

Die Heidelberger Marschak-Interaktionsmethode in der Mutismustherapie



Der Autor:

Markus Schulte-Hötzel
Wallstraße 10 | 26603 Aurich
www.schulte-hoetzel.de | schulte-hoetzel@t-online.de

ABSTRACTS

In diesem Artikel wird die videogestützte Diagnostik mit der Heidelberger Marschak-Interaktionsmethode (H-MIM) beschrieben. Sie hat sich in der Mutismustherapie zur Therapieplanung und in der Elternberatung bewährt. Somit erleichtert sie für Kind und Eltern den Start in die Therapie und die Entscheidung, ob Therapie sinnvoll ist und welche Art.

Nach einem Überblick über den Ablauf und die Auswertung der H-MIM folgen Fallbeispiele.

Schlüsselwörter: Diagnose – Eltern – Interaktion – Kontaktaufnahme – verbale und nonverbale Zeichen – Video – Emotionalität – Führung – Umgang mit Stress

In this article, the video-supported diagnosis using the Heidelberger Marschak Interaction Method (H-MIM) is described. It has proved itself in mutism therapy for treatment planning and parental counseling. Thus it facilitates the start of intervention for child and parents and the decision whether and which therapeutic approach is appropriate.

After an overview of the process and evaluation of H-MIM, case examples follow.

Keywords: diagnosis – parents – interaction – contact – verbal and nonverbal signs – video – emotionality – guidance – coping with stress

1 Einleitung

Welche Möglichkeiten gibt es mit Kindern und Jugendlichen mit Selektiven Mutismus in Kontakt zu treten, die Ressourcen der Familie zu erkennen und relevante Bausteine für die Therapie zu planen? Hierfür hat sich die Heidelberger Marschak-Interaktionsmethode (H-MIM) (Ritterfeld & Franke 1994; Franke & Schulte-Hötzel 2019) seit vielen Jahren bewährt.

Die Diagnose Selektiver Mutismus lässt sich scheinbar leicht stellen. Die Kriterien finden sich in den ICD-10 (Dilling et al. 2000): „Das Kind zeigt seine Sprachkompetenz in einigen Situationen, in anderen definierten Situationen jedoch nicht.“ Meist beobachten wir zusätzlich soziale Ängste, eine hohe Empfindsamkeit und oppositionelles Verhalten. Viele Kinder trauen sich nicht, auf fremde Toiletten zu gehen oder in der Öffentlichkeit zu essen und zu trinken (Schulte-Hötzel 2012).

Einfach zusammengefasst könnten wir sagen: Das Kind mit Selektiven Mutismus zeigt sich von zwei Seiten: In vertrauter Umgebung spricht es unauffällig, gerne, mitunter auch viel. Es kann sich sogar verbal durchsetzen. In außerfamiliären Situationen ist die Kommunikation nicht oder sehr eingeschränkt möglich. Vielfach ist dies nicht nur auf den verbalen Bereich beschränkt, sondern dem Kind stehen auch die Mittel der nonverbalen Kommunikation, wie Gestik und Mimik, nicht zur Verfügung. Es vermeidet Blickkontakt, der Körpertonus ist herabgesetzt. (Schulte-Hötzel 2012).

Wir sehen, so einfach ist es also doch nicht: Selektiver Mutismus heißt nicht einfach nur Nicht-Sprechen. Und wie bei jedem Störungsbild,

gibt es auch hier verschiedene Erscheinungsformen. So erleben wir immer wieder Kinder, die bereits im Erstkontakt „aus Versehen“ einzelne Wörter flüstern. Demgegenüber gibt es Kinder, die sich nicht von den Eltern trennen, bei ihnen auf dem Schoß sitzen und jegliche Interaktion mit dem Therapeuten vermeiden.

Um die Therapie für die Familie individuell zu planen, brauche ich als Therapeut bestimmte Informationen:

- Wie kann ich die Eltern als Ko-Therapeuten einsetzen?
- Wie trennt sich das Kind von den Eltern? Wird es alleine in das Therapiezimmer kommen?
- Kann ich weitere Diagnosen ausschließen?
- Ist eine Therapie zum jetzigen Zeitpunkt indiziert, und wenn ja, welche?
- Welche Therapiefrequenz ist sinnvoll?
- Wer braucht was (Kind, Eltern, Therapeut)?

In meiner langjährigen Erfahrung als Mutismustherapeut hat sich ein individuelles Vorgehen bewährt. Folgende Kennzeichen sind mir in meiner Therapie wichtig:

- Die Therapie ist jederzeit interaktiv-kommunikativ und beinhaltet immer Elemente aus dem Theraplay (Schulte-Hötzel 2009, Franke 2012).
- Das Kind trifft immer wieder bewusste Entscheidungen, z. B. das nächste Spiel auswählen, bestimmen, wer beginnt (vgl. Schoenaker et al. 2014)?
- Die Therapie ist zielorientiert, die verbale Kommunikation wird von Anfang an als Grundlage genommen. ▶

- Meine Haltung ist ermutigend und ressourcenorientiert. Hierdurch kann das Kind ein positives Selbstbild von sich entwickeln.

So wähle ich für jedes Kind individuelle Schwerpunkte für meine Mutismustherapie.

