

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Personenzentrierte Kinderspieltherapie mit selektiv
mutistischen Kindern

Eine störungsspezifische Perspektive

Verfasserin

Ladislava STOCKERT

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. Phil)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt: Diplomstudium Pädagogik 2002

Betreuerin / Betreuer: Ao. Univ. Prof. Dr. Robert Hutterer

Personenzentrierte Kinderspieltherapie mit
selektiv mutistischen Kindern



© Heinrich Gudenus

Eine störungsspezifische Perspektive

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre, dass die vorliegende Diplomarbeit von mir selbst verfasst wurde und ich keine als die angeführten Behelfe verwendet bzw. mich sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe. Ich versichere, dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland einem/r BeurteilerIn zur Begutachtung oder in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe. Weiters versichere ich, dass die von mir eingereichten Exemplare (ausgedruckt und elektronisch) identisch sind.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Zusammenfassung

Unter dem Begriff Selektiver Mutismus wird das wiederholte Nichtsprechen eines Kindes in bestimmten sozialen Situationen verstanden. In einschlägiger Fachliteratur wird er vorwiegend und primär als Angststörung eingestuft sowie mit Bindungs- und Beziehungsstörung in Verbindung gebracht. Die Personenzentrierte Kinderspieltherapie ist ein Verfahren, das von seinem Ursprung her grundsätzlich nicht-direktiv arbeitet und auf der Überzeugung beruht, dass es für einen therapeutischen Prozess nicht förderlich sei, direkte Angebote zu setzen oder die Führung zu übernehmen. Viel eher wird hier die Ansicht vertreten, dass jeder Mensch eine ihm inhärente Kraft hat sich zu verändern und seine eigenen Probleme zu lösen, sofern ein Rahmen für diesen Entfaltungsprozess geschaffen wird.

Aufgrund ängstlicher und zurückhaltender Charakterzüge und der Schwierigkeit, Beziehungen einzugehen, stellt die therapeutische Arbeit mit mutistischen Kindern eine gewisse Herausforderung an diesen nicht-direktiven Ansatz dar. Doch hat es seit der Arbeit von Virginia Axline, die diesen Ansatz in den 40er Jahren des letzten Jahrhunderts entwickelt hat, hinsichtlich therapeutischer Vorgehensweisen einige Veränderungen gegeben, die mögliche methodische und störungsspezifische Erweiterungen beinhalten. In einer qualitativen Forschung wird der Frage nachgegangen, welche therapeutische Haltung in der Arbeit mit diesen Kindern eingenommen wird und inwieweit die befragten TherapeutInnen die Ebene der Nicht-Direktivität in der Spielstunde verlassen. Die Annahme, dass die Einhaltung der Nicht-Direktivität bei der Arbeit mit mutistischen Kindern, die verschlossen, ängstlich und zurückhaltend sind und deren elterliche Erwartungen sich durch einen starken Wunsch und ein Verlangen nach raschem Symptomabbau auszeichnen, eine gewisse Herausforderung darstellt, hat durch die Forschung Bestätigung gefunden und es ist ersichtlich geworden, dass die meisten TherapeutInnen an irgendeinem Punkt im therapeutischen Prozess die nicht-direktive Ebene verlassen und prozessfördernde Angebote machen.

Abstract

The Term „selective mutism“ represents a consistent failure to speak in specific social situations. In corresponding literature it is predominantly viewed as an anxiety disorder, and is associated with attachment and relationship disorders. The Client-Centered Play Therapy is, in its origin, a non-directive approach, that is founded on the conviction, that taking the lead or using directive interventions is counterproductive concerning the therapeutic process. It is believed that human beings possess an inherent ability to achieve personality change and to solve their own problems, if the framework for self-fulfillment is given. The fact that selectively mute children are often anxious and have restrained behavior patterns or difficulties to build relationships, poses quite a challenge for the non-directive framework. Over the past century there have been some developments in the Client-Centered Play Therapy, and so it has evolved concerning new therapeutic approaches and disorder specific interventions and techniques. This qualitative study addresses the issue of therapeutic attitudes and approaches used in the work with selectively mute children and was to investigate to what extent the questioned therapist had to deviate from non-directive procedures. The presumption, that the adherence of non-directive approaches within the work with selectively mute children, who seem to be more anxious and restrained and where parental expectations concerning a quick reduction or removal of symptoms are quite high, poses a challenge, was confirmed within the results of this study. It is evident, that most of the questioned therapists deviate at some point in the therapeutic process from the non-directive approach and act with the ulterior motive to aid the process.

Vorwort

Ich verfasse diese Arbeit im Rahmen meines Studiums mit dem Ziel, den angestrebten Titel Mag^a. phil. zu erlangen und somit dessen Abschluss zu besiegeln. Im Laufe meines Studiums hatte ich die Möglichkeit, einige Bereiche und Forschungsgebiete der Bildungswissenschaft kennenzulernen. Ao. Univ. Prof. Dr. Robert Hutterer und seinen KollegInnen im Bereich der Personenzentrierten Psychotherapie habe ich es zu verdanken, dass mein wissenschaftliches Interesse in diesem Themenfeld entstanden ist. Sowohl Prof. Hutterer als auch Dr. Pawlowsky und Dr. Behr haben mir zum einen eine starke Solidarität zu Carl R. Rogers – „dem Vater der Personenzentrierten Psychotherapie“ – vermittelt und zum anderen konnte ich durch Vorlesungsinhalte erkennen, dass trotz Solidarität und Faszination für Carl Rogers auch die Auseinandersetzung mit aktuelleren Herangehensweisen fruchtbar, wichtig und durchaus legitim ist. Meine wissenschaftlichen Ambitionen in diesem Themenfeld haben zweierlei Ursprung. Ich möchte diese zwei Ursprünge meiner Antriebskraft „Bedarf“ und „Bedürfnis“ nennen. Zum einen ist die Psychotherapieforschung ein verhältnismäßig junges Feld und bietet damit viel Raum und Bedarf an Forschung. Das Entdecken neuer Vorgehensweisen und Perspektiven im Kontext neuer Erkenntnisse anderer Wissenschaften und Themenbereiche, das Erkennen von Forschungslücken und das Entstehen von Fragestellungen sowie deren Analyse wecken in mir großes Interesse, welches dem Bedarf an Forschungen im Bereich der Psychotherapie und im Speziellen der Personenzentrierten Psychotherapie zugute kommen kann. Zum anderen entspringt meine Motivation, mich in diesem Themenfeld zu bewegen, meinem persönlichen Bedürfnis, den personenzentrierten Psychotherapieansatz näher zu erforschen und das Erforschte im Idealfall auch in die Praxis umzusetzen. Erfahrungen und Erkenntnisse, die ich in diesem Bereich gewinnen kann, werden einen erheblichen Einfluss auf meine praktische Arbeit als personenzentrierte Kinderspieltherapeutin haben und möglicherweise können neue Konzepte entstehen, die meiner Arbeit als Kinderspieltherapeutin und meinen jungen KlientInnen zugute kommen können. Daher liegt der Schwerpunkt meiner Diplomarbeit darauf, Perspektiven und Vorgehensweisen in der Personenzentrierten Psychotherapie bei der Behandlung selektiv mutistischer Kinder zu erforschen.

Danksagung

Ich möchte an dieser Stelle die Gelegenheit nutzen, mich bei einigen Menschen zu bedanken, die mich bei der Verwirklichung dieser Arbeit unterstützt haben.

Zunächst gilt mein Dank Ao. Univ. Prof. Dr. Hutterer, der die Betreuung meiner Arbeit übernommen hat, und Dr. Pawlowsky, der mich im Entstehungsprozess fachlich unterstützt hat. Weiters möchte ich mich sehr für die bereitwillige Teilnahme meiner InterviewpartnerInnen an der vorliegenden Studie bedanken.

Mein größter Dank gilt meinem Mann, Thaddäus, ohne dessen mentale und liebevolle Unterstützung und Bereitschaft, die hauptsächliche Betreuung unseres Sohnes Cyro Sebastian zu übernehmen, die Arbeit nicht hätte fertiggestellt werden können.

Weiters möchte ich meinen Eltern Martin und Marilise danken, die mich während meines gesamten Studiums finanziell unterstützt haben. Es war von unschätzbarem Wert, dass sowohl sie als auch meine Geschwister Alexander, Sophie, Benedikt, Georg und Heinrich mein Schaffen interessiert mitverfolgt und mich immer wieder motiviert haben. Besonderer Dank gilt meiner Schwester Sophie und meinem Bruder Heinrich, die durch viele anregende Gespräche und kritische Auseinandersetzungen eine wichtige Rolle in meinem kreativen Schreibprozess hatten. Ebenfalls bedanke ich mich herzlich bei Catharina Doblhoff und Sophie Gudenus für die Korrektur und das Lektorat.

Ich möchte all jenen FreundInnen und Verwandten danken, die mir in meinem Studium und in der Entstehung dieser Arbeit Beistand geleistet haben.

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung	2
Zusammenfassung	3
Abstract	4
Vorwort	5
Danksagung	6
I Theoretischer Teil	13
1. Entwicklung der Problemstellung	13
1.1 Forschungsgegenstand	13
1.1.1 Mutismus	13
1.1.2 Die Personenzentrierte Psychotherapie	14
1.1.3 Die Personenzentrierte Kinderspieltherapie	15
1.1.4 Fortentwicklung in Richtung einer Differentiellen Psychotherapie	16
1.2 Fragestellung	23
1.3 Pädagogische Relevanz	25
2. Mutismus	27
2.1 Definition	27
2.1.1 Differentialdiagnostische Abgrenzung	29
2.1.2 Kategorisierung	29
2.1.3 Ätiologie	31
2.2 Schulenspezifische Sichtweise und therapeutische Maßnahmen	34
2.2.1 Einleitung	34
2.2.2 Psychoanalytische Sichtweise	35
2.2.3 Lerntheoretische Sichtweise	36
2.2.4 Systemtheoretische Sichtweise	38
2.2.5 Medikamentöse Behandlung	39
2.3 Zusammenfassung	41
3. Die Personenzentrierte Psychotherapie	43
3.1 Über die Historie der Personenzentrierten Psychotherapie und der Personenzentrierten Kinderspieltherapie	43
3.1.1 Carl Rogers und die Personenzentrierte Psychotherapie	43
3.1.1.1 Weiterentwicklungen in der Personenzentrierten Psychotherapie	47
3.1.2 Virginia Axline und die Kinderspieltherapie	48

3.1.2.1 Weiterentwicklungen in der Kinderspieltherapie	49
3.2 Das Profil der Personenzentrierten Psychotherapie	50
3.2.1 Das Menschenbild.....	50
3.2.1.1 Aktualisierungstendenz und Organismus.....	50
3.2.1.2 Selbst und Symbolisierung	51
3.2.1.3 Kongruenz und Inkongruenz – Gesundheit und Krankheit.....	53
3.2.1.4 Unbedingte positive Beachtung und Empathie	56
3.2.2 Zusammenfassung.....	57
3.3 Personenzentriert-fundierte Ätiologie des Mutismus.....	59
3.3.1 Einleitung	59
3.3.1.1 Bindungstheorie und Säuglingsforschung.....	60
3.3.1.1.1 Säuglingsforschung.....	60
3.3.1.1.2 Bindungstheorie.....	65
3.3.1.1.3 Vergleich mit personenzentrierten Theorien zur Selbstkonzeptentwicklung ..	67
3.3.2 Mutismus – ein personenzentriertes Erklärungsmodell	70
3.3.3 Zusammenfassung.....	75
3.4 Theoretische Aspekte personenzentrierter Vorgehensweisen in der therapeutischen Arbeit mit mutistischen Kindern	76
3.4.1 Handlungsprinzipien nach C. Rogers.....	76
3.4.1.1 Die sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie.....	77
3.4.1.2 Ziel des personenzentrierten Beziehungsangebotes.....	83
3.4.2 Personenzentrierte Kinderspieltherapie	84
3.4.2.1 Das klassische Konzept nach Axline.....	84
3.4.2.1.1 Die Acht Grundprinzipien	84
3.4.2.1.2 Die Trias der Kernbedingungen im personenzentrierten Konzept	86
3.4.2.2 Das Spiel als zentrales Element	87
3.4.2.3 Die Begegnung mit dem Kind	92
3.4.3 Zusammenfassung.....	95
II Empirischer Teil	97
4. Forschungsdesign.....	97
4.1 Forschungsfrage.....	97
4.2 Forschungsmethode	99

4.2.1. Experteninterviews als Datenerhebungsinstrument	99
4.2.2 Qualitative Inhaltsanalyse als Auswertungsinstrument	100
4.3 Beschreibung der Untersuchung.....	102
4.3.1 Auswahl der InterviewpartnerInnen	102
4.3.2 Halbstrukturiertes Leitfadeninterview	103
5. Forschungsanalyse	104
5.1 Vorbereitung.....	105
5.1.1 Theoretische Vorüberlegungen.....	105
5.1.2 Vorbereitung der Extraktion	105
5.1.3 Extraktion.....	106
5.1.4 Aufbereitung.....	106
5.2 Auswertung.....	107
5.2.1 Kategorie A: Verständnis des Schweigens aus personenzentrierter Sicht	107
5.2.2 Kategorie B: Besonderheiten im Praxisalltag mit mutistischen Kindern.....	108
5.2.2.1 Besonderheiten im Verhalten der mutistischen Kinder.....	108
5.2.2.2 Besonderheiten im Verhalten der Therapeutinnen	108
5.2.3 Kategorie C: Vorgehensweisen	109
5.2.3.1 Nicht-direktive Vorgehensweisen	109
5.2.3.2 Direktive Vorgehensweisen.....	110
5.2.3.2.1 Angebote	110
5.2.3.2.2 Einsetzen anderer Methoden.....	111
5.2.3.3 Arbeit mit Eltern und Umfeld	111
6. Ergebnisse und Interpretation.....	113
6.1 Wie erklären personenzentrierte PsychotherapeutInnen den Mutismus.....	113
6.2 Welche Besonderheiten gibt es bei der Arbeit mit mutistischen Kindern und wird	
Vorwissen als hilfreich bewertet	115
6.3 Inwieweit wird die klassische nicht-direktive durch eine störungsspezifische	
Vorgehensweise ersetzt bzw. erweitert	119
6.4 Abschließende Bemerkungen	125
Literaturverzeichnis	129
Anhang.....	141
Einleitender Kurzfragebogen	141
Preliminary short questionnaire.....	141

Interviewleitfaden	142
Guided interview	143
Interviewtranskripte	145
Therapeutin A	145
Therapeutin B	155
Therapeutin C	167
Therapeutin D	185
Therapeutin E	199
Therapeutin F	213
Therapeutin G	229
Lebenslauf	243

I Theoretischer Teil

1. Entwicklung der Problemstellung

Einleitend sei anzumerken, dass in dieser Arbeit der Begriff „Personenzentrierte Psychotherapie“ verwendet wird. Auf weitere gängige Formen wie „Personenzentrierte Psychotherapie“, „Klientenzentrierte Psychotherapie“ oder „Gesprächspsychotherapie“ wird aus formalen Gründen verzichtet. Im Kontext der „Personenzentrierten Kinderspieltherapie“ wird aus denselben Gründen auf Bezeichnungen wie „Nicht-direktive Spieltherapie“, „Klientenzentrierte Spieltherapie“ oder „Kindzentrierte Spieltherapie“ verzichtet.

Da sich diese Arbeit aufgrund der kaum vorhandenen Zahl total mutistischer Kinder ausschließlich der Form des selektiven Mutismus widmet, lässt die Auslassung des Terminus „selektiv“ nicht auf den Bezug zu totalem Mutismus schließen, sondern wird lediglich zugunsten des Leseflusses weggelassen.

1.1 Forschungsgegenstand

1.1.1 Mutismus

Der Begriff Mutismus leitet sich aus dem Lateinischen (lat. mutus = stumm) ab. Er bezeichnet das Nichtsprechen einer Person in bestimmten sozialen Situationen, wobei diese Bezeichnung impliziert, dass die Person nicht spricht, obwohl die physischen Voraussetzungen gegeben sind. Es gibt die Bezeichnungen totaler und selektiver bzw. elektiver Mutismus, wobei unter selektiv und elektiv dasselbe verstanden wird. (Hartmann, 2007, S. 23) Das Wort „elektiv“ suggeriert eine gewisse Freiwilligkeit, die jedoch nicht gegeben ist, denn einerseits kann das Nichtsprechen sehr viel Anstrengung kosten und andererseits kann es in den meisten Fällen nicht als eine freiwillige, bewusste Entscheidung verstanden werden. (Katz-Bernstein, 2005, S. 21) In diesem Sinne meint auch Hess (2007, online): „Children suffering from Selective Mutism are not choosing to be silent nor refusing to speak, nor are they being oppositional. They are literally so anxious they have developed dysfunctional coping skills to combat anxiety that most often includes avoiding social interactions“ (S. 1). So scheint die Bezeichnung „selektiver Mutismus“ angemessener zu sein und wird aufgrund dessen in dieser Arbeit ausschließlich Verwendung finden.

Der selektive Mutismus äußert sich dadurch, dass nur mit bestimmten Menschen gesprochen wird – wobei das in den meisten Fällen die Eltern sind – jedoch in der Schule oder im Kindergarten bzw. außerhalb des familiären (vertrauten) Kreises wird komplett geschwiegen. Meistens tritt das Schweigen im Alter zwischen drei und vier oder zwischen fünf und sieben Jahren auf und in diesem

Zusammenhang wird zwischen Früh- und Spätmutismus unterschieden. (Kurth & Schweigert, 1972, S. 746) Hier sei darauf hingewiesen, dass der eben beschriebene Zeitpunkt des Auftretens mitunter nur der Zeitpunkt des Erkennens ist.

Typically, the onset of SM [Selective Mutism] occurs prior to the age of 5 years, but is often not discovered until the child enters school. This is primarily due to the child's comfort level in speaking with parents and siblings at home, and the inhibition and concurrent anxiety that may arise when the child is faced with unfamiliar or strange settings. (Sloan, 2007, S. 94)

Typische Merkmale mutistischer Kinder sind Verslossenheit, Angst, Schüchternheit, starke Sensibilität oder Selbstunsicherheit (Cline & Baldwin, 2004, S. 7; Hartmann, 2007, S. 53–58; Hess, 2007, S. 1, online; Katz-Bernstein, 2005, S. 28; Kristensen & Torgersen, 2001, S. 648; Piesbergen, 2008, online; u. a.). So wird dieses Phänomen trotz einer Vielzahl anderer Klassifizierungen in jedem Fall als emotional bedingt eingestuft (Castell & Schmidt, 2007, S. 303) und vorwiegend zu den phobischen Erkrankungen bzw. sozialen Angststörungen gezählt (Black & Uhde, 1992, 1994, 1995; Boggs, 2005; Chavira, Shipon-Blum, Hitchcock, Cohan und Stein, 2007; Ehlers, 2002; Hess, 2007, online; Katz-Bernstein, 2005; Kristensen, 2000, Kristensen & Torgersen, 2001; Lehmann, 2002; Sloan, 2007; Stone, Kratochwill, Sladeczek und Serlin, 2002).

In Deutschland leiden etwa drei von 1000 Kindern daran und die geschätzte Prävalenz in den USA beträgt 0,03–2 % (Carlson, Mitchell & Segool, 2008, S. 354; Schum, 2006, S. 149).

1.1.2 Die Personenzentrierte Psychotherapie

Die Personenzentrierte Psychotherapie ist eine von Carl Ransom Rogers in den 40er Jahren entwickelte Psychotherapieform, die als wesentlichen Grundgedanken ein positives Menschenbild voraussetzt. Er war der Auffassung, dass jedem Menschen eine „Neigung zur Verwirklichung (actualizing tendency)“ (Boeree, 1998, S.4, online) inhärent ist. „Rogers geht davon aus, dass alle Lebewesen danach streben, aus ihrer Existenz das Beste herauszuholen. Gelingt es ihnen nicht, liegt es nicht daran, dass ihnen das Sehnen danach fehlt“ (Boeree, 1998, S.4, online). Es soll im Laufe eines Therapiegesprächs oder einer länger andauernden Therapie geholfen werden, eigene Lösungsvorschläge zu finden. Rogers distanziert sich in seinem 1940 in Minnesota gehaltenen Vortrag von therapeutischen Mitteln wie Befehlen, Ratschlägen, Suggestieren, Bestrafen, Interpretieren oder Ermahnen. Viel mehr unterstreicht er hingegen die Begriffe Empathie, Wertschätzung und Akzeptanz seitens der Therapeutenperson als unumgängliche Prämissen eines erfolgreichen therapeutischen Prozesses und verabschiedet sich von dem Expertentum der Therapeutenperson

(Rogers, 1942, 1957). So wird auch eine frühere Bezeichnung der Personenzentrierten Psychotherapie als nicht-direktive Psychotherapie verständlich und impliziert eines der wichtigsten Charakteristika des personenzentrierten Psychotherapieansatzes.

