf spezifisch ergotherapeutische Aspekte bezogen. Auch orthografische Änderungen wurden durchgeführt.

4.4 Die Hauptstudie

4.4.1 Teilnehmer

Um die Teilnehmer für unsere Forschung zu gewinnen, suchten wir zunächst nach Experten. Dieses geschah über Telefonate mit Frühförderzentren, ergotherapeutischen Praxen, Kliniken und anderen Einrichtungen mit ergotherapeutischen Abteilungen. Durch Recherchen stießen wir auf eine Selbsthilfegruppe für selektiv mutistische Menschen und ihrer Angehörigen, welche über ein „Therapeutenregister“ verfügte. In diesem sind ebenfalls Ergotherapeuten verzeichnet, welche die Autorinnen kontaktierten.

Nach dem ersten Sammeln von Interessenten verfassten und verschickten die Autorinnen Anschreiben mit klarem Anliegen und Aufruf zur Teilnahme. Die Rücklaufquote betraf sich auf die geplanten 5 Teilnehmer. Die Kontaktaufnahme zu potentiellen Elternteilnehmern geschah durch die jeweiligen teilnehmenden Ergotherapeuten sowie durch die Kontaktierung von Teilnehmern einer Selbsthilfegruppe. Die Anzahl der teilnehmenden Eltern beträgt 15. Davon stellten in dem Fragebogen acht ihre Tochter und sieben ihren Sohn vor. (→ Abb. 8)

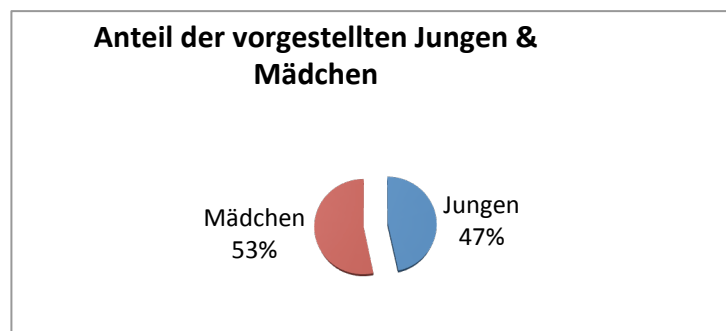


Abb. 8 – Geschlechtsspezifische Darstellung der vorgestellten Kinder

Die Kinder befanden sich im Alter zwischen drei und 18 Jahren. Alle Teilnehmer erfüllen die in Kapitel 4.2. beschriebenen Kriterien. Die Elternteilnehmer erhielten den Fragebogen auf dem Postweg.

Mit den Interviewteilnehmern erfolgte die Absprache von Interviewterminen.

Therapeut, schlecht/fahrung	Ge-Berufser-	Behandelte selektiv mutistische Kinder insgesamt	Arbeitsbereich/Einrichtung
Weiblich/22		Ca. 5	Praxis - Schwerpunkt Pädiatrie

Weiblich/ 18	Ca. 2	Sozialpädiatrisches Zentrum
Weiblich/ 6	Ca. 5	Praxis - Schwerpunkt Pädiatrie
Weiblich/ >20	Ca. 6	Frühförderzentrum
Männlich/ 11	Ca. 8-10	Klinik- Kinder- Jugendpsychiatrie

Tabelle 2 – Auflistung Experten

4.4.2 Durchführung

Der Einsatz der **Fragebögen** erfolgte zum Großteil durch die Vermittlung über eine Selbsthilfegruppe. Die Autoren schickten dem Leiter der Selbsthilfegruppe Fragebögen zu, welche dieser an die Eltern mutistischer Kinder weiterleitete. Nach drei Wochen erhielten die Autoren 13 ausgefüllte Fragebögen in einem Sammelumschlag zurück. Die zwei weiteren Fragebögen, wurden über die Vermittlung behandelnder Ergotherapeuten an ihre Klienten weitergegeben und ausgefüllt nach 14- tägiger Frist an uns zurück gesendet.

Die **Interviews** mit den Experten wurden nach Absprache in deren gewünschten Umfeld durchgeführt. Vier von fünf Interviews fanden im Arbeitsbereich der Therapeuten statt, eins wurde im häuslichen Umfeld einer Therapeutin absolviert. Drei Interviews führten die beiden Autorinnen gemeinsam durch, wobei eine das Interview führte und die andere sich auf den technischen Teil konzentrieren konnte. Aufgrund logistischer Umstände wurden zwei Interviews von jeweils einer Autorin durchgeführt. Die Aufzeichnung der Daten erfolgte in doppelter Weise um die Datensicherung zu gewährleisten.

Während der Durchführung des Interviews wurden von den Autorinnen keine handschriftlichen Notizen durchgeführt um eine Verunsicherung oder Ablenkung der Experten zu vermeiden.

Zu Beginn des Interviews wurde erneut das Ziel der Untersuchung und somit des Interviews erläutert. Außerdem wurde die Einverständniserklärung zur Aufzeichnung und weiteren Verwendung der Daten besprochen und unterschrieben. (→Anhang VII) Zur entspannten Aufnahme des Interviews dienten offene Einstiegsfragen. Insgesamt boten die Fragen des Interviewleitfadens viel Raum für freie Erzählungen. Fast alle Fragen richteten sich nach den persönlichen Erfahrungen der Experten. Zur Verdeutlichung der Hauptfragen, sowie bei wenig Redefluss der Experten, dienten Unterfragen, welche auch knapper beantwortet werden konnten. Um den Experten nicht zu stark zu lenken, wurden diese jedoch nur in wenigen Situationen eingesetzt. Nach der Beantwortung aller Fragen erhielten die Teilnehmer die Möglichkeit, bisher ungesagte oder ihnen weiterhin wichtig erscheinende Aspekte anzusprechen. Die Interviews fanden in einem zeitlichen Rahmen von 25 bis 80 Minuten statt.

4.4.3 Aufbereitungsverfahren und Datenauswertung

Nach der Rücksendung der Fragebögen erfolgte die Aufbereitung der gewonnenen Informationen. Die Antworten der geschlossenen/ quantitativen Fragen wurden im ersten Schritt in eine Exeltabelle eingetragen. Danach erfolgte die Auszählung und Zusammenfassung. Bei den offenen Fragen erfolgte an dieser Stelle die Kategorienbildung. In der Selektion wurden nicht klar zuzuordnende Angaben aussortiert und in der graphischen Darstellung als „Sonstige“ angegeben. Die graphische Darstellung der Ergebnisse erfolgt in Kapitel 5.1.

Zur Auswertung der im Interview erhobenen Daten, orientierten sich die Autorinnen an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2007). Dargestellt am Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (Mayring, 2007, S. 60)

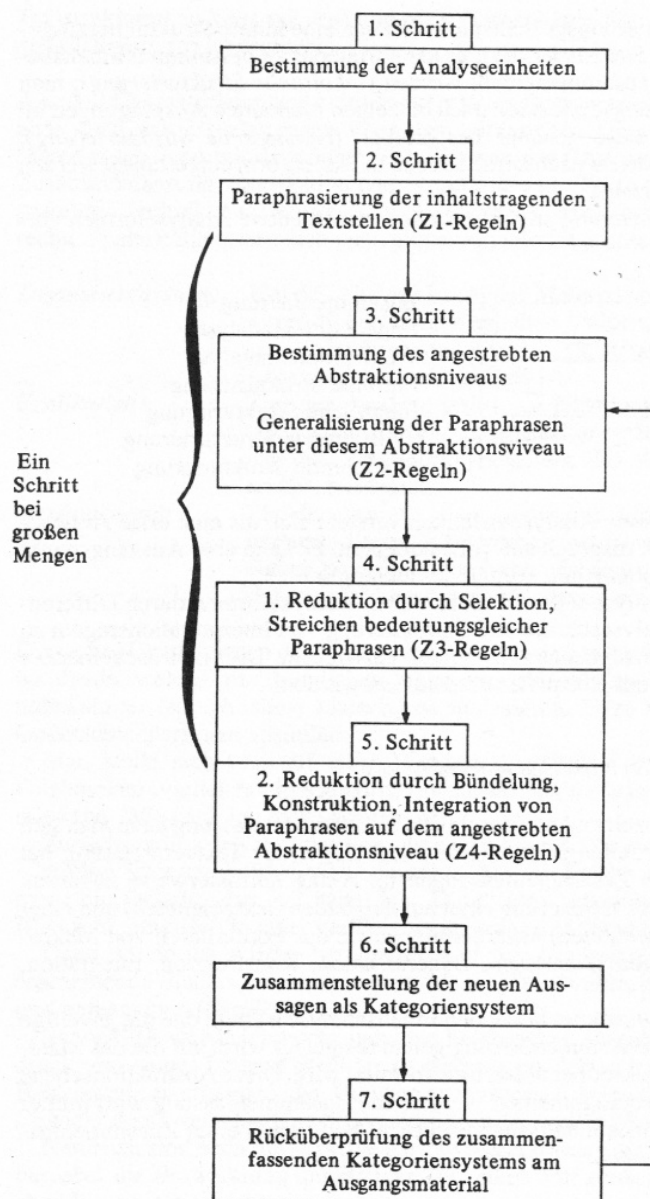


Abbildung 9 Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring

Ein Transkript jedes Interviews, also die Verschriftlichung gesprochener Sprache (Mayring, 2002) bietet die Basis für die Inhaltsanalyse.

Ziel dieser Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben. Grundprinzip ist es, dass die Ebene der Zusammenfassung, auf die das Material transformiert werden soll, genau definiert wird (Mayring, 2007).

Um bei der Analyse unwesentliches Material auszusortieren, müssen vor Beginn des Prozesses Selektionskriterien festgelegt werden. In dieser Studie bestand die Analyseeinheit aus einer vollständigen Antwort, jedoch nicht aus mehr Zeilen als sieben oder acht. Andernfalls wurden Textbausteine von 2 bis 9 Zeilen gewählt.

Insgesamt verläuft die Analyse in drei großen Schritten. An erster Stelle geschieht die **Paraphrasierung** der inhaltstragenden Textstellen. Hierbei werden die Aussagen auf eine einheitliche Sprachebene sowie in eine korrekte grammatikalische Sprachebene gebracht.

Im zweiten Schritt, der **Generalisierung**, werden die Paraphrasen verallgemeinert.

Die Autorinnen orientierten sich an den bereits im Vorfeld durch die Leitfragen entstandenen „Überkategorien“. Welche „Erfahrungen“ und „Arbeitsweise“ und „Ziele“ waren.

Im dritten Schritt, der **Reduktion**, wurden die jeweils generalisierten Paraphrasen mit gleichem (ähnlichen) Gegenstand und ähnlicher Aussage zu einer Kategorie gebündelt. Zur Rücküberprüfung und bei Zweifelsfällen dienten theoretische Vorannahmen oder belegtes Vorwissen.

Neben den drei bestehenden Kategorien sind deduktiv zwei weitere Kategorien entstanden. Die Kategorien sind folgende:

- Arbeitsweise (Methodisches Vorgehen, Inhalte)
- Mittel
- Erfahrung/ Einschränkungen der Kinder
- Ziele
- Kompetenzen

Beispielhaft ist in Tab. 4 abgebildet, wie die Daten nach der Durchsicht des gesamten Materials zugeordnet werden. Experte (I) und Zeilenangabe (Z) werden als Fundstelle der Aussage notiert sowie die Aussage des Interviewpartners, die von den Forschern gebildete Paraphrase und die Kategorie (Mayring, 2007).

Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
E-5 Z-47- 55	der hat in der Öffentlichkeit als er herkam gar nicht gesprochen, in der Schule, mit ganz viel Zureden der Lehrerin, konnte er leise sprechen in allen fremden Situationen, also auf der Straße, in Gruppen, konnte der nicht sprechen	nicht sprechen in der Öffentlichkeit In der Schule mit Hilfe der Lehrerin leises sprechen Nicht sprechen in allen fremden Situationen, Gruppen	K1: Einschränkungen in verschiedenen Lebensbereichen: • Schweigen in der Öffentlichkeit • In fremden Situationen • In Gruppen

Tabelle 3 – Beispiel einer Interviewauswertung

5. Ergebnisse

5.1 Elternfragebögen

Um die ersten beiden Leitfragen „in welchen Bereichen des Alltags erfahren die Kinder Einschränkungen aufgrund ihrer selektiv mutistischen Erkrankung?“ und „Welche Wünsche haben die Eltern für ihre selektiv mutistischen Kinder?“ zu beantworten werden im Folgenden die Ergebnisse dargestellt. Sie sollen später die Grundlage für den Abgleich von Wünschen und ergotherapeutischer Zielsetzung dienen.

Die ersten Fragen waren Faktenfragen und bezogen sich auf allgemeine Angaben zum jeweiligen, vorgestellten Kind, wie: Alter, Geschlecht und Schul- oder Kindergartenkind.

Von den 15 vorgestellten Kindern, (→ Kapitel 4.4.1) besuchten vier den Kindergarten und elf die Schule. (→Abb. 8)

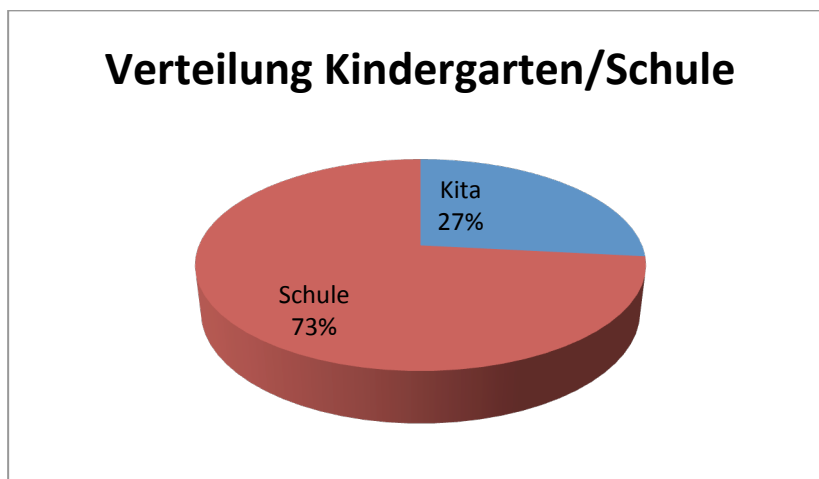


Abbildung 10 Darstellung der vorgestellten Kinder verteilt auf Kindergarten/Schule

Die nächste Frage lautete wie folgt: **„In welchen Bereichen des Alltags hat Ihr Kind Schwierigkeiten aufgrund des Schweigens?“**

Bei dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich, sowie freie Ergänzungen. Die Eltern gaben in den vorgegebenen Bereichen folgende Schwierigkeiten an:

Schwierigkeiten *im Alltag zuhause* (beim durchführen täglicher Routinen wie anziehen, Zimmer aufräumen) wurden neun Mal benannt.

Zwölf Mal wurden Schwierigkeiten *außer Haus* (bei Besuchen, beim Einkaufen, beim Erkunden der Umwelt) angegeben.

Im Bereich *Kindergarten/ Schule* (im Kontakt mit anderen Kindern, mit Erwachsenen, beim Durchführen von Aufgaben/Aufträgen) wurden 13 Mal als Schwierigkeit angegeben, wobei fünf Mal der Kindergarten genannt wurde und acht Mal die Schule.

Bei zehn Kindern wurden Schwierigkeiten in der *Freizeitgestaltung* (beim Spielen alleine, beim Spielen mit anderen, im Verein, auf dem Spielplatz, draußen, bei Freundschaften/Beziehungen, bei Unternehmungen mit der Familie) genannt.

Als meist genannte Schwierigkeit und somit von allen Eltern der Umfrage als Schwierigkeit benannt sind Schwierigkeiten im Bereich *Regeln persönlicher Angelegenheiten* (nachfragen/um Hilfe fragen, eigene Meinung/Bedürfnisse/Gefühle äußern, von Ideen erzählen, mit Veränderungen umgehen, Entscheidungen treffen, Probleme lösen). (→Abb. 11)

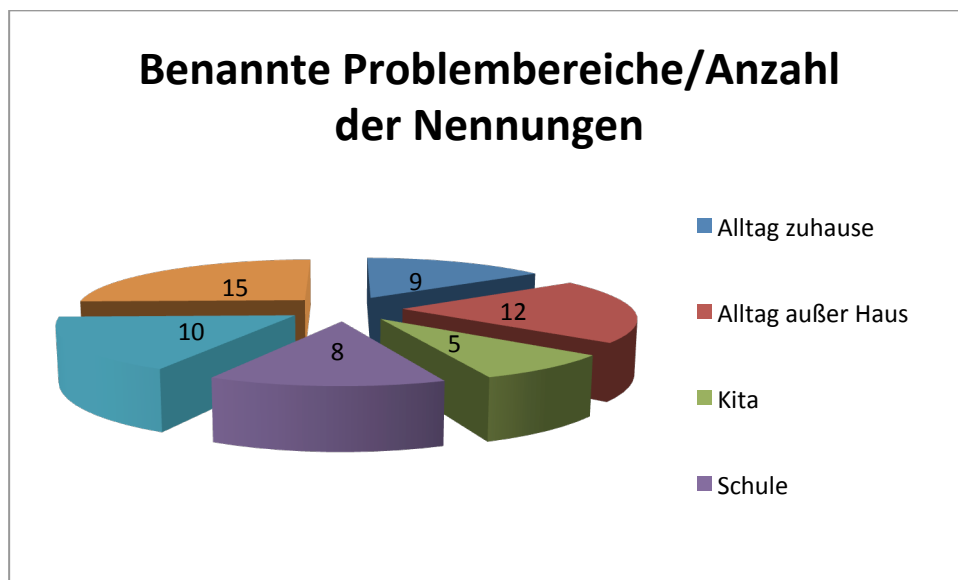


Abb. 11 – Benannte Problembereiche

Bei der nächsten Frage, zielten die Autorinnen erneut auf die Schwierigkeiten der Kinder ab. Da bei der vorherigen Frage die Bereiche vorgegeben waren und nur mit „sonstige“ ergänzt werden konnten, war es den Autorinnen wichtig sicher zu gehen, keine Schwierigkeit außer Acht gelassen, bzw. die Eltern nicht zu stark gelenkt zu haben. Die nächste Frage, welche lautete: **„Bitte schreiben Sie hier die 3 wichtigsten Schwierigkeiten auf!“**, war somit eine freie Frage, in welcher die Eltern bis zu drei Angaben machen konnten, wobei diese nicht als Rangfolge festgelegt wurden. Nach der Beantwortung der Fragen, konnten die Autorinnen zur besseren Darstellung (→Abb. 12) die einzelnen Nennungen erneut in die oben genannten Kategorien einteilen.

Insgesamt wurden 41 Probleme benannt.

In Abbildung 12 wird sichtbar, dass die wichtigsten Schwierigkeiten bei außerhäuslichen ADLs auftreten. Dieses wurde von den Eltern elf Mal benannt, wobei Situationen mit Fremden oder in fremden Situationen (z.B. „Sprechen mit Fremden“, „Einkaufen“ oder „Reaktion fremder Leute“) neun Mal genannt wurde.

Am zweithäufigsten, sieben Mal, wurden Probleme im Bereich „Regeln persönlicher Angelegenheiten“ angegeben. Wobei fünf Mal spezifisch „Gefühle ausdrücken“ benannt wurde.

Sechs Mal wurden Schwierigkeiten in Bereich Schule und Kindergarten angegeben, wobei das „Schweigen in der Schule/ Beteiligung am Unterricht“ am häufigsten beschrieben wurde.

Im häuslichen Umfeld/ innerhalb der Familie wurden vier Mal Schwierigkeiten angegeben.

Ebenfalls vier Nennungen gab es im Bereich Freizeitgestaltung / Kontakte knüpfen, Freundschaften gestalten.

Neun Schwierigkeiten konnten aufgrund unspezifischer Angaben keinem oder mehreren Bereichen zugeordnet werden. Diese wurden in der Abbildung 12 als sonstige angegeben, in den folgenden Überlegungen und der Diskussion der Autoren jedoch weiterhin einbezogen.

Alle Schwierigkeiten sind vollständig aufgelistet im Anhang XI einsehbar.