2 Ich lerne die Familie kennen

Üblicherweise habe ich bereits erste Informationen über das Kind während der telefonischen Anmeldung erhalten: „Justin ist eher zurückhaltend. Wahrscheinlich wird er mit Ihnen nicht sprechen wollen.“ „Tommi geht seit Sommer in den Kindergarten. Die Erzieherin schickt mich zu Ihnen. Er kann sprechen. Aber im Kindergarten scheint es Probleme zu geben.“ „Wir haben ihre Praxis aus dem Internet.“ „Unser Kind spricht nicht.“

Ich will beim ersten Termin in meiner Praxis das Kind kennen lernen. Das geschieht in der Regel im Beisein eines Elternteils. Für die Kinder ist solch ein Besuch eine fremde Situation. Ich gehe davon aus, dass sie mir hier ihr typisches, mutistisches Verhalten zeigen. Ich beobachte die Interaktionen der Familie bei der Begrüßung und im Wartezimmer. Dann hole ich die Familie in mein Therapiezimmer.

Hier spielen wir zunächst gemeinsam ein Brettspiel. Ich biete dem Kind zwei Spiele zur Auswahl an. Durch diese beschränkten Wahlmöglichkeiten (Schoenaker et al. 2014) fällt es vielen Kindern leichter, sich zu entscheiden. Bei der Auswahl achte ich auf bekannte, altersentsprechende „klassische“ Brettspiele (z. B. Quips, Mausefalle). Diese Spiele sind den meisten Kindern vertraut. Sie spielen sie im Kindergarten oder in der Familie. Ich erspare mir somit das Erklären der Spielregeln. Wir können schnell ins Handeln kommen und starten. Das ist stressmindernd für die Kinder und auch für die Erwachsenen.

Bei solch einem Brettspiel sind die Regeln meist klar. Wir sitzen am Tisch. Dieses Vorgehen gibt Ordnung, Sicherheit und Vorhersehbarkeit. Die Regeln für Brettspiele bestehen aus immer wiederkehrenden Wiederholungen. Das ist auch eine Grundlage der Kommunikation: „Ich bin dran – Mama ist dran – Du bist dran.“ Ich lade die Kinder immer wieder in einen Dialog ein. Hierbei kann ich neben dem Kommunikationsverhalten weitere Beobachtungen machen und erste Hypothesen entwickeln:

- Nimmt das Kind mit mir Blickkontakt auf? Hält es meinen Blickkontakt? Oder schaut es gleich weg?
- Sitzt das Kind auf einem eigenen Stuhl oder auf dem Schoß der Eltern?
- Wie ist der Körpertonus des Kindes?
- Wendet das Kind Gestik und Mimik an, z. B. auch Kopfnicken, Kopfschütteln, Zeigen?
- Trifft das Kind zielgerichtete Entscheidungen? Auf welche Art und Weise?
- Wie ist die Frustrationstoleranz des Kindes? Was passiert, wenn es nicht gewinnt? Sorgt der begleitende Elternteil aktiv dafür, dass das Kind gewinnt?
- Spricht oder flüstert das Kind unabsichtlich (z. B. beim Setzen der Spielfigur)?
- Kann ich ein Lachen, Weinen, Husten oder Niesen, eventuell ein Schnäuzen hören?
- Beobachte ich ein anderes Verhalten im Therapiezimmer im Vergleich zum Wartezimmer?

Gegenfalls ergänze ich diese Spiel- und Beobachtungssituation mit weiteren Diagnostik-Elementen. Vielfach verändere ich während dieses ersten Termins schon meine ersten Hypothesen, die bei mir während der Anmeldung entstanden sind. Das Bild wird klarer.