Betrachtet man den Aspekt der Nicht-Direktivität im historischen Kontext, so sei anzumerken, dass sich die therapeutische Arbeit in den 40er Jahren durch die eben beschriebenen Maßnahmen wie Interpretation, Deutung, Ratschläge usw. auszeichnete. Rogers „... war insbesondere daran gelegen, repressiven und autoritären Tendenzen sowohl hinsichtlich der Behandlungsziele wie auch der Mittel in der therapeutischen Praxis gegenzusteuern“ (Keil & Stumm, 2002, S. 3).

Rogers' Entwicklungen neuerer therapeutischer Vorgehensweisen (wie oben beschrieben) waren zum damaligen Zeitpunkt bahnbrechend und auch Ziel großer Kritik. Er wechselte schließlich von der ursprünglichen Bezeichnung „nicht-direktiv“ zu der Bezeichnung „client-centered“. Die Ursache dieses Wechsels bezog sich auf die Erfahrung, dass die Bezeichnung „nicht-direktiv“ zu dem Missverständnis führte, dies bedeute, nicht aktiv zu sein. Später kam die Bezeichnung „person-centered“ dazu, womit impliziert werden sollte, „... dass, die Person als Mensch im Mittelpunkt steht und nicht ihre Rolle als Klient“ (Weinberger, 2007, S. 25).

1.1.3 Die Personenzentrierte Kinderspieltherapie

Die Erweiterung des von Carl Rogers entwickelten Ansatzes auf die Arbeit mit Kinder und Jugendliche wurde durch die Veröffentlichung des Buches von Rogers' Schülerin Virginia Axline (1947) etabliert. Im Kontext dieser Erweiterung sind ebenfalls Elaine Dorfman (1951/2005), Charlotte Ellinwood (1989) und Clark Moustakas (1953) zu erwähnen. Rogers kam 1945 an die Universität von Chicago und gründete das „Counseling Center“, wo Axline, Dorfman und Ellinwood mit ihm arbeiteten. In den folgenden Jahren entstanden Publikationen im Bereich der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen im Lichte der Personenzentrierten Psychotherapie. Rogers hat sich schon in den 30er Jahren, als er am „Institute for Child Guidance“ ein Stipendium erhielt, mit Kindern auseinandergesetzt und seine erste Veröffentlichung 1939, „The Clinical Treatment of the Problem Child“, beschäftigte sich bereits mit den Ursprüngen seiner therapeutischen Richtung (Reisel & Fehringer, 2002, S. 336f.). Weiters widmete er sich in seinem 1942 veröffentlichten Buch „Counseling and Psychotherapy. Newer concepts in practice“ (deutscher Titel: „Die nicht-direktive Beratung“ 1972) der Frage, „wie sich das Beziehungsangebot in der Spielsituation mit dem Kind umsetzen lässt“ (Weinberger, 2007, S. 35). Axline erweiterte den Ansatz, den Rogers auf der Erwachsenenenebene in den 40er Jahren immer konkreter ausformulierte, in einem umfangreichen und detaillierten Ausmaß auf den Bereich der Kinder und Jugendlichen und veröffentlichte 1947 ihr Werk „Play Therapy. The

Inner Dynamics of Childhood“ (deutscher Titel: „Kinderspieltherapie im nicht-direktiven Verfahren“, 2002).

Im Vordergrund der Personenzentrierten Kindertherapie steht die ganzheitliche Entwicklung der kindlichen Persönlichkeit und nicht der Abbau einzelner Symptome. Es wird dem Kind so viel Raum und Zeit gegeben, wie es für diesen vielschichtigen Prozess des Wachsens und Sich-selbst-Entdeckens braucht. Entscheidend ist dabei die durch die personenzentrierte Grundhaltung geprägte spezifische Beziehung zwischen Therapeutin und Kind, die die Aktualisierungstendenz im Kind stimuliert, sodass therapeutische Prozesse in Gang kommen können, die tief greifende Veränderungen im Selbstkonzept des Kindes nach sich ziehen. Die Kinder lernen verschiedene Aspekte ihrer Persönlichkeit in ihr Selbstbild zu integrieren. (Weinberger, 2007, S. 38)

Sowohl Axlines als auch Rogers' Ansatz zeichnen sich durch eine nicht-direktive Vorgangsweise auf der Handlungsebene aus. Nochmals sei gesagt, dass dies nicht bedeutet, dass die Therapeutenperson inaktiv ist, so impliziert der Begriff „nicht-direktiv“ lediglich, dass die KlientInnen die ExpertInnen sind, dass sie mit ihren Empfindungen und mit ihrer subjektiven Wahrnehmung im Mittelpunkt stehen, dass Vorgehensweisen wie Ratschläge geben, Suggestieren oder Deuten bzw. Manipulation in irgendeiner Art und Weise keine Formen dieses nicht-direktiven Ansatzes sind. Vielmehr steht ein Beziehungsangebot im Mittelpunkt, das von Wertschätzung, Akzeptanz und Echtheit geprägt ist.

1.1.4 Fortentwicklung in Richtung einer Differentiellen Psychotherapie

Die Personenzentrierte Psychotherapie blickt (seit Carl Rogers' ersten Veröffentlichungen) auf eine fast 70jährige Geschichte zurück. Hinsichtlich theoretischer und praktischer Weiterentwicklungen, die es in den letzten Jahrzehnten sowohl bei der personenzentrierten Arbeit mit Erwachsenen als auch bei der mit Kindern und Jugendlichen gegeben hat, wurde die therapeutische Handlungsweise vieler PraktikerInnen etwas modifiziert und durch differentielle Vorgehensweisen, die auf bestimmte KlientInnengruppen zugeschnitten sind, ergänzt. Im Kontext differentieller VertreterInnen ist vor allem auf G. Prouty, D. Van Werde und M. Pörtner (1998) mit der Prätherapie, H. Swildens (1991) mit der prozessorientierten Psychotherapie, E. T. Gendlin (1998) mit Focusing, R. Sachse (1992, 2002) mit der Ziel- bzw. Klärungsorientierten Psychotherapie, U. Binder & J. Binder (1994) mit der Störungsspezifischen Psychotherapie bei Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen oder L. Greenberg (2002) mit der Emotionsorientierten Psychotherapie hinzuweisen.

Auch in Bezug auf die Kinderspieltherapie ist anzumerken, dass sie in den USA zwar weiterhin angewandt wurde, aber zunächst immer mehr „... im Lichte öffentlicher Publikationen“ (Reisel & Fehringer, 2002, S. 342) verschwand. Der Amerikaner Garry Landreth (2001), Vertreter des klassischen

Konzepts nach Axline, Professor an der University of North Texas und Begründer des dort ansässigen „Center for Play Therapy“ steuerte dieser Entwicklung entgegen und veröffentlichte seit den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts zahlreiche Publikationen und Beiträge zur Verbreitung dieses Ansatzes. Sein berühmtestes Werk ist das Buch „Innovations in Play Therapy – Issues, Process, and Special Populations“ (2001).

In Deutschland hingegen hat es in Bezug auf therapeutische Interventionen einige Neuerungen gegeben und so sind in diesem Kontext vor allem Goetze und Jaede (1974), Jaede (2002), Schmidtchen (1999), Weinberger, (2007), Wakolbinger (2000), und Hufnagel (2002), Behr (2002), Reisel und Fehringer (2002), sowie Behr, Hölldampf und Hüsson (2009) zu nennen und auf die drei Bände von Claudia Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper und C. Monden-Engelhardt, „Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen Band 1–3“ (2002a, 2002b, 2003), hinzuweisen. (Reisel & Fehringer, 2002, S. 342f.)

Diese Weiterentwicklungen, die sich – zwar nicht anthropologisch betrachtet, aber durchaus auf der therapeutischen Handlungsebene – von der traditionellen Personenzentrierten Psychotherapie unterscheiden, führten auf theoretisch-wissenschaftlicher Ebene unwillkürlich zu einer antagonistischen Positionierung in der Debatte um die Legitimation differentieller Vorgehensweisen und der Anwendung von Methoden in der Personenzentrierten Psychotherapie. Hutterer (2005) behandelt diese Thematik intensiv und streicht heraus, dass „das Problem der differentiellen Vorgangsweisen weltweit zu den wichtigsten Fragen [gehört], mit denen die Klientenzentrierte Psychotherapie konfrontiert ist“ (S. 3).

Auf der einen Seite stehen die VertreterInnen der klassischen, traditionellen personenzentrierten Vorgehensweise, die der Ansicht sind, „dass der selbstexplorative Prozess in jedem Fall stattfinden wird, wenn die Kernbedingungen (Rogers, 1957) gegeben sind, die Therapeutenperson also eine hinreichend gute Beziehung anbietet. Jede Art der Direktivität verletzt das Vertrauen in die Aktualisierungstendenz“ (Behr et al., 2009, S. 22).

Auf der anderen Seite stehen jene, die sich unter Einhaltung der therapeutischen Grundvariablen für Weiterentwicklungen und Adaptionen im therapeutischen Vorgehen für bestimmte KlientInnengruppen aussprechen. Dies sei aufgrund von empirischen Befunden, der klinischen Praxis und auch neueren Entwicklungen der Psychologie nur selbstverständlich, meint Höger (2006a, S. 34). Die VertreterInnen sind nach Behr et al. (2009) der Ansicht, dass durch bestimmte lenkende Vorgangsweisen Entwicklungsschritte eingeleitet werden können, ohne dass die Therapeutenperson „das Paradigma der selbstgesteuerten Veränderung grundlegend“ (S. 22) verletzt. „Die Therapeutenperson bewegt sich deutlich auf personenzentriertem Boden und wendet dabei sehr

bewusst und sparsam prozess-aktivierende Interventionen an, mit profunder Fachkompetenz für den Ausgangspunkt von Veränderungsprozessen“ (S. 22).

Trotz zahlreicher Veröffentlichungen über störungsspezifische Vorgehensweisen in der Personenzentrierten Kinderspieltherapie und trotz konkreter Weiterentwicklungen auf der therapeutischen Handlungsebene von personenzentrierten PsychotherapeutInnen, dürfte sich diese Debatte aber auf den Personenzentrierten Ansatz allgemein oder spezifisch auf die Erwachsenentherapie beziehen, denn sucht man danach im Zusammenhang mit störungsspezifischen Ansätzen und im Rahmen von Vorschlägen hinsichtlich eines differentiellen Spielangebots im Bereich der Kinderspieltherapie wird sie nicht explizit diskutiert.

Möglicherweise scheint es einen unausgesprochenen Konsens darüber zu geben, dass Methoden, die sich von einer Vorgehensweise im Sinne Virginia Axlines entfernen, im Bereich der Kinder und Jugendlichen notwendig und legitim seien und nicht in den Kontext der Debatte zu differentiellen Vorgehensweisen gestellt werden müssen. Nichtsdestotrotz, soll jener Aspekt im Rahmen dieser Arbeit diskutiert werden. Zu bedenken sei im Zusammenhang mit der nicht bestehenden Debatte, dass in heutigen Entwicklungen Bezüge „zu neuen Erkenntnissen der Entwicklungspsychologie, insbesondere der empirischen Säuglingsforschung und auch zur Bindungsforschung“ (Fröhlich-Gildhoff, Behr, Hufnagel und Zülow, 2003, S. 197) hergestellt werden und dass die KlientInnengruppe der Kinder und Jugendlichen aus entwicklungspsychologischer Sicht per se schon sehr breit gefächert und unterschiedlich ist. Hier sei auf die in Kapitel 3.3.1.1 erläuterte Relevanz der Säuglingsforschung und Bindungstheorie für das Verständnis innerpsychischer und sozialer Entwicklung und damit für die therapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen verwiesen. Entwicklungspsychologische Aspekte hinsichtlich der kognitiven, sozialen und psychischen Entwicklung des Kindes stellen das Basiswissen einer jeden Person dar, die mit Kindern und Jugendlichen arbeitet.

Weiters ist es in der heutigen Kinderspieltherapie Usus, dass „das Lebensumfeld der Kinder und Jugendlichen ... in der Therapie berücksichtigt und einbezogen“ (Fröhlich-Gildhoff et al., 2003, S. 197) wird. Vor mehr als dreißig Jahren war Dorfman (1972/2005) der Ansicht, „dass viele Kinder von der Spieltherapie profitiert haben, ohne, dass die Eltern sich gleichzeitig einer therapeutischen Beratung unterzogen“ (S. 222). Diese Ansicht wird auch von Axline (1947) vertreten, wobei sie durchaus darauf hinweist, dass der Heilungsprozess und der Fortschritt schneller ginge, wenn sich die Eltern ebenfalls einer Therapie unterziehen würden. Abgesehen davon, würden die Eltern auch von der Therapie profitieren, so Axline (S. 62f.). Behr et al. (2009) meinen im Sinne einer heute häufig vertretenen Ansicht, „in der Kindertherapie muss man mit den Bezugspersonen, Lehrern und manchmal auch zahlreichen anderen Helfern der Familie in Kontakt treten, diese beraten oder zu Maßnahmen

bewegen, die für das Kind förderlich sind“ (S. 29). Dieser Ansicht sind auch Reisel und Wakolbinger (2006) und verweisen auf die Notwendigkeit, dass „die Beratung der wichtigen Bezugspersonen des Kindes, die die Veränderungen des Kindes verstehen und begleiten sollen, um den Therapiefortschritt im Alltag des Kindes [zu] verankern“ (S. 305) unumgänglich ist. Im Laufe der Zeit haben sich einige personenzentriert-fundierte Elterntrainings entwickelt, wie zum Beispiel die von dem Ehepaar Guerney entwickelte Filialtherapie, aber auch Kommunikationstrainings, Beziehungstrainings, Spieltrainings und Elternberatung. (Behr et al., 2009, S. 23f.)

Zwei weitere sehr wichtige und umstrittene Aspekte aktueller Positionen sind, nach Fröhlich-Gildhoff et al. (2003), dass „als Ausgangspunkt für therapeutisches Handeln ... eine systematische Diagnostik beschrieben“ (S.197) wird und, dass „die Personzentrierte Kinder- und Jugendlichen-therapie ... nicht mehr nur als ‚Breitbandverfahren‘ angesehen [wird], sondern es existieren zumindest Konzeptionen eines störungsspezifischen Handelns“ (S. 197).

Immer wieder wird der Aspekt herausgegriffen und die Ansicht vertreten, dass Rogers selbst ein großer Gegner diagnostischer Vorkenntnisse in Bezug auf die Klientenperson war, doch auch er war sich in einem sehr speziellen Aspekt, nämlich dort, wo sie dem Therapieprozess zugute kommen, der Relevanz gewisser störungsspezifischer Vorkenntnisse bewusst und schrieb (1939) „the only purpose in considering the child's symptomatic behavior is to aid in the process of understanding that behavior“ (S. 12). Auch Reisel und Wakolbinger (2006) sind der Ansicht, dass für ein tieferes Verständnis des kindlichen Verhaltens unterschiedliche Aspekte und Blickwinkel eingenommen werden sollen, damit es möglich wird, das Kind „in seinem ‚wahren‘ Bedeutungszusammenhang zu erkennen. Wichtig dabei ist sowohl eine ausführliche Anamnese als auch eine familiendiagnostische Erhebung sowie, je nach Fragestellung, der Blick auf relevante pädiatrische, kinderneuropsychiatrische, psychologische, soziale und funktionelle Befunde“ (S. 302). Gerade klinisch versierte personenzentrierte PsychotherapeutInnen negieren, dass die verlangte personenzentrierte Grundhaltung „eine völlige diagnostische Absichtslosigkeit“ (Keil & Stumm, 2002, S. 49) fordert. Sie finden es unverzichtbar, dass mit ihnen ein diagnostisch relevantes Wahrnehmen von Unterschieden im Erleben des Klienten ... einhergeht“ (Keil & Stumm, 2002, S. 49). Abgesehen davon, sind sie der Ansicht, „dass ohne ausreichendes Wissen über störungsbedingte Erlebnisformen diese gar nicht empathisch verstanden werden und die Grundhaltungen somit nicht in einem therapeutisch notwendigen Maß verwirklicht werden können“ (Keil & Stumm, 2002, S. 49).

Bohart (2000) hingegen schreibt beispielsweise diesbezüglich, dass er sich nicht sicher sei, ob es wirklich notwendig sei zu wissen, welche Begebenheit ein Problem verursacht hat, und meint: „I am more interested in helping clients find proactive ways of changing what is wrong, which may or may

not depend on what the nature of the problem supposedly is. My approach would be to engage in an exploratory process“ (S. 135).

In den letzten Jahren sind zahlreiche Publikationen entstanden, die sich mit Konzeptionen und Betrachtungsweisen für und von bestimmten Störungsbildern bzw. störungsspezifischen Aspekten bestimmter KlientInnengruppen auseinandergesetzt haben (Boeck-Singelmann et al., 2002a; 2002b; 2003). Finke und Teusch (2002) weisen daraufhin, dass „die störungsspezifische Perspektive ... als Fortführung von Konzeptionen einer differenziellen Personenzentrierten Psychotherapie zu sehen [ist], die schon seit den 70er Jahren diskutiert wurde (Bastine, 1976; Tscheulin, 1992). Schon damals wurde geltend gemacht, dass der Therapeut die störungs- oder persönlichkeitsbedingten Besonderheiten eines Klienten nicht unberücksichtigt lassen dürfe“ (S. 150).

Auch wenn viele PsychotherapeutInnen diesen Trend als natürliche Entwicklung sehen, zählt er dennoch zu den wohl umstrittensten Fragen in der heutigen Personenzentrierten Psychotherapie. Rogers war der Ansicht, dass es nicht sinnvoll sei, für bestimmte KlientInnengruppen bestimmte Adaptionen zu entwickeln. Ganz im Gegenteil schreibt er 1959, dass sie sogar den wichtigsten Aspekt der therapeutischen Erfahrungen zerstören können, nämlich „that it is a genuine relationship between two persons, each of whom is endeavoring, to the best of his ability, to be himself in the interaction. (S. 214). Er ist der Ansicht, dass dies eine echte Beziehung, in der beide sie selbst sein können, verhindern würde. Er beschreibt zwar in einer Fußnote, dass er diese Theorie überdenken wird, wenn eine zur damaligen Zeit von Kirtner und Cartwright (1958) erst kürzlich herausgegebene Studie Bestätigung findet, dass es durchaus anderer Vorgehensweisen für verschiedene KlientInnengruppen bedarf. Als sie (Kirtner & Cartwright; 1958) jedoch zu dem Schluss kommen, dass es sinnvoll und erforderlich sein könnte, bestimmte Modifikationen oder Methoden zur Anwendung kommen zu lassen, da Klientenpersonen das therapeutische Angebot in unterschiedlichen Therapiephasen in unterschiedlichem Ausmaß annehmen können, revidiert er seine Aussage nicht und schreibt fast dreissig Jahre später „any interference by the therapist with the client’s focus on his inner experiencing process is seen as counterproductive“ (Meador & Rogers, 1984, S. 145).