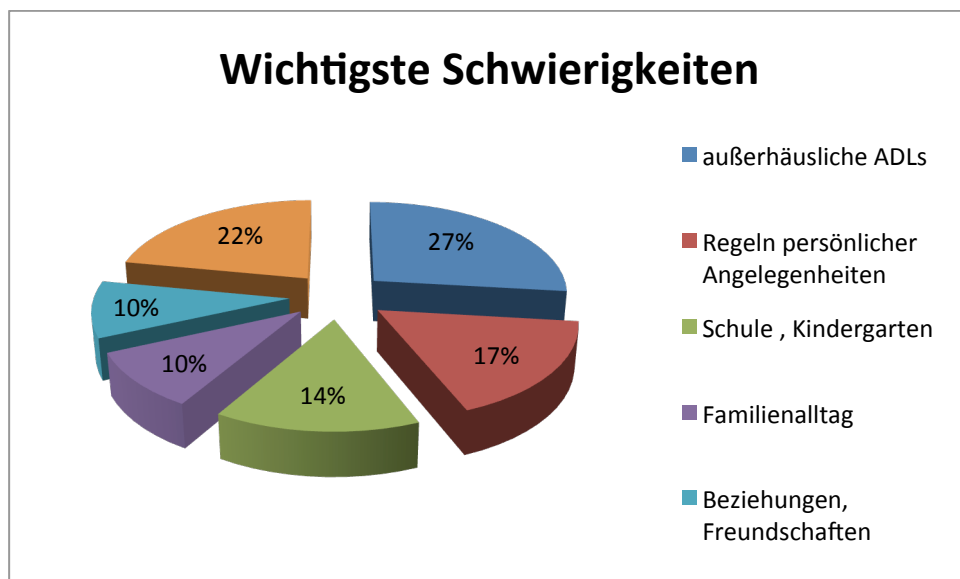


Abb.12

Darstellung der wichtigsten Schwierigkeiten

Die letzte Frage des Fragebogens lautete „Welche Verbesserungen wünschen Sie sich für Ihr Kind?“

Die Aussagen der Eltern sind kurz, haben jedoch einen komplexen, emotionalen Inhalt. Häufig lassen sich die Antworten weder in einen bestimmten Betätigungsbereich einordnen, noch einem einzelnen Subsystem oder einem Bereich der Umwelt zuordnen. z.B. „Aktiv am gesellschaftlichen Leben teilnehmen!“ Die Kategorisierung dieser Antworten würde die qualitative, subjektive Aussagekraft der Aussagen, nach Empfinden der Autorinnen nur ungenügend zur Geltung bringen. Da außerdem viele Wünsche Einfachnennungen waren, sollen die Wünsche der Eltern einen kleinen Einblick in die subjektiven Wünsche und Bedürfnisse der Eltern und Kinder bieten. In der folgenden Diskussion wird auf die Einbeziehung der Wünsche von den Kindern und ihren Eltern tiefer eingegangen.

Exemplarisch sind im Folgenden einige Wünsche dargestellt. Die komplette Auflistung der Wünsche sind im Anhang XII einsehbar.

Wünsche der Eltern für Ihre Kinder

- **Aktiv am gesellschaftlichen Leben teilnehmen**
- **Mehr Sicherheit im Alltag**
- **Mut Probleme zu lösen**
- **Selbständiges Leben führen**
- **Offenheit für neue Erfahrungen**
- **In Gesellschaft bestehen**
- **Ausgeglichenes Verhalten zuhause**
- **Weniger Ängste, Mehr Gelassenheit**

5.2 Experteninterviews

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Interviews in verkürzter und geordneter Form dargestellt, um die Forschungsfrage zu beantworten:

„Auf welche Weise unterstützt eine ergotherapeutische Behandlung selektiv mutistische Kinder und ihre Familien im Alltag?“

Insbesondere die Aspekte aus der Leitfrage *„Welche Erfahrungen und Ansätze haben/nutzen Ergotherapeuten, die mit selektiv mutistischen Kindern arbeiten?“* werden in diesem Kapitel intensiviert. Sie sollen als Grundlage für die Ausarbeitung von therapeutischen Inhalten und Ansätzen dienen.

Das selektiv mutistische Kind aus Sicht der Ergotherapeuten

Einschränkungen (-) und Stärken (+) der Kinder

- Partizipation (-)
- Betätigungsbereiche (-)
- Umweltsettings(-)
- intrapersonelle Komponenten(-)
- kognitiver Bereich (+)

Bei der Frage nach der Beschreibung der behandelten mutistischen Kinder berichteten die Interviewteilnehmer vor allem über Einschränkungen, die nicht ausschließlich Beeinträchtigungen in der Kommunikation betrafen, sondern auch andere Einschränkungen die ins Arbeitsgebiet der Ergotherapie fallen.

Es wurden allgemeine Einschränkungen in der Partizipation benannt:

„ (...)dass es gerade im Kindergarten so Situationen gab, wo er abseits stand und alleine gespielt hat, aber dass es im Grunde genommen (...) nicht frei gewählt von ihm war.“ (E2, Z.91-93)

„(...)dass er oft Situationen hatte, wo er sich nicht getraut hat, (...) dass er einfach immer wollte, dass die Eltern das machen und dass er lieber zugeschaut hat, dann auch bei Spielen und so.“ (E2, Z. 73-75);

Viele der genannten Einschränkungen lassen sich Betätigungsbereichen nach dem MOHO zuordnen

Spiel: *„Diese Kinder (...)können kein freies Spiel, (...) mit irgendjemand anderes initiieren, weil die keine Kommunikation dafür haben.“ (E1, Z.272-273)*

Arbeit/Produktivität: *„(...) aber eben dann diese mündliche Mitarbeit in der Schule, das war dann sehr schlecht, weil sie dann noch sehr oft verweigert hat, (...) sie hat auch Hausaufgaben (...) nicht zeigen wollen“ (E3, Z.76-78),*

Freizeit: *„ (...) nur einen Freund hatte, mit dem sie sich dann auch so ein bisschen austauschen konnte, aber das war auch sehr schwierig (...) zusammen zu spielen oder irgendwas zusammen zu unternehmen.“ (E3, Z. 71-72)*

IADL: *„Vorher war der immer am Telefon nicht in der Lage mit irgendjemand zu kommunizieren, niemand war in der Lage in dieser teilmutistischen Störung, auch nicht die Eltern, mit ihm zu telefonieren.“ (E1, Z. 210-212)*

Besonders viele genannte Einschränkungen bezogen sich auf umschriebene **Umweltsettings** der selektiv mutistischen Kinder. Laut Kielhofner, et al. (2005) sind dies Kombinationen aus Räumen, Objekten, Betätigungsformen und sozialen Gruppen, die einen bedeutsamen Kontext für die Betätigungsperformanz bilden. Dazu zählen z.B. das Zuhause, Kindergarten, Schule, Nachbarschaft und Orte der Freizeit.

„(...) und im Kindergarten war es dann z.B. so, dass er mit den Erzieherinnen nicht gesprochen hat.“ (E2, Z.80-81)

Fast alle befragten Therapeuten bezeichneten den **Bereich der Subsysteme/Volition** als beeinträchtigt. Die Motivation für Betätigung, Auswahl des Verhaltens und der Handlungen seien bei mutistischen Kindern stark gehemmt.

„Ich glaube dass er (...) sich nicht anders verhalten konnte, aber man merkt, dass er auch einen Leidensdruck spürt und er sich im Grunde genommen (...) gerne anders verhalten hätte, aber es nicht geschafft hat.“ (E2, Z.93-96)

Das **Einstellen auf neue Situationen** fällt den Kindern besonders schwer. Dies wird sowohl von den Therapeuten beobachtet als auch von den Eltern rückgemeldet.

„Als wir den Raum gewechselt haben, da merkte ich dann gleich wieder, dass das ein bisschen schwieriger war vom Anfang, da brauchte er dann eine bisschen längere Phase.“ (E2, Z. 172-174)

Das Fragen nach Hilfe ist für viele Kinder selbst in dringlichen Situationen oft nicht möglich. *„(...) der saß in einem Busch und hatte sich in den Dornen verhakt- im Kindergarten- ungefähr 1 1/2 Stunden und hatte sich damit gequält, dass der da nicht raus konnte, weil er nicht rufen konnte.“ (E1, Z. 39-41)*

Häufig werden **Anforderungen** vermieden um nicht zu scheitern. *„Im Grunde genommen alles, (...) wo er nicht wusste ob er das kann, hat er erst mal nicht gemacht. Also er hat sehr viel versucht zu vermeiden irgendwie Fehler zu machen oder was zu lernen.“ (E2, Z. 75-78)*

Die Behandler beschrieben in mehreren Fällen eine besondere kognitive **Stärke**.

„Also der war wirklich schlauer als andere Menschen.“ (E1, Z. 181)

„(...) dass es meistens kognitiv ganz schlaue Kinder waren und dass ich auch ganz andere Sachen mit denen mache als sonst (...). Sei es handwerklich oder von den Ideen her anders geplant, komplizierter.“ (E4, Z. 255-258)

Methodisches Vorgehen / Ergotherapeutischer Prozess

Ergotherapeutischer Prozess

Setting

Befunderhebung/Assessments/Zielfindung

Von den meisten Therapeuten wurde zunächst ein **Einzelsetting** gewählt, teilweise mit Anwesenheit eines Elternteils.

„(...)die Situation war zuerst so, dass die Mutter dabei war.“ (E2, Z. 101-104),

Interviewteilnehmer bewerteten die Präsenz der Mutter auch als hinderlich für das Kind. *„Zum Abholen und zum Bringen das war immer schon höchst kompliziert. So dass dann immer gar keine Interaktion zu mir möglich war. So dass es dann gut war, dass die Mutter sich dann verabschiedet hat.“ (E4, Z. 145-147);*

Bei 2 Kindern folgte nach einer Phase der Einzeltherapie die **Integration in ein Gruppensetting**. Dies war in einem Fall psychomotorisch, in dem anderen Beispiel eine Gruppe, die sich dem Training sozialer Kompetenzen widmete.

„Er war in der Einzeltherapie und ist dann ungefähr nach 25 Behandlungseinheiten in eine Sozialkompetenzgruppe für Vorschulkinder bei meiner Kollegin gekommen. Das war eine Gruppe von fünf Kindern.“ (E3, Z. 180-183)

In einem Fall wurde das behandelte Kind aufgrund des institutionellen Rahmens direkt in eine ergotherapeutische Gruppe integriert.

Fast alle Therapeuten nutzen in der **Evaluationsphase** **Top-Down Assessments** zur Ermittlung der Betätigungsbedürfnisse. Diese wurden aufgrund der Sprechhemmung der Kinder meist mit den Eltern durchgeführt.

„Ich hab immer im Kopf auch COSA und COPM.“ (E1, Z. 420-421)

„Dann hab ich so nach zwei Monaten ein Gespräch mit der Mutter geführt (...) nach dem COPM (...) und später hab ich dann auch das SCOPE mit ihm gemacht.“ (E2, Z. 189-191)

Auf Grundlage der Gespräche wurden Behandlungsziele gemeinsam festgelegt.

„Je nachdem welche Ziele dann definiert worden sind und was uns dann auch so auffällt, was dann eben auch wirklich im Vordergrund stehen soll, dann wird nach diesen Zielen eben gearbeitet.“ (E3, Z. 128-130)

Eine Zielabsprache mit den Kindern konnte erst nach einer individuellen Eingewöhnung erfolgen.

„Das Kind selber (...) sprach mit mir auch gar nicht in der ersten Situation (...), das war sehr abwehrend so das ganze Setting.“ (E4, Z. 62-66)

Weitere Assessments konnten erst im Verlauf der Intervention stattfinden oder mussten ausbleiben.

„Ganz am Anfang wär es nicht so gut gewesen und da hätt er ja auch nicht mitgemacht.“ (E2, Z. 194-195)

Als wichtigen Punkt nannte eine Interviewteilnehmerin das **Modifizieren und Evaluieren** der Ziele und Ansätze im Therapieverlauf.

„Und natürlich muss man dann gucken, wenn man an einem bestimmten Punkt ist, ist das gut geworden, müssen wir das anders bauen, kann das so bleiben, Überprüfungszeiten und so weiter.“ (E1, Z. 117-119)

Auch die Abstimmung der Therapiefrequenz auf die Entwicklung des Kindes wurde als sinnvoll erachtet.

Therapieinhalte

Therapieinhalte

Methoden/Konzepte

Mittel/ Medien

Zusammenarbeit mit der Umwelt

Transfer in den Alltag

Sprache in der Therapie/ Sprechen als Therapieinhalt

Therapeutische Haltung

Aufgrund der zusätzlichen Diagnose der Wahrnehmungsstörung wählte ein Teilnehmer die **Methode der SI*** um die sensomotorischen Fertigkeiten zu verbessern und am Selbstvertrauen zu arbeiten. „*Einer meiner Ansatzpunkte war eine Stunde zu machen nach der sensorischen Integrationstherapie, (...) über welchen Wahrnehmungskanal ich ihn gut erreichen kann*“ (E2; Z. 260-263) Auch die Verknüpfung von Körpererfahrungen, Materialerfahrungen und Sozialerfahrungen nach dem **psychomotorischen Konzept** wurde als förderlich bewertet.

Der Einsatz von **handwerklichen/gestalterischen Mitteln** wurde als Möglichkeit gesehen, Handlungskompetenz zu unterstützen.

„*Handwerk war das Medium mit dem er sich auch gut identifizieren konnte. (...) Er hat natürlich mit Holz gearbeitet und auch mit der Laubsäge gearbeitet.*“ (E5, Z. 166-168);

Das Nutzen **alltagsbezogener Tätigkeiten** wie Einkaufen sollte die Kompetenz täglicher Aktivitäten erweitern.

„*Öfter sind wir dann auch zum Rewe gefahren, (...) und haben dann einfach die Zutaten miteinander gekauft*“ (E3, Z. 376-377) „*und kochen auch zusammen, Pizza backen oder Obstsalat oder je nachdem was sie so gerne essen*“ (E3, Z. 373)

Auch **verhaltenstherapeutische Inhalte** wie der Einsatz von Verstärkersystemen und das Abschließen von Verträgen wurden als Vorgehen beschrieben.

„*Er kriegte Fußballbilder oder Aufkleber von Dinos. (...) Für alle Sachen hatten wir immer laminierte (...) nach seinen Farben ausgewählte Verträge wo draufstand was er für was kriegt.*“ (E1, Z. 198-201).

Als wichtigen Inhalt sahen einige Therapeuten das **Arbeiten mit Wochenaufgaben/Hausaufgaben** im häuslichen und schulischen Bereich.

„*(...)verhandelt ob das in Ordnung ist und dann war das die Aufgabe der Woche. Also zum Beispiel hatten wir eine Aufgabe der Woche, dass der mich jeden Tag anrufen*

musste und ich hab ihm immer, das war ausgemacht, die gleichen drei Fragen gestellt.“ (E1, Z. 202-205) ,

„Das der Lehrer z.B. immer Mitteilungen kriegte von O. was O. in der Schule leisten sollte. Also 3x melden und solche Sachen. Das, was wir ausgemacht hatten. Wir haben so Verträge gemacht und dann musste der Lehrer das wissen dass er das auch mitkriegt.“ (E1, Z. 192-194).

Das **Verwenden alternativer kommunikationserleichternder Mittel** wie Malen, Schreiben, und der Einsatz eines Fotoapparates wurde von einigen Ergotherapeuten mit einbezogen.

„Öfter waren die Hausaufgaben damit verbunden was sie ganz gerne dann auch machen. Ein Mädels hat zum Geburtstag von ihrem Vater einen Fotoapparat bekommen und ihre Hausaufgabe war immer wieder das was sie fotografiert hat die Fotos dann auch mitzunehmen und (...) dass sie mir erzählt, wo sie war und wo sie die Fotos gemacht hat“. (E3, Z. 395-398)

„Dass er sich eben anhand von einer Zeichnung mitteilen sollte“ (E5, Z.111)

Spiel als kindliche Betätigungsform und als Möglichkeit indirekter Kontaktaufnahme hatte ebenfalls einen Platz in der Ergotherapie.

„Was immer mehr rein kam, waren auch so Sachen wie Tiger spielen“ (E2, Z. 251-252).

„Sobald er ins Tun kam und er eine Idee hatte was er so bauen will oder wo er drauf will, dass es für mich immer wieder erstaunlich war, wie gut er sein Handeln begleiten kann, wie differenziert das war“ (E2, Z. 109-111).

Von allen Befragten wurde die **Zusammenarbeit mit der Umwelt des Kindes** als wichtiger Inhalt genannt.

„Umwelt ist natürlich noch ein wichtiger Faktor“ (E2, Z. 590)

Zur Umwelt zählen neben den Eltern das erweiterte familiäre Umfeld wie Großeltern und ebenso das schulische Setting.

„Was gut ging war mit der Oma, dem Opa...also Sachen, die auch wichtig waren für den Opa haben wir hier gearbeitet oder was gekocht für Opa und Oma“. (E4, Z.182-185),

„Ich bin direkt mit der Schule angefangen und da bin ich auch richtig hingegangen zu dem Lehrer und hab mit dem geredet und wir haben den in den Schlachtplan mit eingebunden.“ (E1, Z. 191-192).

Zur Optimierung der Zusammenarbeit wurden zu Beginn der Behandlung gemeinsame Ziele formuliert, und im Verlauf Telefonate oder regelmäßige Kontakte per Email vereinbart *„Wir haben da gemailt in der Zeit mit dem Lehrer“ (E1, Z. 192)*

Als elementar für den Behandlungserfolg nannten die Experten die **Übertragung der Therapieinhalte in den Alltag**

„(...)das macht man ja vor dem Hintergrund einer größeren Sichtweise (...) weil man irgendwie mit der Umwelt...Reaktionen sehen will oder verändern will oder etwas vorüber will.“ (E4, Z. 270-272).

„Das sollte ja auch nach außen gehen in die Klasse, in die Schule und so weiter.“ (E1, Z. 108)

Wenn die Zusammenarbeit nicht gewährleistet ist kann nach Einschätzung der Befragten kein nachhaltiger Therapieerfolg erzielt werden

„Ich glaube nicht, dass der Junge sehr viel von dem hier Erlernten mitnehmen konnte aus meiner Sicht (...) resultiert schon daraus, dass der häusliche Rahmen eher schwach ist.“ (E5, Z.132-135)

Therapeutische Grundsätze waren das **Einbinden bedeutsamer Ziele**

„Was willst Du gerne tun?“ (E1, Z. 300),

„Auch dass es so eine Alltagsrelevanz hat (...)“ (E1, Z. 294)

die **Berücksichtigung von Interessen** des Kindes

„und es (...) darum ging, was er machen will, was er ausprobieren will, so seinen Interessen einfach Raum zu geben in der Ergotherapie.“ (E2, Z. 103-104), **Ressourcenorientierung**

„(...) ein Schwerpunkt der Therapie (...) dass er sehr gestärkt werden kann. Wenn er selber erkennt welche Fähigkeiten er da hat, dass er alles bewirken kann mit seinem Handeln und da dann mehr Zutrauen zu kriegen(...)“ (E2, Z. 420-423).

Die **Haltung gegenüber dem Kind** war bei allen Befragten eine gewährende verstehende, wurde im Verlauf zunehmend durch mehr direktives Vorgehen und auf aktives Teilnehmen und auch auf Sprache bezogene Erwartungen ergänzt.

„Dass ich nicht nur mit so einem Kind Friede Freude Eierkuchen mache- dafür braucht die ja nicht zu kommen. Also die soll sich natürlich wohlfühlen und Spaß haben, aber so hab ich die Knackpunkte ja gar nicht mit drin.“ (E4, z. 134-137)

„Aber im Verlauf mit dem Ziel den Jungen auch mehr und mehr Situationen auszusetzen in denen er Strategien erlernt wie er doch sich ausdrücken kann. Und zwar in irgendeiner Form sozial anerkannt ausdrücken kann(...) dass er sich eben anhand von einer Zeichnung mitteilen sollte oder (...) dass er mir sagen soll und in der Tat sagen, (...)was er machen möchte.“ (E5, Z.105-118)

Die Einschätzung über die **Wichtigkeit des Sprechens** als Therapieinhalt und Therapieziel war bei den befragten Ergotherapeuten sehr unterschiedlich. Für manche stand die Sprache im Vordergrund, für andere gehört dies eindeutig nicht zu den Aufgaben der Ergotherapie.

„Es gibt für mich entweder das Kind spricht oder es spricht nicht. Eine Besserung und damit kann man erst mal zufrieden sein, gibt es für mich nicht.“ (E1, Z. 350-351)

„Das Ziel kann nicht sein, das Kind zum Reden zu bringen, sondern es müssen kleinere Ziele gesehen werden. Die davor stehen. Und die zu erreichen, das ist erst mal das Ziel.“ (E5, Z. 203-205).

Ähnlich wie der Unterschied der allgemeinen Behandlungsansätze bei mutistischen Kindern (→Kapitel 2.2) bestehen auch in der Ergotherapie grundlegend verschiedene Vorgehensweisen.