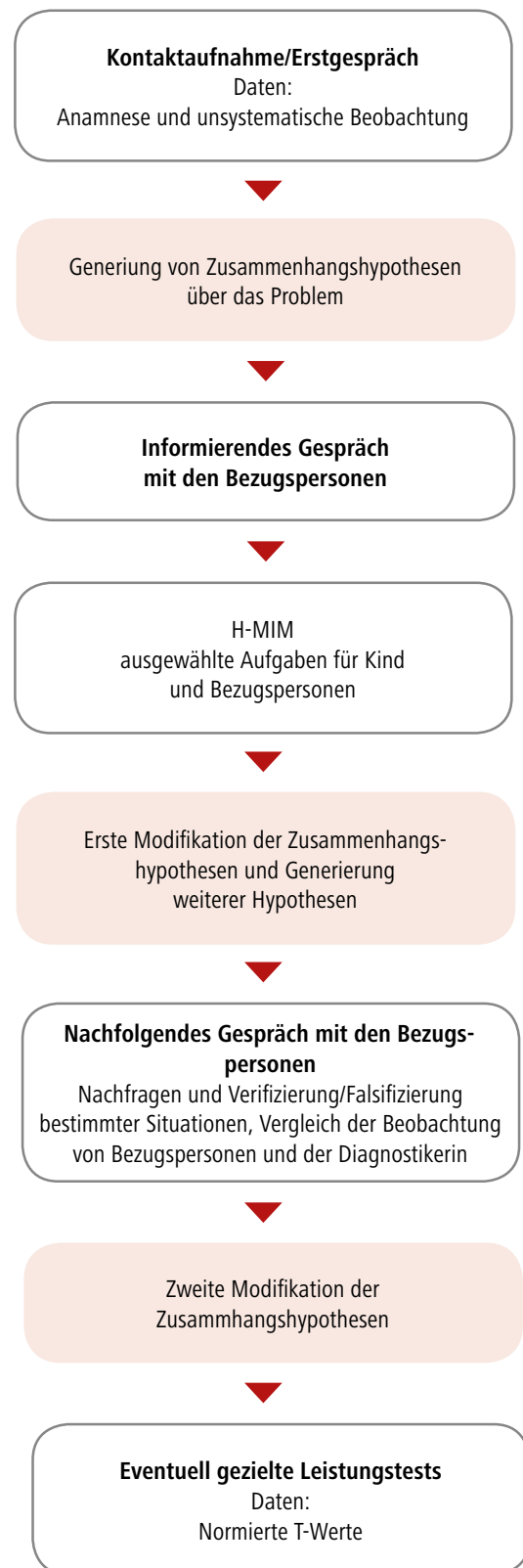


Abb.1: Ablauf der H-MIM

3 Die Eltern begleiten

An einem weiteren Termin kommen die Eltern. Beim ersten Termin war mein Fokus auf das Kind gerichtet. So konnte ich es kennenlernen. Dieser Termin hilft mir nun, mit den Eltern in einen guten Kontakt zu kommen. Ich will mehr über die familiäre und außerfamiliäre Situation erfahren und sie können mich kennenlernen. In einer angenehmen, gleichwertigen und ermutigenden Gesprächsatmosphäre bespreche ich die Anliegen der Eltern und überprüfe meine Hypothesen durch gezielte Fragen (Franke & Schulte-Hötzel 2019). Ich wähle bewusst die Gesprächssituation und nicht ein Interview. Auch hier will ich ein Modell für Kommunikation sein. Mir ist es wichtig, in diesem Gespräch die Mitarbeit der Eltern zu gewinnen, einen guten Draht zu ihnen zu bekommen. Ich nehme ihre Sorgen und Fragen ernst und gebe ihnen den entsprechenden Raum. Die Informationen aus dem Erstkontakt helfen mir, nach individuellen Informationen zu fragen, die mir bei diesem Kind wichtig erscheinen und die mir für die weitere Planung der Therapie hilfreich sind.

Erfahrungsgemäß haben die Eltern einige Fragen, Befürchtungen und Anliegen. Sie sind froh, dass ich mir Zeit für sie nehme. Durch dieses Gespräch entwickle ich weitere Hypothesen, z. B. inwieweit ich die Eltern aktiv in die Therapie einbeziehen kann. Auch sehe ich, welche Begleitung die Eltern brauchen: Brauchen sie Informationen, Anleitungen, Hinweise für die persönliche Umgebung? Oder brauchen sie eher seelische Unterstützung und Mut machende Worte? Wie beziehen wir die Lehrer, Erzieher oder andere Fachkräfte mit ein? Und wann?

Am Ende dieses Gesprächs informiere ich die Eltern über den weiteren Ablauf der Diagnostik. Ich lade die Familie zur Heidelberger Marschak-Interaktionsmethode (H-MIM) ein: „Ich will Daniel möglichst gut kennenlernen. Ich bitte Sie, mit ihm zu spielen und verschiedene Aufgaben durchzuführen. Sie brauchen sich nicht darauf vorbereiten, denn ich sage Ihnen, was Sie machen sollen. Es gibt dabei kein Richtig und kein Falsch, denn man kann auf unterschiedlichste Art und Weise spielen; jedes Kind und jeder Erwachsene macht das anders. Ich werde Ihnen dafür insgesamt eine Stunde Zeit reservieren, so dass Sie in Ruhe spielen können. Daniel können Sie erklären, dass er nächste Woche mit Ihnen bei mir hier spielen wird“ (Franke & Schulte-Hötzel 2019).

Diesem Vorgehen stimmen die allermeisten Eltern gerne zu. Etwaige Fragen und Unsicherheiten besprechen wir und finden einen Termin, der für Vater, Mutter, Kind und Therapeut günstig ist.



Abb. 2: die H-MIM

4 Was ist die H-MIM?

Die H-MIM ist in den 1990er Jahren aus der ‚Marschak Interaction Method‘ entstanden (Ritterfeld & Franke 1994). Marianne Marschak entwickelte bereits Ende der 1950er Jahre ein strukturiertes Verfahren, bei dem die Interaktion einer Dyade, also zwei Personen, beobachtet wird. Sie wollte Antworten auf die Frage finden, welche elterlichen Verhaltensweisen für die Beziehung zum Kind geeignet erscheinen, die eine gesunde Entwicklung ermöglichen. Dieses Verfahren wurde nach und nach von Ann M. Jernberg und ihren Mitarbeitern zur Marschak Interaction Method (MIM) weiterentwickelt (Jernberg et al. 1991, Marschak 1980).

Ulrike Franke und Ute Ritterfeld passten dieses Verfahren an die deutsche Kultur und an den aktuellen Wissensstand an, so entstand die Heidelberger MIM (H-MIM) (Ritterfeld & Franke 1994). Hierbei veränderten sie auch die Beobachtungsbereiche der ursprünglichen MIM.