Im Gegensatz dazu meinen Behr et al. (2009), dass es durch „ein profundes methodisches Repertoire“ (S. 14) möglich ist, das Beziehungsangebot zu differenzieren und „Entwicklungsprozesse mit experienziellen und prozessleitenden Hilfen“ (S. 14) zu unterstützen. Schlippe-Weinberger, (2004) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass in der Arbeit mit schwer traumatisierten Kindern „strukturbildende Maßnahmen notwendig ... [sind], um Retraumatisierungen zu vermeiden und die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass diese Kinder über die Symbolisierung im Spiel gute innere

Instanzen aufbauen können“ (S. 10). Weiters könne „eine stärkere Grenzsetzung bei aggressiven Kindern, ein eingeschränktes Spiel- und Materialangebot bei Kindern, die durch das ‚klassische‘ Spielzimmer überfordert wären oder die Einbeziehung spezieller Medien durchaus hilfreich sein“ (Weinberger, 2007, S. 39). Sie ist der Ansicht, dass die Therapeutenperson differentielle Spielangebote machen kann und das Kind dabei trotzdem die Spielführung hat. Sie bietet damit dem Kind lediglich mehr Ausdrucksmöglichkeiten an bzw. hilft dabei, ein bestimmtes Thema zu vertiefen (Schlippe-Weinberger, 2004, S. 10). In neueren Betrachtungsweisen wird „die therapeutische Beziehung ... klar als wesentliche Wirkvariable beschrieben; das Beziehungsgeschehen zwischen Kind und TherapeutIn wird allerdings wesentlich differenzierter und über die Realisierung der drei Basisvariablen Empathie, Kongruenz, Akzeptanz hinausgehend betrachtet“ (Fröhlich-Gildhoff et al., 2003, S. 197). Reisel und Fehringer (2002) betrachten den Trend zu störungsspezifischen und methodenorientierten Vorgehensweisen durchaus kritisch und weisen darauf hin, dass nicht außer Acht gelassen werden darf, dass „explizit formulierte Therapieziele, Störungskonzepte, Veränderungshandlungen und Heilungserklärungen nicht nur einen, nämlich dem Spiel mit dem Kind zuträglichen, Effekt haben“ (S. 345) und meinen weiters:

Je konsequenter wir versucht haben, einer Vorstellung, im Sinne von Behandlungsplänen/-zielen nach bestimmten Störungskonzepten zu folgen, umso eher sind wir an die Grenzen in der Beziehung zum Klienten gestoßen. Je mehr es uns gelungen ist, uns dem oben erwähnten ‚Dunkel des gelebten Augenblicks‘ anzuvertrauen, uns den Aufträgen und Einflüsterungen von Familienangehörigen und von mit Erziehungsaufträgen belasteten Institutionen zu entziehen, und von Augenblick zu Augenblick führen zu lassen, umso eher boten wir unseren Klienten ein ‚Zu-zweit-sein‘ bei der Betrachtung und dem Erleben seiner konfliktgeladenen Lebensgeschichte an. Umso mehr war das möglich, was ein Beobachter als Veränderung beschreiben könnte. (S. 347)

Dementgegen beziehen Boeck-Singelmann et al. (2002a) beispielsweise störungsspezifisches Wissen und die Einbeziehung des sozialen Umfeldes neben dem „Vertrauen in die eigene Empathie, die individuelle und dem Kind angemessene Beziehungsgestaltung, das notwendige Wissen um die psychische Entwicklung von Kindern“ (S. 7) sowie den „Rückgriff auf Erfahrungen mit anderen Patienten gleicher Störungsmerkmale ... und letztlich auch die besonders geforderte Kreativität des Kindertherapeuten in den sich rasch ändernden Situationen einer Therapie“ (S. 7) als unumstrittene Bausteine der Personenzentrierten Kinderspieltherapie ein und Fröhlich-Gildhoff und Hufnagel (2002) verweisen auf Schmidtchen, der „die Kenntnis von alterstypischen kindlichen Entwicklungsaufgaben“ als äußerst wichtig darstellt, „denn die dabei entstehenden internalisierten Schemata bzw. ‚Urmuster‘ stellen letztlich markante Stufen der Selbstentwicklung dar“ (S. 41).

Wakolbinger (1996) rückt die Tatsache, dass „krankheitsspezifische Inkongruenzdynamiken auch unter größtmöglicher Berücksichtigung und Respektierung der Individualität jedes einzelnen Klienten immer wieder feststellbar sind“ (S. 42) ins Bewusstsein, sie warnt jedoch davor, aus diesen Schematisierungen „Handlungsanweisungen oder Rezepte für die Therapie ... [abzuleiten]. In der personenzentrierten Therapietheorie erscheint es jedoch wichtiger, störungsspezifisches Wissen zum größeren Verständnis des jeweiligen Klienten und der therapeutischen Beziehung zu ihm zu nutzen“ (S. 42). Greenberg & Eliot & Lietaer (2003) sprechen sich überhaupt für eine Verknüpfung der humanistisch-orientierten Psychotherapieformen aus und meinen:

„Pure-form approaches are still dominant within the humanistic orientation. [...] Cross-fertilization within these approaches will lead to a richer and more well-balanced approach and will allow trainees to search for their own styles within a more integrated orientation. This kind of integration will force a broadening of the humanistic framework and will sharpen its view on the core aspects of humanistic identity in spite of differences between subapproaches. (S. 322)

Die Unterschiede neuer Strömungen lassen sich also einerseits auf der therapeutischen Handlungsebene finden und andererseits sind sie vor allem auf wissenschaftlicher Ebene im Kontext der Entwicklung von störungsspezifischen Konzeptionen zu erkennen, die wiederum differentielle Spielangebote und auch Methoden einbeziehen.

1.2 Fragestellung

Diese Diplomarbeit wird sich vor allem damit auseinandersetzen, wie das Phänomen Mutismus aus personenzentrierter Sicht verstanden werden kann und wie der personenzentrierte Praxisalltag mit diesen Kindern, im Kontext der eben beschriebenen Diskussion um differentielle Vorgehensweisen, aussieht.

Ob der Tatsache, dass die zentrale Fragestellung dieser Arbeit schon selbst eine Positionierung hinsichtlich der Debatte um störungsspezifische Vorgehensweisen impliziert, bleibt zunächst offen, inwieweit diese Positionierung im Praxisalltag Relevanz zeigt, respektive ob die Annahme, dass die Einhaltung der Nicht-Direktivität bei der Arbeit mit mutistischen Kindern, die verschlossen, ängstlich und zurückhaltend sind und deren elterlichen Erwartungen sich durch einen starken Wunsch und ein Verlangen nach raschem Symptomabbau auszeichnen, eine gewisse Herausforderung darstellt, bestätigt wird. So wird es in erster Linie darum gehen zu überprüfen, ob im Falle der untersuchten Therapieverläufe die traditionellen nicht-direktiven Vorgehensweisen bei der Behandlung mutistischer Kinder im Praxisalltag eingehalten werden, ob diagnostisches Vorwissen seitens der TherapeutenInnen vorhanden war und inwiefern, wenn überhaupt, andere Techniken und Methoden respektive direkte Vorgehensweisen verwendet wurden. Wenn andere Vorgehensweisen, Einschränkungen oder Konzepte Verwendung gefunden haben, stellt sich die Frage, wie diese im Lichte des personenzentrierten Ansatzes gesehen werden können bzw. wie sie in den Kontext der Diskussion über differentielle Vorgehensweisen gestellt werden können.

Im Praxisalltag scheint bei der Behandlung mutistischer Kinder die erste Wahl in Bezug therapeutischer Schulen meistens auf die Verhaltenstherapie (Garwood, 1999, S. 7; Hultquist, 1995; u. a.) zu fallen – möglicherweise aufgrund der Tatsache, dass hier ein relativ rascher Symptomabbau erzielt werden kann. Hultquist (1995) meint dazu, dass – obwohl verhaltenstherapeutische Ansätze erfolgreich sind und die wohl gängigste Form das Schweigen dieser Kinder zu verändern – sie grundsätzlich nur auf einem oberflächlichen Level arbeiten. „There is more involved with these children than simple silence and ... there is a need for more than behavioral interventions. Family therapy and play therapy seem to be logical alternatives or additions ... play therapy because it provides young children with the means of communicating nonverbally“ (S. 105).

Gerade deshalb, weil dieser Bereich verhaltenstherapeutisch dominiert ist, gibt es nicht einmal eine Handvoll wissenschaftlicher, personenzentriert-orientierter Beiträge. Die einzigen drei Beiträge, die im Kontext Personenzentrierter Psychotherapie mit mutistischen Kindern verfasst wurden, sind von Garwood (1999) und Ehlers (2002) sowie eine Falldarstellung von Post (2001). Garwood beschäftigte sich im Rahmen der Filialtherapie, ein von Bernard und Louise Guerney (Guerney, 1997) entwickeltes

Konzept, das seinen Ursprung in der Personenzentrierten Psychotherapie hat, mit mutistischen Kindern. In dieser Studie geht es um die direkte Einbindung der Eltern in den therapeutischen Prozess und es wird untersucht, wie Eltern sich das schweigende Verhalten ihrer Kinder erklären, warum sie an einer Filialtherapie teilnehmen, wie sie diese wahrnehmen und welche Veränderungen die Teilnahme gebracht hat. Post arbeitete in der beschriebenen Falldarstellung grundsätzlich sehr im Sinne der Einhaltung einer nicht-direktiven Vorgehensweise. Sie bezog die Mutter in den therapeutischen Prozess ein, um das Leben des Kindes aus einer anderen Perspektive zu erleben. Während des therapeutischen Prozesses blieb sie stets nicht-direktiv. Letzten Endes bediente sie sich jedoch methodischer Schritte, die die Einbeziehung von Peers (eines Freundes) beinhaltete. Ehlers (2002) weist daraufhin, dass „der Kindertherapeut [...] gelegentlich die Ebene des nondirektiven Handelns verlassen und Anregungen des organismischen Neugieverhaltens ermöglichen“ (S. 330) muss.

Im Kontext der Debatte hinsichtlich differentieller Vorgehensweisen, lassen die Artikel von Ehlers (2002) und Post (2001) in einer impliziten oder expliziten Weise die Frage aufkommen, inwieweit die Arbeit mit diesen Kindern im Rahmen der Personenzentrierten Psychotherapie in einer Eins-zu-Eins-Situation, ohne Einbindung anderer Personen, ohne Techniken oder Methoden und ohne diagnostische Vorkenntnisse überhaupt möglich ist.

In dieser Arbeit soll nun die Hypothese, dass eine nicht-direktive Therapieform im Sinne Axlines bei diesen jungen KlientInnen, die sich durch Verslossenheit und Angst oder Apathie und stilles Zurückziehen charakterisieren lassen, nur sehr schwer einzuhalten ist, im Rahmen einer qualitativen Forschung und im Kontext theoretischer Vorüberlegungen überprüft werden. Die zentrale Frage lautet also, wie personenzentrierte PsychotherapeutInnen in der Praxis mit mutistischen Kindern arbeiten, welche Besonderheiten und Probleme es gibt und inwieweit die klassische, nicht-direktive durch eine störungsspezifische Vorgehensweise ersetzt bzw. erweitert wird. Im Zusammenhang der bereits dargestellten Kontroverse, die in Bezug auf die Integration zusätzlicher Ansätze oder Methoden existiert, kann die Schlüsselfrage lauten, „ob Personenzentrierte Psychotherapie ihre Identität beibehält, wenn Interventionen eingebracht werden, die auf anderen Paradigmen beruhen“ (Behr et al., 2009, S. 22)

Um diesen Fragen nachzugehen, wurden mit vier Therapeutinnen und einem Therapeuten in den USA, drei Therapeutinnen in Österreich und einer Therapeutin in Deutschland Interviews durchgeführt. Alle diese TherapeutInnen sind im personenzentrierten Bereich angesiedelt und können Erfahrungen mit selektiv mutistischen Kindern nachweisen.

1.3 Pädagogische Relevanz

Diese Arbeit stellt nicht nur Theorie und Praxis der Personenzentrierten Psychotherapie mit selektiv mutistischen Kindern dar oder diskutiert das Problem differentieller Vorgehensweisen in der Personenzentrierten Psychotherapie. Nein, vielmehr setzt sie sich mit den wohl wichtigsten Gegenständen der Pädagogik auseinander. Pädagogische Konzepte erfordern anthropologische Grundannahmen; diese beziehen sich auf die Vorstellung von der sozialen, kognitiven, psychologischen und biologischen Entwicklung des Kindes und auf Grundannahmen zu Bildsamkeit, Wachstumsfähigkeit, der Fähigkeit zur Veränderung und Motivation des Menschen. Die in der rogerianischen Theorie vertretenen Glaubensgrundsätze spielen für PädagogInnen hinsichtlich einer pädagogischen Handlungsorientierung im Praxisalltag eine entscheidende Rolle. Die in dieser Arbeit dargestellte Theorie kann als eine von vielen unterschiedlichen Positionen in Bezug auf die eben genannten Aspekte pädagogischer Konzeptionen gesehen werden. Gleich ob PädagogInnen auf theoretischer oder praktischer Ebene arbeiten, gleich, welche Theorien sie als Grundlage verwenden mögen – der wohl wichtigste Aspekt ihrer Arbeit ist die Bewusstwerdung der Anthropologie, die dahinter steht.

2. Mutismus

Im folgenden Kapitel werden Definition, Ätiologie und therapeutische Überlegungen des Mutismus aus psychoanalytischer, lerntheoretischer und systemischer Sicht näher erläutert. Weiters wird ein Überblick über den Einsatz medikamentöser Behandlung gegeben. Es soll eine umfangreiche und detaillierte Beschreibung dieses Phänomens gegeben werden und näher auf schulenspezifische Vorgehensweisen eingegangen werden. Die personenzentrierte Perspektive wird in einem eigenen Kapitel an einer anderen Stelle dieser Arbeit dargelegt.

2.1 Definition

Wie schon in Kapitel 1.1.1 definiert, handelt es sich bei selektiv mutistischen Kindern um Kinder, die nicht sprechen, obwohl die nötigen Sprachfertigkeiten bzw. physischen Voraussetzungen vorhanden sind (Hartmann, 2007, S. 19). In vielen Fällen sprechen mutistische Kinder mit ihren Eltern, jedoch in der Schule bzw. außerhalb des vertrauten Umfeldes schweigen sie komplett. Das Schweigen kann einige Monate oder aber auch Jahren andauern. Mutismus im Erwachsenenalter wird jedenfalls kaum erwähnt, woraus zu schließen ist, dass das Schweigen in jedem Fall an irgendeinem Punkt gebrochen wird. Nach dem DSM IV basiert die klinische Diagnose des Mutismus auf fünf Kriterien:

- A. The child refrains from speaking in specific social situations (e.g., school) while speaking in others (e.g., home)
 - B. Failure to speak interferes with educational achievement or with social communication
 - C. Symptoms persist for at least one month (not including the first month of school)
 - D. The failure to speak can not be attributed to a lack of knowledge or comfort with the spoken language (as might be true for bilingual children who have immigrated from another culture)
 - E. The symptoms are not better accounted for by a communication disorder
- (Schum, 2006, S. 149)

Wenn ein Kind in den ersten Schulmonaten nicht spricht, weist das noch nicht notwendigerweise auf Mutismus hin, da viele Kinder in den ersten Wochen des Schuleintritts noch zu scheu sind, um zu sprechen oder mit anderen in Kontakt zu treten (Krysanski, 2003, S. 29).

In den meisten Fällen tritt der Mutismus im Alter zwischen drei und vier oder zwischen fünf und sieben Jahren auf (Kurth & Schweigert, 1972; Steinhausen & Juzi, 1996). Es ist sehr wahrscheinlich, dass das mutistische Verhalten bereits vorher vorhanden war, aber erst zu diesen Zeitpunkten

erkannt wird (Schum, 2006, S.149; Sloan, 2007, S. 1). Die Unsicherheit bzw. Angst, die dazu führt, dass das Kind nicht spricht, kann mit dem Eintritt in die Schule oder in den Kindergarten offenkundig werden, da das Kind mit Situationen konfrontiert ist, die ihm nicht vertraut sind (Nash & Thorp & Andrews & Davis, 1979, S. 246). In den ersten zwei bis drei Lebensjahren haben mutistische Kinder zumeist eine normale sprachliche und kognitive Entwicklung, und beginnen erst dann ein möglicherweise eingeschränktes verbales Verhalten gegenüber anderen, vorwiegend gegenüber Erwachsenen, zu zeigen.

Im Alter von vier bis sechs ist das Schweigen zumeist schon ausgeprägter und es wird nur mehr mit vertrauten Personen (Eltern, Geschwistern, Bezugspersonen) gesprochen. (Nash et al., 1979, S. 246) In manchen Fällen flüstern die Kinder mit vertrauten Personen, trotz Anwesenheit anderer. Das selektive Schweigen tritt häufiger bei Mädchen als bei Jungen auf (Carr & Afnan, 1989, S. 29; Steinhausen & Juzi 1996, S. 606). Es lassen sich bei diesen Kindern folgende bestimmte Charakteristika erkennen:

- Stilles Zurückziehen und Resignieren bei Beeinträchtigungen oder Bedrohungen,
- unempfindlich, besorgt, apathisch, negativ, misstrauisch, eigenbrötlerisch,
- Schüchternheit, Unsicherheit,
- Trotz, ausgeprägter Wille und damit verbunden Zornausbrüche, Geltungsdrang,
- Stimmungsschwankungen, starke Aggressivität gegenüber MitschülerInnen,
- Bettnässen, Ticks, Daumenlutschen, autistische Verhaltensweisen, gehemmte Körpersprache,
- Konzentrations- und Leistungsstörungen,
- neurotische Veranlagung, Neigung zur Depression,
- Starke Bindung an die Mutter, starke Betonung der oralen Sphäre.
- (Cline & Baldwin, 2004, S. 7; Hartmann, 2007, S. 53ff; Hess, 2007, S. 1, online; Katz-Bernstein, 2005, S. 28; Kristensen & Torgersen, 2001, S. 648; Piesbergen, 2008, online; Steinhausen & Juzi, 1996, S. 606)

Hartmann (2007) meint, dass sich insgesamt sagen lässt, „... dass bei elektiv mutistischen Kindern Ausdrucks- und Verhaltensweisen zu beobachten sind, die eine verlangsamte psychische Entwicklung bzw. eine seelische Störung vermuten lassen“ (S. 58).

Die Diagnose und die Ätiologie des Mutismus stellen aufgrund der Komplexität dieses Erscheinungsbildes eine große Herausforderung dar. So gibt es eine Bandbreite an Einschätzungen über das Schweigen betroffener Kinder. Hess (2007, online) meint dazu, dass sie oft fehldiagnostiziert werden, da es eine unglaubliche Vielfalt an Interpretationen dieses Schweigens zu geben scheint, die

von einfacher Schüchternheit, autistischen Zügen, oppositionellem Verhalten bis hin zum selektiven Mutismus reichen. Gerade deshalb bedarf es einer detaillierten Auseinandersetzung mit verschiedenen Einteilungsschemata, sowie einer genauen diagnostischen Abgrenzung anderer Störungen, denen das Schweigen möglicherweise inhärent ist.

2.1.1 Differentialdiagnostische Abgrenzung

Im Rahmen der Diagnose des Mutismus ist auf die unumgängliche Notwendigkeit einer differentialdiagnostischen Abgrenzung hinzuweisen, da hinsichtlich der Phänomenologie eine Ähnlichkeit mit anderen Krankheitsbildern besteht.

Mutismus ist abzugrenzen von Hördefiziten, die auf einer auditiven Störung basieren, Schweigen aufgrund von schweren geistigen Behinderungen, Gehörlosigkeit, Auditiver Agnosie, Laryngektomie, Verbaler Apraxie, Mandibulärer Subluxation, Glossektomie, Autismus, Aphasie, tiefgreifenden Entwicklungsstörungen und Schweigen im Rahmen von Schizophrenie oder psychotischen Störungen. (Bahr, 1996, S. 3; Hartmann, 2007, S. 112ff; Krynski, 2003, S. 29; Nash et al., 1979, S. 246; u.a) Nach Krynski (2003) spricht man nicht von Mutismus, wenn das Schweigen beispielsweise in Zusammenhang mit Kommunikationsstörungen steht.

... if the child's failure to speak is a result of a lack of knowledge, or comfort with, the spoken language required in the social situation. Selective mutism is also not diagnosed if the disturbance is better accounted for by embarrassment related to having a communication disorder (i.e., stuttering).
(S. 29)

Es wird durch diese Abgrenzungen deutlich, dass ein Konsens darüber besteht, dass die Ursachen des Mutismus psychologischer und sozio-kultureller Natur sind (Bahr, 1996, S.3). Dennoch gibt es eine Vielzahl möglicher Kategorisierungen, die nun dargestellt werden sollen. Einige wurden in Kapitel 1.1.1 schon angeführt und werden hier aus Gründen der Vollständigkeit nochmals erwähnt.