In der Therapie wurde das Sprechen häufig nicht gefordert, kam jedoch beim gemeinsamen Tun. *„Also immer wenn er im Tun war hat er ganz viel geredet.“* (E2, Z. 182);

Teils wurden auch das Umfeld der Therapie genutzt um neue Situationen entstehen zu lassen. *„Wenn das möglich ist mit anderen Therapeuten und anderen Kindern dann im Raum zu sein, wo sie dann doch ein bisschen gefordert sind evtl. was zu holen oder*

wenn auch noch nonverbal dann mit anderen Kontakt aufzunehmen.“ (E3, Z. 191-193). Ebenso wichtig war die Elternberatung bezüglich Handlungen, Selbständigkeit und Sprache im Alltag „ (...) wichtig dass (...) die Mutter (...) gesehen hat, ich bin da beteiligt an irgendwelchen Abläufen.(...) ob ich vorm Bäckerladen stehe oder mit rein gehe oder ob ich schon mal den Anfang gesagt habe oder ob ich dahinter stehe ungeduldig(...).“ (E4, Z.186-190)

Ziele

Ziele

Ziele der Eltern/Kinder den Therapeuten gegenüber benannt
Ziele der Therapeuten

Das Formulieren von **Zielen** für die Ergotherapie war nach den Aussagen der Experten schwierig „(...) was für mich sonderbar war, dass sie erst mal im Interview gar keinen Bedarf hatten so...ja...es soll dem Kind Spaß machen...das war so erst mal der wichtigste Bezug der Mutter.“ (E4, Z. 59-61)

Formulierungen die von den Eltern benutzt wurden, bezogen sich z.B. auf das Bedürfnis das Wohlbefinden des Kindes zu verbessern „So war der Auftrag an mich eigentlich, dem soll's besser gehen.“ (E1, Z. 79-80) und die Förderung des Selbstvertrauens.

Mithilfe der betätigungsorientierten Assessments COSA und COPM konnten einige Aktivitäten und Situationen identifiziert werden, die zur Formulierung konkreter Veränderungswünsche und zur späteren Überprüfung nutzbar waren.

„Die Mutter war dann auch mehr am Thema und konnte mehr auch berichten was ihr Sorgen macht und wir haben dann auch ne andere Zielvorstellung gefunden die ihr wichtig war , (...)was das Kind machen sollte (...)“ (E4, Z. 73-78).

„Sie kommen natürlich mit dem Wunsch, das Kind soll Kontakt mit anderen Personen aufnehmen. Es ist nur so, dass sie dann doch beim COPM und im Verlauf der Therapie dann nochmal ein bisschen differenzieren und dann auch klein anfangen.“ (E3, Z. 201-204)

Zu den konkreten **Zielen** zählten z.B. „dass sie beim Einkaufen spricht“ (E4, Z. 78-79), „der Mutter am Telefon zu sagen „Du musst kommen“ (E1, Z. 215-217), „in der Schule 3x melden“ (E1, Z. 193) „dass er sich alleine anzieht“ (E2, Z. 273).

In einem institutionellen Rahmen wurden die Ziele im interdisziplinären Team abgestimmt. „Die Ziele erstellen wir in einer großen Runde. Sicher haben die Eltern ein Bedürfnis, wenn sie ihr Kind hierher bringen und das wird auch mitgeteilt und das wird im Team besprochen, wie man auf Basis dieses Bedürfnisses Ziele für das Kind formuliert oder mit dem Kind im besten Fall formuliert.“ (E5, Z. 94-97)

Persönliche Erfahrungen und Einschätzungen der Therapeuten

Erfahrungen

Gedanken
Therapieresultate

Persönliche Erfahrungen und Einschätzungen bezüglich der Behandlung von partiell schweigenden Kindern schildern die befragten Ergotherapeuten ähnlich.

Der Umgang mit dem beharrlichen Schweigen wurde aus unterschiedlichen Gründen als sehr herausfordernd beschrieben.

„Bei den mutistischen Kindern ist es häufig so, dass die einen schon mal persönlich an seine Grenzen bringen. Also wenn ein Kind nicht spricht und man weiß, es kann eigentlich sprechen dann ist das natürlich schwer zu begreifen und das stellt einen als Therapeut vor eine große Herausforderung.“ (E5, Z. 182-186).

„Also was ich schwierig finde ist, dass diese Kinder schon so ein Gefühl machen können, dass sie verstockt wären. (...) Aber im Grunde genommen ist das was einen aggressiv macht (...) diese Mittellinie zwischen Verzweiflung, Machtlosigkeit und auch diesem Machtspiel, und dem therapeutischen Auftrag, das ist schon eine starke Herausforderung.“ (E1, Z. 326-331).

Das Auftreten innerer Konflikte wurde ebenfalls berichtet.

„Wenn die Kinder dann so stoisch eben nicht sprechen, (...) ist es schwer, man denkt sich: „Ja mein Gott, jetzt red’ doch endlich“. Aber so ist es natürlich nicht und mit dieser Herausforderung muss man halt umgehen. Insofern ist das eine besondere Herausforderung, eine Besonderheit in der Therapie, dass man halt dieses Defizit auch leicht falsch verstehen kann oder leicht auch persönlich nehmen kann.“ (E5, Z. 186-191).
Wenn es gut läuft ist das so unendlich beglückend, wie sowas nur beglückend sein kann.“ (E1, Z. 360-361)

Bezüglich der **Vorgehensweise/der therapeutischen Haltung** gab es in den Interviews unterschiedliche Meinungen. Einige Experten machten die Erfahrung dass ein indirektes Vorgehen zum Erfolg führt

„ (...) man musste es indirekt machen.“ (E4, Z. 274) *„Es ging nicht so konfrontativ oder wir üben jetzt oder wir machen jetzt einfach so das ist ein Einkaufsladen und du willst die Blumen kaufen oder so. Das ging nicht. Das war zu fordernd, zu direkt.“* (E4, Z. 282-284).

Eine Teilnehmerin hingegen beschrieb, dass ein indirektes Vorgehen das Ausweichen der Kinder begünstigt *„Der wusste genau wo ich hinwollte und wusste genau wie er mich austricksen kann“* (E1, Z. 53-54.)

Hier führte das direktive Vorgehen nach kurzer Zeit zum Erfolg, der nach sechs Monaten und nach einem Jahr weiterhin konstant war. *„Aber dann war ich ungeduldig, hab die Nerven verloren und hab gedacht: das mach ich jetzt überhaupt keine einzige Stunde mehr weiter. Und hab dann mit diesem Kind nach Hartmann so Verträge gemacht (...) und dann ist das Ding innerhalb von zehn Stunden abgegangen.“* (E1, Z. 55-61)

Verhaltenstherapeutische Inhalte wie den Einsatz von Verträgen, Wochenaufgaben und Verstärkersystemen werteten mehrere Teilnehmer als Unterstützung für die Übertragung in den Alltag

„(...) Da war was in Bewegung gekommen. Das die ausgesucht hat, gesprochen hat und die Mutter ihr das auch überlassen hat, die Mutter draußen geblieben ist und nicht mit rein gegangen in den Laden und so (...)“ (E4, Z. 205-207),

Auch die enge **Zusammenarbeit mit dem Umfeld** spielte nach Einschätzung der Befragten eine zentrale Rolle. „*Was sind die Ressourcen der Schule, was sind die Ressourcen der Oma, die wichtig war, (...), da gab es noch eine Tante, die da mit eingewoben war(...) Ich hab mit den Eltern erst überlegt, wer übernimmt welchen Auftrag.*“ (E1, Z. 112-115) . „*Ich hab während der Behandlung die Umfeldberatung im Vorschulkindergarten gemacht.*“ (E3, Z. 359-360)

Hierzu zählte auch mit Selbsthilfegruppen Kontakt herzustellen „*(...)eine Weiterempfehlung von mir, sich an eine Gruppe von mutistischen Kindern und Eltern, also dass sie dann Kontakt aufnimmt (...) weil viele Sachen konnten einfach von der Ergotherapie auch nicht mehr erfüllt werden.*“ (E3, Z. 252-256)

Nach weiteren Einschätzungen eignete sich die Ergotherapie um Erfahrungen zu sammeln und das **Selbstbewusstsein** zu stärken

„*(...)ich finde dass gerade in der Ergotherapie eine besondere Situation ist. Du hast eine freie anspruchslöse Umgebung und das soll das Kind motivieren sein Explorationsverhalten praktisch ausleben zu können.*“ (E2, Z. 464-466)

„*Gerade bei Kindern die nicht sprechen- aus welchem Grund auch immer- ist es sehr schön auch zu sehen, was dann wirklich da ist an Eigeninteresse und Eigenmotivation.*“ (E2, Z. 469-470).

Eine Übertragung in den Alltag wurde teilweise als sehr schwierig empfunden. „*Ich glaube nicht, dass der Junge sehr viel von dem hier Erlernten mitnehmen konnte (...)* Wir sehen da keinen großen Erfolg aus der Behandlung hier (...)*“* (E5, Z. 132-139)

Die **Therapieergebnisse** werden abhängig von den formulierten Zielen auf Handlungsebene, im Bereich der Fähigkeiten (sensomotorisch, kommunikativ-interaktionell) oder im Bereich Selbständigkeit gemessen und angesiedelt.

„*Dass er sich schon selbst ein bisschen selber behauptet, dass er inzwischen auch gerne malt und dass er sogar an einer Schlafparty teilnehmen konnte, und die im Kindergarten deutlich merken dass er in der Kleingruppe sich viel mehr traut, er hatte sich dann auch schon mit zwei Jungs in seinem Alter angefreundet und dann ganz langsam angefangen auch von zuhause zu erzählen zum Beispiel. „ich habe auch ein Fahrrad!“, wenn es gerade um Fahrräder geht*“ (E2, Z. 297-304)

„*Und der war nachher Klassensprecher.*“ (E1, Z. 61)

Kompetenzen

Kompetenzen (→ Kapitel 3.4)

Grundlegende Berufskompetenzen

Kompetenzen im Rahmen der Intervention

Inter- und intrapersonelle Kompetenzen

Kompetenzen im Bereich Organisation

Kompetenzen in der Darstellung und Weiterentwicklung des Berufes

Kompetenzen im Bereich Ausbildung, Weiterbildung, wissenschaftliches Arbeiten

Grundlegende Berufskompetenzen

Als wichtige therapeutische Kompetenzen bei der Behandlung von selektiv mutistischen Kindern sahen die Teilnehmer Fachwissen über das Krankheitsbild Mutismus.

„Ich glaube, dass eine gewisse Fachkompetenz erforderlich ist, was den Mutismus angeht.“ (E5, Z. 199-200)

Die therapeutische Grundhaltung sollte nach Ansicht der Experten geprägt sein von Einfühlungsvermögen, Offenheit, Wertschätzung des Kindes *„ (...) wo sie merken, dass sie wertgeschätzt werden - ich denke das spüren sie bei mir immer relativ schnell- das hab ich gefühlt, dass das ein wichtiger Schritt dann auch zum Erfolg ist.“ (E2, Z. 472-747)*

„aber bei mutistischen Kindern ist dann wichtig das therapeutische Geschick, auch ein bisschen Bauchgefühl(...)“ (E3, Z. 159-161)

Auch die Vermittlung von Wissen über das Handeln und den Einfluss der Umwelt auf das Handeln des mutistischen Kindes wurde genannt.

„Meistens ist es ja so dass die Problematik die sie haben dann auch negativ von den Eltern zuhause unterstützt wird, obwohl das nicht absichtlich ist und das dann eben auch nochmal den Eltern deutlich zu machen, dass sie dann wirklich auch versuchen im Alltag genau dieses Verhalten zu ändern.“ (E3, Z. 275-283)

Kompetenzen im Rahmen der Intervention

Die Interviewteilnehmer fanden Wissen über ergotherapeutische Modelle in der Behandlung schweigender Kinder sinnvoll.

„Was eine gute Idee ist, wenn man ergotherapeutische Modelle so ein bisschen im Kopf hat, das find ich einen superguten Ansatz für diese Kinder (...) weil man die Aspekte von menschlichem Handeln sich so ganz gut auseinanderpflücken kann (...)wenn man da an die Volition denkt ...welcher Aspekt fehlt diesem Kind?“ (E1, Z. 388-396),

Auch das Hinzuziehen von Fachwissen aus angrenzenden Berufsfeldern sei notwendig, da das Krankheitsbild Mutismus eher ein psychologisches sei.

„Grundlage von Interaktionsverständnis, also auch Interaktionsentwicklung, Entwicklungspsychologie auf jeden Fall, braucht man schon und Wissen über Gefühle, Negativ-, Positiv-Gefühle und Umgang damit. Und eine systemische Sichtweise ist, glaube ich, schon sehr gut. Eine Kompetenz mit Familien umzugehen, ich glaube das ist sonst sehr schwer, mit den Kindern weiterzukommen.“ (E4, Z. 259-261)

Im Stundenablauf ist häufig Flexibilität gefragt *„Ich hab dann einfach festgestellt, dass man z.B. nicht immer so ein bestimmtes Training, nach einem bestimmten Ablauf machen kann sondern man muss dann wirklich sehr flexibel sein. Manchmal ist das einfach dann auch nicht möglich eine Stunde so wie sie geplant ist von der ersten Minute bis zum Ende der Stunde durchzuführen.“ (E3, Z. 288-293)*

Intra- und interpersonelle Kompetenzen

Als notwendige Kompetenz identifizierten die meisten Studienteilnehmer die Selbstreflexion und den bewussten Umgang mit den eigenen Gefühlen

„das erfordert dann auch das Abrücken auf eine Metaebene, um sich selber zu betrachten.“ (E5, Z.193-194); *„(...) die Fähigkeit zur Eigenreflektion und zur Verhaltensveränderung wenn man einfach merkt dass man so nicht weiterkommt.“* (E5, Z. 200-201),

Und das Anpassen von Erwartungen in der Behandlung *„Und sicher auch kleine Brötchen backen, das gehört, denke ich, auch zu dem Erfolgsrezept bei mutistischen Kindern.“* (E5, Z. 201-203), *„(...) mit Kollegen, eine Supervision zu holen um sich nicht festzusetzen und zu meinen man muss das jetzt ausfüllen.“* (E4, Z. 282-285)

„Wir besprechen das sehr oft dann in unserer kleinen Teamsitzung(...)“ (E3, Z. 262-265)

Kompetenz im Bereich Fortbildung

Die Erweiterung eigener ergotherapeutischer Kompetenzen durch Weiterbildung (Kurse, Fachbücher lesen) wurde von den Befragten regelmäßig genutzt. *„Durch Fortbildung dann einfach mal rauszufinden, was den Kindern dann in der Therapie auch helfen kann und das auch zu verbinden mit dem ergotherapeutischen Auftrag. Dann kann man auch anfangen mit dem Kind auch alltägliche Dinge zu unterstützen.“* (E3, Z. 295-298)

6. Diskussion, Schlussfolgerung und Ausblick

6.1 Diskussion der Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Elternfragebögen und der Experteninterviews miteinander verknüpft und auf dem Hintergrund von Kenntnissen aus Bezugswissenschaften (z.B. der Psychologie) und der Fachliteratur über Mutismus diskutiert.

Das Fazit aus den thematischen Blöcken wird durch Fettdruck kenntlich gemacht.

In welchen Bereichen des Alltags erfahren die Kinder Einschränkungen aufgrund ihrer selektiv mutistischen Erkrankung?

Zunächst lässt sich feststellen, dass die von den Eltern in den Fragebögen genannten Einschränkungen, auch von den behandelnden Ergotherapeuten beschrieben wurden. Die Schwierigkeit „Bewältigung außerhäuslicher Aktivitäten“ wie z.B. Einkaufen wurde von den Eltern in den Fragebögen genauso wie in ergotherapeutischen Erstgesprächen neben „Regeln persönlicher Angelegenheiten“ am Häufigsten benannt. Daraufhin wurde in der Ergotherapie in drei Fällen das Teilziel „einkaufen“ verfolgt. Auch in der Literatur (→Kapitel 2.2) ist ein vorrangiges Therapieziel die altersadäquate Bewältigung von täglichen Lebensaufgaben wie z.B. Einkaufen (Hartmann 2006).

Der ergotherapeutische, alltagszentrierte Ansatz ist in der Behandlung selektiv mutistischer Kinder von elementarer Bedeutung und wird im Laufe der Diskussion fortlaufend aufgegriffen und erörtert.

Schwierigkeit vs. Therapieziel? Oder Schwierigkeit = Therapieziel?

Die Schwierigkeiten ihrer Kinder benannten die Eltern im Fragebogen häufig sehr allgemein wie z.B. „kein aktives Handeln“ oder „Sprechen“. In der Literatur wird dieses wie folgt beschrieben: *„Meistens werden Eltern von Pädagogen in die Therapie geschickt (...) Eltern führen einen Auftrag aus(...) ihre Position und Erwartungen sind oft noch unklar. Oft haben sie keinen Auftrag an den Therapeuten oder eine andere Sichtweise von der Situation.“* (Garbani Ballnik, 2009, S.197). Dieses ist nach Aussage der Ergotherapeuten auch in der Ergotherapie häufig der Fall. Die Formulierung der genauen Ziele/Wünsche *„können nicht alle Eltern so geschickt, aber dass sie einfach nur schildern wie und welche Probleme die Kinder haben, was schwierig ist im Moment in der Schule, Zuhause, in der Freizeit und dann muss man überlegen, wie schwierig die Situation ist auf einer Skala von 1 bis 10.“* (E 3- Z. 110-114) In der Ergotherapie wird das allgemeine Problem des Nicht Sprechens/Nicht Handelns somit zunächst mit Alltagssituationen in welchen Probleme auftreten in Verbindung gebracht und nach Wichtigkeit bewertet. Auch Garbani Ballnik (2009) führt aus *„Keinen direkten Auftrag zu erhalten bedeutet, im Interesse des Kindes nach und nach Ziele zu entwickeln, Schritt für Schritt ein Arbeitsbündnis zu erreichen, das eine Kindertherapie ermöglicht.“* (Seite 199)

Um die Situation zu erkennen, analysieren, zu bewerten nutzen die Ergotherapeuten neben dem Clinical Reasoning auch Assessments wie das COSA oder das COPM. Die Veränderung des Handelns/Verhaltens in den umschriebenen Situationen sind dann häufig die ersten Therapieziele.

Kommunikation vs. Motorik? Oder Kommunikation = Motorik?

Was hat Motorik mit der Behandlung einer Kommunikationsstörung zu tun?

Ein Großteil der Mutismusliteratur befasst sich mit Behandlungen im Bereich der Psychomotorik. Aus den Elterninformationen des StillLeben Verband Hannover geht hervor, dass sich als Symptome des Mutismus in Schweigesituationen eine „eingefrorene“/„versteinerte“ Körperhaltung/ Mimik/Gestik, steifer Körper, angeklebte Arme, verkrampfte Hände, und/oder verzögerte Reaktionen zeigen (Kopf et. Al. 2007)

Kramer beschreibt, dass Mutismus kein isoliertes Störungsbild darstellt, sondern dass *„die motorischen Auffälligkeiten das Schweigen auf der Bewegungsebene anschaulich darstellen und eine Wechselwirkung beider Bereiche besteht. Auch die Besonderheit in der Kompetenz zur motorischen Strukturierung als Teilaspekt der Bewegung könnte in Zusammenhang mit der sprachlichen Strukturierungsfähigkeit stehen und umgekehrt.“* (Kramer 2007, S. 286)

Auch die befragten Ergotherapeuten diagnostizierten bei den Kindern neben den Kommunikationsschwierigkeiten psychomotorische Probleme und Wahrnehmungsverarbeitungsstörungen. Auch nach Aussagen der Eltern gab es Schwierigkeiten in der „Körperwahrnehmung“.

Aus diesem Grund entschieden sich zwei befragte Ergotherapeuten für eine Behandlung mit motorischem Ansatz. Diese sollte z.B. das Wohlbefinden steigern *„Die Mutter fand das ganz schön, die hat gesagt, der ist viel lockerer, dem geht es viel besser.“* (E 1 - Z.69). Ziel war auch die Verbesserung der Wahrnehmungsverarbeitung und die Kontaktaufnahme. So berichtete ein von uns befragter Ergotherapeut, welcher ausschließlich die psychomotorische und SI Behandlung anwendete, dass das Kind *„Immer wenn er ein bisschen in Bewegung kam, (...) er sich dann auch wie ein normales Kind verhalten (hat).“* (E 2, Z. 124-126)

Kramer führt aus *„Körperbewegung ist in unserer Entwicklung die primäre Form, auf andere Menschen zuzugehen und mit ihnen in Kontakt zu treten.“* (Kramer 2001, S. 96)

Daher sollte bei der Behandlung von selektiv mutistisch Kindern- *„die Körperbewegung eine zentrale Stellung einnehmen.“* (Kramer 2001, S. 96)

Aufgrund der Literaturrecherche und guter Behandlungserfolge scheint die Behandlung als ein Weg über die motorische Ebene nachvollziehbar, sowie effektiv in der Förderung von Wohlbefinden und Anbahnung von Sprache und Kontaktaufnahme in der Therapie. Sie sollte jedoch nicht die einzige Art der Therapie bleiben, da die Bewältigung der Alltagsproblematik durch eine rein motorische Behandlung nicht gewährleistet werden kann.