Bei der H-MIM sind diese Bereiche:

- Emotionalität** als beziehungsorientierte Kategorie. Sie ist Voraussetzung für Beziehung und Bindung.
- Führung** als aufgabenorientierte Kategorie. Sie ist eine Voraussetzung für Lernen.
- Umgang mit Stress**, der nicht ohne die beiden anderen Bereiche gelingen kann (→ Abb. 3): das Entwicklungsmodell der H-MIM).

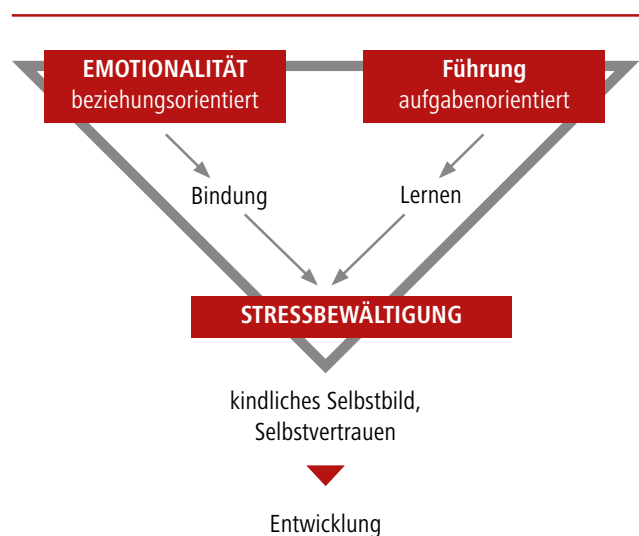


Abb. 3: Das Entwicklungsmodell der H-MIM

Im Laufe der vergangenen Jahre haben die verschiedensten Berufsgruppen die H-MIM entdeckt. So sind es heute unter anderem Theraplay-Therapeutinnen, Erzieherinnen, Heilpädagoginnen, Sozialpädagoginnen, klinische Psychologinnen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopädinnen, Frühförderinnen, Psychiater, Gutachterinnen. Damit hat sich die H-MIM in vielfältigen Anwendungsbereichen etabliert.

Nach und nach entstanden weitere Anpassungen in der Vorgehensweise und der Auswertung. So entwickelte sich die H-MIM als eigen-



Abb. 4: Mutter und Sohn während der H-MIM

ständiges Verfahren. Die Aufgaben für alle Altersstufen (Kleinkinder, Kindergartenkinder, Schulkinder und Jugendliche) wurden gründlich überarbeitet und neu konzipiert (Franke & Schulte-Hötzel 2019; Schulte-Hötzel 2019).

Grundmuster ist, dass ein Elternteil (oder eine andere relevante Bezugsperson) und das Kind eine Reihe unterschiedlicher Aufgaben/Spiele miteinander durchführen. Diese Aufgaben sind so gestaltet, dass sie bestimmte Verhaltensweisen hervorlocken, die sich als wesentlich für die Eltern-Kind-Interaktion erwiesen haben. Das sind die Bereiche Emotionalität, Führung und der Umgang mit Stress. Mit ihren alltagsnahen Aufgaben ermöglicht sie einen guten Einblick in die familiäre Situation.

Die H-MIM ist, im Gegensatz zu den meisten bisher praktizierten informellen Interaktionsuntersuchungen, ein strukturiertes Verfahren. Es werden verschiedene Aspekte berücksichtigt, die sich in unterschiedlichen Aufgaben beobachten lassen. Somit geschieht eine umfangreiche und abwechslungsreiche Interaktion, die alle relevanten Beobachtungsbereiche umfasst (Franke 2019a).

5 Die Durchführung der H-MIM

Die Untersucherin wählt aus einer Vielzahl von Aufgaben individuell für jede Dyade 5 Aufgaben aus. Dabei berücksichtigt sie ihre Hypothesen und Fragestellungen. Sie achtet darauf, dass sie Aufgaben aus allen Beobachtungsbereichen einsetzt.

Zum vereinbarten Termin erscheint die Familie. Die Untersucherin hat den Diagnostikraum vorbereitet: An einem Tisch stehen zwei Stüh-

le, einen für ein Elternteil und einen für das Kind. Eine Kamera ist so platziert, dass beide gut aufgenommen werden können. Auf dem Tisch liegen die Aufgabenkarten parat. Jede Karte enthält die Anleitung zu einer Aufgabe. Die Beschreibung ist eindeutig und kurz. „Dadurch bekommen die Eltern eine große Freiheit, die natürliche Verhaltensweisen hervorzurufen pflegt“ (Marschak 1980). Weitere Utensilien (z. B. Bauklötze, Brillen, Spielzeugtierchen, Stifte, Papier, Creme), die für bestimmte Aufgaben gebraucht werden, liegen griffbereit.

Zum Zeitpunkt der Interaktionsdiagnostik sollten die Bezugspersonen und das Kind ausgeruht sein und sich wohlfühlen. Die Dauer einer H-MIM kann erheblich variieren. Manche Paare sind schneller, andere lassen sich mehr Zeit. Durchschnittlich braucht eine Dyade zwischen 15 und 35 Minuten.

Während ein Elternteil mit dem Kind spielt, wartet der andere Elternteil im Wartezimmer.