2.1.2 Kategorisierung

Hartmann (2007) hat die historischen Kategorisierungen des Mutismus wie folgt zusammengefasst:

- pathologisch gesteigerte Schüchternheit (Bally 1936)
- Kontaktstörung oder -empfindlichkeit (Asperger 1968)
- Störung des Sprachantriebs (Wallis 1957)
- psychologische Sprachhemmung (Barker 1973)

- Störung des sozial-kommunikativen Bereichs (Muchitsch 1979)
- ausgedehnte Sprachscheu (Dührssen 1988 a)
- Sprechhemmung aufgrund psychischer Fehlreaktionen (Grunwald 1975)
- Schweigen als Lebensstil (Youngerman 1979)
- Sprachneurose (Lempp 1982)
- Ausdruck eines Verdrängungsmechanismus (Strunk 1980)
- Ausdruck einer mitmenschlichen Beziehungsstörung (Spoerri 1973)
- psychogene Stummheit (Zuckrigl 1982)
- Sprechverweigerung (Schenk-Danzinger 1974)
- Affekte-Aphasie (Hanselmann 1976)
- Sprachlicher Negativismus (vgl. Luchsinger/Arnold 1970)
(Hartmann, 2007, S. 27)

Castell und Schmidt (2007) sprechen von einer „emotional bedingten Störung der sprachlichen Kommunikation“ (S. 303). Im Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen (DSM-IV) (2008, online) zählt der Mutismus zur Kategorie 313, den „Bindungs- und Kontaktstörungen bei Kindern“, und ist unter der Nummer 313.23 zu finden. (Piesbergen, 2008, online) In dem Klassifikationssystem ICD-10 wird er in die Kategorie der „Psychische[n] Störungen und Verhaltensstörungen“ (F00–F99), weiters in die „Entwicklungsstörungen“ (F80–F89) und hier wieder in die „Expressive Sprachstörung“ (F80.1) und „Rezeptive Sprachstörung“ (F80.2) eingeteilt. Er zählt auch zu den „Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ (F90–F98) (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2011, online).

Sowohl in der englischsprachigen als auch in der deutschsprachigen Literatur ist heute die Annahme vorherrschend, dass der selektive Mutismus zu den phobischen Erkrankungen und den sozialen Angststörungen zählt (Black & Uhde, 1992, 1994, 1995; Boggs, 2005; Chavira et al., 2007; Ehlers, 2002; Hess, 2007, online; Katz-Bernstein, 2005; Kristensen, 2000, Kristensen & Torgersen, 2001; Lehmann, 2002; Sloan, 2007; Stone et al., 2002; u. a.). So weist Lehmann (2002) darauf hin, dass in einer Studie bei 97 % von 30 selektiv mutistischen Kindern eine soziale Angststörung diagnostiziert wurde (S. 124). Black und Uhde (1995) gehen noch einen Schritt weiter in diese Richtung, sie kamen nach einer Pilotstudie zu folgendem Schluss: „[s]elective mutism may be a symptom of social anxiety rather than a distinct diagnostic syndrome“ (S. 847).

Der Sprachheiltherapeut Reiner Bahr (1996) sieht das Schweigen „als subjektiv sinnvolles Bewältigungsverhalten“ mit dem Ziel, „die Mutterbindung angesichts übersteigerter Trennungsangst

zu sichern“, „das Problem, nicht zu wissen was man und wie man etwas sagen soll, zu lösen“, „den Selbstwert zu erhalten und die Zuwendung zu sichern“ (S. 14).

Die personenzentrierte Psychotherapeutin Beate Ehlers (2002) definiert den selektiven Mutismus ebenfalls als eine „... phobische Erkrankung, des Kindesalters. Er basiert auf einer Störung im Selbstkonzept des Kindes, die sich als Störung der Symbolisierungsfähigkeit und als Blockade der Aktivierungstendenz zeigt. Diese Störung wird auf eine unzureichende Mutter-Kind-Beziehung in der ersten Lebenszeit zurückgeführt“ (S. 317).

Wir sehen hier eine Bandbreite an Kategorisierungen, die nicht einfach nur unterschiedliche Bezeichnungen sind, sondern die mitunter ganz unterschiedliche Vorstellungen von dem Störungsbild „Mutismus“ implizieren. So vermittelt beispielsweise die Bezeichnung „Sprechverweigerung“ ein anderes Bild als die Bezeichnung „ausgedehnte Sprachscheu“. Diese unterschiedlichen Vorstellungen spiegeln sich in unterschiedlichen anthropologischen Ausgangspunkten und damit in Verbindung stehenden therapeutischen Maßnahmen wider, die in einem späteren Kapitel genauer beleuchtet werden. Im Vorfeld wird es aber noch darum gehen, die Ätiologie des selektiven Mutismus zu erläutern und wichtige Wirkfaktoren für die Entstehung des Schweigens aufzuzeigen.

2.1.3 Ätiologie

„The current literature points to multiple pathways to the development of selective mutism and to the lack of homogeneity in the presentation of this condition“ (Carlson et al., 2008, S. 356)

Die Ätiologie des selektiven Mutismus kann nicht allgemein definiert werden, es gibt keine klaren Ursachen, die unwillkürlich zum Mutismus führen, genauso gibt es auch kein klar definiertes Konzept für die Behandlung des mutistischen Kindes. Es muss in seiner individuellen Situation aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden, wenn man auf der Suche nach möglichen Ursachen ist. Die EINE Ursache gibt es jedenfalls nicht und es ist auch nicht ratsam nach dieser EINEN Ursache zu suchen (Steinhausen & Juzi, 1996) In der Literatur wird von einer sogenannten Polyätiologie gesprochen, die impliziert, dass der selektive Mutismus verschiedene Ursachen haben kann, die sowohl im Kontext der Diagnose als auch im Kontext der Behandlung in Betracht gezogen werden müssen (Sloan, 2007, S. 1; Kurth & Schweigert, 1972, S. 748; Kristensen & Torgersen, 2001; S. 652; u. a.).

Bahr (1996) bezeichnet den Begriff Polyätiologie als Missverständnis und vertritt die

Annahme einer psychologisch als auch die einer sozio-kulturell zu erklärenden Verursachung des Mutismus ... denn sowohl im Kinde liegende Bedingungen als auch ungünstige Variablen des Umfeldes sind als begünstigende Wirkfaktoren anzunehmen. Realistisch erscheint mir in jedem Falle die Vorstellung einer Wechselwirkung vielfältiger Variablen, wobei die Annahme eines verwobenen Kausalnetzes aus Risikofaktoren, kindlichem Adaptationsstil und mannigfachen Streßquellen hier aussagekräftiger ist als das immer wieder vorgebrachte Postulat einer "Polyätiologie", mit dem verschiedene mögliche Verursachungsmomente lediglich nebeneinander gestellt werden. (S. 3)

Nach Hartmann (2007) handelt es sich beim Mutismus „um eine psychische Störung, die u. a. durch starke Affekte, traumatisch wirkende Ereignisse sowie durch eine Nichtverarbeitung schwerer seelischer Konflikte verursacht sein kann und/oder mit Entwicklungsstörungen oder psychotischen Grunderkrankungen einhergeht bzw. dispositionell bedingt ist“ (S. 23). Häufig wird die fälschliche Annahme vertreten, Trauma oder Misshandlungen seien die alleinige Ursache für Mutismus. Dies mag in manchen Fällen durchaus möglich sein, aber Traumata oder Misshandlungen hängen nicht notwendigerweise mit dem Entstehen des selektiven Mutismus zusammen und es wäre nicht gerechtfertigt davon auszugehen, dass ein mutistisches Kind auf jeden Fall in irgendeiner Art und Weise misshandelt wird oder ein tiefgreifendes Familiengeheimnis hüten muss (Black & Uhde, 1995, S. 847; Hess, 2007, S. 1, online; Sloan, 2007, S. 1; u. a.).

Bezugnehmend auf die in der Literatur unterschiedlich beschriebenen Positionen über die Entstehung des selektiven Mutismus meint Katz-Bernstein (2005), dass die Sichtweise abhängig sei von „Therapie- und Forschungsrichtung, dem Menschenbild und der Fachdisziplin des Autors“ (S. 31). Sie unterscheidet fünf ätiologische Modelle: Operante Konditionierung und Lernen am Modell (Lerntheoretische Sichtweise), ein „neurotisches Verhalten infolge eines Konfliktes“ (Psychoanalytische Sichtweise), „Schweigen als Ausdruck einer systemischen Organisation und/oder als elterliche Delegation“ (Systemische Sichtweise) und „Schweigen als Bewältigungsstrategie“ (S. 31).

Vor dem Hintergrund dieser Bandbreite an verwobenen Ursachen werden nun die möglichen Aspekte ungünstiger Variablen und Beeinflussungsfaktoren der Entstehung des selektiven Mutismus einzeln behandelt, um ein umfassendes Bild zu schaffen, das sich aus konstitutionellen, somatischen und milieubedingten Faktoren zusammensetzt. Im Weiteren wird schulenspezifisch auf psychologische Faktoren und therapeutische Positionen Bezug genommen.

Konstitutionelle Faktoren:

Häufig auftretende Charakteristika von Angehörigen mutistischer Kinder lassen auf konstitutionelle Faktoren schließen. So finden sich bei Angehörigen Merkmale wie „wenig mitteilbar“, „isoliert“, „eigenbrötlerische Verhaltensweisen“, „Misstrauen gegenüber fremden Menschen“, „Unsicherheit“ oder „Ängstlichkeit“ (Carr & Afnan, 1989, S. 30; Hartmann, 2007, S. 85; Post, 2001 S. 304f; Schum, 2006, S. 149; u. a.). Viele Studien verweisen auf Zurückgezogenheit oder Einsilbigkeit als Merkmale der Eltern oder Großeltern von selektiv mutistischen Kindern und in einer Studie von Brown und Lloyd (1975) hatten zweimal so viele selektiv mutistische Kinder auch schweigende Geschwister als in der Kontrollgruppe. So spricht Lóránd davon, dass „... hereditär, konstitutionelle Gegebenheiten die entscheidende Rolle bei der Manifestation der Symptome spielen“ (Lóránd, 1960, S. 287). Für Kurth und Schweigert (1972) kann aber die familiäre Prädisposition nicht als einzige Ursache gesehen werden (S. 745), sondern weitere Umstände müssen gegeben sein.

Somatische Faktoren:

Es gibt unterschiedlichste Untersuchungen und Ergebnisse hinsichtlich der somatischen Faktoren. So können beispielsweise frühkindliche Hirnschädigungen, Intelligenzdefizite, Psychosen, Depressionen, Schizophrenie, Entwicklungsverzögerungen und -störungen oder Sprach- und Sprechstörungen bei der Entstehung oder Aufrechterhaltung des Schweigens eine Rolle spielen (Hartmann, 2007, S. 88ff.).

Milieubedingte Faktoren:

Familienbiographische Untersuchungen ergaben, dass viele selektiv mutistische Kinder eher aus der unteren Mittelschicht und aus der Unterschicht kommen. Der Beruf des Vaters oder das soziale Umfeld wurde meistens als Parameter verwendet. Weiters findet sich eine Häufung des Mutismus in ländlichen Gebieten oder im Kleinstadtmilieu. Wichtig ist auch die Komponente des Verhaltens der Eltern oder der Beziehung, die zu den Eltern besteht. Das familiäre Umfeld der schweigenden Person muss in jedem Fall mitberücksichtigt werden. In der Literatur finden sich in Bezug auf das Verhalten des Vaters oft die Begriffe „zurückgezogen, still, überfordert, besorgt“ (Hartmann, 2007, S. 85). Eine strenge und zu anspruchsvolle Erziehung und eine damit verbundene Überforderung des Kindes, überbesorgte oder ängstliche Eltern, Ehekrisen und Bilingualität können weitere unterstützende Faktoren in der Entstehung oder Aufrechterhaltung des Schweigens sein.

In Bezug auf das Verständnis des Mutismus aus psychologischer Sicht wird nun ein Überblick über psychoanalytische, lerntheoretische und systemische Ansätze sowie pharmakologische Behandlungen gegeben, im Weiteren auch die therapeutischen Vorgehensweisen erläutert.

2.2 Schulenspezifische Sichtweise und therapeutische Maßnahmen

2.2.1 Einleitung

Die Meinungen darüber, welche Art von Therapie am geeignetsten ist, gehen auseinander. Es lassen sich eine Vielzahl an verhaltenstherapeutischen Fallbeispielen (Friedman & Karagan, 1973; Reed & Mees, 1963; Watson & Kramer, 1992; u. a.) finden. Die psychoanalytischorientierten Berichte (Atlas, 1993; Hesselmann 1983; Lesser-Katz, 1988; u. a.) sind zwar an zweiter Stelle, aber dennoch häufig vorhanden. Familientherapeutische bzw. systemische Interventionen (Subak, West und Carlin, 1982; u. a.) finden ebenfalls Anklang (Bahr, 1996). Hinzu kommen Postulate integrativer Ansätze (Katz-Bernstein, 2005; Krohn, Weckstein und Wright, 1992; u. a.) die schulenübergreifend arbeiten, aber auch über das rein psychotherapeutische Setting hinausgehen und psychopharmakologische (Black & Uhde, 1994; Carlson et al., 2008; Kaakeh & Stumpf, 2008; Kratochwill, Ford, Sladeczek und Carlson, 1998; u. a.) oder sprachheiltherapeutische Methoden miteinbeziehen (Bahr, 1996; Hartmannn, 2007; Katz-Bernstein, 2005). Nach Durchsicht der Literatur wird eines klar: Ein einheitliches Mutismus-Konzept gibt es nicht. So unterschiedlich wie die anthropologischen Ansätze der diversen therapeutischen Schulen sind, ist es nur selbstverständlich, dass es keinen Konsens über Krankheitslehre und Heilungskonzepte des selektiven Mutismus gibt.

Bei all diesen Ansätzen scheint es aber dennoch einen gemeinsamen Nenner zu geben. Man ist sich darüber einig, dass die Therapie so früh wie möglich eingesetzt werden sollte, da nur so verhindert werden kann, dass das Kind akademische und soziale Probleme entwickelt (Carlson et al., 2008, S. 356; Heilman, 2006, S. 3f; Hess, 2007, S. 2, online; Post 2001, S. 305). Bahr vergleicht therapeutische Schulen im Umgang mit mutistischen Kindern und kommt zu der Ansicht, dass das „Merkmal aller beschriebenen Therapien ... die Herausstellung der guten pädagogischen Beziehung als wirkungsvolles Instrument zur Stärkung des kindlichen Selbstkonzepts [ist]. Unterschiede bestehen vorwiegend in der methodischen Gestaltung“ (Bahr, 1996, S. 13). Ein weiterer Aspekt, bei dem Einigkeit zu finden ist, ist die Tatsache, dass das Umfeld und vor allem die Betreuungspersonen miteinbezogen werden muss (Anstendig, 1998; Ehlers, 2002; Reed & Mees, 1963; Schum, 2002, online, 2006

2.2.2 Psychoanalytische Sichtweise

Im psychoanalytischen Ansatz spricht man davon, dass Mutismus als Ausdruck einer neurotischen Symptomatik verstanden werden kann. Bei einer Neurose liegt ein Konflikt vor und der/die Betroffene versucht, dieses Problem mit einer Strategie zu lösen (Anstendig, 1998, S. 382; Boggs, 2005, S. 14; Hartmann 2007, S. 78). Das selektiv mutistische Verhalten kann aber nicht nur mit neurotischen Konflikten in Verbindung gebracht werden, sondern auch mit psychologischen Traumata, die während der kritischen Perioden der Sprachentwicklung entstehen oder einen seelischen Konflikt hervorrufen, bzw. mit Manifestationen von ungelösten Familienkonflikten oder gestörten psychologischen Prozessen (Boggs, 2005, S. 15; Hartmannn, 2007, S. 77; Porjes, 1992, S. 368).

Die heimliche (unbewusste) Intention des schweigenden Verhaltens kann der Wunsch des Kindes sein, die Eltern zu bestrafen, ein Familiengeheimnis zu bewahren, Familienkonflikte zu verdrängen, mit einer problematischen Mutter-Kind-Beziehung umzugehen, oder die Feindseligkeit gegenüber der Mutter auf andere zu übertragen. Auch eine orale oder anale Fixierung oder die Regression in eine präverbale Entwicklungsstufe kann dem Schweigen zugrunde liegen. oder die Übertragung einer Feindlichkeit gegenüber der eigene Mutter auf andere (Pustrom & Speers, 1964, S. 297; Stone et al., 2002, S. 170). Weiters heben Kaplan und Escoll (1973) präödipale Faktoren wie Abhängigkeit und Trennung als bestimmende Faktoren bei der Entstehung des selektiven Mutismus hervor (S. 66f.). Es wird wiederholt von den Autoren auf die innige Mutter-Kind-Beziehung hingewiesen, der Mutismus kann hier Ausdruck der säuglingshaften oralen Bindung an die Mutter sein, d. h., mit dem Schweigen versucht das Kind, sich die ständige Fürsorge der Mutter zu sichern (Hartmannn, 2007, S. 78f.). Bahr (1996) formuliert eine mögliche psychoanalytische Interpretation so: „ein schweigendes Kind hält die Symbiose zur Mutter, das wortlose Einssein mit ihr (orale Phase) aufrecht und schützt sich mit dem Schweigen vor den nicht bewältigten Anforderungen der analen Phase“ (S. 9). Elson, Pearson, Jones und Schuhmacher (1965) meinen, dass das selektiv mutistische Verhalten durch mütterliche Abneigung und väterliches Unbehagen ausgelöst wird oder dass die Mutter-Kind-Bindung bei selektiv mutistischen Kindern dadurch geprägt ist, dass die Mutter überprotektiv und sehr dominant ist (S. 83). Pustrom und Speers (1964) meinen, dass eine ausgeprägte Unzufriedenheit der Mutter zu einer krankhaften Abhängigkeit zwischen Mutter und Kind führen kann (S. 297).

Bei tiefenpsychologisch-fundierte bzw. psychoanalytisch-orientierten Therapiekonzepten stehen oft „frühkindlich-sexuelle Entwicklungsaspekte und familiäre Besonderheiten im Vordergrund (Bahr, 1996, S. 10) und in der Therapie geht es um das „... Aufdecken des neurotischen Konflikts bzw. Traumas“ (Hartmannn, 2007, S. 120). Methodisch ist in der psychoanalytischen Vorgehensweise vor

allein auf die Technik des Deutens hinzuweisen (Bahr, 1996, S. 9). Der Konflikt wird dadurch zu erkennen versucht, dass das Kind verschiedene Möglichkeiten des Ausdrucks hat. So finden sich Medien wie Zeichnen, Puppenspiele, projektive Tests, künstlerische Darstellungsformen, Szeno-Test, Bauspiele, Regelspiele, Rollenspiele oder Phantasiespiele. Die von dem Kind ausgedrückten Themen, Gefühle, Gesten usw. werden von der Therapeutenperson gedeutet. Danach folgt die Auseinandersetzung mit dem erkannten Konflikt, die wiederum durch die oben genannten Medien geschieht. Die Handlungen des Kindes werden kommentiert, die Therapeutenperson baut eine förderliche Beziehung zu dem Kind auf und steht als KommunikationspartnerIn zur Verfügung (Bahr, 1996, S. 9; Hartmann, 2007, S. 120, Stone et al., 2002, S. 170). Bei diesem gesamten therapeutischen Prozess spielt sowohl das freie Gestalten (Spiel, Zeichnen, sprachliche Interaktionen, Kunst etc.) des Kindes eine große Rolle bei dem Erkennen des unbewussten Konfliktes, sowie die Beziehung zur Therapeutenperson und die Strukturierung des Kindes (Seiffge-Krenke, 2006, S. 61f.). Es wird davon ausgegangen, dass das Symptom verschwindet, wenn dieser Konflikt aufgedeckt und gelöst wird (Bahr, 1996, S. 10; Stone et al., 2002, S. 170). Die in der Literatur vorherrschenden Fallberichte psychodynamischer Modelle beinhalten meistens die individuelle Spieltherapie (Anstendig, 1998, S. 383; Atlas, 1993; Lesser-Katz, 1988; u. a.). Bahr (2002) fasst bezugnehmend auf Hesselmann (1983) Merkmale tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie zusammen: die „Wichtigkeit des Aufbaus einer therapeutischen Beziehung und die Notwendigkeit der Arbeit mit nicht-verbalem Material“ (S. 65). Weiters finden sich immer wieder Hinweise auf die Relevanz der Einbeziehung von Familie und Umfeld in den therapeutischen Prozess.

Tiefenpsychologisch-orientierte TherapeutInnen sehen das Schweigen also als einen neurotischen inneren Konflikt an, der unterschiedliche (aber sehr ähnliche) Auslöser haben kann. Jedenfalls liegt die Problematik in der frühkindlichen Phase. Dieser Konflikt soll im Rahmen eines spieltherapeutischen Settings aufgedeckt und gelöst werden.

2.2.3 Lerntheoretische Sichtweise

Die VertreterInnen des lerntheoretischen Ansatzes sind im Kontext der Behandlung mutistischer Kinder sehr stark vertreten (Anstendig, 1998; Porjes, 1992; Powell & Dalley, 1995; Watson & Kramer, 1992; u. a.). Sie meinen, dass „... das Verhalten des Einzelnen das Ergebnis von (unbewußten) Lernprozessen ist“ (Hartmann, 2007, S. 79).