Welche Wünsche und Bedürfnisse haben die Eltern bezüglich ihrer selektiv mutistischen Kinder?

Eltern schweigender Kinder haben häufig den Wunsch, dass sich das in vielen Teilen beeinträchtigte Leben ihrer Kinder allgemein verbessert. *„Der dringendste Wunsch der Eltern ist es, dass das Schweigen aufhört. (...) Hier finden sich Ansatzpunkte mit den Eltern über den Alltag mit dem Schweigen zu sprechen und erste Schritte zu erarbeiten.“* (Garbani Ballnik, 2009, Seite 199)

Wie oben beschrieben, fällt es den Eltern häufig schwer einzelne Schwierigkeiten aus Alltagssituationen ihrer Kinder zu identifizieren. Dies könnte nach Ansicht der Autorinnen daraus resultieren, dass die Eltern ihre Kinder im Hinblick auf ihr gesamtes zukünftiges Leben sehen. Aus diesem Grund waren auch die Wünsche für ihre Kinder komplex und ließen sich nicht speziellen Bereichen zuordnen.

Es wurden z.B. allgemeine Wünsche wie *„Teilhabe/mitmachen im Alltag“*, *„selbstständig sein“* oder *„in der Gesellschaft bestehen/zurechtfinden“* genannt. Als Beispiel wird der Wunsch *„im Alltag teilhaben“* aufgegriffen um die Komplexität aufzuzeigen. Ein Bereich der in der heutigen Zeit zur Teilhabe in diversen Lebensbereichen beiträgt ist die Aktivität des *„Telefonierens“*. Das Telefonieren unterstützt selbständiges Handeln und ermöglicht die Bewältigung des Alltags, indem Kinder/Jugendliche sich telefonisch verabreden, Freundschaften pflegen, bei Krankheit Hausaufgaben erfragen, Essen bestellen, eine Reise buchen oder Termine machen. Die Fähigkeit zu telefonieren wurde von den Eltern häufig als Wunsch und Schwierigkeit benannt und konnte in der Ergotherapie als messbares Ziel in unterschiedlichen Lebenskontexten formuliert werden. In einem Interview berichtete ein Therapeut von dem Ziel *„Telefonieren mit Oma“* oder ein anderer *„im Notfall telefonieren mit Mama, um alleine zuhause bleiben zu können, wenn diese Einkaufen geht.“*

Andere Wünsche und Bedürfnisse der Eltern waren z.B. gesellschaftliche Teilhabe, oder Gelassenheit. All diese Bedürfnisse sind ganzheitlich und in die Zukunft gerichtet. Alle beziehen sich auf Wohlbefinden und Partizipation und sind somit ergotherapeutisch verfolgbar.

Anhand dieser Beispiele wird die Hypothese bestätigt, dass Ergotherapeuten selektiv mutistische Kinder und ihre Familien in der Bewältigung ihres Alltages unterstützen. Ebenfalls kann man sagen, dass Ergotherapeuten die Schwierigkeiten der Kinder und die Wünsche der Eltern und Kinder verfolgen und gemeinsame Ziele aufstellen. Auf welche weitere Weise sie in der Erreichung der Ziele vorgehen und welche Erfahrungen sie gesammelt haben wird im nächsten Absatz genauer beschrieben.

Welche Erfahrungen und Arbeitsweisen haben/nutzen Ergotherapeuten, die mit selektiv mutistischen Kindern arbeiten?

Prozess:

Der therapeutische Prozess (→Kapitel 3.2), konnte mit den selektiv mutistischen Kindern nicht immer in der gewohnten Abfolge durchlaufen werden. Die Phase der Evaluation zu Beginn wurde durch die mangelnden kommunikativen Fähigkeiten und die Vermeidungshaltung vieler Kinder bei Anforderungen erschwert. So können z.B. Testungen zur Überprüfung der Entwicklung, wenn notwendig, in diversen Bereichen nicht zu Beginn, sondern erst nach einer längeren Eingewöhnungszeit durchgeführt werden und die Ziele wurden in der Regel anfänglich von den Eltern formuliert.

Der behandelnde Ergotherapeut, sollte flexibel sein und von seinen gewohnten Abläufen abweichen können (siehe auch Clinical Reasoning →Kapitel 3.5 und Berufskompetenzen →Kapitel 3.4).

Setting:

Von den befragten Ergotherapeuten begannen vier die Behandlung der selektiv mutistischen Kinder in Einzelsituationen. Bei zwei Therapeuten wechselten die Kinder später in eine Gruppe. Ein Therapeut behandelte von Beginn an in der Gruppe. In Kapitel 2.2 wurden die verschiedenen Behandlungsarten beschrieben. In der Literatur wird die Effektivität von Behandlung in der Gruppe und in Einzelsituationen diskutiert. (→Kapitel 2.2) Auch unterschieden sich die Therapeuten in der Gestaltung des Therapie-settings bezüglich der Anwesenheit der Eltern während der Therapieeinheiten.

Durch die Anwendung von Clinical Reasoning (→Kapitel 3.5) kann sich der Therapeut verschiedene Fragen stellen, die ihn in der Entscheidung bezüglich des Settings unterstützen. **Aus den Interviews ergab sich, dass allein das Gruppen-/ oder Einzelsetting, sowie die Anwesenheit der Eltern keinen Einfluss auf das Therapieergebnis hat. Wichtig sind jedoch die Elternberatung und die Zusammenarbeit mit den Eltern, für die Übertragung in den Alltag.**

„Schweigende Kinder sind darauf angewiesen, dass sich näheres und weiteres Umfeld gegenseitig wertschätzt und austauscht damit es ihnen besser gelingt sich in den verschiedenen Lebenswelten zu bewegen und zwischen ihnen wechseln zu können“ (Garbani Ballnik, 2009, S. 10)

Inhalte

Verbale Kommunikation vs. Nonverbales Wohlbefinden

Die Therapiemethoden wurden je nach persönlichen Kompetenzen (Clinical Reasoning →Kapitel 3.5) des Therapeuten unterschiedlich gewählt und eingesetzt wenn sie zur Zielerreichung förderlich waren.

Die Therapieziele entwickeln sich wie oben beschrieben aus den Schwierigkeiten und Veränderungswünschen der Eltern und Kinder. Auch das Sprechen innerhalb der Therapie wurde als Ziel vereinbart und/oder wurde im Laufe der Therapie (z.B. bezüglich der Intensität) angepasst. Therapeuten berichteten, dass zunächst das Ziel „Förderung des Wohlbefindens“ ohne die Einbeziehung von Sprache im Fokus stand. Im Behandlungsverlauf wurden die Ziele vom anfänglichen Einsatz nonverbaler Kommunikation über vermehrt sprachliche aktive Interaktion (ja/nein, Wünsche äußern, Sprechen in

Sätzen) modifiziert. Auch alternative Kommunikationsmittel (z.B. Schriftsprache und Fotos) wurden zum Teil eingesetzt. Die Therapie sollte auch laut Katz-Bernstein (2007) nur zu Beginn der Therapie auf nonverbalen Fähigkeiten aufgebaut werden, um in Interaktion zu treten oder eine gemeinsame Basis zu finden. Als weiterer Schritt sollten die sprachlichen Äußerungen aufgebaut werden.

Aufgrund des ergotherapeutischen Blickwinkels sehen alle Therapeuten das Kind ganzheitlich und in seinem Kontext Umwelt. Dow et al. (1995) sehen den Erfolg einer Behandlung ebenfalls abhängig vom multidisziplinärem Zusammenwirken mit Lehrern, Eltern und Therapeuten. Auch aus den Interviews ergab sich, dass eine Wichtigkeit in der Einbeziehung des Umfeldes liegt. Denn trotz allgemeiner Begeisterung bei Eintritt des Sprechens während der Therapie, fördert dieses nach Erfahrung der Therapeuten nicht das „zurechtkommen im Alltag“. Zur Unterstützung wurden Themen und Situationen in der Therapie thematisiert, analysiert, erprobt und dann als „Hausaufgabe“ aufgegeben. Beispiele waren „das Kind soll sich dreimal im Unterricht melden“ oder „das Kind soll selbständig für die Therapie Papier kaufen während die Mutter vor dem Laden wartet.“ Die Inhalte der Therapie waren somit hauptsächlich alltagsbezogen. Dabei sollten sich nach Aussage der Ergotherapeuten, die Therapie sowie **die Hausaufgaben nach den Interessen und Wünschen des Kindes richten**. Grundlage in den oben genannten Beispielen waren „die Liebe zur Arbeit mit Papier“ bzw. der Wunsch „weiterhin auf die Schule zu gehen wie die Freunde“. Alle Therapeuten waren der Meinung, dass es **ohne die Übertragung in den Alltag keinen nachhaltigen Erfolg gibt**.

Hierzu war es vielen auch wichtig, dass **die Eltern in die Therapie eingebunden werden und ihre Rolle als „Co-Therapeut“ begreifen**, wie auch in der Fachliteratur von Garbani Ballnik als Erreichung eines Arbeitsbündnisses beschrieben. *„Ich hab der Mutter gesagt, Sie müssen mitmachen, ganz mutig, sonst krieg ich das nicht hin“ (E1, Z. 82-83).*

Typisch ergotherapeutische Medien vs. Verhaltenstherapie

Alle befragten Therapeuten förderten sowohl die im Vordergrund stehenden interaktiven und kommunikativen Fähigkeiten und behandelten die weiter oben beschriebenen Nebendiagnosen. Dies Schlussfolgerung ist, **dass die ergotherapeutische Behandlung eines mutistischen Kindes immer mit der Unterstützung der kommunikativen Fähigkeiten gekoppelt ist, das Kind aber ganzheitlich betrachtet und unterstützt wird**.

Dieses geschah zum Teil durch die Verknüpfung von Kommunikation mit dem Einsatz von handwerklichen Medien wie z.B. Holz oder Papier (gemeinsame Planung).

Ein anderer Ansatz war die Einbeziehung des verhaltenstherapeutischen Ansatzes wie z.B. das auf das Sprechen bezogene Abschließen von Verträgen. Jedoch waren auch die verhaltenstherapeutischen Ansätze mit ergotherapeutischen Hintergrund, da diese alle auf Alltagsaktivitäten ausgerichtet waren. z.B. „Eis kaufen“.

Zusätzlich wurden zweimal Tokensysteme* genutzt, welche das erwünschte Verhalten, in diesem Fall „sprechen“ positiv verstärkten. Die Nutzung von Verstärkersystemen erwies sich als effektive Methode zur Alltagsübertragung und erzielte positive Therapieergebnisse. Der Einsatz dieser Systeme ist vielen Ergotherapeuten im pädiatrischen Bereich generell bekannt (z.B. bei der Behandlung von ADHS Kindern).

SI- Interpretation vs. Psychologischer Interpretation/ SI- Behandlung- reine Interpretationssache?

Eine weitere genutzte Methode, die ebenfalls Interaktion und Kommunikation anbahnen soll ist die SI- Behandlung. Neben der beschriebenen Förderung der Bewegung sind in der Literatur ebenfalls Hinweise auf eine mögliche SI- Störungen schweigender Kinder z.B. im taktilen und vestibulären Bereich zu finden. *„Mutistische Kinder, verstärkt mutistische Mädchen zeigen sich oft als adrette, akkurat gekleidete Prinzesschen die weder eine Sandkasten- bzw. Matschphase durchschreiten noch Spiele auf dem Fußboden ausüben. Hinzu kommt eine(...) übertriebene Angst vor (...) Klettergerüsten, Rutschen (...) erlernen von Fahrradfahren und Schwimmen.“* (Hartmann 2010 S. 23.) Ein befragter Therapeut spricht über die Gründe und Erfolge bei der SI-Behandlung eines selektiv mutistischen Jungens: *„Er hatte auch taktile Schwierigkeiten und vestibulär war es so, dass er von seinem Gleichgewicht sehr unsicher war. Ich denke schon, dass seine motorischen Unsicherheiten sein seelisches und soziales Gleichgewicht mit beeinträchtigt haben.“* (E2, Z. 524-526)

In der Literatur wird die taktile Abwehrhaltung häufig als *„das Streben (unbewusst) perfekter Kontrolle“* (Hartmann 2010, S. 23) beschrieben. Hier bleibt bisher die Frage offen, ob die bestehende taktile Abwehr sowie die vestibuläre Unsicherheit von selektiv mutistischen Kindern Auslegungssache ist, oder ob sie aus dem Blickpunkt der „SI-Forschung“ bisher noch nicht genügend beleuchtet wurde. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf.

Neben Harmonisierung der Wahrnehmungsbereiche wurde eine SI- Behandlung bei selektiv mutistischen Kindern eingesetzt um das Selbstvertrauen zu fördern und dadurch die Teilhabe an Gruppengeschehen zu ermöglichen. *„Gerade auch über diese propriozeptive und vestibuläre Schiene hat er sehr viel Spaß entwickelt und das waren dann auch diese Sachen die ihn sensomotorisch wirklich weitergebracht haben. Und dass dieses im Grunde genommen ein wichtiger Ansatzpunkt war, dass er sich dann auch mehr schwierigen Sachen zutraut, auch im Alltag.“* (E2, Z. 393-395) Dieses bewirkte neues Verhalten wie Teilnahme im Stuhlkreis, oder an einer Schlafparty.

Der Einsatz von SI fördert durch die erweiterten Fähigkeiten somit Wohlbefinden und Teilhabe im Alltag. Jedoch fördert die SI Behandlung nicht die Kommunikation im Alltag. Eine Alltagsübertragung auf anderen Wegen darf somit nicht ausgeschlossen werden.

Direktiv vs. Nondirektiver Behandlungsansatz

Die in Kapitel 2.2 beschriebenen Behandlungsansätze für mutistische Kinder wurden von den befragten Ergotherapeuten ebenfalls genutzt. Ebenso wie die verschiedenen Ansätze in der Mutismusliteratur diskutiert werden, sind sie auch bei den interviewten Ergotherapeuten ein Thema und werden unterschiedlich bewertet. Laut Ellger (2001) gibt es keine rezeptartigen therapeutischen Vorgehensweisen. Die Autoren sehen durch die Interviews viel mehr, dass es verschiedene Rezepte gibt, jeder Therapeut zunächst auswählen muss welches Vorgehen seiner therapeutische Haltung/seiner Persönlichkeit entspricht und zu dem gewünschten Ergebnis beiträgt. Dieses erreicht er durch Clinical Reasoning und eine regelmäßige Reflexion der eigenen Behandlungsweise. (→Erfahrungen). Denn wie den Erfahrungen der befragten Ergotherapeuten

entnommen werden kann, kann der Therapieerfolg nicht anhand eines bestimmten Ansatzes gemessen werden, sondern hängt auch davon ab mit welcher Authentizität der Therapeut den gewählten Ansatz vertritt.

Aus dem ergotherapeutischen Blickwinkel betrachtet, sollte darauf geachtet werden, dass unabhängig vom gewählten Ansatz die Alltagsbezogenheit im Mittelpunkt steht und der Transfer unterstützt wird.

Gefühle und Gedanken – Ein Rollenkonflikt

Während der Interviews berichteten die Ergotherapeuten offen von ihren Erfahrungen bezüglich aufkommender Gedanken/Gefühle, welche die Ausführung des therapeutischen Auftrages beeinflussen können. Durch das Vermeidungsverhalten und die geringe Frustrationstoleranz der Kinder werden Handeln und Fortschritte in der Behandlung beeinflusst. Die befragten Therapeuten stellen sich die Frage ob es von Wollen oder Können des Kindes abhängt und fragen sich was notwendige Zumutungen sind und ab wann das Kind wirklich überfordert wird. Nicht selten wurde von einem Rollenkonflikt berichtet. Diese äußerten sich in u.a. Bereichen wie Geduld vs. Ungeduld, Akzeptanz vs. Unverständnis, Kompetenz vs. Hilflosigkeit. Das „Gefühl ausgetrickst zu werden“ wurde erwähnt und bringt den Therapeuten an seine therapeutischen Grenzen. Alle benannten die Fähigkeit als wertvoll das Verhalten nicht persönlich zu nehmen. Stattdessen sei wichtig, die Situation zu akzeptieren und sich kleine Ziele zustecken. Auch in der Literatur findet sich die häufig gestellte Frage nach Zeit lassen oder Druck ausüben (Garbani Ballnik, 2009). Es wird als hilfreich empfunden Akzeptanz und Fordern gleichzeitig in der therapeutischen Haltung zu vereinen.

Hierbei helfen vor allem interpersonelle und intrapersonelle Kompetenzen wie die regelmäßige Eigenreflexion und Möglichkeiten zur Supervision.

Unabdingbar sind weiterhin Flexibilität im Rahmen der Intervention und grundlegende Berufskompetenzen, wie Wissen über das Krankheitsbild, und Kenntnisse bezüglich der angrenzenden Bezugswissenschaften. Zusätzlich zu den ausgeführten Aspekten spielen für Ergotherapeuten in der Behandlung selektiv mutistischer Kinder weitere Bedingungen eine Rolle

- Das sorgfältige Abwägen der verschiedenen persönlichen Möglichkeiten ,
- die individuelle Anpassung auf den Kontext des Kindes und seiner Familie ,
- der ergotherapeutische Grundsatz die Stärken und vorhandenen Kompetenzen für die Behandlung zu nutzen,

Ein Teilnehmer beschreibt, dass die Ergotherapie ein geeigneter Rahmen für die Behandlung selektiv mutistischer Kinder ist. *„Gerade in der Ergotherapie ist eine besondere Situation. Du hast eine freie anspruchslöse Umgebung und das soll das Kind motivieren sein Explorationsverhalten praktisch ausleben zu können.“* (E2, Z. 464-466)

Auch nach Ansicht der Autorinnen **kann die ET mit ihren Möglichkeiten individuell auf das Kind eingehen.** Die Fachliteratur unterstützt diesen Eindruck durch Ausführungen von Garbani Ballnik (2009).

„Wenn die Sprache nicht zur Verfügung steht benötigt das Kind andere Kanäle um sich mitzuteilen. Ziel ist es, ein Repertoire an Ausdrucksmöglichkeiten zu erarbeiten. (...) So kann der Ausdruck in die Bewegung übergehen in ein Spiel oder ins Malen aber auch andere schöpferische Tätigkeiten bringen Befindlichkeiten zum Ausdruck. (...) Eine Hilfe sind auch Modellsituationen die im Rollenspiel geübt werden (Einkaufsspiel, Situationen im Schulalltag) Mehrmals durchgespielte Alltagssituationen können Sicherheit bringen.“ (S. 272)

(...) Meistens finden schweigende Kinder zum ersten Wort, wenn sie selbständiger geworden sind.“ (S. 273)

Zusammenfassend führt Garbani Ballnik (2009) aus, es geht in der Therapie um grundlegende Entwicklungsprozesse, darum den Selbstentwicklungsprozess zu unterstützen und Sprache zu ermöglichen. Nach Ansicht der Autorinnen kann Ergotherapie durch Einbindung in den Alltag entscheidend dazu beitragen.

6.2 Handlungsempfehlungen

Als Ergebnis der vorangegangenen Diskussion verfassen die Autorinnen abschließend eine Handlungsempfehlung, die Ergotherapeuten in die Behandlung selektiv mutistischer Kinder integrieren / mit einbeziehen können. Ziel ist die Übertragung der Forschungsergebnisse in die Praxis, wobei diese Empfehlungen als Orientierung dienen sollen und keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben. Individuelle Abweichungen und Ergänzungen in der Behandlung sind sinnvoll.

Die Empfehlungen wurden aus den Ergebnissen der Interviews der vorliegenden Studie gewonnen und berücksichtigen die Bedürfnisse und Wünsche der befragten Eltern.