Die Untersucherin schaut sich die H-MIM parallel über einen Monitor in einem weiteren Behandlungsraum an oder sitzt unauffällig in einer Ecke des Therapiezimmers. Hier macht sie sich bereits parallel zur Videoaufnahme erste Notizen zu ihren Beobachtungen und Hypothesen.

6 Die Auswertung der H-MIM

Die Auswertung der H-MIM erfolgt vor allem beschreibend, um die Gefahr einer Übertragung oder Fehlinterpretation zu vermeiden. Die Untersucherin beobachtet in den Interaktionen nach sichtbaren und hörbaren Zeichen von

- a) **Emotionalität**
Dabei schaut sie nach den Zeichen für Emotionalität des Kindes, nach denen der Bezugspersonen und schließlich, wie beide zusammenpassen.
- b) **Führung**
Sie beobachtet, wer von den beiden Interaktionspartnern wie viel Führung übernimmt und wie diese Führung oder auch Grenzen setzen akzeptiert wird.
- c) **Umgang mit Stress**
Die Untersucherin sieht, wie das Paar mit dem von den Aufgaben ausgelösten Stress umgeht, wie sie diesen bewertet und ob und wie sie Stress abbauen kann.

Durch die quasi-natürlichen Aufgaben der H-MIM lassen sich noch weitere soziale Parameter beobachten, z. B. Aufmerksamkeit, Konzentration, Interesse des Kindes, verbale Kommunikationsfähigkeit, soziales Verhalten, Frustrationstoleranz.

Für die Auswertung stehen der Therapeutin hilfreiche Beobachtungsbögen zur Verfügung (Franke & Schulte-Hötzel 2019). Sie schaut sich die Videoaufnahme gezielt an und entwickelt hierbei weitere Hypothesen. Durch diese Vorbereitung entstehen bei der Therapeutin auch Fragen, die sie den Eltern stellen will.

Bei diesem Verfahren ist vor allem eine ethische Haltung unverzichtbar. Sie erfordert Lebenserfahrung, denn die Auswertung ist vielschichtig. Je mehr Erfahrung und Qualifikation die Auswerterin hat und je verantwortungsbewusster sie beobachtet, desto besser wird

sie sowohl den Eltern als auch den Kindern gerecht. Die Einschätzung wechselt von einer üblicherweise (ver)urteilenden zu einer beschreibenden, die oft erst erlernt werden muss (Franke 2019b).

Um die vielfältigen Bereiche der H-MIM sicher anwenden und sie auswerten zu können, empfehlen wir den Besuch eines Kurses zur Anwendung der H-MIM und Supervisionen bzw. kollegiale Fallberatungen.

7 Die verschiedenen Perspektiven zusammenbringen

Die Therapeutin lädt die Eltern des mutistischen Kindes zu einem weiteren Termin ein. Dieser findet etwa zehn Tage nach der H-MIM-Aufnahme statt. Durch die Auswertung hat sich die Therapeutin hierfür gut vorbereitet.

In diesem Gespräch geht es nun darum, die Sichtweisen und Beobachtungen aus den verschiedenen Perspektiven der Eltern und der Therapeutin zusammenzubringen. Hierfür ist es wichtig, dass sich die Therapeutin bei den Eltern versichert, dass die Situationen während der H-MIM für die Familie typisch sind. Auch will sie wissen, welche Aufgaben das Kind wohl gerne bzw. ungerne gemacht hat.

Mit den Eltern schaut sie sich gemeinsam Videosequenzen an. Dieses Vorgehen stärkt das Vertrauen der Eltern. Sie sind mit eingebunden. Somit erleben sie sich nicht hilflos und ausgeliefert. Die Untersucherin orientiert sich prinzipiell am sichtbaren, positiven Verhalten und kann damit weiter das Selbstwertgefühl der Eltern stärken.

Während des Gesprächs integriert die Therapeutin die Fragen, die sie sich bei der Auswertung notiert hat. Die Eltern bekommen den Raum, um ihrerseits ebenfalls weitere Fragen an die Therapeutin zu stellen. Somit sind sie gut über die H-MIM und das weitere Vorgehen der Therapeutin informiert.

Aus diesem Verlauf ergeben sich verschiedene Aufgaben der Therapeutin, die die weitere Richtung des Gesprächs bestimmen:

- Hypothesen und Fragen überprüfen: (z. B. „Was wäre passiert, wenn Sie doch aus dem Raum gegangen wären?“)
- Ermutigen und beruhigen
- Beraten, informieren.

Durch diese weiteren, wichtigen Informationen kommt es zu abschließenden, gemeinsamen Einschätzung der Beobachtungen. Die Therapeutin legt schließlich gemeinsam mit den Eltern die weiteren Vorgehensweisen fest.

8 Fünf Merkmale zeichnen die H-MIM aus

- Der Dreiklang der Beobachtung: Weder die Bezugsperson noch das Kind werden isoliert betrachtet, sondern auch und vor allem der dritte Aspekt, das Zusammenpassen beider, ist wichtig. Diese Sicht verhindert weitgehend, dass nach einer schuldigen Person gesucht wird.
- Das große Spektrum der beobachtbaren Aspekte: Damit eine möglichst große Vielfalt an Alltagshandlungen hervorgerufen werden kann, sind die Aufgabenkarten für jedes Entwicklungsalter weit gefächert und spezifisch konzipiert. Im Bereich Emotionalität kann der Fokus z. B. auf fürsorgliche Handlungen, auf das Spielverhalten oder auf den verbalen und nonverbalen Ausdruck von Gefühlen liegen.