In Falle des selektiven Mutismus lassen sich grundsätzlich zwei Ansätze erkennen. Der erste ist die „Operante Konditionierung“ und der zweite Ansatz erklärt das Schweigen im Zusammenhang mit dem Prinzip des „Lernens am Modell“. Durch Ersteres wird das Schweigen als eine Reaktion auf

Anforderungen verstanden, wobei Organismusvariable und Umfeld einen erheblichen Einfluss haben können. Das Verhalten wird als ein Reiz-Reaktions-Mechanismus interpretiert und je nachdem wie das Umfeld auf das Schweigen reagiert bzw. wie das selektiv mutistische Kind diese Reaktion wahrnimmt, kann es dazu führen, dass sich das schweigende Verhalten beim Kind manifestiert und dass die sprachlich adäquate Kommunikation verlernt wird. (Bahr, 1996, S. 7, Hartmannn, 2007, S. 79; Stone et al., 2002, S. 170) Das Prinzip der „Operanten Konditionierung“ ist wie folgt zu erklären: Es gibt einen Stimulus (S), eine Organismus-Variable (O), eine Reaktion (R) und eine positive Konsequenz (C +) oder eine negative Konsequenz (C -). Die Veränderung bestimmter Verhaltensweisen wird durch die direkte Konsequenz, die eine Reaktion auf einen Reiz haben kann, hervorgerufen. Der Stimulus/Reiz beinhaltet alle Anforderungen mit einem sprachlichen Anforderungscharakter von Personen, mit denen nicht gesprochen wird. Die Organismus-Variable umfasst frühkindliche Hirnschädigung, konstitutionell bedingte Sprechscheu, Sprachstörungen usw. Das Schweigen wird als Reaktion verstanden, die zweierlei Konsequenzen hervorrufen kann. Zum einen eine positive Konsequenz (z. B. vermehrte Aufmerksamkeit, Zuwendung), die als Verstärker des Schweigens, als subjektiver Krankheitsgewinn und als Verminderung der Chance auf verbale Äußerungen zu sehen ist. Zum anderen kann auf das Schweigen mit einer negativen Konsequenz reagiert werden (z. B. Entzug sozialer Anerkennung, Verzicht auf geforderte Leistung), die die Wahrscheinlichkeit des Schweigens reduziert (Hartmannn, 2007, S. 80f.). Das Erklärungsmodell des „Lernens am Modell“ geht davon aus, dass das Verhalten von Familienmitgliedern (auch im sprachlichen Bereich) als Vorbild dient. Das sprachliche Verhalten kann die Entwicklung der Kommunikationsfähigkeit beeinflussen (Hartmannn, 2007, S. 83).

Die Theorie des „Lernens am Modell“ kann im Kontext der konstitutionellen Faktoren (vgl. Kap. 2.1.3) gesehen werden, im Rahmen derer darauf hingewiesen wird, dass die Verhaltensweisen der nahen Angehörigen dieser Kinder in einigen Studien als schüchtern, zurückhaltend, wortkarg oder verschlossen beschrieben wurden. Dies kann im Sinne der Vorbildwirkung und gelernten Kommunikationsstrukturen verstanden werden. Laut Friedman und Karagan (1973) können selektiv mutistische Kinder in zwei Gruppen eingeteilt werden. Zum einen die Kinder, bei denen das Schweigen eine angelernte Reaktion ist, die dazu dient, das Umfeld zu manipulieren, und zum anderen jene, bei denen das Sprechen so viel Angst auslöst, dass das Kind sich entscheidet, nicht mehr zu sprechen (S. 250).

Bei beiden Ansätzen (Operante Konditionierung, Lernen am Modell) ist das Ziel der Therapie der Abbau von nicht erwünschtem sozialem Verhalten und der Aufbau von erwünschtem sozialen Verhalten (Hartmannn, 2007, S.124). Der Fokus liegt auf dem Umfeld des schweigenden Kindes und

es wird davon ausgegangen, dass die Veränderung der Reaktionen des Umfelds auf das Schweigen des Kindes eine erhebliche Rolle spielt (Boggs, 2005, S. 28; Porjes, 1992, S. 369; Stone et al., 2002, S. 170). Therapeutische Vorgehensweisen im Kontext der „Operanten Konditionierung“ sind beispielsweise: Stimulus-fading, Kontingenzmanagement oder „Escape-avoidance-Techniken“. (Porjes, 1992, S. 369) Unter Stimulus-fading versteht man, dass das schweigende Kind den Kreis der Personen, mit denen es spricht, nach und nach erweitert. Das Kind wird dabei begleitet und es soll dadurch „eine Generalisierung des Sprechens erreicht werden“ (Bahr, 1996, S. 7). Unter Kontingenzmanagement werden Bestärkungs- bzw. Belohnungssysteme mit dem Ziel der Verhaltensänderung verstanden. Eine weitere Vorgehensweise wäre, die positiven und negativen Konsequenzen abzuschalten, um den möglichen Krankheitsgewinn zu reduzieren (Hartmann, 2007, S. 125). Denn der mögliche Krankheitsgewinn führt dazu, dass das Schweigen des Kindes wegen der positiven Konsequenzen schwerer aufzugeben ist. Eine positive Konsequenz wäre für das Kind beispielsweise, mehr Aufmerksamkeit aufgrund des Schweigens zu bekommen.

Allgemein lässt sich sagen, dass in den verhaltenstherapeutischen Ansätzen oft mehrere der obengenannten Methoden zeitgleich angewendet werden, um eine Verhaltensänderung herbeizuführen. (Anstendig, 1998, S. 384; Carr & Afan, 1989 S. 31; Porjes, 1992, S. 369; Powell & Dalley 1995, S. 115; Viana, Beidel und Rabian, 2009, S. 64) So wird beispielsweise gleichzeitig mit Belohnung, Verträgen, materiellen Verstärkern (Süßigkeiten etc.), sozialen Verstärkern (Lob etc.) oder Verstärkermenus gearbeitet. (Bahr, 1996, S. 7f.)

Lerntheoretische Konzepte zeichnen sich durch einen starken Wunsch nach Symptomabbau aus. Bahr (1996) meint, „daß es nicht das Anliegen einer solchen Maßnahme ist, tieferliegende Ursachen und familiäre Beziehungsstrukturen aufzuarbeiten, sondern daß es ganz pragmatisch darum geht, beim Kind den Sprachgebrauch in extrafamilialen Situationen zu evozieren“ (S. 8 f.). Hinsichtlich des Symptomabbaus scheinen verhaltenstherapeutische Methoden jedenfalls am schnellsten zu greifen und gerade deshalb werden sie womöglich so häufig in Anspruch genommen und sind auch in der Literatur dementsprechend stark vertreten.

2.2.4 Systemtheoretische Sichtweise

„Some researchers and clinicians believe that selectively mute children are involved in faulty familial relationships that lead to the mute symptomatology in the identified patient“ (Anstendig, 1998, S. 384).

Diese ungünstigen familiären Beziehungen könnten sich auch in mehreren Generationen wiederfinden lassen. „Es kann z.B. ein von Schuldgefühlen begleiteter Abhängigkeitskonflikt

bestehen, aufgrund dessen die angemessene Therapie keinesfalls in der alleinigen Arbeit mit dem mutistischen Kind zu bestehen hat“ (Bahr, 1996, S. 10). Auch in Bezug auf die konstitutionellen Faktoren scheinen Charakteristika der Eltern (Scheu, Zurückgezogenheit usw.) hinsichtlich der Vorbildwirkung und/oder einer angelernten Interaktionsstrategie bzw. Kommunikationsstrategie eine Rolle spielen zu können. Die Familien dieser Kinder lassen sich oft durch eine starke Bindung, Unabhängigkeit, Angst, Misstrauen oder sprachliche und kulturelle Anpassungsschwierigkeiten charakterisieren (Anstendig, 1998, S. 384; Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry [JAACAP], 2007, S. 275). Auch in Bezug auf Angsterkrankungen sind einige Autoren der Ansicht, dass das familiäre Gefüge eine wesentliche Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptome spielt (JAACAP, 2007, S. 275). Der Einfluss des sozialen Gefüges (Familie), in dem sich das selektiv mutistische Kind befindet, wird also als wesentliche Komponente angesehen. In einem familientherapeutischen Setting wird die Familie als Einheit betrachtet und alle Familienmitglieder werden miteinbezogen (Stone et al., 2002, S. 170). In diesem Sinne ist es also wichtig, die Konzentration nicht nur auf das Kind und sein Erleben zu richten, sondern das Umfeld miteinzubeziehen (Anstendig, 1998; Bahr, 1996; JAACAP, 2007; u.a.). Die therapeutische Vorgehensweise wird so angelegt, dass die problematische innerfamiliäre Dynamik fokussiert wird, die Beziehung zwischen Eltern und Kind verbessert werden soll, elterliche Angst abgebaut wird, eine angemessene Autonomie des Kindes aufgebaut werden kann und neue Coping-Mechanismen entstehen können (Anstendig, 1998, S. 384; JAACAP, 2007, S. 275).

2.2.5 Medikamentöse Behandlung

„Treating social anxiety symptoms within children who are diagnosed with selective mutism has been advocated as an essential component of a comprehensive treatment plan“ (Carlson et al., S. 355). Medikation als therapiebegleitende Option bei mutistischen Kindern ist noch immer umstritten. Es liegen einige Studien über die Effektivität von psychopharmakologischer Behandlung des selektiven Mutismus vor (Black & Uhde, 1994; Carlson et al., 2008; Kaakeh & Stumpf, 2008; Kratochwill et al., 1998; u.a.), dennoch wird wiederholt von den Autoren darauf verwiesen, dass es immer noch an weiteren Studien fehle. Ein gängiges Argument für die medikamentöse Behandlung ist die Verbindung zwischen Angststörungen und dem selektiven Mutismus (Carlson et al., 2008, S. 366; Lehman, 2002, S. 124). In den vorliegenden Studien wird vermehrt auf die Verwendung von Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) und Monoamine Oxidase Inhibitors (MAOI) hingewiesen (Carlson et al., 2008, S. 366; Lehman 2002, S. 124; Schum, 2006, S. 150). Bei SSRIs gibt es speziell zu Fluoxetin einige Studien und Black und Uhde (1994) kamen diesbezüglich zu folgendem Schluss: „the

results indicate that fluoxetine may be beneficial in the treatment of children with EM [elective mutism]. In short-term use, fluoxetine appeared to be safe and well tolerated“ (S. 1005). SSRIs werden in der Literatur als vielversprechend gesehen, dennoch ist auf fehlende Untersuchungen (Carlson et al., 2008, S. 366; Viana et al., 2009, S. 64) hinzuweisen, vor allem hinsichtlich der Anwendung dieser Medikamente bei Kindern. Auch Nebeneffekte wie zum Beispiel Magen-Darm-Störungen, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Schläfrigkeit oder verminderter Appetit (Kaakeh & Stumpf, 2008, S. 223) können durch SSRIs ausgelöst werden. Weiters gibt es eine erfolgreiche Studie über die Verwendung von Pheneziline. Doch Golwyn und Sevlie (1999) schreiben, „it should be noted that neither phenelzine nor fluoxetine has FDA approval for pediatric use“ und machen auf Nebenwirkungen von Pheneziline wie Gewichtszunahme, frühes Erwachen, Schläfrigkeit, Schlaflosigkeit, Verstopfung oder niedrigen Blutdruck aufmerksam (S. 112).

Es ist besonders wichtig, die Eltern über alle Facetten und Nebenwirkungen, fehlende Studien und das Für und Wider einer medikamentösen Behandlung aufzuklären, da sie diejenigen sind, die sich für oder gegen so eine Vorgehensweise entscheiden müssen (Katz-Bernstein, 2005). Kaakeh und Stumpf (2008) meinen hinsichtlich der Relevanz einer bewussten Entscheidung der Eltern für oder gegen so eine Behandlung, „the support by parents and teachers of a multimodal approach incorporating both psychotherapy and pharmacologic management is needed, to increase the likelihood of positive outcomes“ (S. 222).

Eine medikamentöse Behandlung ist nur dann in Erwägung zu ziehen, wenn über mehrere Jahre kein Erfolg durch Therapie erzielt wurde oder bei großem Leidensdruck und bedrohenden Begleitsymptomen aufseiten des Kindes, wie beispielsweise eine Einschränkung der oder Auswirkung auf soziale und akademische Fähigkeiten oder bei chronischen Symptomen, die nicht durch psychosoziale oder verhaltenstherapeutische Interventionen bzw. nicht-medikamentöse Behandlungsformen verändert werden können. (Carlson et al., 2008, S. 366; Katz-Bernstein, 2005, S. 207; Lehman, 2002, S. 124) Auch homöopathische Behandlungen sollten in Erwägung gezogen werden, da bei diesen keine chemischen Substanzen zur Anwendung. (Katz-Bernstein, 2005, S. 207) Die Entscheidung für eine psychopharmakologische Behandlung sollte in Abhängigkeit von Schweregrad, Art, Begleitsymptomen, Komplexität oder früheren Therapieversuchen getroffen werden und es sollten gleichzeitig auftretende (und möglicherweise damit verbundene) Krankheiten, wie beispielsweise Zwangskrankheiten, beachtet werden (Kaakeh & Stumpf, 2008, S. 222; Katz-Bernstein 2005, S. 206). Katz-Bernstein (2005) schlägt vor, dass die psychopharmakologische Behandlung nur temporär stattfindet und dass begleitend unbedingt regelmäßig andere therapeutische Maßnahmen bestehen bleiben sollten (S. 207). Auch Bahr (1996) ist der Ansicht, dass

sich die Verwendung von Psychopharmaka nur rechtfertigen lässt, wenn ein „multimodaler Ansatz verfolgt wird, bei dem das ärztlich verordnete Medikament dazu beitragen kann, die durch psychologische und/oder pädagogische Therapieformen erzielten Verbesserungen zu unterstützen“ (S. 12). Eine genaue ärztliche Beobachtung von Nebeneffekten ist gerade in den ersten Monaten der medikamentösen Behandlung enorm wichtig (Kaakeh & Stumpf, 2008, S. 223). „In sum, the efficacy of medication in the treatment of selective mutism appears modest, at best“ (Schum, 2006, S. 150).

2.3 Zusammenfassung

Es wurde nun ein umfangreicher Überblick über Definition, Einteilungsschemata und Verständnis sowie psychoanalytisch-orientierte, verhaltenstherapeutisch-orientierte und systemisch-orientierte Krankheitslehre und Therapietheorie des Mutismus gegeben. Die Entstehung des Mutismus kann eine Vielzahl an Ursachen haben und scheint vor allem durch eine Anhäufung mehrerer Wirkfaktoren zu entstehen. Familiäre, hereditäre und psychologische sowie soziale Aspekte spielen eine große Rolle bei der Entstehung bzw. Aufrechterhaltung des Schweigens. Charakteristika mutistischer Kinder reichen von totaler Isolation bis hin zu Wutausbrüchen. Hinsichtlich der psychologischen Perspektive ist es jedenfalls nicht zu übersehen, dass es kein einheitliches Verständnis über dieses Phänomen gibt. Beschäftigt man sich also mit dem Mutismus, bleibt einem lediglich die Möglichkeit, alle Aspekte zu betrachten und, je nachdem, welche anthropologische Grundlage dem eigenen Gedankengut inhärent ist, zu versuchen, diese Kinder und ihr soziales Verhalten zu verstehen.

Die humanistisch-orientierte Sichtweise in Bezug auf psychologische Faktoren, Krankheitslehre und Therapiemöglichkeiten werden nun – als Schwerpunkt dieser Arbeit – in einem eigenständigen Kapitel sehr viel detaillierter behandelt. Es wird der Versuch angestellt, Mutismus aus der Perspektive der Personenzentrierten Psychotherapie zu beleuchten und zu verstehen, und im Weiteren sollen therapeutische Handlungsmöglichkeiten diskutiert werden. Zunächst wird ein historischer Abriss der Personenzentrierten Psychotherapie sowie der Personenzentrierten Kinderspieltherapie dargestellt. Dann werden anthropologische und phänomenologische Grundlagen der personenzentrierten Persönlichkeits- und Therapietheorie erläutert und im letzten Schritt des folgenden Kapitels soll ein Überblick über Vorgehensweisen personenzentrierter KinderspieltherapeutInnen gegeben werden.

3. Die Personenzentrierte Psychotherapie

In diesem Kapitel wird es zunächst um Carl Rogers und die Genese der Personenzentrierten Psychotherapie im Kontext biographischer Faktoren sowie um die Entstehung der von Virginia Axline erarbeiteten Ausweitung des personenzentrierten Konzepts auf die Gruppe von Kindern und Jugendlichen gehen. Anschließend wird der Versuch angestellt, selektiv mutistische Kinder im Lichte anthropologischer, persönlichkeits-theoretischer, psychologischer und nosologischer Grundannahmen der Personenzentrierten Psychotherapie zu betrachten. Das Ziel dieses Kapitels wird es sein, das personenzentrierte Theoriekonstrukt in umfangreichem Ausmaß darzustellen und mögliche Perspektiven auf mutistische Kinder zu erörtern, damit im Weiteren Handlungsleitlinien herausgearbeitet werden können.

3.1 Über die Historie der Personenzentrierten Psychotherapie und der Personenzentrierten Kinderspieltherapie

Die Personenzentrierte ... Psychotherapie ist die bekannteste und weltweit verbreitetste Form der humanistischen Psychotherapie. Sie zeichnet sich vor allem dadurch aus, dass sie so nah wie möglich an der Erfahrung von Klient(en) und Therapeut(en) und an der unmittelbar aktuellen Beziehung zwischen Therapeut(en) und Klient(en) orientiert ist. Damit stellt sie die Praxis eines Menschenbildes dar, das den Menschen als Person versteht und ihn ohne Vorbedingungen ernst nimmt, sowie er gerade ist ... Dem Klienten wird die Fähigkeit zugetraut, sein Leben bei entsprechender Begleitung aus eigener Kraft zu meistern und mit seinen Problemen zurecht zu kommen. (Schmid, 1999, S. 168)

3.1.1 Carl Rogers und die Personenzentrierte Psychotherapie

„I believe that Rogers' contributions place him among the most important figures in the history of psychotherapy“ (Silberschatz, 2007 S. 267).