- Die Aufgabe der Ergotherapie als Teil des multimodalen* Behandlungskonzeptes bei selektivem Mutismus kann es sein, die Partizipation in den Alltagsbereichen/Handlungsbereichen des Kindes zu unterstützen.
- Schritte auf dem Weg sind die Erweiterung der Selbständigkeit im Alltag, die Unterstützung der Volition.
- Es ist für das Gelingen der Intervention von großer Bedeutung, die Umwelt des Kindes (Eltern, Familie, Erzieher oder Lehrer, andere Therapeuten) in Form von Zusammenarbeit, gemeinsamer Zielformulierung, Beratung in einem Arbeitsbündnis in die Therapie mit einzubinden.
- Um Anliegen und Probleme der Betätigungsausführung zu erfassen und die Behandlungserfolge überprüfen zu können wird die Nutzung von Top-Down* Assessments (z.B. COSA, COPM, SCOPE) empfohlen. Konkrete Aktivitäten und Situationen können so bearbeitet werden. (z.B. telefonieren)
- Die Ergotherapie sollte auf den Interessen und vorhandenen Kompetenzen des Kindes aufbauen und sie berücksichtigen.
- Die Unterstützung der interaktiven und kommunikativen Fähigkeiten ist ein Schwerpunkt der Therapie selektiv mutistischer Kinder. Zur Anbahnung können nonverbale Kommunikation und alternative Kommunikationsmittel wie Fotoapparat, Tonbänder, Zeichnungen, Schriftsprache anfänglich genutzt werden, sollten aber die Sprache nicht dauerhaft ersetzen.

- Für einen nachhaltigen Erfolg der Therapie ist es wichtig, eine Übertragung in den Alltag zu gewährleisten/anzuleiten/zu unterstützen. Das Arbeiten mit Verträgen und Verstärkersystemen, Hausaufgaben intensiviert diesen Prozess.
- Ergotherapeutische Medien/Methoden können zielgerichtet eingesetzt werden. Der Einsatz handwerklich-gestalterischer Techniken fördert die Handlungskompetenzen und kann Kommunikationsgrundlage auf Handlungsebene sein.
- Rollenspiele in Modellsituationen können dem Kind Sicherheit für den Alltag vermitteln, auch Regelspiele mit sprachlichem Schwerpunkt das Durchgehen aller Spielformen sind ein sinnvolles Mittel.
- Die Förderung motorischer Fähigkeiten ist häufig zusätzlich notwendig, da sich im Erscheinungsbild des selektiven Mutismus oft psychomotorische Probleme zeigen.
- Der Ansatz über die motorische Ebene kann zusätzlich sprachliche Hemmungen abbauen. Durch die Stärkung von motorischen Kompetenzen können Kinder ihr Selbstbewusstsein erhöhen und auch im kommunikativen Bereich zu mehr Aktivität führen.
- Hinweisen auf Wahrnehmungsstörungen im taktilen* und vestibulären* Bereich sollte detailliert nachgegangen werden. In der Fachliteratur und in Berichten der Therapeuten gibt es zahlreiche Hinweise auf das Vorliegen sensorischer Defensivitäten. Die erfolgreiche Behandlung steigert das Wohlbefinden und das Selbstvertrauen.
- Alltagsbezogene Tätigkeiten wie einkaufen und kochen dienen dem Transfer in die Lebenswelt des Kindes.
- Durch die Anwendung von Clinical Reasoning kann der Ergotherapeut seine persönliche Haltung, das Therapiesetting und den Ansatz wählen und im Verlauf überprüfen.
- Persönliche Grenzen im Umgang mit einem schweigenden Kind und auftretende Rollenkonflikte (Unverständnis-Akzeptanz) sind häufig und sollten wahrgenommen und bearbeitet werden. Möglichkeiten sind Supervision und das Bearbeiten von Teilzielen.
- Mutismusspezifische Literatur und Fortbildungen sind hilfreich und können mit ergotherapeutischen Grundgedanken verknüpft und erweitert werden.

6.3 Reflexion

In der Reflexion werden Stärken und Grenzen der vorliegenden Forschungsarbeit aufgeführt und Vorschläge für weiterführende Studien aufgelistet.

6.3.1 Stärken der Studie

Die vorliegende Arbeit erfüllt folgende von Mayring (2002) beschriebene Gütekriterien qualitativer Forschung.

Verfahrensdokumentation

Das Vorgehen im gesamten Forschungsprozess wird dokumentiert um es für andere nachvollziehbar zu machen. Hierzu zählen die in Kapitel 4 beschriebenen theoretischen Vorüberlegungen, Durchführung und Auswertung der Datenerhebung. In den Anhängen können der Interviewleitfaden, ein transkribiertes Interview mit Auswertung nach den Schritten der qualitativen Inhaltsanalyse und Anschreiben eingesehen werden.

Regelgeleitetheit

Das systematische Vorgehen bei der Datenauswertung wurde anhand der Regeln der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring geleitet (→ Kapitel 4.4.3). Der Analyseprozess wurde vorher in einzelne Schritte zerlegt und sequentiell durchgeführt. Das Kategoriensystem wurde von beiden Autorinnen gemeinsam erstellt.

Nähe zum Gegenstand

Die Interviews wurden am Arbeitsplatz der Therapeuten geführt um möglichst nah an ihrem Alltag anzuknüpfen. Die Autorinnen setzten sich zum Ziel, den Ergotherapeuten, die mit selektiv mutistischen Kindern arbeiten, mit dieser Studie eine Orientierungshilfe für ihre Arbeit zu bieten und somit eine Interessenübereinstimmung zu erreichen (→Kapitel 6.2).

Triangulation

In der vorliegenden Arbeit wurden für die Datengewinnung unterschiedliche Methoden genutzt. Durch die qualitative Befragung der Therapeuten, die Anwendung eines Fragebogens mit quantitativen und qualitativen Anteilen und eine Literaturrecherche sollen verschiedene Lösungswege die Betrachtung der Fragestellung ermöglichen und unterschiedliche Aspekte mit einbeziehen.

Innerhalb der Datenanalyse wurden die Interviews unabhängig von beiden Autorinnen ausgewertet um eine möglichst hohe Objektivität der Sichtweise zu gewährleisten. Das erste Interview wurde von beiden gemeinsam ausgewertet um gleiches Vorgehen sicherzustellen. Alle Ergebnisse wurden gemeinsam diskutiert und aufbereitet.

Die Autorinnen berücksichtigten **ethische Aspekte** in der Zusammenarbeit mit den Forschungsteilnehmern. (→Kapitel 4.1.1)

6.3.2 Grenzen der Studie

Selektiver Mutismus ist mit einer Häufigkeit von >1% ein seltenes Krankheitsbild (AWMF 2007). Viele der betroffenen Kinder werden psychotherapeutisch behandelt. Die **Relevanz** für den ergotherapeutischen Arbeitsbereich ist daher zunächst als gering einzuschätzen. Viele Ergotherapeuten, die für die Studie kontaktiert wurden, berichteten über Kinder, die mutistische Symptome zeigten aber nicht diagnostiziert waren. Die Autorinnen gehen davon aus, dass sich eine nicht unerhebliche Dunkelziffer selektiver Mutisten in ergotherapeutischer Behandlung befindet und die Ergotherapie als Teil multimodaler Interventionen Erwähnung finden sollte.

Bei der Literaturrecherche wurde ebenfalls deutlich, dass es keine Hinweise auf ergotherapeutische Behandlung gab, wenngleich viele Inhalte auf Partizipation und Handlungskompetenzen hinwiesen. Gerade aus diesem Grund sehen die Autorinnen dieser Studie einen wichtigen Schritt für die Ergotherapie darin eine erste Ausarbeitung über dieses Thema mit ergotherapeutischem Hintergrund zu verfassen. Im Kontakt mit den Ergotherapeuten wurde das Interesse an diesem Thema sehr deutlich.

Studien konnten hauptsächlich über die Ursachen, Begleitstörungen und einige Einzelfallbeschreibungen gefunden werden, jedoch nicht über die Wirksamkeit von einzelnen Behandlungsansätzen.

Aufgrund der vorliegenden Interaktions- und Kommunikationsstörungen, die das Bild des selektiven Mutismus vor allem gegenüber fremden Personen bestimmen, wollten die Autorinnen die Kinder nicht mit Befragungen belasten. Die Fragebögen richteten sich daher hauptsächlich an die Eltern, es wurden lediglich zwei Bögen von betroffenen älteren Kindern ausgefüllt. Der Umstand, dass die Kinder ihre Bedürfnisse nicht gut wahrnehmen und vertreten können, ist dem Störungsbild als häufigste genannte Beeinträchtigung zuzuordnen. Durch eine intensivere Einbeziehung der Kinder hätte die Klientenzentrierung noch besser gesichert werden können.

Durch die geringe Teilnehmerzahl sind die Ergebnisse der Studie nicht generalisierbar.

13 von 15 Eltern wurden für die Befragung über ein Kölner Sprachinstitut gewonnen, welches sich auf die Behandlung des Krankheitsbilds spezialisiert hat. Die ähnlichen Behandlungs- und Beratungsansätze und Therapieinhalte könnten sich auf die Ergebnisse des Fragebogens auswirken. (Bias)

Die Handlungsempfehlung konnte noch nicht auf Anwendbarkeit überprüft werden. Hier könnte sich weiterführende Forschung anschließen.

6.3.3 Vorschläge für weiterführende Studien

Folgende weiterführende Themen/ Forschungsbedarf

- Überprüfung der Handlungsempfehlungen durch Ergotherapeuten auf die Anwendbarkeit in der Behandlung selektiv mutistischer Kinder
- Überprüfung der ergotherapeutischen Behandlungsergebnisse durch eine Befragung der Eltern und Kinder bezogen auf die Erweiterung der Handlungsfähigkeit und Selbständigkeit
- Befragung einer größeren Anzahl von Therapeuten um die Repräsentativität der Studie zu steigern
- Die bereits existierende Leitlinie (AWMF) könnte mit ergotherapeutischen Aspekten ergänzt werden
- Aufgrund der vermehrten Hinweise in Fachliteratur und Interviews auf Wahrnehmungsstörungen der Kinder könnten SI spezifische Anamnesen oder Fragebögen mit diesen Kindern durchgeführt werden.

Die Autorinnen hoffen mit dieser Arbeit neue Impulse für die wissenschaftliche Arbeit zu geben und einige Möglichkeiten der ergotherapeutischen Arbeit mit schweigenden Kindern aufzeigen zu können. Indem die Verknüpfung mit bezugswissenschaftlichen Bereichen hergestellt wurde sehen die Verfasserinnen dieser Studie ebenfalls eine Grundlage zur Zusammenarbeit und eine Erweiterung der Außendarstellung der Ergotherapie.

7. Literaturliste

Artikel und Zeitschriften:

- Borgetto, B., Born, S. (2007) Die Forschungspyramide- Diskussionsbeitrag zur evidenz-basierten Praxis in der Ergotherapie; ergoscience; Ausg. 2, 2007; 56-63
- Ellger (2001), Mutismus, Logos interdisziplinär, Jahrgang 9, Ausg. 2, 94-95
- Feldmann, D., Kramer, J. (2009); Die Erweiterung von Handlungsfähigkeit – ein grundlegendes Ziel in der systemisch-kooperativen Förderung von Kindern mit selektivem Mutismus ; MitSprache , Ausg. 3/2009, 25-36
- Giddan, J., Ross, G., Sechler L., B. Becker (1997), Selective Mutism in Elementary School: Multidisciplinary Interventions; Language, Speech and Hearing Services in Schools, Vol. 28, 127-133
- Hoffmann, R. (1999); Elektiver Mutismus – Ein Fallbeispiel; Logos interdisziplinär Jahrgang 7, Ausg. 3, 174-175 zusammengefasst aus Süß-Burghardt, H. (1999) Elektiver Mutismus- Kasuistik und Übersicht. Frühförderung interdisziplinär, 3, 116-125
- Kinébanian, A., Satink, T., van Nes, (2007); Architektur qualitativer wissenschaftlicher Forschung; ergoscience; Aufl. 2, 2007,120-126
- Kopf, A., Kramer, J., Talley, J. (2007); Informationen für Eltern von Kindern mit selektivem Mutismus; Logos Interdisziplinär Jahrgang 15, Ausg. 1, 2007, 46 – 47
- Kramer, J. (2001); Warte auf mich, Logos interdisziplinär, Jahrgang 9, Ausg. 2, 2001, 96-105
- Kramer, J. (2007); Der selektive Mutismus – eine Störung der Sprachentwicklung; Logos Interdisziplinär, Jahrgang. 15, Ausg. 4, 2007, 284-289
- Mutismus Selbsthilfe Deutschland e.V. (2009); Fachzeitschrift für Mutismus-Therapie, Mutismus-Forschung und Selbsthilfe, Jg. 1, Heft 1,2,3
- Niebuhr, S. (2001); Von Redeängstlichkeit, Sprechangst und verwandten Phänomenen; Logos interdisziplinär, Jahrgang 9, Ausg. 3, 203-205
- Remschmidt, H., Poller, M., Herpertz- Dahlmann B., Hennighausen, K. Gutenbrunner, C. (2001); A follow-up study of 45 patients with elective mutism. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 251, 284-296
- Schoor, U. (2002); Schweigende Kinder im Kindergarten und in der Schule; Die Sprachheilarbeit, Oktober 2002, 219-225.
- Schoor, U. (2001) Schweigende Kinder in der Schule. Das Erscheinungsbild von selektivem Mutismus; Grundschule 5-2001, 24-26.
- Sharkey, L., McNicholas, F. (2008), More than 100 years of silence, elective mutism, a review of the literature; European Child&Adolescent Psychiatry, 17, no. 5, 2008, 255-263
- Winter, E. (2007); Schweigende Schildkröten. Förderprinzipien hinsichtlich des selektiven Mutismus. Aufgezeigt an einer exemplarischen Therapiestunde; Logos interdisziplinär, Jahrgang 15, Ausg. 2, 2007, 129 - 132

Bücher:

- Bahr, R. (2006); Schweigende Kinder verstehen, Kommunikation und Bewältigung beim selektiven Mutismus; Heidelberg Universitätsverlag C. Winter
- Brand, H. (2009); Mutismus -schweigende Kinder und Jugendliche im Gespräch. Erfahrungen mit Gruppen; Pabst Science Publishers
- Braun, O. (2002). Sprachstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Diagnostik - Therapie - Förderung. Stuttgart: Kohlhammer
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.) (2007); Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter., (3. überarbeitete Aufl.); Deutscher Ärzte Verlag
- Garbani Ballnik, O. (2009); Schweigende Kinder, Formen des Mutismus in der pädagogischen und therapeutischen Praxis; Vandenhoeck & Ruprecht
- Giere, W., Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2001). ICD-10-Diagnosenthesaurus: Sammlung von Krankheitsbegriffen im deutschen Sprachraum, verschlüsselt nach der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, Deutscher Ärzte Verlag .
- Hartmann, B. (2006); Gesichter des Schweigens. Die systemische Mutismus Therapie- SYMUT als Therapiealternative, Schulz-Kirchner Verlag
- Hartmann, B., Lange, M. (2010); Mutismus im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, Ratgeber für Angehörige, Betroffene und Fachleute; (5. überarbeitete Aufl.) ; Schulz-Kirchner Verlag
- Katz-Bernstein, N. (2007); Mut zum Sprechen finden; Therapeutische Wege mit selektiv mutistischen Kindern, Reinhardt Verlag München

Internet:

- Chavira, D., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Cohan, S., Stein, M. (2007); Selective mutism and Social Anxiety Disorder: All in the Family? unter [http://www.jaacap.com/article/S0890-8567\(09\)62258-9/abstract](http://www.jaacap.com/article/S0890-8567(09)62258-9/abstract), Zugriff am 16.5.2010
- Dow, S., Sonies, B., Scheib, D., Moss, M. Leonard, H. (1995); Practical guidelines for the assessment and treatment of selective mutism unter [http://www.jaacap.com/article/S0890-8567\(09\)62258-9/abstract](http://www.jaacap.com/article/S0890-8567(09)62258-9/abstract) Zugriff am 16.5.2010
- (http://bildungsklick.de/datei-archiv/50064/informationsschrift_prof_fried.pdf)
- <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/block-f90-f98.html>ICD-10 Zugriff am 11.08.2010
- <http://www.duden-suche.de/> Zugriff am 16.8.2010
- <http://www.ergotherapie-dve.de> Zugriff am 12.08.2010
- <http://www.heilmittelkatalog.de/ergo/ps1.htm>, Zugriff am 18.01.10
- <http://www.medfuehrer.de> Zugriff am 13.8.2010
- <http://www.mutismus.net>, Zugriff am 02.08.10
- <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/028-023.htm>

- <http://www.Mutismus-Selbsthilfe.de>, Zugriff am 30.07.10
- <http://www.psychology48.com/> Zugriff am 14.8.2010
- <http://www.schulministerium.nrw.de/BP/index.html> Zugriff am 12.12.2009
- <http://www.selektiver-mutismus.de>, Zugriff am 13.08.2010
- <http://www.strafgesetzbuch-stgb.de/stgb/203.html>; Zugriff am 15.4.2010
- Kramer, J. (2010); KoMut – Grundzüge der Kooperativen Mutismustherapie unter <http://www.selektiver-mutismus.de>, Zugriff am 13.08.2010
- Thienemann, M., Moore, P., Tompkins, K. (2006); A parent-only group intervention for children with anxiety disorders: pilot study unter [http://www.jaacap.com/article/S0890-8567\(09\)62258-9/abstract](http://www.jaacap.com/article/S0890-8567(09)62258-9/abstract) Zugriff am 16.5.2010

Weiterführende Literatur:

- American Occupational Therapy Association (2008); Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process, (2nd Ed.), AJOT 62, 625-683
- Becker, H., Steding-Albrecht, U. (2006); Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie; Thieme Verlag
- Bibliographisches Institut, F.A. Brockhaus AG (2003); Duden. Das große Fremdwörterbuch; Duden Verlag
- Bohnsack, R., Marotzki, W., Meuser, M. (Hrsg.), (2006), Hauptbegriffe qualitativer Sozialforschung, (2. Aufl.); Verlag Barbara Budrich
- Bowyer, P., Kielhofner, G., Kramer, J. (2008). The Model of Human Occupation, the ICF, and the Occupational Therapy Practice Framework: Connections to Support Best Practice Around the World. in G. Kielhofner; Model of Human Occupation (4th Ed.); Lippincott Williams & Wilkins
- Chalier, S. (2001); Grundlagen der Psychologie, Soziologie und Pädagogik für Pflegeberufe, Thieme Verlag
- Egan, G. (1985) The skilled helper: a model for systematic helping and interpersonal relating, (3. Aufl.), Brooks/ Cole
- Feiler, M. (2003); Klinisches Reasoning in der Ergotherapie; Springer Verlag
- Gläser, J., Laudel, G. (2009); Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse, (3. überarbeitete Aufl.); VS Verlag für Sozialwissenschaften, GWV Fachverlage GmbH.
- Heinemann, E., & Hopf, H. (2008). Psychische Störungen in Kindheit und Jugend: Symptome, Psychodynamik, Fallbeispiele, psychoanalytische Therapie; Kohlhammer
- Höfkes, A., Trepke, U., Trahe, A. (2002) Alltagssituationen spielend meistern: Ein Handlungsleitfaden für den Alltag von Familien mit hyperaktiven Kinder, Verlag Modernes Lernen
- Jerosch-Herold, C., Marotzki, Stubner, B., Weber, P. (2009); Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis, (3. Aufl.); Springer Verlag
- Jörrissen, B., Zirfas, J. (2010), Schlüsselwerke der Identitätsforschung, (1. Aufl.); Vs- Verlag

- Kaletsch, S. (2007); Spracherwerb im Kleinkindalter: Seminararbeit; GRIN Verlag
- Kielhofner, G. (2008); Model of Human Occupation, Theory and application (4th Ed.); Lippincott Williams & Wilkins
- Kielhofner, G., Marotzki, U., Mentrup, C. (2005); Model of Human Occupation (MOHO); Springer Verlag
- Kirchhoff, S., Kuhnt, S., Lipp, P., Schlawin, S. (2003), Der Fragebogen. Datenbasis, Konstruktion und Auswertung, 3.Aufl. ; Leske und Budrich
- Laufer, A., Schnettker, R. (2008). Kompetenzen. In DVE (Hrsg.), Ergotherapie im Profil (S. 17-21). Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
- Lauth, G., Schlottke, P. (2002); Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern (5. Aufl.); Beltz Verlag
- Mayring, P. (2002), Einführung in die qualitative Sozialforschung (5., überarb. und neu ausgestattete Aufl.); Beltz Verlag
- Mayring, P. (2007); Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (9. Aufl.); Beltz Verlag
- Mayring, P.; Gläser-Zikuda, M. (2008); Die Praxis der qualitativen Inhaltsanalyse; (2. Aufl.); Beltz Verlag
- Meier, C., Richle, J. (2008); Sinn-voll und Alltäglich: Materialiensammlung für Kinder mit Wahrnehmungsstörungen (Ausg. 9); Modernes Lernen Borgmann
- Noack, J. (2005); Erik H. Eriksons Identitätstheorie; (1. Aufl.); ATHENA-Verlag
- Oerter, R. (1999). Psychologie des Spiels; Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Petzold, H.G.(1993); Integrative Therapie; Junfermann
- Pieper, A., Thurnherr, U., (1998), Angewandte Ethik: eine Einführung; Originalausgabe, München: Beck
- Pschyrembel, (2007) Klinisches Wörterbuch, (261. Auflage), Walter de Gruyter
- Reichel, K. (2005); Ergotherapie systematisch beschreiben und erklären-das AOTA Framework als Beitrag zur Systematisierung der deutschen Ergotherapie; Schulz-Kirchner Verlag
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. (2002); Diagnostische Kriterien DSM-IV-TR. (1. Aufl.), Hogrefe-Verlag
- Scheepers, C., Steding-Albrecht, U., Jehn, P. (2007); Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln ,(3.Aufl.); Thieme Verlag
- Scholl, A. (2003); Die Befragung. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Tewes, U., Wildgrube, K. (1992); Psychologie-Lexikon. München: Oldenbourg.
- Vetter, B. (2001), Psychiatrie, Ein systematisches Lehrbuch für Heil-, Sozial- und Pflegeberufe, (6. Aufl.), Urban Fischer Verlag
- WHO (2007). International Classification of Functioning, Disability and Health - Children and Youth Version (ICF-CY). WHO Press

Anhang I: AWMF Leitlinien

(Zitiert aus der AWMF Leitlinie elektiver Mutismus, Zugriff unter <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/028-023.htm> am 1.7.2010)

Therapie

Die Störung sollte nach Möglichkeit ambulant behandelt werden. Voraussetzung ist eine effiziente Zusammenarbeit mit den Eltern und den betreuenden Einrichtungen (Schule, Kindergarten, Hort).