- Das gezielte Hervorrufen bestimmter Verhaltensweisen: Anhand dieses Prinzips lassen sich durch die sorgsame Auswahl der Aufgabenkarten bestimmte, positive oder auch problematische Verhaltensweisen hervorrufen, um sie kennenzulernen, einzuschätzen und darauf aufzubauen.
- Die ressourcenorientierte Auswertung: Um dem Paar zu helfen, besser miteinander auszukommen, ist es sinnvoll, durch bestimmte Aufgaben auch die positiven Aspekte in der Beziehung herauszufinden.
- Die stressarme Untersuchung: Nach der H-MIM äußern sich die meisten Paare sehr positiv. Kinder freuen sich über das abwechslungsreiche Spielangebot. Es ist immer wieder zu beobachten, wie beide es genießen, sich in aller Ruhe miteinander zu beschäftigen, ohne Ablenkung durch Handy, andere Menschen oder Zeitdruck (Franke, 2019a)

9 Einblicke in die H-MIM

Im Folgenden gebe ich Ihnen einen Einblick über verschiedene Einsatzmöglichkeiten der H-MIM in der Mutismustherapie.



Abb. 5: Aufgabenkarten der H-MIM

10 Die H-MIM zur Therapieplanung: Jan

Jan kommt zur logopädischen Diagnostik. Die Mutter sagte bei der Anmeldung, er habe Schwierigkeiten mit dem /s/ und /sch/. Als er in die Praxis kommt, ist Jan recht still. Zunächst spielen wir ein Brettspiel gemeinsam mit den Eltern. Dann ist die Lautüberprüfung an der Reihe: Jan soll die Bilder benennen. Als er nicht sofort beginnt, schaltet sich der Vater ein: „So Jan, reiß Dich zusammen, sag einfach was das ist.“ Jan bekommt einen roten Kopf, seine Hände werden feucht. Zögerlich und leise benennt er die jeweiligen Begriffe.

Ich frage mich: Ist Jan schüchtern oder zeigt er Symptome des Selektiven Mutismus? Gibt es ähnliche Situationen in Jans Alltag? Kann ich mich in der Therapie ausschließlich auf die Erarbeitung der korrekten Artikulation konzentrieren?

Ich lade die Familie zur H-MIM ein. Ich wähle Aufgaben aus, in denen Jan sowohl Freiraum als auch Struktur bekommt. Die Aufgabe „Spielen Sie gemeinsam mit den Tierchen“ wähle ich, um zu schauen, inwieweit er hierbei spielerisch, locker und unbeschwert ist und ihm das Sprechen leichter fällt. Oder zeigt sich sein Kommunikationsverhalten durchgehend und somit auch bei dieser Aufgabe?

In der H-MIM mit Jan und seinen Eltern kann ich beobachten, dass er sich ebenso wie in der Diagnostikstunde zurückhaltend zeigt. Er ist kooperativ. Er spricht allerdings nur auf Nachfrage und ist hierbei eher wortkarg, auch bei der Aufgabe „Spielen Sie gemeinsam mit den Tieren“.

Die Aufgabe „Verlassen Sie den Raum für eine Minute und lassen Sie ihr Kind zurück“ gelingt gut. Jan zeigt hierbei keine sichtbaren Stresssymptome. Dies bestätigen die Eltern auch im nachfolgenden Gespräch. Das ist für Jan in Ordnung. Er habe übrigens gerne mitgemacht und hat zu Hause viel von den einzelnen Aufgaben erzählt, die er mit dem jeweiligen anderen Elternteil gespielt hat, berichten sie. Er will gerne wieder in meine Praxis kommen.

Ich entscheide mich, mit Jan so zu beginnen, wie es für mich in der Mutismustherapie üblich ist. Der Schwerpunkt liegt im Kontaktaufbau und einer spielerischen, interaktiven Kommunikation. Eine rein symptomorientierte Behandlung der Artikulationsstörungen halte ich zu diesem Zeitpunkt für nicht erfolgversprechend.

Bereits nach wenigen Therapie-Einheiten spricht Jan mit mir. Auch sein Kommunikationsverhalten außerhalb der Therapie verändert sich, er spricht vermehrt mit Nachbarn und Freunden der Familie. In der Schule beteiligt er sich rege am Unterricht. Nun können wir uns auch der Erarbeitung der fehlgebildeten Laute widmen.

11 Die H-MIM als Türöffner: Lena

Lenas Mutter meldet ihr Kind zur logopädischen Diagnostik an. Sie hat im Internet recherchiert: Bestimmt hat Lena einen Selektiven Mutismus. Sie spricht nämlich im Kindergarten nicht. Überhaupt nicht. Jetzt ist sie dort schon fast anderthalb Jahre. Die Mutter fragt mich, ob ich auch Kinder behandle, die in bestimmten Situationen überhaupt nicht sprechen. Ich bestätige ihr dies mehrfach. Sie ist sich sicher, dass Lena bestimmt eine extreme Form des Selektiven Mutismus hat. Ich lade sie zur Diagnostik ein. Ich entscheide mich für die H-MIM, um ein besseres Verständnis für Lena und ihre Eltern zu bekommen. Bereits in der Diagnostik habe ich Lena als kommunikativ

erlebt. Sie hat zwar nicht mit mir gesprochen, jedoch hatten wir immer wieder Blickkontakt und konnten gut nonverbal kommunizieren. Bei der Verabschiedung konnte ich mich von ihr mit Händeschütteln verabschieden.