Rogers wurde 1902 in Oak Park, Illinois, in den USA als viertes von sechs Kindern geboren. Nach seiner Schulzeit begann er an der Universität von Wisconsin Agrarwissenschaft zu studieren und wechselte dann zur Theologie. Doch auch hier blieb er nicht lange, sondern besuchte letzten Endes das „Teachers' College“ an der Columbia University und nahm eine Assistenzstelle an dem neu gegründeten „Institute for Child Guidance“ (Institut für Erziehungsberatung) an. Einerseits war seine Tätigkeit wissenschaftlich-psychologisch orientiert und andererseits kam er durch neue ErziehungsberaterInnen und SozialarbeiterInnen mit psychoanalytischen Konzepten in Kontakt. „I soaked up the dynamic Freudian views of the staff, ..., and found them in great conflict with rigorous,

scientific, coldly objective, statistical point of view then the prevalent at Teachers' College" (Rogers, 1989, S. 9). Nach seiner Studienzeit nahm er eine Stelle am „Child Study Department of the Society for the Prevention of Cruelty to Children“ in Rochester, New York, an, wo er sich bei seiner Arbeit mit den Kindern, wie damals üblich, darauf fokussierte, die „Art ihres Problems genau zu verstehen“ (Höger, 2006a, S. 14). Es wurden Tests durchgeführt, Diagnosen erstellt und Gespräche geführt. Schnell stieß er an die Grenzen der damals vorherrschenden psychoanalytischen Theorien und entfernte sich immer mehr von Methoden, die Drängen und Zwang für zulässige therapeutischen Mittel hielten. „I was moving from any approach which was coercive or pushing in clinical relationships“ (Rogers, 1989, S. 11). Motiviert durch seine schöpferische Kraft versuchte er, neue Möglichkeiten zu denken. Rogers „war insbesondere daran gelegen, repressiven und autoritären Tendenzen sowohl hinsichtlich der Behandlungsziele wie auch der Mittel in der therapeutischen Praxis gegenzusteuern.“ (Keil & Stumm, 2002, S. 3). Neben den Erkenntnissen, die Rogers durch seine eigene Arbeit mit Kindern gewonnen hat, sind vor allem vier Menschen zu nennen, die ihn wesentlich in seiner Theoriebildung beeinflusst und bestätigt haben. So dürfen der Existenzphilosoph Sören Kierkegaard, der Religionsphilosoph Martin Buber sowie Jessie Taft und Frederick Allen, zwei Schüler des Psychoanalytikers Otto Rank, in der Historie des personenzentrierten Ansatzes als wichtige Einflussfaktoren auf Rogers' Denken nicht unerwähnt bleiben. Sie teilten Rogers' Idee, „sich nicht einzumischen, sondern auf die dem Individuum eigenen Tendenzen in Richtung auf Wachstum zu vertrauen“ (Höger, 2006a, S. 17). So war in den „Rankschen Schulen die therapeutische Beziehung selbst“ die wichtigste Prämisse (Höger, 2006a, S. 17). Dies führte Rogers zu einer seiner wichtigsten Schlußfolgerungen, „... it is the *client* who knows what hurts, what directions to go, what problems are crucial, what experiences have been deeply buried. I would do better to rely upon the client for the direction of movement in the process“ (Rogers, 1989, S. 11f.). Die Klientenperson ist diejenige, die den Weg weisen muss. 1939 schrieb er das Buch „The clinical treatment with the problem child“ und erhielt im Jahr darauf einen Lehrstuhl an der Ohio University. Dort hielt er einen Vortrag über „Newer concepts in psychotherapy“, in denen er seine neuen Ideen öffentlich präsentierte. Er listete Formen therapeutischer Vorgehensweisen wie Ermahnung, Verbote, Befehle, Beeinflussung, Suggestion oder Ratschläge auf, die er nicht unterstützte und distanzierte sich von dem Glauben, dass es in einem therapeutischen Gespräch um gezielte Problemlösung, vorwiegend intellektuelle Auseinandersetzung oder um Aufarbeitung der Vergangenheit gehe. Vielmehr sei ihm daran gelegen, dem Menschen zu helfen, zu wachsen, damit „er als Person besser integriert“ (Höger, 2006a, S. 19) ist und „nicht nur seine gegenwärtigen, sondern auch seine künftigen Probleme effizienter bewältigen“ (Höger, 2006a, S. 19) kann. „Grundlage dafür sei das Vertrauen des Therapeuten in die bei jeder

Person bestehende Tendenz, zu wachsen“ (Höger, 2006a, S. 19). Rogers explizierte, dass es ihm vor allem um „die gefühlsmäßigen Aspekte der gegenwärtigen Situation“ (Höger, 2006a, S. 19) gehe. „Das entscheidende Moment einer Therapie sei die therapeutische Beziehung als wachstumsfördernde Erfahrung“ (Höger, 2006a, S. 19). Rogers' Entwicklungen neuerer therapeutischer Vorgehensweisen waren zum damaligen Zeitpunkt bahnbrechend und auch Ziel heftiger Kritik. Der Zeitpunkt von Rogers' Vortrag wird die „Geburtsstunde der Personenzentrierten Psychotherapie“ genannt. Einige Autoren schlagen vor, die Entwicklung des personenzentrierten Konzepts in bestimmte Phasen einzuteilen. Jene sollen hier in Anlehnung an die Einteilung nach Keil und Stumm (2002) dargestellt werden.

1. Die nicht-direktive Phase (ca. 1940–1950), die sich vor allem mit der Formulierung dessen beschäftigte, wie die Therapeutenperson sich nicht verhalten sollte. Rogers distanzierte sich von den damals vorherrschenden direktiven, inversiven Handlungsprinzipien der klassischen Psychoanalyse. (Keil & Stumm, 2002, S. 5f.) Er spricht sich gegen das Geben von Ratschlägen und Ermahnungen aus. Um seine Ideen näher auszuführen, verfasste er 1942 das Buch „Die nicht-direktive Beratung“ („Counseling in Psychotherapy“), unter dessen Titel die Personenzentrierte Psychotherapie zuerst bekannt wurde. 1945 nahm Rogers einen Lehrstuhl an der University of Chicago an, wo er die folgenden zwölf Jahre tätig war. Er wechselte in dieser Zeit von der ursprünglichen Bezeichnung „nicht-direktiv“ zu der Bezeichnung „klient-zentriert“, da „nicht-direktiv“ zu dem Missverständnis führte, dass „dies bedeutet, ‚nicht-aktiv‘ zu sein“ (Weinberger, 2007, S. 25).

2. Die klientenzentrierte Phase (ca. 1950–1960), in der Rogers versuchte, seine Hypothesen empirisch zu belegen. 1951 erschien sein Buch „Die klientenzentrierte Gesprächstherapie“ („Client-centered therapy“), dessen Titel impliziert, dass nun die Klientenperson mit ihren Erfahrungen und ihrem Potenzial, den Mittelpunkt des Therapiegeschehens bildet. Selbstexploration und Selbstkonzept der Klientenperson, ihr innerer Bezugsrahmen und die Bedeutung der Gefühle sowie das Spiegeln derselben stehen nun im Zentrum (Keil & Stumm, 2002, S. 6).

3. Die erlebnisorientierte Phase (ca. ab 1960), in der es um eine „unmittelbarere Bezugnahme auf die Erfahrungswelt, auf das ‚innere Gespür‘ des Klienten“ (Keil & Stumm, 2002, S. 7) geht. Nun rückt „mehr Flexibilität und ein größeres Repertoire an Interventionen zur Realisierung der Grundhaltung in den Vordergrund“ (Keil & Stumm, 2002, S. 7) und Rogers stellte die Kongruenz, als Ausdruck des inneren Bezugsrahmens der Therapeutenperson, an die oberste Stelle. Er formulierte 1957 „Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie“ („The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change“) und veröffentlichte 1959 ein weiteres wichtiges Werk, „Eine Theorie der Psychotherapie, der

Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes“ („A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework“). Im Kontext der damaligen Positionen bezüglich therapeutischer Handlungsprinzipien legte Rogers mit den ersten Formulierungen seiner therapeutischen Haltung den Grundstein humanistischer Psychotherapieformen. Sein Konzept „wurzelt in der Existenzphilosophie, ist methodisch der Phänomenologie verpflichtet und spiegelt Aspekte der permissiven Gesellschaft wider“ (Heinerth, 2003, S. 2, online). Der phänomenologische Zugang ist so zu verstehen, „dass vorurteilsfrei von den Dingen (Phänomenen) an sich ausgegangen wird. Im therapeutischen Kontext heißt das, dass die Äußerungen des Klienten in Bezug auf ihre subjektive Wahrheit angenommen und akzeptiert werden“ (Weinberger, 2004, S. 23).

1962 war Rogers neben Charlotte Bühler und Abraham Maslow Mitbegründer der „Gesellschaft für Humanistische Psychologie“, die neben der Psychoanalyse und dem Behaviorismus als „Dritte Kraft“ bezeichnet wird. Bevor er 1963 emeritierte nahm Rogers für die folgenden sechs Jahre einen Lehrstuhl an der University of Wisconsin an.

Anders als Keil und Stumm (2002) versteht Weinberger, (2007) die dritte Phase als eine personenzentrierte, als dessen Charakteristikum sie die Erweiterung vorangegangener Konzeptionen auf einen großen Bereich unterschiedlicher Anwendungsfelder bezeichnet (Ehe, Familie, Pflege). So „ging es Rogers dann mehr und mehr darum, nicht nur Klienten ... durch sein strukturiertes Beziehungsangebot zu unterstützen, sondern seinen Ansatz auf verschiedenste Lebensbereiche auszuweiten“ (Weinberger, 2007, S. 25). In den folgenden Jahren bis zu seinem Tod beschäftigte sich Rogers mit Encountergruppen, leitete Demonstrationsinterviews, organisierte Workshops, publizierte über Themenfelder wie Ehe, Beratung, Erziehung, Bildung und Friedensarbeit und versuchte, seinen Ansatz und seine Grundannahmen weit über die therapeutische Beziehung hinaus gültig zu machen. Nun kam die Bezeichnung „person-centered“ dazu, womit impliziert werden sollte, „dass, die Person als Mensch im Mittelpunkt steht und nicht ihre Rolle als Klient“ (Weinberger, 2007, S. 25). Es steht heutzutage außer Frage, dass sich das personenzentrierte Gedankengut nicht auf therapeutische Beziehungen beschränkt, sondern im Grunde auf jede Art zwischenmenschlicher Beziehung anzuwenden ist. Dies wird in der Vielzahl an Erweiterungen des personenzentrierten Beziehungsangebots auf andere Anwendungsfelder deutlich. Am 4. Februar 1987 starb Carl Ransom Rogers im Alter von 85 Jahren.

Eine vierte Phase, auf die Weinberger (2007) gar nicht eingeht, wäre laut Keil und Stumm (2002) die der Diversifikation.

4. Die Phase der Diversifikation (ca. ab 1980) benennt die Entwicklung einer Vielzahl an Ergänzungen und Adaptionen des klassischen Konzepts, die durch viele PraktikerInnen vorgenommen wurden, sowie die Ausformung verschiedener störungsspezifischer Herangehensweisen. Diese Erweiterungen und Weiterentwicklungen stehen bis heute im Mittelpunkt der breits beschriebenen umfassenden und intensiven Debatte um die Legitimation differentieller Vorgehensweisen in der Personenzentrierten Psychotherapie (Höger, 2006; Keil & Stumm, 2002; Rogers, 1951; Weinberger, 2004; 2007; u.a)

3.1.1.1 Weiterentwicklungen in der Personenzentrierten Psychotherapie

Die seit mehr als 70 Jahren bestehende Personenzentrierte Psychotherapie hat sich mittlerweile in vielen Teilen der Welt verbreitet. Im deutschsprachigen Raum ging die Verbreitung des personenzentrierten Konzepts vor allem auf Reinhard und Anne-Marie Tausch zurück, die das personenzentrierte Gedankengut unter dem Begriff „Gesprächspsychotherapie“ in Deutschland weitgehend etablierten und dahingehend wichtige empirische Pionierarbeit leisteten (Höger, 2006, S. 34a). Reinhard Tausch war 1970 auch Mitbegründer der bis heute bestehenden Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie [GwG]. (Langer, 2005, S. 473) Die GwG ist laut eigenen Angaben „national und auf europäischer Ebene der größte Fachverband für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung“, ihr Schwerpunkt liegt auf der Veranstaltung von Fort- und Weiterbildungslehrgängen, Kongressen und Fachtagungen, sie unterstützt Forschungsarbeiten, veröffentlicht Fallstudien, Forschungsberichte, theoretische Diskurse und Praxisberichte und hat sich zur Aufgabe gemacht, den personenzentrierten Ansatz in der Gesundheitsversorgung und in den psychosozialen Arbeitsfeldern zu verbreiten. (GwG, 2011, online; Hofmeister, 2010, S. 5f.) Eine weitere wichtige Vereinigung stellt die „World Association for Person-centered and Experiential Psychotherapy and Counseling“ dar, die 1997 gegründet wurde und als Forum für all jene dient, die sich praktisch und/oder theoretisch mit dem Konzept der Personenzentrierten Psychotherapie und deren experienciellen Weiterentwicklungen auseinandersetzen. Hinsichtlich der theoretischen und praktischen Weiterentwicklungen, die es in den letzten Jahrzehnten gegeben hat, wurde, wie bereits erläutert, die therapeutische Handlungsweise teilweise verändert und durch differentielle, auf bestimmte KlientInnengruppen zugeschnittene Verhaltensweisen ergänzt.

3.1.2 Virginia Axline und die Kinderspieltherapie

Die Ursprünge der Kinderspieltherapie lassen sich bei Anna Freud und ihrer psychoanalytischen Arbeit mit Kindern finden. Die Grenzen des freien Assoziierens waren bei Kindern schnell erreicht und sie erhoffte sie sich, durch das Medium Spiel eine Beziehung herzustellen, die eine spätere Therapie möglich machte. Erst Melanie Klein entdeckte, dass die „Spieltätigkeit des Kindes und die damit verbundene Verbalisierung ebenso motiv-bestimmt waren wie die freie Assoziation von Erwachsenen“ (Dorfman, 1972/2005, S. 219) und so führte sie bei der Arbeit mit Kindern hauptsächlich psychoanalytischfundierte Spielanalysen durch. Die Arbeit von A. Freud und M. Klein unterschieden sich zwar in ihrer Vorgehensweise, hatten aber beide zum Ziel, durch das Medium Spiel und deren Interpretation Einblicke in die unbewussten Konflikte des Kindes zu erlangen und damit zu helfen Probleme oder Traumata zu bearbeiten. (Tondow Smith, 1987, S. 53)

Rogers hat sich in den 30er Jahren, als er am „Institute for Child Guidance“ ein Stipendium erhielt, ebenfalls mit Kindern auseinandergesetzt und seine erste Veröffentlichung 1939 „The Clinical Treatment of the Problem Child“, beschäftigte sich bereits mit den Ursprüngen seiner therapeutischen Richtung. Die Theoriebildungen wurden weitgehend von den SchülerInnen von Otto Rank, Taft und Allen, beeinflusst und die Rankschen Theorien auf die Spieltherapie ausgeweitet. So wurde beispielsweise die damals übliche, sehr autoritäre Haltung der Therapeutenperson abgelegt. Der wichtigste Aspekt bei Rank war jedoch, dass eine gewisse Art von Beziehung selbst heilend ist, und es nicht darum ginge, die Vergangenheit neu zu erleben. Der Fokus bei Rank lag darauf, „emotionale Probleme, wie sie, ohne Rücksicht auf ihre Geschichte, in der direkten Gegenwart existieren“ (Dorfman, 1972/2005, S. 220), wahrzunehmen und „auf ausgedrückte Gefühle, statt auf den Inhalt des Gesagten“ (Dorfman, 1972/2005, S. 221) zu reagieren.

Rogers widmete sich in seinem 1942 veröffentlichten Buch „Counseling and psychotherapy. Newer concepts in practice“ (deutscher Titel: Die nicht-direktive Beratung, 1972) der Frage, „wie sich das Beziehungsangebot in der Spielsituation mit dem Kind umsetzen lässt“ (Weinberger, 2007, S. 35), und Virginia Axline erweiterte den Ansatz, den Rogers auf der Erwachsenenenebene in den 40er Jahren immer konkreter ausformulierte, in einem umfangreichen und detaillierten Ausmaß auf den Bereich der Kinder und Jugendlichen. Sie wendete nicht-direktive Techniken in der Spieltherapie an und so wurde die Personenzentrierte Kinderspieltherapie durch das von ihr 1947 veröffentlichte Werk „Play Therapy. The Inner Dynamics of Childhood“ (deutscher Titel: „Kinderspieltherapie im nicht-direktiven Verfahren“, 2002) explizit. Axline formulierte in Anlehnung an die „notwendigen und hinreichenden Bedingungen“ von Rogers acht Grundprinzipien für die Arbeit mit Kindern, die als Grundstein der Personenzentrierten Kinderspieltherapie zu verstehen sind. In einem weiteren Buch

„Dibs: In Search of Self“ (1948) (deutscher Titel: „Dibs, die wunderbare Entfaltung eines Wesens“) beschrieb sie einen genauen Therapieverlauf eines Kindes mit Kontaktstörungen.

3.1.2.1 Weiterentwicklungen in der Kinderspieltherapie

Im Kontext dieser Erweiterung im amerikanischen Raum sind vor allem auch Elaine Dorfman (1951/2005), Charlotte Ellinwood (1989), Clark Moustakas (1953), Louise Guerney (2000) und Garry Landreth (2001) zu erwähnen. Axline, Dorfman und Ellinwood arbeiteten in dem von Rogers gegründeten „Counseling Center“ und Moustakas – Mitbegründer der Gesellschaft für Humanistische Psychologie – veröffentlichte 1953 sein Werk „Children in Play Therapy“. In den Jahren nach 1947 entstanden viele Publikationen im Bereich der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen im Lichte der Personenzentrierten Psychotherapie. Ellinwood war vor allem daran gelegen, die Wichtigkeit der Arbeit mit den Eltern der Kinder bzw. die Beratung der Eltern miteinzubeziehen. Sie war der Ansicht, dass der Therapieerfolg ohne die Einbeziehung der Eltern geringer sein könnte und die Eltern oftmals durch eine sehr niedrige Selbstwahrnehmung auch „beratungs- und therapiebedürftig“ sind“ (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 300). Die Arbeit von Ellinwood ist als wesentlicher Grundstein für das von dem Ehepaar Guerney in den 60er Jahren entwickelte Konzept der personenzentrierten Elternarbeit – „Filial Therapy“ – zu sehen. Im amerikanischen Raum, wo neben der Bezeichnung „Non-directive Playtherapy“ vor allem auch die Bezeichnung „Child-centered Play Therapy“ (CCPT) gängig ist, ist im klassischen Kontext vor allem Garry Landreth (2001) für die starke Verbreitung wissenschaftlicher Publikationen und von Ausbildungsangeboten verantwortlich. Landreth (2001) ist Gründer und Direktor des „Center for Play Therapy“ – das umfassendste Trainingsprogramm für Spieltherapie auf der Welt. Die bereits erwähnte Verbreitung des personenzentrierten Konzepts von Anne-Marie und Reinhard Tausch beinhaltet eine 1972 veröffentlichte Übersetzung des Buches von Virginia Axline (Dorfman, 1972/2005; Hensel, 2008; Reisel & Fehringer, 2002; Reisel & Wakolbinger, 2006).

In den folgenden Jahren wurden einige Versuche gestartet, „die nicht-direktive Kinderspieltherapie in ein lerntheoretisch beeinflusstes Konzept zu bringen“ (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 300), jedoch schlugen diese Bemühungen fehl. Wichtige Persönlichkeiten im Hinblick auf die Weiterverbreitung sind vor allem Goetze, der die Entwicklungspsychologie und Klinische Psychologie miteinbezog und diese 2002 in seinem Buch „Handbuch Personenzentrierter Spieltherapie“ zusammenfasste. Auch Schmidtchen leistete wichtige Forschungsarbeit, bemühte sich um deren Verbreitung und veröffentlichte 1996 „Neuere Forschungsergebnisse zu Prozessen und Effekten der Kinderspieltherapie“ (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 300). Schmidtchen ist methodisch

verhaltenstherapeutisch beeinflusst, galt aber dennoch lange als „deutscher Hauptvertreter“ des klassischen Konzepts. (Behr et al., 2009, S. 19)

3.2 Das Profil der Personenzentrierten Psychotherapie

Im diesem Kapitel wird es um die Grundzüge des personenzentrierten Konzepts gehen, wobei die Erläuterung anthropologischer Grundannahmen und wichtige Begriffsbestimmungen vorangestellt werden. Daran anschließend wird die Krankheitslehre dargestellt.

3.2.1 Das Menschenbild

„All individuals have within themselves the ability to guide their own lives in a manner that is both personally satisfying and socially constructive“. (Kirschenbaum & Henderson 1989, S. xiv)

3.2.1.1 Aktualisierungstendenz und Organismus

Das Menschenbild, das dem Konzept der Personenzentrierten Psychotherapie zugrunde liegt, ist in seinem Gesamtbild eindeutig positiv und entspringt einem humanistischen Verständnis. Demgemäß lautete Carl Rogers' anthropologische Grundannahme, „dass der Mensch seinem eigentlichen Wesen nach sozial, konstruktiv und vertrauenswürdig sei“ (Höger, 2006a, S. 27), und Rogers selbst schreibt, dem Menschen eine grundsätzliche positive Entwicklungsrichtung zu (Rogers, 1989, S. 27) und versteht den Menschen als überaus empfindsames, kreatives und empfängliches Wesen (Rogers, 1989, S. 178). So besitzt der Mensch nach der personenzentrierte Anschauung ein „inneres Potenzial konstruktiver Kräfte“ (Hensel, 2008, S. 25), ist ein sich vorwärtsbewegendes, realistisches, soziales Wesen, das nach Beziehungen verlangt, sich entwickeln und entfalten möchte, nach Unabhängigkeit strebt und überdies tatkräftig und engagiert ist, und dem wachstumsfördernde Fähigkeiten inhärent sind (Hensel, 2008; Höger, 2006; Rogers, 1959, 1989; u. a.). All diese Aspekte sind unter dem Begriff Aktualisierungstendenz subsumiert. Die Annahme, dass es diese dem Menschen inhärente Aktualisierungstendenz gibt, ist der Grundpfeiler des personenzentrierten Konzepts und somit dessen Axiom der Theoriebildung und der Persönlichkeitsentwicklungstheorie. Rogers beschreibt sie als Kraft „which aims to develop all its capacities in ways which serve to maintain or enhance the organism and move it toward autonomy“ (Rogers, 1959, S. 196) und meint, „this tendency is directional, constructive and present in all living things ... [it] can be suppressed, but can never be destroyed without the destruction of the organism (Rogers, 1980, S. 118). Darunter versteht er also das Streben des Organismus sich zu erhalten, das Streben nach Autonomie, Selbstakzeptanz und

Kreativität, „weg von Fremdbestimmtheit oder Steuerung durch äußere Zwänge“ (Höger, 2006b, S. 40). (Rogers, 1980, 1959; Keil & Stumm, 2002; Weinberger, 2004; u. a.)