Weil die Störung zur Chronifizierung neigt, muss eine frühzeitige Intervention sichergestellt werden. Die in der Regel als multimodale Behandlung durchgeführte Intervention umfasst folgende Schritte bei Eltern und Patient:

- Aufklärung und Beratung der Eltern, des Kindes/Jugendlichen und der Erzieher bzw. Lehrer stehen am Anfang der Behandlung.
- Ein ursächliches Trauma erfordert dessen vorrangige Therapie, muss aber nicht notwendigerweise auch zur Verminderung der mutistischen Symptomatik beitragen.
- Grundsätzlich zielt die verhaltenstherapeutisch orientierte Intervention auf Aufrechterhaltung bzw. Ausbau normaler verbaler Kommunikation. Das Ausweichen des Kindes auf nichtsprachliche Kommunikation (Zeichensprache, Schrift u.a.) sollte wegen symptomhaltenden Effektes in der Regel nicht unterstützt werden. Meist ist es sinnvoll, zunächst die sprachliche Kommunikation mit dem Therapeuten aufzubauen und danach in anderen Situationen, in denen das Sprechen schwer fällt. Eine intensive Verstärkung des Sprechens ist meist sehr hilfreich.
- Der Einsatz einer begleitenden Pharmakotherapie richtet sich nach dem Schweregrad und der Chronifizierung der Symptomatik sowie den komorbiden Störungen (Angst, Depression und sozialer Rückzug).
- Die Behandlung komorbider Störungen erfolgt parallel.
- Eine Übungsbehandlung bei Symptomen von Sprachentwicklungsverzögerungen oder anderen Teilleistungsschwächen wird - soweit möglich - parallel durchgeführt.
- Kindzentrierte Interventionen zur Verminderung von komorbiden Angststörungen und zum Aufbau sozialer Kompetenzen sind häufig indiziert.
- Die Beratung der Eltern zielt auf die Verminderung symptomaufrechterhaltender Verhaltensweisen, (z.B. stellvertretendes Sprechen, überbehütendes Verhalten).
- Interventionen in Kindergarten und Schule zielen auf eine Verminderung der Symptomatik.

Aufklärung und Beratung berücksichtigen die konkreten familiären Bedingungen und Belastungen und umfassen:

- Information hinsichtlich der Symptomatik, der angenommenen ursächlichen Faktoren sowie der geplanten Behandlung

- Beratung hinsichtlich pädagogischer Interventionen zur Bewältigung der sozialen Problemsituationen, insbesondere durch Schaffung einer ermutigenden, angstfreien Atmosphäre
- Anfängliche Belohnung der nonverbalen Kontaktaufnahme (durch Zuwendung), dann aber zunehmend nur noch Belohnung verbaler Kontaktaufnahme
- Abbau der Verstärkung alternativer Kommunikationsmittel, wie z.B. Schriftverkehr und Gestik
- Kontingente Verstärkung verbaler Kommunikation
- Angemessene Aufforderungen zu verbaler Kommunikation
- Minderung der sozialen Ängste durch Vermittlung von Freundschaften, Ermutigung anderer Kinder, sich dem mutistischen Kind zuzuwenden, aber nicht das Sprechen für dieses zu übernehmen.

Stufen der verhaltensorientierten Therapie mit dem Kind:

- *Aufbau von Sprechen in Therapie gegenüber dem Therapeuten.* Dabei kann Sprechen durch spielerische Beschäftigungen und andere Aktivitäten erleichtert werden. Initial kann es notwendig werden, präverbale Laute (beim Spiel) zu verstärken, später das Sprechen einzelner Worte und ganzer Sätze mit entsprechender Lautstärke (Shaping-Verfahren*). Mitunter gelingt Sprechen anfangs nur mit der Bezugsperson in Anwesenheit des Therapeuten, wobei das Sprechen dann zunehmend auf den Therapeuten übergeht (Fading-Prozeduren*). Wenn Sprechen mit dem Therapeuten aufgebaut ist, können andere Personen in die Therapie einbezogen werden und das Sprechen über Telefon eingeübt und verstärkt werden. In einer US-amerikanischen Studie hat sich forciertes Sprechen (der Therapeut bleibt mit dem Patienten so lange im Zimmer, bis es dem Patienten gelungen ist zu sprechen) als wirkungsvoll erwiesen.
- *Aufbau von Sprechen im natürlichen Umfeld des Kindes unter Einbeziehung von Bezugspersonen.* Entlang einer nach dem Schwierigkeitsgrad geordneten Hierarchie von Sprechsituationen wird der Patient motiviert (durch Belohnungssysteme), die entsprechende Sprechsituation zu bewältigen. Im Rollenspiel können diese Situationen eingeübt werden. Angst fördernde Kognitionen sollten bearbeitet werden und durch Angst mindernde Gedanken (Mutmachergedanken) ersetzt werden.

Interventionen in der Familie zur Verminderung der Symptomatik setzen die Kooperationsbereitschaft der Hauptbezugsperson voraus und umfassen:

- Die Vermittlung sozialer Kompetenzen und Minderung von sozialen Ängsten bei Eltern und Bezugspersonen (evtl. Vermittlung einer psychotherapeutischen Unterstützung der Eltern) sowie evtl. Hilfe bei der Integration der Familie in ihr jeweiliges Umfeld.
- Abbau von stellvertretendem Sprechen durch Eltern, Verminderung überbehütender Tendenzen, Förderung der Autonomie des Kindes und Integration in Gleichaltrigengruppen
- Anleitung der Eltern zu graduiertem Vorgehen durch Aufbau des Sprechens in zunehmend schwieriger empfundenen Situationen

- Die Anwendung positiver Verstärker für Sprechen bzw. Verstärkerentzug bei definierten Verhaltensweisen des Kindes.

Interventionen in Kindergarten/Schule zur Verminderung der dort auftretenden Symptomatik umfassen bei gegebener Kooperation der Erzieher/Lehrer:

- Verhaltensmodifikationen unter Anwendung positiver Verstärker von sprachlichen Äußerungen durch Zuwendung oder auch Token-Systeme und Verstärkerentzug bei mutistischem Verhalten
- Zuordnung einer kleinen Gruppe zugewandter Kinder, Aufbau einer angstfreien und ermutigenden Situation für das Kind und Abbau der Außenseiterrolle
- Bei Vorschulkindern/Schulkindern mit lang anhaltender Symptomatik kann aufgrund aufrechterhaltender Bedingungen in Kindergarten/Schule ein Wechsel der Institutionen indiziert sein; bei Vorschulkindern mit lang anhaltender Symptomatik kann bei gleichzeitiger Therapie eine Zurückstellung von der Einschulung indiziert sein.

Eine Pharmakotherapie ist indiziert, wenn eine deutliche Beteiligung von Angst oder Depression vorliegt und der ausschließliche Einsatz nichtmedikamentöser Behandlungsverfahren keine Besserung erzielte. In einigen Studien an kleinen Patientenzahlen wurden günstige Wirkungen von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern berichtet (z.B. Fluoxetin in Tagesdosen von 20-60 mg, derzeit jedoch nur als "Heilversuch" möglich).

Anhang II: Klassifikationen und Kapitel der ICF-CY, die für Kinder mit selektivem Mutismus zutreffen könnten

Klassifikation der Körperfunktionen

Kapitel 1: Mentale Funktionen

Globale mentale Funktionen (b110-b139)

- b122 Globale psychosoziale Funktionen
- b126 Funktionen von Temperament und Persönlichkeit
- b1260 Extraversion
- b1261 Umgänglichkeit
- b1263 Psychische Stabilität
- b1264 Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen
- b1266 Selbstvertrauen
- b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs
- b1301 Motivation
- b147 Psychomotorische Funktionen
- b1470 Psychomotorische Kontrolle
- b1471 Qualität der psychomotorischen Funktionen
- b152 Emotionale Funktionen
- b1520 (Situations--)Angemessenheit der Emotion
- b1521 Affektkontrolle
- b1522 Spannweite von Emotionen
- b180 Die Selbstwahrnehmung und die Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen
- b1800 Selbstwahrnehmung
- b1801 Körperschema
- b235 Vestibuläre Funktionen
- b2351 Gleichgewichtssinn
- b2352 Bewegungssinn
- b260 Die Propriozeption betreffende Funktionen
- b265 Funktionen des Tastens
- b270 Sinnesfunktionen bezüglich Temperatur und anderer Reize
- b2702 Druck und Berührungsempfinden

Klassifikation der Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]

Kapitel 1: Lernen und Wissensanwendung

Elementares Lernen (d130-d159)

- d130 Nachmachen, nachahmen
- d 1313 Lernen durch symbolisches Spiel
- d 132 Informationen aneignen
- d 133 Sprache aneignen
- d135 Üben

Wissensanwendung (d160-d179)

- d163 Denken

d166 Lesen

d177 Entscheidungen treffen

Kapitel 2: Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

d210 Eine Einzelaufgabe übernehmen

d220 Mehrfachaufgaben übernehmen

d2103 Eine Einzelaufgabe in einer Gruppe bewältigen

d230 Die tägliche Routine durchführen

d240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen

d 250 das eigene Verhalten steuern

Kapitel 3: Kommunikation

Kommunizieren als Sender (d330-d349)

d330 Sprechen

d3350 Körpersprache einsetzen

*Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken
(d350-d369)*

d350 Konversation

d355 Diskussion

d360 Kommunikationsgeräte und -techniken benutzen

d360 Telekommunikationsgeräte benutzen

Kapitel 4: Mobilität

Gehen und sich fortbewegen (d450-d469)

d455 Sich auf andere Weise fortbewegen

d460 Sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen

d4601 Sich in anderen Gebäuden außerhalb der eigenen Wohnung umher bewegen

Kapitel 5: Selbstversorgung

d598 Selbstversorgung, anders bezeichnet

Kapitel 6: Häusliches Leben

Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten (d610-d629)

d620 Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen

d6200 einkaufen

Kapitel 7: Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen

Allgemeine interpersonelle Interaktionen (d710-d729)

d710 Elementare interpersonelle Aktivitäten

d720 Komplexe interpersonelle Interaktionen

Besondere interpersonelle Beziehungen (d730-d779)

d730 Mit Fremden umgehen

d740 Formelle Beziehungen

d750 Informelle soziale Beziehungen

d760 Familienbeziehungen

Kapitel 8: Bedeutende Lebensbereiche

Erziehung/Bildung (d810-d839)

d815 Vorschulerziehung

d 816 Vorschulleben und zugehörige Aktivitäten

d820 Schulbildung

d 835 Schulleben und zugehörige Aktivitäten

d 880 Eingebunden sein ins Spiel

d 8803 Gemeinsames kooperatives Spiel

Kapitel 9: Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

d910 Gemeinschaftsleben

d920 Erholung und Freizeit

d9200 Spiel

d9201 Sport

d9205 Geselligkeit

Klassifikation der Umweltfaktoren

Kapitel 3: Unterstützung und Beziehungen

e310 Engster Familienkreis

e315 Erweiterter Familienkreis

e320 Freunde

e325 Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitglieder

e330 Autoritätspersonen

e345 Fremde

e355 Fachleute der Gesundheitsberufe

Kapitel 4: Einstellungen

e410 Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises

e415 Individuelle Einstellungen der Mitglieder des erweiterten Familienkreises

e420 Individuelle Einstellungen von Freunden

e425 Individuelle Einstellungen von Bekannten, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und anderen Gemeindemitgliedern

e430 Individuelle Einstellungen von Autoritätspersonen

e445 Individuelle Einstellungen von Fremden

e450 Individuelle Einstellungen von Fachleuten der Gesundheitsberufe

e455 Individuelle Einstellungen von anderen Fachleuten

e460 Gesellschaftliche Einstellungen

e465 Gesellschaftliche Normen, Konventionen und Weltanschauungen

Anhang III: Anschreiben an Interviewteilnehmer

Anfrage bezüglich einer Interviewteilnahme zum Thema: „Selektiv mutistische Kinder in der Ergotherapie“

Sehr geehrte(r) _____ ,

Wir sind zwei Studentinnen und Ergotherapeutinnen mit langjähriger Berufserfahrung in der Pädiatrie. Im Rahmen unserer Bachelorarbeit des Aufbaustudiums an der Hogeschool Zuyd in Heerlen, Niederlande, möchten wir den Umgang mit selektiv mutistischen Kindern in der Ergotherapie näher beleuchten.

Kinder mit selektivem Mutismus stellen Therapeuten und das Umfeld vor schwierige Situationen und fordern die Kompetenz und das Einfühlungsvermögen auf besondere Art und Weise.

Bei unseren bisherigen Recherchen ist uns aufgefallen, dass selektiv mutistischen Kindern häufig aufgrund der Sekundärproblematiken Ergotherapie verordnet wird, dem in der Literatur jedoch keine Aufmerksamkeit zukommt und keine fachspezifischen Behandlungsansätze existieren.

Unser Ziel:

Wir möchten einen Vergleich der Erwartung von Betroffenen an die Ergotherapie und der gewählten Behandlungsweisen von Ergotherapeuten anstellen und für alle Interessierten transparent machen.

Um dieses bisher wenig hinterfragte Gebiet zu untersuchen, sind wir auf die Unterstützung von Fachleuten angewiesen.

Wir suchen Eltern von Kindern mit der Diagnose „selektiver Mutismus“, die an der Studie teilnehmen und uns durch das Ausfüllen eines Fragebogens Informationen über die Alltagsprobleme ihrer Kinder berichten möchten. Falls einige Kinder in ergotherapeutischer Behandlung sind wären wir an einer Befragung der Therapeuten interessiert um die ET- Inhalte mit den Bedürfnissen der Eltern zu vergleichen.

Es würde uns sehr freuen, wenn Sie uns bei der Kontaktaufnahme behilflich wären.

Wir planen unsere Hauptstudie im April/Mai 2010.

Bei der weiteren Datenverarbeitung werden Datenschutz und Anonymität gewahrt.

Bei Interesse senden wir Ihnen selbstverständlich unsere abgeschlossene Bachelorarbeit zu und laden Sie herzlich zur Präsentation der Ergebnisse im Februar 2011 ein.

Bitte teilen Sie uns bis zum _____ mit, ob Sie Interesse haben teilzunehmen.

Nach einer E-Mail mit dem Betreff „nehme teil“ an mutismus.annikat@gmx.de melden wir uns auf Wunsch telefonisch oder per Mail zurück.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Anhang IV: Anschreiben an die Eltern

Sehr geehrte Eltern,

im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie interessieren uns die Einschränkungen im Alltag von selektiv mutistischen Kindern. Bitte nehmen Sie sich kurz Zeit um folgende Fragen zu beantworten.

1. Angaben zu Ihrem selektiv mutistischen Kind

- ☐ Alter: _____ Jahre
- ☐ Junge
- ☐ Mädchen
- ☐ Besucht einen Kindergarten
- ☐ Besucht eine Schule

2. In welchen Bereichen des Alltags hat Ihr Kind Schwierigkeiten aufgrund des Schweigens?

Bitte unterstreichen Sie die zutreffenden Punkte und ergänzen Sie fehlendes.

- ☐ Im Alltag zuhause (beim durchführen täglicher Routinen wie anziehen, Zimmer aufräumen etc., sonstiges: _____)
- ☐ Im Alltag außerhalb des Hauses (bei Besuchen, beim Einkaufen, beim Erkunden der Umwelt, sonstiges: _____)
- ☐ Im Kindergarten/In der Schule (im Kontakt mit anderen Kindern, mit Erwachsenen, beim Durchführen von Aufgaben/Aufträgen, sonstiges: _____)
- ☐ In seiner Freizeitgestaltung (beim Spielen alleine, beim Spielen mit anderen, im Verein, auf dem Spielplatz, draußen, bei Freundschaften/Beziehungen, bei Unternehmungen mit der Familie, sonstiges: _____)
- ☐ Beim Regeln persönlicher Angelegenheiten (nachfragen/um Hilfe fragen, eigene Meinung/Bedürfnisse/Gefühle äußern, von Ideen erzählen, mit Veränderungen umgehen, Entscheidungen treffen, Probleme lösen, sonstiges: _____)

3. Bitte schreiben Sie hier die 3 wichtigsten Schwierigkeiten auf:

4. Welche Verbesserungen wünschen Sie sich für Ihr Kind?
Sie können bis zu 3 nennen.

Vielen Dank, dass Sie uns Ihre Einschätzung mitgeteilt haben!

Katja Rösing, Annina Sölter

Anhang V: Evaluationsbogen Pilotstudie Interviews

Sehr geehrte Kollegin,

Vielen Dank, dass du an unserer Pilotstudie zum Thema „Selektiv mutistische Kinder in der Ergotherapie“ teilgenommen hast.

Wir bitten Dich nun, einige Fragen zum Interview zu beantworten.

1. War das Informationsschreiben verständlich?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nein. Begründung: _____
2. Fühltest du dich durch das Anschreiben genug informiert?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nein _____
3. War dir die Thematik des Interviews von Anfang an klar?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nein _____
4. War die Dauer des Interviews angemessen?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nein
5. Wie war die Anzahl der Fragen (Anzahl der Fragen zu viel oder zu wenig?)
 - ☐ Zu wenig
 - ☐ Zu viel
 - ☐ angemessen
6. Wurden alle Fragen verständlich formuliert?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nein. Welche Fragen waren unverständlich?
Fragen Nr.: _____
7. War die Reihenfolge der Fragen gut aufeinander aufgebaut?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nein _____
8. Hat die Reihenfolge der Fragen den Gesprächsfluss unterstützt?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nein _____
9. Hätten Fragen an anderer Stelle besser gepasst?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nein
 - ☐ Wenn ja, welche Frage an welcher Stelle? _____
10. Gab es Fragen, die unnötig waren?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nein
 - ☐ Welche _____

11. Fehlten Deiner Meinung nach wichtige Fragen?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Welche _____

12. Haben sich Fragen wiederholt?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Welche?

13. Gab es Fragen, die dir unangenehm waren / zu persönlich waren?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Welche/ evtl. Begründung

14. Konntest du deine persönlichen Eindrücke und Erfahrung ausreichend mitteilen?

- ☐ Ja
- ☐ Nein. Was ist dazu notwendig?

15. War die Atmosphäre während des Gesprächs angenehm?

- ☐ Ja
- ☐ Nein. Was hat gestört?

16. Ist der Interviewer flexibel auf die Antworten eingegangen?

- ☐ Ja
- ☐ Nein _____

17. War es lohnenswert für dich sich mit dem Thema zu beschäftigen?

- ☐ Ja. Warum?
- ☐ Nein. Warum?

18. Hier ist noch Platz für weitere wichtige Anmerkungen, welche gegebenenfalls bisher außer Acht gelassen wurden:

Vielen Dank für Deine Anregungen!