Ich frage mich: Welche weiteren Zeichen der Kommunikation kann ich bei Lena beobachten? Wie reagieren die Eltern auf Lenas Schweigen, wie reagieren sie auf ihre sprachlichen Äußerungen? Bemerkten sie kurze sprachliche Äußerungen?

Ich lade die Familie zur H-MIM ein. Ich wähle in der Regel bei mutistischen Kindern eine Aufgabe, die eine Sprachanforderung stellt. Für Lena und ihre Mutter ist dies die Aufgabe: „Singen Sie gemeinsam ein Lied“.

Während der H-MIM macht Lea alle Aufgaben freudig mit. Sie entdeckt zwischenzeitlich die Kamera. Trotzdem unterhält sie sich weiterhin mit ihren Eltern. Nun folgt die Aufgabe, gemeinsam ein Lied zu singen. Das will Lena nun zunächst nicht. Die Mutter hat eine gute Idee: Sie singen das Lied mit dem Rücken zur Kamera. Lena willigt schnell ein und so singen sie das komplette Lied „Atemlos durch die Nacht“.

Auch nach der H-MIM läuft Lena freudig durch das Wartezimmer, turnt und summt in meinem Beisein. Im nachfolgenden Elterngespräch berichten die Eltern von weiteren Situationen, in denen sich Lena in den letzten Wochen sprachlich geöffnet hat. Wir vereinbaren, dass ich in ein paar Wochen noch einmal mit den Eltern telefoniere. Die Eltern können in diesem und in weiteren Gesprächen nur von Sprecherfolgen berichten. Es hat keine Mutismustherapie stattgefunden.

12 Mutismus oder Autismus: Isabelle

Isabelle hatte schon im Kindergarten Therapie. Damals war sie recht schüchtern und traute sich auch nicht so viel im Beisein von anderen zu. Im Kindergarten spielte sie am liebsten alleine. Sie hatte dann eine Therapie. Als die Therapeutin aufhörte, hat die Familie die Therapie nicht fortgeführt. Das ist jetzt schon ein paar Jahre her. Nun ist Isabelle in der 6. Klasse. Die Lehrer fragen sich, was mit Isabelle los ist. Ist sie vielleicht autistisch? Hat sie eine Lernbehinderung? Eine Bekannte gibt den Eltern den Rat zur logopädischen Diagnostik bei mir.

Im Erstkontakt ist Isabelle sehr verhalten, eine Interaktion mit ihr ist nur mit Mühe möglich. Sie hält keinen Blickkontakt, agiert langsam. Ein erstes Brettspiel ist kaum möglich. Isabell spricht während der Diagnostik nicht.

Ich will sehen, ob ihr im vertrauten Beisein der Eltern mehr sprachliche Kompetenzen gelingen. Kann ich während der H-MIM Anzeichen entdecken, die auf eine Störung aus dem Autistischen Spektrum hinweisen? Wie gelingt es den Eltern, mit Isabelle zu interagieren?

In der H-MIM ist Isabelle auch sehr passiv und will die meisten Dinge nicht mitmachen. Den Eltern gelingt es allerdings durch eine gute Führung, die Aufgaben zu bewältigen. Sie bleiben am Ball und lassen Isabelle dennoch genug Raum. Sie spricht während der H-MIM nicht. Dem Vater gelingt es, Isabelle zweimal Brillen aufzusetzen, beim dritten Mal will sie nicht mehr (Aufgabe: „Probieren Sie verschiedene Brillen auf“).

Im anschließenden Gespräch mit den Eltern bestätigen sie meine Beobachtungen. Das ist ein typisches Verhalten für Isabelle. Allerdings ist sie zuhause anders: Dort läuft sie singend durch den Garten, streitet sich immer mal wieder mit ihrer größeren Schwester und erzählt von der Schule. In der Schule hat sich die Symptomatik in den letzten Jahren zunehmend verschlimmert. Während sie in der ersten Klasse noch mit der Klassenlehrerin und einer besten Freundin sprach, bleibt sie heute während des gesamten Schultags stumm. Diese Symptome und weitere Informationen weisen eindeutig auf einen Selektiven Mutismus hin.

Für die Therapie ist mir klar, dass ich die Eltern aktiv als Ko-Therapeuten einsetzen werde. Dazu sind sie gerne bereit. Es scheint, dass sich der Mutismus hartnäckig manifestiert hat. Wir werden einige Therapie-Einheiten brauchen, um eine Basis zu erarbeiten. Ich denke hierbei an Mark Twains Zitat: Gewohnheiten kann man nicht einfach zum Fenster hinauswerfen, man muss sie die Treppe herunter locken – Stufe für Stufe.