Nach Höger (2006b) ist der Begriff Organismus einer der zentralsten in der personenzentrierten Theorie und er meint, dass „alle übrigen Begriffe, wie sie in den Grundlagen des Klientenzentrierten Konzepts dargestellt werden, seiner näheren Charakterisierung dienen und ihm demnach untergeordnet sind“ (S. 39). Unter Organismus versteht man die „psychische und physische Ganzheit/Einheit des Menschen“ (Weinberger, 2004, S. 24), aus der heraus die Aktualisierungstendenz wirken kann. Sie hat die Aufgabe, Erfahrungen danach zu beurteilen, ob sie für den Organismus förderlich sind, und sie macht es möglich, in diesem dynamischen „organismischen Bewertungsprozess“ (Weinberger, 2004, S. 24) gute und schlechte Erfahrungen ins Bewusstsein aufzunehmen oder nicht. Fröhlich-Gildhoff und Hufnagel (2002) beschreiben diesen Bewertungsprozess „als ‚Hüter‘ der Wachstumstendenz“ (S. 40). ,

Die Aktualisierungstendenz ist „kein Motiv, sondern ein übergeordnetes, zusammenfassendes Prinzip der menschlichen Motivation und Verhaltensorganisation in ihrer Gesamtheit“ (Höger, 2006b, S. 55), sie wird als „Entwicklungsprinzip“ angenommen (Biermann-Ratjen, 2002, S. 125; Weinberger, 2004, S. 24) und ist der wesentlichste Motor für Lern- und Reifungsprozesse des Menschen vom Säugling bis ins hohe Alter. Axline meint, dass es die Kraft der Aktualisierungstendenz sei, die das Kind einerseits befähigt verantwortlich zu sein und selber mit Problemen fertig zu werden, und andererseits aber auch in Verhaltensstörungen münden kann. (Weinberger, 2007, S. 38)

3.2.1.2 Selbst und Symbolisierung

The self-concept, or self-structure, may be thought of as an organized configuration of perceptions of the self which are admissible to awareness. It is composed of such elements as the perceptions of one's characteristics and abilities; the percepts and concepts of the self in relation to others and to the environment; the value qualities which are perceived as associated with experiences and objects; and the goals and ideals which are perceived as having positive or negative valence. (Rogers, 1951, S. 136f.)

Das Selbst stellt also das Bild dar, das eine Person von sich selbst hat, es beinhaltet alles, was man in und bei Erlebnissen wahrnimmt, wie man es bewertet und welche Gefühle mit diesem Erlebnis/dieser Erfahrung einhergehen. Anders als beim Organismus als psychisches Gesamtes, beinhaltet das Selbst aber nur jene Erfahrungen, die bewusst wahrgenommen werden. Es ist das Ergebnis sozialer Interaktionen, umschließt „sich selbst zugeschriebene charakteristische Eigenschaften und Werthaltungen“ (Keil & Stumm, 2002, S.13) und beinhaltet Antworten auf „die Fragen ‚wer bin ich‘, ‚wie bin ich‘ und ‚was bedeuten für mich die Menschen und Dinge, die mich

umgeben“ (Höger, 2006b, S. 69). Man kann es als eine Art „Monitorsystem“ (Höger, 2006b, S. 69) bezeichnen, ohne das der Mensch orientierungslos und somit handlungsunfähig wäre. Die Erfahrungen, Gefühle und Gedanken werden miteinander in Beziehung gesetzt und dadurch zu einer Selbsterfahrung, somit versteht die Person sie als zu ihr gehörig, kann sie einordnen, klar erfahren und in ihr Selbstkonzept integrieren. Es wird eine Formulierung für „zuvor diffuse Ideen, Körpersensationen, Erregungen“ (Behr et al., 2009, S. 18) gefunden und es ist eine Art Entwicklung von einem dumpfen Gewahrwerden zu einem immer größeren Ausmaß an Gewahrsein, an Bewusstwerden. Man kann es also als symbolische Repräsentation bezeichnen, die unterschiedliche Grade in Schärfe, Lebhaftigkeit oder Klarheit aufweisen kann (Rogers, 1959, S. 198). Dieser Prozess des Gewahrwerdens wird in der personenzentrierten Theorie Symbolisierung genannt (Behr et al., 2009, S. 18; Weinberger, 2004, S. 24; u. a.). Höger (2006b) fasst in Bezug auf die unterschiedlichen Grade der Bewusstwerdung zusammen, dass Erfahrungen exakt, unvollständig, verzerrt (z. B. Wut als Depression) oder gar nicht (unbewusst) symbolisiert werden können (S. 61). „Die Fähigkeit zur Symbolisierung entwickelt sich im ersten Lebensjahr und geht parallel mit der Entwicklung des Selbst“ (Ehlers, 2002, S. 326). Das Selbst stellt ein flexibles, sich wandelndes, dynamisches Gebäude der symbolisierten – also bewussten – Erfahrungen dar und hat die Tendenz, sich zu aktualisieren. Dieses Phänomen wird als „Selbstaktualisierungstendenz“ bezeichnet und dieser Begriff impliziert, dass der Organismus im Hinblick auf das Selbstkonzept ebenfalls die Tendenz hat, es zu erhalten und für die Weiterentwicklung des gesamten Organismus und der Persönlichkeit zu sorgen. Somit wird sichergestellt, dass „es als Repräsentations-, Orientierungssystem mit den sich verändernden Bedingungen der äußeren und inneren Welt Schritt hält“ (Höger, 2006b, S. 69). Bei einer sich entwickelnden Person muss die Symbolisierungsfähigkeit interaktiv angeleitet werden, damit es zu einem selbstorganisierten Symbolisieren kommt. Für diese Entwicklung grundlegend ist die frühe Interaktion mit Bindungspersonen und eine damit einhergehende unbedingte positive Beachtung.

Am Anfang der Entwicklung des Selbstkonzepts stehen die qualitativen Erfahrungen, die das Kind in der Beziehung mit seinen Bezugspersonen macht, insbesondere die Erfahrungen, ob es sich zuverlässig angenommen fühlt, oder ob es sich abgelehnt erfährt. ... Das erste Wissen über das eigene Selbst erfährt das Kind also aus der Kommunikation mit seinen Bezugspersonen. Das setzt voraus, dass die Mutter die Wahrnehmung des Kindes zutreffend erfasst und zurückmeldet. (Ehlers, 2002, S. 327)

Das Selbstbild entwickelt sich bei Kindern „aus den dauerhaften subtilen Bewertungen der Gefühle und des Soseins des Kindes seitens der sozialen Umwelt, insbesondere der Eltern“ (Behr et al., 2009, S. 15). Für die Integration von Erfahrungen ins Selbstkonzept ist es von besonderer Bedeutung, dass

das Kind lernt zwischen der Erfahrung selbst und der eigenen Beurteilung dieser Erfahrung bzw. der Beurteilung durch andere (Biermann-Ratjen, 1993, S. 85) zu unterscheiden.

Die wichtigen Bezugspersonen reagieren aber nicht in allen Lebenslagen und auf jede Gefühlsäußerung in gleichem Maße und so können sie manche Gefühle des Kindes besser bewerten, bestätigen oder verstehen und manche schlechter. Ihre Reaktionen haben einen erheblichen Einfluss auf die Selbstkonzeptentwicklung und darauf, welche seiner Gefühle das Kind akzeptiert und integriert. All jene Aspekte, die von der Bezugsperson nicht erkannt oder verstanden werden, werden von dem Kind nicht als Teil des Selbst angesehen und stiften dementsprechend Verwirrung, wenn sie auftauchen. Wenn also nur liebe, positive Charakterzüge geschätzt und bestätigt werden, sieht sich das Kind auch irgendwann nur mehr „lieb“ und dieses Selbstbild wird nicht immer mit seinen Impulsen und Erfahrungen die es macht, übereinstimmen. „So erlebt die Person manchmal Inkongruenz: innere Spannung, Unzufriedenheit, Widersprüchlichkeit und unerklärliche Verhaltensimpulse“ (Behr et al., 2009, S. 15). Je mehr Körper- und Sinneserfahrungen nicht oder nur verzerrt symbolisiert werden, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass neue Erfahrungen als bedrohlich wahrgenommen werden, da eine innere ‚falsche‘ Struktur aufrechterhalten werden muss. (Rogers, 1951, S. 516). Durch die Entwicklung in Richtung eines Selbst, das Erfahrungen und Gefühle wie Scham oder Selbstzweifel integrieren kann und das nicht erschüttert wird durch das Mißlingen des Versuches, sich verständlich zu machen oder sich selbst zu behaupten, ist eine positive Persönlichkeitsveränderung möglich. (Biermann-Ratjen, 1993, S. 85)

3.2.1.3 Kongruenz und Inkongruenz – Gesundheit und Krankheit

The term ‚congruent‘ is one I have used to describe the way I would like to be. By this I mean that whatever feeling or attitude I am experiencing would be matched by my awareness of that attitude. When this is true, then I am a unified or integrated person in that moment, and hence I can be whatever I deeply am. (Rogers, 1989, S. 50f.)

Kann eine Person ihre Erfahrungen und deren Bewertungen also erkennen und exakt symbolisieren, so spricht man von ihr als kongruente Person. Die Erfahrungen werden ins Selbstkonzept integriert und man ist „mit sich im Einklang“ (Höger, 2006b, S. 70). Rogers prägte den Begriff der „fully functioning person“, die sozusagen das repräsentiert, was man im personenzentrierten Denken als völlig kongruent bezeichnen würde, da sie

alle ihre theoretisch möglichen Erfahrungen machen und in ihrem Bewusstsein repräsentieren kann. Sie hat in ihrer Entwicklung niemals erlebt, dass sie in ihren Erfahrungen und in ihrer Bewertung ihrer Erfahrungen nicht empathisch verstanden worden ist. Sie ist immer

bedingungsfrei positiv beachtet worden, weder negativ noch positiv in ihrer Erfahrung in einer Form bewertet worden, die diese Bedingungsfreie Positive Beachtung nicht beinhaltet hätte. Wenn sie geliebt worden ist, dann nicht weil sie bestimmte Eigenschaften hat, sondern sie ist geliebt worden, und sie ist in ihnen und in dem was sie für sie selbst bedeuten, empathisch verstanden worden. (Biermann-Ratjen, 2006c, S. 99)

Das Ergebnis wäre eine Person, die immer wieder neue Erfahrungen machen, erkennen, erleben, akzeptieren und mitteilen (z. B. verbalisieren) kann, sie kann sich diese Erfahrungen bewusst machen und versteht sie in einem interaktionellen Prozess mit sich und der Umwelt. Diese Person wäre voll verantwortungsfähig in Bezug auf das eigene Verhalten und ist in der Lage, offen und aufrichtig in Beziehungen mit anderen zu sein. „Sie fühlt sich als Autorin ihres Denkens und Fühlens und dementsprechend auch für sich selbst verantwortlich und kann ihre Probleme differenziert wahrnehmen“ (Biermann-Ratjen, 2006c, S. 100).

Wenn organismische Erfahrungen nicht mit dem Selbstkonzept zusammenpassen, werden sie aufgrund der Bedrohung, die sie für die Erhaltung des Selbstkonzepts darstellen können, „verzerrt repräsentiert oder verleugnet, somit nicht exakt symbolisiert“ (Keil & Stumm, 2002, S. 12) und in diesem Sinne nicht bewusst. Diese Diskrepanz zwischen Erleben und Selbstkonzept wird in der personenzentrierten Theorie als Inkongruenz bezeichnet und sie „bildet die Basis des Verständnisses von Krankheit in der Personenzentrierten Psychotherapie“ (Keil & Stumm, 2002, S. 17). „Im Falle der Inkongruenz wird das Selbst mit seinen Inhalten durch die Erfahrung in Frage gestellt, also bedroht“ (Höger, 2006b, S. 70). Die Selbstaktualisierungstendenz veranlasst dann, dass diese Erfahrungen abgewehrt werden und keine neuen Erfahrungen mehr in das Selbstkonzept integriert werden. Dadurch wird wiederum die entfaltenden Funktionen der Selbstaktualisierungstendenz beeinträchtigt. (Höger, 2006b, S. 70)

Biermann-Ratjen (2006c) erklärt, dass psychische Krankheit aus personenzentrierter Sicht „als Ausdruck der Stagnation des Prozesses der Selbstkonzeptentwicklung“ (S. 114) gesehen werden kann und beschreibt das Gegenteil der „fully functioning person“ als „Psychotherapiepatienten“, der in hohem Maße Inkongruenzen aufweist, die sich dadurch äußern, dass Erfahrungen distanziert wahrgenommen werden, kaum bewusst sind und daher auch nur selten symbolisiert werden. Gefühle werden sich kaum eingestanden, werden abgewehrt und können nicht verstanden oder akzeptiert werden. Gleichzeitig besteht kein großes Mitteilungsbedürfnis über die eigene Erfahrungswelt und Erfahrungen werden nicht auf sich selbst hin interpretiert. Schwierigkeiten werden nicht auf sich bezogen, nur differenziert wahrgenommen und demnach besteht auch kein Wunsch nach Veränderung. „Enge Beziehungen zu anderen werden als bedrohlich erlebt und gemieden“ (S. 101).

Höger (2006b) spricht von drei „bedrohlichen Konsequenzen von Inkongruenz“:

1. Die am Organismus orientierten Bewertungen setzen sich durch. Was die Person erlebt und die Art, wie sie sich verhält, widersprechen dann ihrem Selbst und entziehen sich ihrer Kontrolle, sie kann sich selber nicht verstehen und ist darüber entsprechend irritiert.
2. Die am Selbst orientierten Bewertungen setzen sich durch. Die Erfahrung wird abgewehrt und die Entwicklung der Person stagniert.
3. Die beiden Bewertungen halten sich in ihrer Wirksamkeit die Waage. Die Person ist desorientiert, verwirrt und entsprechend handlungsunfähig“ (S. 70)

Schmidtchen (1999) spricht von folgenden Auswirkungen von Inkongruenz:

1. Eine Ablehnung bzw. Abwehr entwicklungsfördernder selbsterweiternder Erfahrungen, weil diese als Bedrohung des Status quo des Selbstsystems angesehen werden und deshalb eine existenzielle Angst erzeugen.
2. Eine negative, misserfolgsorientierte Selbstbewertung, die zu fehlerhafter Einschätzung und Symbolisierungen von positiven Erfahrungen und zum Abspalten (bzw. Verleugnen) wichtiger Selbstkompetenzen und -ressourcen führen kann.
3. Eine misstrauische, feindselige Einstellung gegenüber anderen, die zu einem generellen Rückzugsverhalten und zur Ablehnung von Menschen führen kann.
4. Eine unrealistische Wahrnehmung von Problemen aller Art, (insbesondere im sozialen Bereich), die zu einer fehlerhaften und eingeschränkten Informationsverarbeitung und damit zu einer gestörten Problemlösungs- und Handlungskompetenz führen kann (S. 199)

Biermann-Ratjen (2006c) meint, umso früher Kinder Erfahrungen machen, die nicht in das Selbstkonzept integriert werden, desto größer ist diese Inkongruenz (S. 114), und wenn Inkongruenzen in einem größeren Ausmaß bestehen, stagniert das Kind in seiner gesunden Entwicklung. Viele Erfahrungen werden nicht mehr gemacht oder verfälscht wahrgenommen und dies kann wiederum zu Rückzug und Vermeidungsverhalten führen (Weinberger, 2007, S. 30). Eine Erfahrung in das Selbstbild zu integrieren, bedeutet, dass eine positive Beziehung zu ihr aufgebaut wird (Biermann-Ratjen, 1995, S. 21).

Das Kind kann auch die Selbsterfahrungen, die es dann macht, wenn es nicht verstanden wird und nicht oder nur unter bestimmten Umständen »anerkannt« wird, nur unter der Bedingung in sein Selbstkonzept integrieren, dass es ihm gelingt, diese verständlich zu machen oder in ihnen anerkannt zu werden. Dementsprechend sucht es nach Gelegenheiten, in seinem Kummer, seiner Wut, seiner Angst beim Ausbleiben von einfühlendem Verstehen und bedingungsfreier Wertschätzung verstanden zu werden. (Biermann-Ratjen, 2006b, S. 90)

Eine Inkongruenz zwischen Organismus und Selbst ist in einem mehr oder weniger starken Ausmaß bei allen Menschen vorhanden. Das ist „zwar Grundlage und Begleiterscheinung von

psychopathologischen Phänomenen, doch nicht damit gleichzusetzen. Nicht jede Inkongruenz ist pathologisch bzw. pathogen“ (Keil & Stumm, 2002, S. 19).

3.2.1.4 Unbedingte positive Beachtung und Empathie

Wir haben nun den personenzentrierten Gesundheits- und Krankheitsbegriff definiert und damit stellen sich folgende Fragen: Wie kommt es also dazu, dass ein Mensch in der Lage ist, seine Erfahrungen exakt zu symbolisieren, in das Selbstbild zu integrieren und somit kongruent zu sein? Welche Faktoren sind ausschlaggebend für die Entstehung von Inkongruenzen?

Aus dem personenzentrierten Verständnis heraus wird davon ausgegangen, dass das Ausmaß der Symbolisierungsfähigkeit ganz eng damit verbunden ist, inwieweit auf die Erfahrungen und die Erlebniswelt eines Kindes mit positiver Beachtung reagiert wird. Rogers (1959) schreibt: „As the awareness of self emerges, the individual develops a need for positive regard. This need is universal in human beings, and in the individual, is pervasive and persistent“ (S. 223). Es besteht also nach dieser Annahme, ein grundlegendes Bedürfnis nach positiver Beachtung, das dem Menschen inhärent und allgegenwärtig ist. Es geht also darum, dass eine andere, wichtige Person Erfahrungen, die ein sich entwickelndes Kind hat, wahrnimmt, akzeptiert und versteht. Gefühle (Ängste, Freude, etc.), Bedürfnisse, Wünsche, Wahrnehmungen und ihre Bewertungen – also das gesamte Erleben des Kindes – kann „von den wichtigen Bezugspersonen richtig oder falsch verstanden werden, anerkannt oder bewertet werden, und dementsprechend in das Selbstbild integriert werden oder auch nicht“ (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 311). Wenn nun auf Aussagen und Erfahrungen eines Kindes mit bedingungsfreier positiver Beachtung und Empathie reagiert wird, dann wird „diese Erfahrung in das Selbstkonzept integriert und bei Wiederholung auch vollständig und genau symbolisiert“ (Höger, 2006b, S. 70), also bewusst. Sie werden Teil des Selbstbildes, des Selbstkonzepts und dienen der Weiterentwicklung des Selbst. Gefühle, die nicht gehört werden oder keine Resonanz finden, werden wegen „eines starken Bedürfnisses nach emotionaler Zuwendung seitens der Bezugspersonen verleugnet und abgewehrt“ (Wakolbinger, 2000, S. 56) und Inkongruenzen entstehen. Nach und nach entsteht mit zunehmender Entwicklung der Fähigkeit zur Selbstreflexivität auch die Fähigkeit zur positiven Selbstbeachtung, „die Person wird gewissermaßen ihr eigenes Gegenüber und kann sich selbst akzeptieren oder nicht, wodurch eine gewisse, aber nie vollkommene Unabhängigkeit von äußeren Bewertungen erreicht wird“ (Keil & Stumm, 2002, S. 14).

Demnach besteht erstens ein im Menschen grundlegend verankertes Bedürfnis nach positiver Beachtung, das im personenzentrierten Konzept als verhaltensbestimmendes und übergeordnetes Bedürfnis gesehen wird, und zweitens wird davon ausgegangen, „dass die Selbstkonzeptentwicklung

ein sich selbst organisierender Prozess ist, der an interaktionelle Bedingungen geknüpft ist“ (Biermann-Ratjen, 2006b, S. 77). Somit wird klar, dass eine der wichtigsten Voraussetzungen für den gesamten eben beschriebenen Prozess der Selbstkonzeptentwicklung die Tatsache ist, dass Gefühle von einer anderen, wichtigen Person empathisch verstanden und unbedingt positiv beachtet werden. Hierbei spielt es ebenfalls eine Rolle, dass diese andere Person dabei nicht inkongruent wird. Damit ist gemeint, dass man seine „eigenen Erfahrungen in der Beziehung zum Kind korrekt symbolisieren kann und auch die empathisch verstandenen Erfahrungen des Kindes vollständig und korrekt symbolisieren kann“ (Biermann-Ratjen, 2006c, S. 96).