Anhang VI: Interviewleitfaden Hauptstudie

Allgemeine Informationen zu Beginn

- Einleitende Erklärungen zum Thema und Ziel der Befragung
- Ein paar Worte über den Inhalt der Einstiegsfragen und den allgemeinen Ablauf
- Anonymität
- Es gibt keine richtigen und falschen Antworten
- Fragemöglichkeiten bei Unklarheiten
- Aufzeichnung des Gesprächs
- Einverständniserklärung zur Verwendung der erhobenen Daten
- Dauer des Interviews

Einstiegsfragen

1. Wie war Ihr bisheriger ergotherapeutischer Werdegang?
 - seit wann berufstätig,
 - wie viele selektiv mutistische Kinder behandelt,
 - Fortbildungen (im Bereich Mutismus),
 - Studium
 - woher kennen Sie das Krankheitsbild?
2. Erzählen sie uns etwas über Ihre Arbeit an Ihrem Arbeitsplatz
3. Können Sie uns nun ein paar Eckdaten über das /die behandelte(n) mutistische(n) Kind(er) nennen?
 - Alter/Kita oder Schule, Geschlecht, In welchen Bereichen des Alltags hatte das Kind Einschränkungen (Freizeit, Produktivität, Selbstversorgung), familiäres und soziales Umfeld, wie stark ist das Kind betroffen?

Wissensfragen/Themenbereiche

4. Erzählen Sie etwas über den ergotherapeutischen Ablauf mit dem selektiv mutistischen Kind (Erstkontakt, Behandlung, Entlassung)
 - Was steht auf der Verordnung (psychisch-funktionell, sensomotorisch-perzeptiv?)
 - Welche Infos werden von den Eltern erfragt? (Assessments, Erstgespräch, bestimmtes Modell genutzt?)
 - Erfolgt die Aufstellung des Therapieplanes?
 - Wie geschieht die erste Kontaktaufnahme zum Kind? (auch Inhalt)
 - Arbeiten sie nach einem bestimmten Ansatz? (konfrontativ, verstehend/Zeit lassend, gewährend?)
 - Gruppen oder Einzelbehandlung? Welche Räumlichkeiten stehen zur Verfügung?
 - Besteht die Möglichkeit supervidiert zu werden?
 - Wie lange sind/waren die Kinder in ET Behandlung? Wenn es ein Behand-

lungsende gab, was war der Grund dafür?

5. Welche Ziele gibt es für das Kind – wer formuliert diese, wie werden die erarbeitet?
6. Welches Gewicht hat das Sprechen als Ziel/Therapieinhalt?
7. Beschreiben Sie uns den inhaltlichen Schwerpunkt der Ergotherapie
 - Was für Medien werden genutzt?
 - Gibt es eine Zusammenarbeit mit den Eltern, der Umwelt? (Schule, Kita, Verein?), Beratungsstellen?
 - Ist das Kind während der Intervention alleine im Raum?
 - Kommen Personen mit? Wer?
 - Finden Institutionsbesuche statt?
 - Hat Motorik einen Schwerpunkt?
 - Werden gestalterische Mittel eingesetzt?
 - Werden Rollenspiel, Symbolspiel eingesetzt?
 - Ist der Gebrauch von Handpuppen oder Stofftieren üblich?
- Gibt es die Möglichkeit einer Übertragung in den Alltag? (z.B. in vivo Therapie; einkaufen gehen)
- Welche Therapieerfolge gibt es? Hatten Sie die Möglichkeit Therapieerfolge zu überprüfen?
8. Was sind Ihre Erfahrungen, Einschätzungen bezüglich der Behandlung selektiv mutistischer Kinder?
 - Welche Gedanken kommen in einem selbst auf?
 - Welche Erfahrungen gibt es? (Entwicklung, Veränderungen, Sprache, Handlungsfähigkeit)
 - Gab es etwas was Sie als besonders schwierig/herausfordernd in der Behandlung/im Umgang mit einem selektiv mutistischen Kind fanden?
 - Was begeistert Sie am meisten/was macht am meisten Spaß?
 - Welche Kompetenzen helfen dem ET Ihrer Meinung nach in der Behandlung von selektiv mutistischen Kindern?

Abschlussfrage

9. Gibt es noch wichtige Inhalte, die wir bis jetzt außer Acht gelassen haben?

Anhang VII: Einverständniserklärung

Betreff: Interview zur Bachelorarbeit mit dem Thema „Mutistische Kinder in der Ergotherapie“

Bezüglich unserer Bachelorarbeit führen wir ein offenes Interview durch. Der angesetzte Zeitrahmen dafür beträgt ca. 60 Minuten.

Die im wissenschaftlichen Rahmen erhobenen Daten sowie damit zusammenhängende personen- und ortsbezogene Angaben werden *elektronisch aufgezeichnet*.

Der Interviewteilnehmer ist damit einverstanden, dass das geführte *Interview auf einen Tonträger aufgenommen wird*.

Die Autoren versichern, dass diese vertraulich behandelt werden und nur verschlüsselt wiedergegeben werden. Ihre *Anonymität bleibt gewahrt*. Die Tonbandaufnahmen werden ausschließlich für die Bachelorarbeit verwendet und nicht an dritte Personen weitergegeben.

Der Interviewteilnehmer ist darüber informiert, dass einzelne Zitate ohne Angabe seines Namens für die Arbeit sowie deren Präsentation verwendet werden können.

Die Einverständniserklärung zur Studienteilnahme liegt dem Teilnehmer in zweifacher Ausführung vor.

Hiermit bestätige ich, _____, dass ich durch ein Informationsschreiben ausreichend schriftlich über die wissenschaftliche Untersuchung informiert worden bin.

Hiermit erkenne ich die oben geschilderte Vorgehensweise an und erkläre mich dazu bereit, an der wissenschaftlichen Untersuchung teilzunehmen.

Ort, Datum Teilnehmer

Katja Rösing

Annina Sölter

Anhang VIII: Transkriptionsregeln

angelehnt an Mayring (2007). Qualitative Inhaltsanalyse, 9. Auflage

Dokumentationsschlüssel: E= Experte, die Zahlen **1-5** für die Namen der Teilnehmer
Das transkribierte Interview wird von beiden Forschern gelesen und ggf. korrigiert.

1. Die Autoren transkribieren 1:1. Das heißt, leichte Umgangssprache wird verwendet um den Sinn der Aussage nicht zu verfälschen.
2. Unverständliche Passagen werden gekennzeichnet.
3. Alle Zahlen werden als Nummern dargestellt.
4. Nichtverbale Äußerungen (z.B. Lachen) werden in Klammern notiert, wenn sie den Forschern als wichtig erschienen und den Sinnzusammenhang verdeutlichen.
5. Auf Störungen oder Unterbrechungen während des Interviews wurde in der Transkription hingewiesen.
6. Abkürzungen können benutzt werden, wenn diese beiden Autorinnen bekannt sind.
7. Füllwörter, wie "Hm", "Äh", etc., werden immer transkribiert.
8. Längere Pausen werden durch "(...)" kenntlich gemacht.
9. Besondere Betonungen werden durch Unterstreichungen hervorgehoben.

Anhang IX: Transkription Interview 5

- 1 A: Ähm, ja...also es geht jetzt gleich so ein bisschen um deinen Werdegang, eigentlich
2 so um den Therapeuten selbst, dann schon direkt um die Behandlung, über die Befun-
3 dungszeit, die Behandlung, die Medien, bis zum Ende, dann über die eigenen Erfah-
4 rungen. Das als Überblick. Bei Fragen, die nicht verstanden werden einfach nachfragen
5 und es gibt natürlich keine falschen und keine richtigen Antworten.
- 6 E5: Ja.
- 7 A: Genau – also dann..wie war dein bisheriger ergotherapeutischer Werdegang?
- 8 E5: Ich hab 1998 mein Examen gemacht, war dann 1 Jahr in der forensischen Abteilung
9 in Düren als Ergotherapeut beschäftigt, danach war ich gut 1 Jahr auf den geschützten
10 Stationen in der psychiatrischen Uniklinik in Aachen und seitdem bin ich ununterbro-
11 chen in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Aachen beschäftigt. Was auch
12 jetzt der Fall ist-das hier ist nur die Abteilung in Stolberg.
- 13 A: Ah ja. Und ähm wie viele selektiv mutistische Kinder hast du ungefähr behandelt?
- 14 E5: Ich würde sagen in der gesamten Zeit vielleicht 8 oder 10.
- 15 A: Mit der Diagnose dann auch?
- 16 E5: Mit der gestellten Diagnose.
- 17 A: Und woher kennst Du das Krankheitsbild, also generell am Anfang aus der Ausbil-
18 dung oder....
- 19 E5: Nein eigentlich eher ja also in der Ausbildung glaub ich schon, dass wir das
20 durchgenommen haben...also ich kann mich da jetzt nicht dran erinnern, aber eher so
21 aus dem Alltag.
- 22 A: Hm. Ok. Kannst du uns was über den Arbeitsplatz genauer erzählen, was das ist, was
23 gemacht wird.
- 24 E5: Ja so ein bisschen über den Arbeitgeber oder...?
- 25 A: Ist egal...also eher über den Ablauf. Wer kommt hierhin...
- 26 E5: Mmh. In die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist eine Abteilung der Uniklinik in
27 Aachen und wir haben 3 stationäre Bereiche, 2 Ambulanzen und 2 Tageskliniken. Ich
28 bin jetzt zuständig für den Bereich der Tagesklinik und der Ambulanz hier in Stolberg
29 und wir behandeln alle kinder und jugend- psychiatrischen Krankheitsbilder. Die Ta-
30 gesklinik umfasst eigentlich 8-9- Plätze, wir sind derzeit aufgestockt auf 10, was ein-
31 fach ne Menge an Arbeit auch mit sich bringt. In der Ambulanz biete ich ambulante
32 Gruppen hauptsächlich an, das sind z.B. eine Gruppe für autistische Kinder, eine Grup-
33 pe für sozial auffällige Kinder, ein Sozialkompetenztraining, äh ein Aufmerksamkeits-
34 training, noch eine weitere Gruppe für sozial auffällige Kinder in Form einer Improvisa-

- 35 tionstheatergruppe ja und darüber hinaus Einzel und Diagnostik. Für die Tagesklinik
36 biete ich an: Werkgruppen, Diagnostik und falls es halt anfällt z.B. Körperentspannung
37 oder spezielles Training für schizophrene Patienten, IPT oder Cogpack, auch mal Ein-
38 zelbehandlungen aber eher selten im Rahmen der TK...
- 39 A: Äh, ja ich weiß nicht, jetzt geht's um ein paar Eckdaten zu den behandelten Kindern,
40 bei 10 ist es wahrscheinlich etwas viel (lacht), ich weiß nicht ob Du einen vor Augen
41 hast oder...
- 42 E5: Wir können vielleicht einfach den letzten nehmen.
- 43 A: Mhm. Genau. Dann kannst Du jetzt einfach ein paar Eckdaten nennen sowas wie
44 ging das Kind in den Kindergarten, in die Schule...
- 45 E5: Der Junge geht in die Schule, der war 9...ja
- 46 A: Und wo hatte der die Einschränkungen?
- 47 E5: Der hat in der Öffentlichkeit als er herkam gar nicht gesprochen, in der Schule ging
48 es einigermäßen, so mit ganz viel Zureden der Lehrerin konnte er leise sprechen aber
49 es ging dort, mit seinem Vater geht es auch, aber in allen fremden Situationen- also auf
50 der Straße, in Gruppen- nicht nur die neu waren, sondern in Gruppen ohne seinen
51 Vater konnte der nicht sprechen. Und der hat auch hier bis zuletzt nur sehr wenig ge-
52 sprochen, eigenmotiviert eigentlich gar nicht, nur in einer synthetischen Situation, ei-
53 ner herbeigeführten Situation und dann auch nur sehr leise, zunächst 1 Wort Sätze,
54 später aber auch längere Sätze, 2- 4 Wort Sätze, aber mehr auch nicht. Auch nicht in
55 der Einzeltherapie mit der Psychologin.
- 56 A: Ok. Jetzt geht's eigentlich schon richtig in die Behandlung. Erzähl uns doch mal was
57 über den ergotherapeutischen Ablauf: das heißt Erstkontakt, Behandlung, Entlassung.
58 Gibt's da bestimmte Phasen? Oder immer gleich?
- 59 E5: Es gibt bestimmte Rituale. Also in der Regel lerne ich die Patienten auf der Station
60 kennen und nicht hier in der ET und meist haben die dann schon mit mir eine Hausauf-
61 gabenzeit gehabt, das heißt ich betreue oben eine Hausaufgabenzeit wo ich dann eben
62 Struktur reinbringe und den Kindern ein größtmögliches Maß an Selbständigkeit bei
63 dieser Tätigkeit versuche zu vermitteln. Meistens kenne ich sie daher schon. Und kann
64 sie da schon auf mich und auch die Ergotherapie vorbereiten. Wenn die Kinder hierher
65 kommen ist die erste Gruppe immer eine Werkgruppe, bei der sie Einzelarbeit in der
66 Gruppe machen können und ein Werkstück ihrer Wahl – das ist so mein Ritual was ich
67 immer so habe- das ich den Kindern am Anfang nicht sage, was sie machen sollen
68 sondern sie sich selbst aussuchen und dann kann ich auch ungefähr einschätzen wie
69 die Kinder sich selber einschätzen, ob sie sich überschätzen, oder eher unterschätzen
70 ob sie sich entscheiden können welche Interessen sie haben, ja das kann man so ganz
71 gut sehen.
- 72 A: Und unterscheidet sich das denn bei mutistischen Kindern zum anderen Klientel
73 oder ist das gleich?

74 E5: Nee, also ich hab diesen mutistischen Jungen eigentlich genauso behandelt, wis-
75 send, dass er nicht sprechen wird, zunächst (lacht) also ich hab wirklich versucht dass
76 er mir..also das Problem ist ja dass mutistische Kinder nicht nur nicht sprechen son-
77 dern häufig auch keinen Kontakt aufnehmen oder auch nicht zeigen oder naja sich in
78 gar keiner Weise mitteilen und dieses nonverbale Mitteilen habe ich schon vorausge-
79 setzt für die Ergotherapie bei ihm, bei dem Patienten jetzt und das hat mit ein biss-
80 chen Anlaufschwierigkeiten auch funktioniert. Das war aber auch das Ziel das wir hier
81 hatten, dass sich der Patient hier zunächst nonverbal in irgendeiner Form mitteilen
82 kann oder auf sich aufmerksam machen kann.

83 A: Und Kontakt zu den Eltern kommt in der Ergotherapie nicht zustande, weil der vor-
84 her schon geschieht durch Gespräche bei der Aufnahme oder...

85 E5: In der Ergo gibt es keinen professionellen Kontakt zu den Eltern in der Regel, außer
86 in der Ambulanz, aber bei dem Patienten, der ja in der TK behandelt wurde war das
87 dann nicht der Fall. Ich kenne den Vater, ich hab den auch mehrfach gesehen, weil wir
88 auch den gleichen Arbeitsweg hatten und weil der Junge vom Vater begleitet wurde,
89 aber ich hatte keinen professionellen Kontakt zum Vater. Der Vater, der alleinerzie-
90 hend ist.

91 A: Ah ja Das heißt die Ziele, die eventuell dann aufgestellt wurden die gehen dann von
92 dir und dem Kind aus und nicht in Kooperation mit dem Vater oder?

93 E5: Naja, die Ziele sind ja...wir sind ja ein multiprofessionelles Team und die Ziele rich-
94 ten sich nach...die Ziele erstellen wir in einer großen Runde, sicher haben die Eltern ein
95 Bedürfnis, wenn sie ihr Kind hierher bringen ...ähm und das wird auch mitgeteilt und
96 das wird im Team besprochen wie man auf Basis dieses Bedürfnisses Ziele für das Kind
97 formuliert oder mit dem Kind im besten Fall formuliert, ja

98 A: Und z.B. bei dem Jungen, was war denn das Ziel gerade in der ET?

99 E5: Also da war in der Tat das Ziel den Schulbesuch weiter zu klären weil der Junge...es
100 gab auch schon ein psychosoziales Ziel, weil der Vater sehr schwach war und wenig
101 Grenzen gesetzt hat und der Junge deshalb ziemlich aus dem Ruder lief und der Schul-
102 besuch nicht mehr regelmäßig war ähm und man nicht wusste ob das jetzt eine Schul-
103 verweigerung ist oder eine Schulangst oder ob der Mutismus da vorherrschend ist für
104 den, sich schämen in der Schule, versagen in der Schule, das war erst mal so eine di-
105 agnostische Frage. Aber im Verlauf mit dem Ziel, den Jungen auch mehr und mehr
106 Situationen auszusetzen in denen er Strategien erlernt wie er doch sich ausdrücken
107 kann. Und zwar in irgendeiner Form sozial anerkannt ausdrücken kann. Ja und ähm
108 hier in der ET war das Ziel sehr eng gekoppelt an die Ziele der Psychologin, die den
109 Jungen behandelt hat ähm und auch verbunden mit den Aufträgen, die der Junge in
110 den Einzelsitzungen von der Psychologin bekommen hat für die ET ähm die dann wa-
111 ren, dass er sich eben anhand von einer Zeichnung mitteilen sollte oder wenn er nicht
112 weiter weiß, dass er auf sich aufmerksam machen sollte. Ähm, ein Ziel was ich hier mit
113 ihm in der ET erarbeitet habe war, dass ich ihn nicht mehr einfach so drauf los arbeiten
114 lassen will, sondern dass er mir sagen soll -und in der Tat sagen, weil das war es schon

115 fortgeschritten, dass er mit der Therapeutin gesprochen hat, oben mit der Psychologin
116 und hier unten aber in der Gruppe das noch nicht konnte- ähm so sollte er mir dann
117 irgendwann sagen, was er genau vorhat ich wollte keine Arbeitsplanung von ihm wis-
118 sen aber ich wollte wissen was er machen möchte. Er hat also sehr viel mit Holz gear-
119 beitet sehr oft, ja er hat immer drauflos gearbeitet, das ist natürlich fürs erste Werk-
120 stück genau so gewollt aber im Verlauf mische ich mich schon ein und versuche Ein-
121 fluss zu nehmen und das war kaum möglich weil der Junge eben nicht mitgeteilt hat
122 wohin die Reise geht. Und das war mir dann ein Anliegen, ein Ziel, dass er dann auch
123 mitgetragen hat und das war im Verlauf auch möglich hier in der Gruppe, dass er mir
124 leise ins Ohr geflüstert hat -hier im Raum in der Kleingruppe mit 3 oder 4 anderen
125 Kindern- was er vorhat.

126 A: Und war der dann von Anfang an in der Gruppe hier?

127 E5: Ja. Der wurde von Anfang an in der Gruppe behandelt.

128 A: Ok, und der Transfer in die Umwelt oder in sein Umfeld ist der dann gelungen dann
129 dadurch, also wenn er jetzt hier gesprochen hat wurde das irgendwie ähm wurde das
130 in der ET erarbeitet dass er z.B. ein Werkstück machen wollte und er musste dann da-
131 für was einkaufen oder so?

132 E5: Das haben wir natürlich versucht, es ist aber in der Tat nicht gelungen. Ich glaube
133 nicht dass der Junge sehr viel von dem hier Erlernten mitnehmen konnte aus meiner
134 Sicht -und wir haben das auch oben im Team reflektiert- ähm resultiert das schon dar-
135 aus, dass der häusliche Rahmen eher schwach ist und auch kognitiv eher schwach ist
136 und der Erziehungsstil eher so, dass dem Jungen eher wenig abverlangt wird, dass
137 Grenzen setzten nach dem Verständnis des Vaters schon eine Form von Gewalt war
138 ähm und Konsequenzen erst recht und ja das war dann doch eher schwierig. Wir sehen
139 da keinen großen Erfolg aus der Behandlung hier, keinen großen nachhaltigen Erfolg.

140 A: Das heißt, hier im geschützten Rahmen hat er dann gesprochen, aber wenn er dann
141 rausgeht dann...

142 E5: Auch sehr wenig und leise immer und auch nur in den synthetischen Situationen
143 nicht spontan mit den Kindern.

144 A: Und das Ziel, wenn ich das richtig verstehe was gemacht wurde ist jetzt nicht, dass
145 er spricht, sondern dass er sein Handeln ausdrücken kann, irgendwie kommunizieren
146 kann..