13 Dem Kind Raum geben: Martin

Martins Mutter sagt bei der telefonischen Anmeldung, dass sie vom Kindergarten geschickt werde. Sie wisse nicht genau, warum. Martin spreche zu Hause perfekt. Sie sprechen zu Hause auch viel Deutsch, obwohl sie erst seit 3 Jahren in Deutschland leben. Sie will gerne von mir wissen, wie man Martin dazu zwingen kann, zu sprechen. Nächstes Jahr wird er in die Schule kommen. Da muss es ja dann klappen. Sie haben zehn Stunden Logopädie verordnet bekommen.

Ich wähle die H-MIM, um zu beobachten, welchen Raum Martin zur Entwicklung bekommt. Sind die Eltern nur leistungsbezogen im Umgang mit Martin oder können sie auch emotional und spielerisch sein? Dies sind ebenfalls wichtige Parameter für die Kommunikation. Ich interessiere mich für Martins Sprach- und Kommunikationsverhal-

ten mit seinen Eltern. Ich will auch beobachten, ob Martin weitere logopädisch relevante Schwierigkeiten zeigt.

Bei der Aufgabe: „Bauen Sie ein Haus aus Bauklötzen und lassen Sie es von Ihrem Kind nachbauen“ korrigiert die Mutter Martin immer wieder. Sie drängelt ihn, es doch besser und genauso wie sie zu machen. Schließlich nimmt sie seine Hand und führt ihn. Mit dem Ergebnis ist sie trotzdem nicht zufrieden und sagt: „Das müssen wir zu Hause noch mehr üben.“ Sie fordert Martin auch immer wieder auf „Sag Haus. Komm, sag Haus. Was ist das Haus? Haus?“ Trotzdem bleibt Martin stumm. Bei der Aufgabe „Setzen Sie sich gegenseitig Hüte auf“ sehe ich immer wieder bei Martin ein Lächeln, ich kann ihn sogar kurz lachen hören. Die Mutter geht hierauf nicht ein. Sie hält nur wenig Blickkontakt mit ihm.

Im nachfolgenden Gespräch merke ich weiterhin den Druck, den Martins Mutter hat. Sie will alles richtigmachen und macht sich Sorgen um Martins Einschulung. Ich entscheide mich hier, zunächst mit Martin alleine zu arbeiten und wähle als Therapieform Theraplay (Schulte-Hötzel 2009, Franke 2012). Während der H-MIM erfolgte die Trennung von der Mutter mühelos („Verlassen Sie den Raum für eine Minute und lassen Sie Ihr Kind zurück“). Daher kann ich sicher gut allein mit Martin arbeiten. Die Mutter ist damit einverstanden und fühlt sich hierdurch entlastet. Sie kann Martin in meine erfahrenen Hände geben. Nach kurzer Zeit spricht er nicht nur mit mir, sondern auch mit Freunden der Familie und Nachbarn.

Für mich zeigt sich immer wieder, wie wertvoll die H-MIM in der Mutismustherapie ist. Sie hat sich als guter Einstieg bewährt, die mir die weiterführende Therapie erleichtert. Sie hilft mir ebenfalls, einen guten Kontakt und eine Kooperation mit dem Kind und den Eltern zu erzielen. Vielfach zeigen sich sogar erste therapeutische Effekte. ■

Literatur

- Dilling, A.; Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2000). WHO: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V: klinisch-diagnostische Leitlinien. 4. Auflage. Bern Göttingen Toronto Seattle: Huber
- Franke, U. (2012). Die Zwillinge Maria und Christine lernen Theraplay kennen. *Mutismus.de* 4 (7), 11 – 17
- Franke, U. (2019a). Erkennen durch Beobachten. *Schwierige Kinder* 77, 6 – 13
- Franke, U. (2019b). Die Heidelberger Marschak-Interaktionsmethode (H-MIM). Wie eine Interaktionsdiagnostik in der Logopädie weiterhelfen kann. *Forum Logopädie* 33 (4). 32 – 35
- Franke, U. & Schulte-Hötzel, M. (2019). Die Heidelberger Marschak-Interaktionsmethode. Otfersheim: TheraplayPress
- Jernberg, A.; Booth, P.; Koller, T. & Allert, A. (1991). Manual of the administration and the clinical interpretation of the Marschak Interaction Method (MIM) preschool and school age. 2. Auflage. Chicago: The Theraplay Institute
- Marschak, M. (1980). Parent-Child interaction and Youth Rebellion. New York: Gardener Press Inc.
- Ritterfeld, U. & Franke, U. (1994): Die Heidelberger Marschak-Interaktionsmethode. Zur diagnostischen Beurteilung der dyadischen Interaktion mit Vorschulkindern. Otfersheim: TheraplayPress
- Schoenaker, T.; Schoenaker, J. & Platt, J. (2014). Mit Kindern in Frieden leben. Speyer: RDI-Verlag
- Schulte-Hötzel, M. (2009). Frei von Erwartungen. Theraplay für Kinder mit Selektivem Mutismus. *Schwierige Kinder* 48, 10 – 12
- Schulte-Hötzel, M. (2012). Ich spreche einfach nicht = Selektiver Mutismus? *Mutismus.de* 4 (7), 3
- Schulte-Hötzel, M. (2019). Zeit für Veränderungen. Die Neuauflage der Heidelberger Marschak-Interaktionsmethode. *Schwierige Kinder* 77, 14 – 15