147 E5: Dass er sich mitteilt...

148 A: Genau, aber nicht das Sprechen stand da im Vordergrund.

149 E5: Naja, von Anfang an würden wir das sicher nicht in den Vordergrund stellen, das
150 stand sicherlich irgendwann im Vordergrund, dass er das tut, aber wichtig ist, wenn er
151 nicht sprechen kann weil es ihm einfach zu schwer fällt, dann ist es ein zu hohes Ziel,
152 ne? Dann ist es wichtig, dass er sich irgendwie mitteilt und dass er darüber auch die

- 153 Scheu und die Angst vor diesen neuen Situationen und Menschen auch verliert die er
154 nicht kennt.
- 155 A: Supervision, gibt's das hier?
- 156 E5: Ja. Allerdings wurde der Junge nicht besprochen.
- 157 A: Wie lange war der Junge dann hier in Behandlung?
- 158 E5: Äh, ich glaube 7 oder 8 Wochen und die Behandlung endete eigentlich damit, dass
159 der Junge immer unregelmäßiger hierher kam, genauso wie das in der Schule ja auch
160 aufgetreten war ähm, der Vater hat ihn nicht mehr pünktlich um 8 Uhr hierhin ge-
161 bracht, sondern mal um 10 , halb elf das war unterschiedlich und dann musste die Be-
162 handlung einfach ähm ja mit schon lange geplanten, im voraus geplanten Installierung
163 von Jugendhilfemaßnahmen beendet werden.
- 164 A: Jetzt nochmal zu dem Schwerpunkt in der Therapie, also Handwerk spielte eine gro-
165 ße Rolle bei ihm?
- 166 E5: Ja Handwerk war das Medium mit dem er sich auch gut identifizieren konnte, also
167 Handwerk in seiner basalsten Form, er hat natürlich mit Holz gearbeitet und auch mit
168 der Laubsäge gearbeitet. Aber er hat auch gemalt, vor allem bei der Psychologin da hat
169 er häufig Bilder gemalt und kommuniziert also um in den Kontakt zu kommen, z.B. ein
170 Bild von seiner Katze worüber er dann mit der Psychologin- sag ich mal- nicht ins Ge-
171 spräch gekommen ist aber zumindest in Kommunikation getreten ist.
- 172 A: Und sowas wie Motorik spielt das auch eine Rolle in der ET, so motorische...
- 173 E5: Das ist kein Schwerpunkt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, wenn da Defizite
174 sich zeigen, versuchen wir im Rahmen unserer Möglichkeiten was wir hier anbieten
175 können damit zu arbeiten, SI ist sicher keine Möglichkeit hier in der K-J Psychiatrie .
176 Aber es gab auch bei dem Jungen keine Indikation dafür.
- 177 A: Ja, ok. Was sind denn Deine Erfahrungen oder Einschätzungen bezüglich der Be-
178 handlung von selektiv mutistischen Kindern, also gibt es irgendwelche bestimmten
179 Erfahrungen, Herausforderungen dabei, bestimmte Sachen die an diesen Kindern ge-
180 rade interessant sind oder so?
- 181 E5: Ach... also ich würde nicht sagen dass mutistische Kinder eine größere Herausfor-
182 derung darstellen als andere. Jeder hat so sein eigenes Ziel und bei den mutistischen
183 Kindern ist es halt häufig so, dass die einen schon mal persönlich so an seine Grenzen
184 bringen. Also wenn ein Kind nicht spricht und man weiß , es kann eigentlich sprechen,
185 dann ist das natürlich schwer zu begreifen und das stellt einen als Therapeut vor eine
186 große Herausforderung. Zumal wenn die Kinder dann so stoisch eben nicht sprechen,
187 wie der Junge das getan hat, ist es eben schwer, man denkt sich:“ ja mein Gott, jetzt
188 red' doch endlich“. Aber so ist es natürlich nicht und mit dieser Herausforderung muss
189 man halt umgehen. Insofern ist das eine besondere Herausforderung , eine Besonder-
190 heit in der Therapie, dass man halt dieses Defizit auch leicht falsch verstehen kann o-
191 der leicht auch persönlich nehmen kann, ne? Warum spricht der mit der Psychologin

- 192 im Einzel und nicht in der ET mit mir? Zum Beispiel weil das Setting anders ist -so kann
193 man sich das vielleicht erklären- aber das erfordert dann auch das Abrücken auf eine
194 Metaebene, um sich selber zu betrachten.
- 195 A: Und glaubst Du, es gibt Kompetenzen, die dem ET helfen solche Kinder zu behan-
196 deln? Das können jetzt persönliche Kompetenzen sein oder sowas wie die eigene Art,
197 die eigene Persönlichkeit oder auch Fortbildungen, ein bestimmtes Buch gelesen zu
198 haben...
- 199 E5: Hm. Nee, ich glaube, dass eine gewisse...Fachkompetenz erforderlich ist, was den
200 Mutismus angeht und die Fähigkeit zur Eigenreflektion und zur Verhaltensverände-
201 rung wenn man einfach merkt, dass man so nicht weiterkommt. Und sicher auch kleine
202 Brötchen backen, das gehört denke ich auch zu dem Erfolgsrezept bei mutistischen
203 Kindern. Das Ziel kann nicht sein, das Kind zum Reden zu bringen sondern es müssen
204 kleinere Ziele gesehen werden, die davor stehen, und die zu erreichen, das ist erst mal
205 das Ziel. Also da würde ich gar nicht so weit gehen das Kind zum Reden bringen zu
206 wollen. Ja, also dass man eben wirklich kleine Fortschritte erkennt -dass ein Kind bei-
207 spielsweise mich anschaut wenn es nicht mehr weiter weiß anstatt nur auf sein Werk-
208 stück zu starren beispielsweise, ne? Und dann ist das Anschauen schon eine Form von
209 in Kontakt kommen und dieser kleine Fortschritt muss dann auch gesehen werden. Das
210 würde ich schon als eine Kompetenz sehen, die ein Therapeut mitbringen sollte um
211 eine optimale Behandlung durchführen zu können.
- 212 A: Ok. Dann guck ich mal gerade ob wir noch was vergessen haben...und die Übertra-
213 gung nach außen geschah ja dann eigentlich auch durch die Weiterbehandlung ...du
214 hast gesagt dass der Vater dann auch noch Begleitung gekriegt hat durch...
- 215 E5: Ja, Jugendhilfe- da geht's aber weniger um den Mutismus, mehr um die Struktur,
216 dass der Vater einfach Hilfe bekommt seinem Sohn in irgendeiner Form Grenzen zu
217 setzen und ihn – ich sag es mal böse – zum funktionieren zu bringen. Das geht halt
218 nicht, dass der Junge nicht die Schule besucht oder unregelmäßig, es geht auch nicht,
219 dass der Junge völlig ungepflegt den ganzen Tag in Gummistiefeln rumläuft. Der hatte
220 wohl noch eine Einnäss-Symptomatik, das ist natürlich..ja...das muss auch im Sinn des
221 Kindes angegangen werden und ähm insofern war diese Jugendhilfemaßnahme keine
222 die den Mutismus direkt behandeln würde, behandeln sowieso nicht, weil es ja keine
223 therapeutische Maßnahme ist, ähm aber auch...also eine Maßnahme die die flankie-
224 rende Symptomatik angeht. Ja.
- 225 A: Gut ja dann, letzte Frage: gibt es noch wichtige Inhalte die ich jetzt außer Acht ge-
226 lassen habe, fällt dir noch was ein, was Wichtiges?
- 227 E5: Nee.
- 228 A: Dankeschön!

Anhang X: Auswertung Interview 5

Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion nach Selektion und Bündelung
47-51	Der hat in der Öffentlichkeit als er herkam gar nicht gesprochen, in der Schule (...) konnte er leise sprechen, (...) in allen fremden Situationen, also auf der Straße, in Gruppen, (...) konnte der nicht sprechen.	Nicht sprechen in der Öffentlichkeit In der Schule leises sprechen Nicht sprechen in allen fremden Situationen, außerhalb des Hauses, in Gruppen	K1 Einschränkungen • Schweigen in der Öffentlichkeit • In fremden Situationen • Außerhalb des Hauses • In Gruppen • Einsilbigkeit/Flüstern in Schule
51-55	(...) auch hier bis zuletzt nur sehr wenig gesprochen, (...) nur in einer synthetischen Situation, (...), zwei-bis vier-Wort-Sätze, auch (...) in der Einzeltherapie mit der Psychologin.	In Tagesklinik sprechen nur in synthetischen Situationen in Einzeltherapie auch nur 2-4-Wort Sätze	K1 Einschränkungen: • Einsilbigkeit in Tagesklinik • In Einzeltherapie
65-70	Wenn die Kinder hierher kommen ist die erste Gruppe immer eine Werkgruppe, bei der sie Einzelarbeit in der Gruppe machen können und ein Werkstück ihrer Wahl, (...)dann kann ich ungefähr einschätzen (...)welche Interessen sie haben(...)	Einstieg in die ET in Werkgruppe, Werkstück nach Wahl in Einzelarbeit Ziel: Interessen herausfinden	Methoden/Ansätze: • Einstieg: Einzelarbeit in Gruppe nach Wunsch • Interessen der Kinder herausfinden
76-78	(...)das Problem ist (...) dass mutistische Kinder nicht nur nicht sprechen son-	Problem des nicht Sprechens wird zusätzlich verstärkt durch mangelnde Kontaktaufnahme, Gesten	Einschränkungen • Nicht Sprechen verstärkt durch fehlende Kontaktaufnahme

	der häufig auch keinen Kontakt aufnehmen (...) sich in gar keiner Weise mitteilen (...)	und Mitteilungsfähigkeiten	me und Fähigkeiten sich mitzuteilen
80-82	Das war (...) auch das Ziel das wir hier hatten, das sich der Patient hier zunächst nonverbal (...) mitteilen kann oder auf sich aufmerksam machen kann.	Ziel, sich nonverbal mitzuteilen und auf sich aufmerksam zu machen	Ziele: • Sich nonverbal mitteilen • Auf sich aufmerksam machen
94-97	(...)Ziele erstellen wir in einer großen Runde; sicher haben die Eltern ein Bedürfnis, wenn sie ihr Kind hierher bringen(...) und das wird im Team besprochen wie man auf Basis dieses Bedürfnisses Ziele für das Kind formuliert oder mit dem Kind im besten Fall formuliert(...).	Ziele werden interdisziplinär auf Basis der Bedürfnisse der Eltern für das Kind- wenn möglich mit dem Kind -formuliert	Methoden/Ansätze • Interdisziplinäre Zusammenarbeit • Gemeinsame Zielformulierung mit Eltern /Kind anstreben
99-104	(...)da war (...)das Ziel den Schulbesuch weiter zu klären, weil der Junge(...)ziemlich aus dem Ruder lief und der Schulbesuch nicht mehr regelmäßig war (...) und man nicht wusste ob (...) der Mutismus da vorherrschend ist (...) das war erst mal so eine diagnostische Frage.	Ziel/diagnostische Frage nach der Ursache für den unregelmäßigen Schulbesuch	
105-	Im Verlauf mit dem Ziel, den Jungen	Strategien zur Kommunikation sollen erlernt und	Ziel: • Strategien zur Kom-

107	mehr und mehr Situationen aussetzen, in denen er Strategien erlernt, wie er sich ausdrücken kann(...) und zwar sozial anerkannt ausdrücken kann.	erprobt werden	munikation erlernen und probieren
108 - 112	(...) in der ET war das Ziel sehr eng gekoppelt an die Ziele der Psychologin, (...) und auch verbunden mit den Aufträgen, (...) dass er sich eben anhand von einer Zeichnung mitteilen sollte oder wenn er nicht weiter weiß, dass er auf sich aufmerksam machen sollte.	Ziele der ET gekoppelt an die Arbeitsaufträge der Psychologin Ziel, sich mit Hilfe von Zeichnungen mitzuteilen; auf sich aufmerksam zu machen wenn Hilfe benötigt wird	Ziel sich durch Zeichnungen mitteilen
112 - 117	(...) ein Ziel was ich hier mit ihm in der ET erarbeitet habe war (...)dass er mir sagen soll (...)was er genau vorhat (...).	Sagen, was er vorhat	Ziel Sprache einsetzen
122 - 125	Und das war mir dann ein Anliegen ,ein Ziel dass er dann auch mitgetragen hat und das war im Verlauf auch möglich hier in der Gruppe, dass er mir leise ins Ohr geflüstert hat hier im Raum in der Kleingruppe mit 3 oder 4 anderen Kindern was er vorhat.	Gemeinsames Ziel, innerhalb der Gruppe Therapeuten Plan ins Ohr flüstern	Ziel Leise flüstern
127	Der wurde von Anfang an in der Gruppe behandelt.	Behandlung in der Gruppe	Methoden Behandlung in Gruppe

132 - 135	Ich glaube nicht dass der Junge sehr viel von dem hier erlernten mitnehmen konnte, aus meiner Sicht (...) resultiert das schon daraus, dass der häusliche Rahmen eher schwach ist (...).	Übertragung in den Alltag schwer, Weil Keine Konsequenzen zuhause	Erfahrungen: Übertragung in den Alltag schwer, weil keine Umsetzung zuhause
138 - 139	Wir sehen da keinen großen Erfolg aus der Behandlung hier, keinen großen nachhaltigen Erfolg.	Kein nachhaltiger Behandlungserfolg	Erfahrungen Kein nachhaltiger Behandlungserfolg
147	dass er sich mitteilt...	Ziel, sich mitzuteilen	
149 - 150	(...) von Anfang an würden wir das (Sprechen) sicher nicht in den Vordergrund stellen, das stand sicherlich irgendwann im Vordergrund dass er das tut (...).	Sprechen steht erst später im Vordergrund	Ziel Später Sprache
152 - 154	Dann ist es wichtig dass er sich irgendwie mitteilt und dass er darüber auch die Scheu und die Angst vor diesen neuen Situationen und Menschen auch verliert die er nicht kennt.	Ziel, sich mitzuteilen, Angst vor unbekannten Situationen und Menschen verlieren	Ziel Scheu und Angst vor neuen Situationen verlieren
166 - 168	Handwerk war das Medium mit dem er sich auch gut identifizieren konnte, er hat natürlich mit Holz gearbeitet und auch mit der Laub-	Handwerk als geeignetes Medium Holzarbeiten	Methoden Medium Handwerk

	säge gearbeitet.		
168 - 169	Aber er hat auch gemalt, vor allem bei der Psychologin da hat er häufig Bilder gemalt und kommuniziert also um in den Kontakt zu kommen (...).	Malen als Kommunikationsgrundlage	Methoden • Malen als Kommunikationsgrundlage
173	(Motorik) ist kein Schwerpunkt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie(...)	Keine Motorik	
175	(...) SI ist sicher keine Möglichkeit hier in der K-J Psychiatrie.	Keine SI (Wahrnehmungsbehandlung)	
182 - 184	(...) bei den mutistischen Kindern ist es halt häufig so dass die einen schon mal persönlich so an seine Grenzen bringen.	Mutistische Kinder können Therapeuten an persönliche Grenzen bringen	Erfahrung • Beharrliches Schweigen kann Therapeuten an persönliche Grenzen bringen
189 - 191	Insofern ist das eine besondere Herausforderung , (...) dass man halt dieses Defizit auch leicht falsch verstehen kann oder leicht auch persönlich nehmen kann (...).	Herausforderung das Schweigen nicht falsch zu verstehen und persönlich zu nehmen	Erfahrungen • das Schweigen kann persönlich genommen werden
193 - 194	(...) das erfordert dann auch das Abrücken auf eine Metaebene, um sich selber zu betrachten.	Notwendigkeit der Selbstbeobachtung	Kompetenzen • Fähigkeit zur Selbstbeobachtung notwendig
199 - 201	(...) ich glaube, dass eine gewisse Fachkompetenz erforderlich ist, was den Mutismus angeht und die Fähigkeit zur	Fachkompetenz bezüglich Mutismus Fähigkeit zur Selbstreflexion und Verhaltensänderung	Kompetenzen • Wissen über Mutismus notwendig • Fähigkeit zur Verhaltensänderung wichtig

	Eigenreflektion und zur Verhaltensveränderung wenn man einfach merkt dass man so nicht weiterkommt.		
201 - 202	Und sicher auch kleine Brötchen backen, das gehört (...) zu dem Erfolgsrezept bei mutistischen Kindern.	Kleine Brötchen backen führt zum Erfolg	Erfahrungen • Teilziele in der Behandlung setzen
203 - 205	Das Ziel kann nicht sein, das Kind zum Reden zu bringen, sondern es müssen kleinere Ziele gesehen werden, die davor stehen und die zu erreichen, das ist erst mal das Ziel.	Das Ziel Reden muss in kleinere Teilziele zerlegt werden	Erfahrungen s.o. Teilziele in der Behandlung setzen
206 - 207	(...) dass man (...) wirklich kleine Fortschritte erkennt das ein Kind beispielsweise mich anschaut wenn es nicht mehr weiter weiß (...).	Blickkontakt als kleiner Fortschritt	
215 - 217	Jugendhilfe- da geht's (...) um die Struktur dass der Vater einfach Hilfe bekommt seinem Sohn in irgendeiner Form Grenzen zu setzen (...).	Flankierende Maßnahmen als Hilfe für Vater	

K1/ Mittel

- Medium Handwerk,
- Malen als Kommunikationsgrundlage

K2/ Methoden, Ansätze

- Einstieg: Einzelarbeit in Gruppe nach Wunsch,
- Interessen der Kinder herausfinden,

- Interdisziplinäre Zusammenarbeit,
- gemeinsame Zielformulierung mit Eltern/Kind anstreben,
- Behandlungssetting Gruppe

K3/ Ziele

- Sich nonverbal mitteilen,
- auf sich aufmerksam machen,
- später Sprache einsetzen,
- Strategien zur Kommunikation erlernen und probieren
- leise flüstern,
- Scheu und Angst vor neuen Situationen verlieren

K4/ Erfahrungen

- Übertragung in den Alltag schwer wenn keine Umsetzung zuhause,
- kein nachhaltiger Behandlungserfolg,
- beharrliches Schweigen kann Therapeuten an persönliche Grenzen bringen,
- Schweigen kann persönlich genommen werden,
- Teilziele in der Behandlung setzen

Einschränkungen in verschiedenen Lebensbereichen:

- Schweigen in der Öffentlichkeit, in fremden Situationen, in Gruppen
- Einsilbigkeit, Flüstern in Schule, in Therapie, Tagesklinik
- Nicht Sprechen verstärkt durch fehlende Kontaktaufnahme und mangelnde Fähigkeiten sich mitzuteilen

K5/ Kompetenzen

- Fähigkeit zur Selbstbeobachtung und Verhaltensänderung (Selbstreflexion),
- Fachwissen über Mutismus

Anhang XI: Schwierigkeiten benannt durch die Eltern

Mehrfachnennungen entsprechen gleicher Angaben für unterschiedliche Kinder, nicht zwei gleiche Nennungen durch Vater und Mutter für ein Kind

- sprechen
- sprechen in Kita
- im Unterricht beteiligen
- um Hilfe bitten
- selbständig außer Haus
- Kontaktaufnahme
- sprechen mit Fremden
- bestimmender, tyrannischer Charakter
- Schulprobleme
- Kontakte knüpfen
- Beteiligung in der Schule
- Schweigen in der Schule
- Einkaufen (3x)
- Bedürfnisse und Gefühle äußern (3x)
- turnen in Kita
- in der Familie reden
- Reaktion fremder Leute
- Freundschaften gestalten
- kein aktives Handeln
- Termine machen
- weinerliches Verhalten
- geringes Selbstvertrauen in fremder Umgebung
- sprechen in angemessener Lautstärke
- Gefühle ausdrücken
- Zurechtfinden in Gesellschaft
- telefonieren
- Entscheidungen treffen, Probleme lösen
- alleine schlafen
- Kontakte gehen verloren
- sprechen in Gruppen
- Bedürfnisse, Gefühle äußern
- manipulatives Verhalten in der Familie
- unselbständig
- small talk aus eigener Initiative
- Verhalten in der Familie
- Körperwahrnehmung

Anhang XII: Veränderungswünsche der Eltern

Mehrfachnennungen entsprechen gleicher Angaben für unterschiedliche Kinder, nicht zwei gleiche Nennungen durch Vater und Mutter für ein Kind

- rücksichtsvoller Umgang mit Mitmenschen
- mehr Selbständigkeit
- eigenaktives Leben
- bessere soziale Fähigkeiten
- sprechen in der Schule
- sprechen
- Umgang mit Gefühlen
- Selbstsicherheit, Selbstwahrnehmung
- sich draußen öffnen
- Offenheit für neue Erfahrungen
- Mut Probleme zu lösen
- ausgeglichenes Verhalten zuhause
- Bedürfnisse und Probleme erzählen
- soziales Verhalten in Gesellschaft
- kürzere Eingewöhnung in neue Umgebung
- Offene Kontaktaufnahme
- Termine machen
- über Bedürfnisse und Gefühle sprechen