Die Vermittlung empathischen Verstehens und die unbedingte positive Wertschätzung bzw. Beachtung – die Akzeptanz – auftauchender Gefühle durch eine Bezugsperson in diesen interaktionellen Begegnungen wird als unumgängliche Prämisse für die Integration organismischer Erfahrungen in das Selbstkonzept gesehen. Es muss dem Kind dabei jedoch aber auch gelingen, diese Akzeptanz, dieses Verstehen zu erkennen und wertzuschätzen. Zusätzlich ist es enorm wichtig, dass die Bezugsperson in der Lage ist, sowohl eigene Erfahrungen als auch die des Kindes zu erkennen und zu unterscheiden (Biermann-Ratjen, 2006b, S. 77).

3.2.2 Zusammenfassung

Der Mensch ist ein soziales Wesen, dessen Selbst sich durch interaktionelle Prozesse entwickelt. Er ist mit einer Aktualisierungstendenz (bezogen auf den gesamten Organismus) und einer Selbstaktualisierungstendenz (bezogen auf das Selbst) ausgestattet, die eine Art Monitor- und organismisches Bewertungssystem in Bezug auf gemachte Erfahrungen darstellt. Erfahrungen werden als bedrohlich oder förderlich eingeschätzt und je nachdem ins Bewusstsein gelassen oder nicht – also symbolisiert oder nicht. Werden sie nun bewusst, so sind sie Teil der Entwicklung des Selbst und werden als „zu sich zugehörig“, als stimmig empfunden und dienen dazu, dass das Selbst sich durch diese neu gemachten Erfahrungen weiterentwickelt. In einem dynamischen Prozess entwickelt sich ein Selbstbild und weitere organismische Erfahrungen müssen mit dem Selbst und dem Selbstkonzept übereinstimmen, sonst werden sie nicht in das Selbstkonzept integriert und Inkongruenzen entstehen. Der Prozess der Selbstkonzeptentwicklung gelingt nur in Kombination mit der Befriedigung des Grundbedürfnisses nach positiver Beachtung. Diese positive Beachtung muss zunächst von wichtigen (Bezugs-)Personen kommen, sie kann aber in weiterer Folge in gewissem Maße aus sich selbst heraus entstehen („ich akzeptiere meine Erfahrungen“). Es werden nur jene Erfahrungen bewusst und symbolisierungsfähig, auf die mit dieser unbedingten positiven Beachtung reagiert wird. Bleibt diese aus, so wird die Erfahrung verleugnet, abgewehrt oder verzerrt und nicht

ins Selbstkonzept integriert – die Erfahrung wurde zwar gemacht, aber ist nicht im Bewusstsein verankert und kann somit auch nicht in die Beurteilung neuer Erfahrungen miteinbezogen werden.

„Der Prozess des ständig Erfahrungen machenden Organismus einerseits und die Integration bzw. Nicht-Integration (Abwehr) von Erfahrungen ins Selbstkonzept andererseits bestimmt die Persönlichkeit und ihr Verhalten“ (Keil & Stumm, 2002, S. 14).

3.3 Personenzentriert-fundierte Ätiologie des Mutismus

Auf der Grundlage des bereits dargestellten Profils der Personenzentrierten Psychotherapie wird nun in einem weiteren Kapitel der Versuch angestellt, mutistische Kinder in ihrem schweigenden Verhalten aus einer personenzentrierten Haltung heraus zu verstehen. Der Schwerpunkt wird hier vor allem auf psychologische Aspekte gelegt, da auf alle anderen Gesichtspunkte bereits in umfangreichem Ausmaß in Kapitel 2 eingegangen wurde. Da ein umfassendes Verständnis des kindlichen Verhaltens nicht nur auf anthropologischen Grundannahmen basiert, sondern durch entwicklungspsychologische Aspekte ergänzt werden muss, wird zunächst ein Einblick in die Säuglingsforschung gegeben. Überdies soll hier auch – weil „Bindungstheoretische Konzepte und Erklärungsmodelle ... inzwischen zunehmend in die praktische Arbeit von Psychologen, Psychiatern oder anderen beratend und therapeutisch tätigen Personen einbezogen [werden] und ... mittlerweile Bestandteil therapeutischer Weiterbildungen“ (Spangler & Zimmermann, 2009, S. 9) sind – für wichtige Aspekte der Bindungstheorie Platz sein.

3.3.1 Einleitung

„Problematische“ Verhaltensweisen werden aus personenzentrierter Sicht, wie bereits eingehend in Kapitel 3.2.1.3 erörtert, als das Ergebnis einer bestehenden Diskrepanz zwischen Erleben und Selbstkonzept beschrieben und in dem für die personenzentrierte Theorie wesentlichen Begriff „Inkongruenz“ zusammengefasst. „Als Kongruenz/Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung wird im Klientenzentrierten Konzept das Ausmaß bezeichnet, in dem bei einer Person ihre Erfahrung mit der ins Selbstkonzept integrierten Erfahrung übereinstimmt“ (Biermann-Ratjen, 2006b, S. 87). Gefühle und Erlebnisse können aufgrund dieser Diskrepanz nicht ins Bewusstsein gelangen und damit auch nicht ausgedrückt – symbolisiert – werden. Inkongruenzen können unter anderem dazu führen, dass die Persönlichkeitsentwicklung stagniert bzw. Desorientierung, Verwirrung, Verdrängung oder Vermeidungsverhalten entsteht. Sie äußert sich in spürbaren Ängsten bzw. unangenehmen Gefühlen, die „irgendwie“ nicht zu einem selbst zu passen scheinen. Keil und Stumm (2002) beschreiben das Bewusstwerden solcher Inkongruenzen als „Gedanken, die nicht zur Ruhe kommen, Leergefühle, Selbstzweifel, Minderwertigkeits- und Schuldgefühle, Depression, ggf. Desorientierung“ (S. 18) und weisen darauf hin, dass sich bei unbewusst bleibender Inkongruenz der Organismus „unterschwellig in einem Zustand der Spannung und Verletzlichkeit“ (S. 18) befindet.

Wir erinnern uns, dass Intensität und Ausmaß von Inkongruenzen davon abhängen, wie früh es im Kindesalter Erfahrungen gegeben hat, die nicht in das Selbstkonzept integriert werden konnten

(Biermann-Ratjen, 2002, S. 114) und damit die gesunde Persönlichkeitsentwicklung hemmen und die Selbstkonzeptentwicklung stark beeinflussen. Die Entwicklung des Selbstkonzepts ist „ein sich selbst organisierender Prozess ..., der an interaktionelle Bedingungen geknüpft ist“ (Biermann-Ratjen, 2006b, S. 77). Es wurde bereits darauf eingegangen, dass diese Vermittlung empathischen Verstehens und die unbedingte positive Wertschätzung auftauchender Gefühle durch eine Bezugsperson in diesen interaktionellen Begegnungen als unumgängliche Prämisse für die Integration organismischer Erfahrungen in das Selbstkonzept gesehen wird. Somit erschließt sich die Tatsache, dass es eine Bindungsperson braucht, die bei dem Kind Gefühle von Selbstachtung entstehen lässt, welche sich durch ein Gefühl von Sicherheit und Dazugehörigkeit sowie Liebe und Geborgenheit entwickeln kann (Axline, 1947, S. 13).

3.3.1.1 Bindungstheorie und Säuglingsforschung

Diese Prämisse der unbedingten positiven Beachtung auftauchender Emotionen für die gesunde Selbstentwicklung – die schon von Rogers in den 40er Jahren formuliert wurde – findet durch die Bindungstheorie und Säuglingsforschung Bestätigung. Und so soll nun im Kontext der Annahme über die Notwendigkeit dieser unbedingten positiven Beachtung und die Wichtigkeit der Bindungspersonen auf Erkenntnisse der Bindungstheorie und Säuglingsforschung Bezug genommen werden. Diese beiden Forschungen unterstreichen „den Kern der personenzentrierten Arbeit mit Kindern: durch die korrigierende emotionale Beziehungserfahrung, welche das Kind neue Erfahrungen in Bezug auf sein Selbstbild machen lässt“ (Weinberger, 2007, S. 57).

3.3.1.1.1 Säuglingsforschung

Erkenntnisse der Säuglingsforschung, die heute nicht nur im personenzentrierten Konzept, sondern weitgehend von allen Schulen anerkannt werden, sind vor allem jene des amerikanischen Psychiaters und Psychoanalytikers Daniel Stern (1992), der die Entwicklung des Selbsterlebens von Geburt an beschreibt (Biermann-Ratjen, 2006b, S. 78; Weinberger, 2007, S. 42).

Stern (1992) schreibt: „instinktiv verarbeiten wir unsere Erfahrungen so, dass sie zu einer Art einzigartigen, subjektiver Organisation zu gehören scheinen, die wir für gewöhnlich als Selbstempfinden bezeichnen“ (S. 18). Stern ist der Ansicht, dass „die Entwicklung dieser Organisation des subjektiven Selbsterlebens ... das primäre Organisationsprinzip der psychischen Entwicklung“ (Biermann-Ratjen, 2006b, S. 78) ist. Er unterteilt diese Entwicklung in verschiedene Phasen, während welcher „man Quantensprünge auf jeder Organisationsebene [findet], ... zwischen diesen Phasen

rascher Veränderung liegen relativ ruhige Zeiträume, in denen die neuen Integrationen sich offenbar konsolidieren“ (Stern, 1992, S. 22). Stern teilt folgende Stufen der Selbstempfindung ein:

Die auftauchende Selbstempfindung (Geburt–2. Monat)

Von Beginn an hat der Säugling eine Art „innere Motivation, die eigene Welt zu ordnen“ (Weinberger, 2007, S. 42). Er entwickelt ein Selbstempfinden und ein Empfinden für die Welt und beginnt Erfahrungen miteinander in Beziehung zu setzen. „Seine sozialen Fähigkeiten arbeiten mit kraftvoller Zielstrebigkeit auf die Sicherung sozialer Interaktionen hin. Diese Interaktionen erzeugen Affekte, Wahrnehmungen, sensomotorische Vorgänge, Erinnerungen und andere kognitive Prozesse. Eine gewisse Integration verschiedenartiger Geschehnisse wird aufgrund angeborener Fähigkeiten geleistet (Stern, 1992, S. 49f.) und so ist er beispielsweise in der Lage, eine Verbindung zwischen einem visuellen und einem auditiven Reiz herzustellen. Stern spricht in Bezug auf die „Fähigkeit, Wahrnehmungen, die mit verschiedenen Sinnesorganen gemacht werden, miteinander in Beziehung zu setzen“ (Weinberger, 2007, S. 43), von amodaler Wahrnehmung. Es entwickeln sich die Fähigkeit sensorische Erlebnisse miteinander zu verbinden und das Gewahrwerden einer Organisation, die mit einer auftauchenden Selbstempfindung und in diesem Sinne mit einer Integration von Netzwerken einhergeht. „Wir können diesen Bereich als Bereich der auftauchenden Bezogenheit bezeichnen. Allerdings werden die sich entwickelnden integrativen Netzwerke noch nicht von einer einheitlichen, organisierenden subjektiven Perspektive erfasst. Diese Aufgabe wird erst mit dem Entwicklungssprung in den Bereich der Kern-Bezogenheit erfüllt“ (Stern, 1992, S. 50).

Empfindung eines Kernselbst (3.–7. Monat)

Die Empfindung eines Kernselbst bildet sich zwischen dem dritten und dem siebenten Lebensmonat aus und beinhaltet die Fähigkeit zeitliche Kontinuität und Affektivität wahrnehmen zu können, sich selbst als „Urheber eigener Handlung“ (Weinberger, 2007, S. 43) zu verstehen und sich als „getrennte, kohärente, abgegrenzte körperlicher Einheit“ (Stern, 1992, S. 24) wahrzunehmen. Dieses „Kern-Selbstempfinden“ entsteht durch einen emotionalen und sozialen Austausch mit der wichtigen Pflegeperson (Weinberger, 2007, S. 43) und durch viele Kommunikationserfahrungen finden die Gefühle und „Erfahrungen von Sicherheit oder Bindung Eingang in das Selbsterleben“ (Weinberger, 2007, S. 44). Erfahrungen, die ein Kind macht, werden im sogenannten Episodengedächtnis abgespeichert und werden bei Wiederholung zu „generalisierten Episoden“. Das bedeutet, dass sich aus Erinnerungen an Interaktionserfahrungen, RIGs (Repräsentanzen generalisierter Interaktionserfahrungen) bilden. „Eine Rig ist etwas, das noch nie in genau dieser Weise geschehen

ist“ (Stern, 1992, S. 160), es repräsentiert Durchschnittserfahrungen und nicht einzelne Interaktionserfahrungen. Biermann-Ratjen (2006b) beschreibt als Beispiel für solche Muster von RIGs die „inner working models“, die inneren Arbeitsmodelle, denen „Vorstellungen vom Verhalten und Fühlen und Wollen der Mutter und den eigenen Reaktionen und Affekten in der Interaktion mit ihr“ (S. 82) zugrunde liegen.

Die Empfindung eines subjektiven Selbst (18.–16. Monat)

Es wird nun nicht mehr nur die eigene Subjekthaftigkeit, sondern auch die des Anderen entdeckt – das gemeinsame subjektive Erleben. „Selbst und Andere sind nun nicht mehr nur Kern-Entitäten der physischen Gegenwart, des Handelns, Affekts und der Kontinuität“ (Stern, 1992, S. 48), sondern sie beinhalten „nun auch subjektive mentale Zustände, Gefühle, Motive, Absichten“ (Stern, 1992, S. 48). Stern (1992) beschreibt Gedankengebäude, die sich entwickeln wie folgt:

Was in meinem Kopf vorgeht, unterscheidet sich wahrscheinlich nicht allzusehr von dem, was in deinem Kopf vorgeht, und darum können wir uns das irgendwie (ohne Worte) mitteilen und auf diese Weise Intersubjektivität erleben. Damit ein solches Erlebnis zustande kommen kann, muß ein gewisser gemeinsamer Rahmen von Bedeutung und Kommunikationsmitteln wie Gestik, Haltung oder Gesichtsausdruck vorhanden sein. (S. 179)

Das Kind erkennt, dass es Gefühle und Gedanken mit anderen teilen kann und es entwickelt seine eigene Gedankenwelt. Ebenso ist es nun auch in der Lage, Bewertungen bestimmter Interaktionen, die die Mutter durch Gestik und Mimik vermittelt, wahrzunehmen und es richtet sein Verhalten danach aus. Der Säugling kann jetzt „einen Zusammenhang zwischen dem eigenen und dem beim anderen wahrgenommenen Gefühl“ (Weinberger, 2007, S. 44) herstellen. Er entwickelt ein wirkliches Affektverständnis, kann Beweggründe hinter äußeren Handlungen erkennen und ist fähig, äußere Bewertungen als eigene Handlungsleitlinie zu übernehmen. Nun taucht bei Stern der Begriff „affect-attunement“ (Affektabstimmung) auf, dem eine sehr wichtige Bedeutung zukommt. Stern beschreibt damit die Interaktion, in der „die Mutter sich auf das vom Kind gezeigte Gefühl einstimmt und dem Gefühl des Säuglings mit einer anderen Sinnesmodalität antwortet“ (Weinberger, 2007, S. 44). Nun geht es darum herauszufiltern, ob und welche inneren Erlebnisinhalte der anderen Person vermittelt werden können, also darum, „wie viel menschliche Teilhabe auf der einen Seite und wie viel psychische Isolierung und Einsamkeit auf der anderen Seite erlebt werden. Gefühlszustände, die nie einem anderen mitgeteilt werden konnten, bei denen nie Teilnahme erlebt worden ist, werden als unteilbar erlebt“ (Biermann-Ratjen, 2006b, S. 80). Stern unterscheidet verschiedene Formen der Affektabstimmung: Nicht-Abstimmung, selektive Abstimmung, Fehl Abstimmung und Einstimmung,

nicht-authentische Abstimmungen und übertriebene Abstimmung (Jacoby, 1998, S. 112). Von selektiver Abstimmung spricht Stern, wenn die Mutter etwas bewirken will, also das Kind in ihrer Abstimmung bewusst oder unbewusst beeinflussen will. „In diesem Fall wird die Mutter nur ganz bestimmte Äußerungen des Kindes aufgreifen und die anderen nicht beachten oder nicht-verbal (durch Mimik, Gestik, Bewegungen) eine ablehnende Haltung ausdrücken“ (Weinberger, 2007, S. 45). Fehl Abstimmung und Einstimmung stellen wiederum die Wünsche und Phantasien der Mutter dar, die „sich beim Kind aber zu einem selbstentfremdeten Erlebnis- und Verhaltensmuster ausweiten. Sie haben große Ähnlichkeit mit gelungenen Abstimmungen, geben sich fälschlicherweise als solche aus, zielen aber an einer genauen affektiven Entsprechung knapp vorbei“ (Jacoby, 1998, S. 114). Stern (1992) bezeichnet zweckbestimmte Fehl Abstimmungen als „Tuning“ (S. 213) und Dornes (1993) meint, wenn das Individuum „unter Symptomen und dem Gefühl innerer Entfremdung [leidet], so dürfen wir annehmen, dass sein Gefühlsleben zu stark modifiziert wurde“ (S. 157). „Nicht-authentische Abstimmungen sind eher zufällig mißlingende Versuche, Gemeinsamkeiten herzustellen, und haben wenig mit beabsichtigten Versuchen zu tun“ (Jacoby, 1998, S. 117), jedoch wird darin die Mutter als wenig beständig erlebt, was für die Entwicklung ein Problem darstellen, da es dem kindlichen Bedürfnis nach sozialer Vergewisserung nicht gerecht wird.

Biermann-Ratjen (2006b) weist darauf hin, dass Affekt Abstimmung nicht dasselbe wie Empathie ist, da beim Kind kognitive Prozesse fehlen, die notwendig sind, um empathisch sein zu können (S. 80). Bei der Affekt Abstimmung geht es vor allem um „die amodalen Wahrnehmungsqualitäten von Affektgestalten ... Intensität, Zeit und Form, die absolute Intensität und die Intensitätskontur, Takt, Rhythmus und Dauer, wobei die Intensität die größte Rolle spielt“ (S. 81).

Stern weist daraufhin, „dass alle drei präverbalen Selbstempfindungen gleichzeitig auftauchen, und zwar weil sie in ständiger dynamischer Interaktion miteinander stehen“ (Stern, 1992, S. IV), und jede Empfindung bleibt, „nachdem sie sich herangebildet hat, das ganze Leben über in vollem Umfang lebendig“ (Stern, 1992, S. 25).

Das verbale Selbst (ab dem 16. Monat)

Nun kommt bei dem Kind die neugewonnene Fähigkeit dazu, Sprache zu verwenden und es ist damit in der Lage, persönliches Wissen und Erfahrungen sowie „innere Zustände sprachlich zu symbolisieren“ (Biermann-Ratjen, 2006b, S. 81). Nun können auch „wechselseitig geschaffene Bedeutungen von persönlichem Erleben geteilt werden, die Symbolisierungen“ (Biermann-Ratjen, 2006b, S. 81). Das Kind speichert „innere Vorstellungen von den ihn umgebenden Dingen und Verhaltensweisen“ (Weinberger, 2007, S. 46) und kann diese in eigenen Handlungen wiedergeben. Es

entsteht eine neue Unabhängigkeit und das Kind entwickelt eine objektive Weltsicht. Stern (1992) meint, dass viele Anhaltspunkte darauf hinweisen, „daß die Kinder in diesem Alter fähig sind, das Selbst zu objektivieren und so zu handeln, als wäre das Selbst eine begrifflich faßbare, äußere Kategorie. Sie beginnen nun, wenn sie von sich selbst sprechen, Pronomina zu gebrauchen (‘ich’, ‘mich’, ‘meines’) und manchmal sogar Eigennamen“ (S. 236). Jetzt ist das Kind auch in der Lage sein Spiegelbild zu erkennen. „Bis zum Alter von achtzehn Monaten scheinen Kinder nicht zu wissen, daß sie im Spiegel ihr eigenes Bild sehen“ (Stern, 1992, S. 235). Kinder sind nun in der Lage zu reflektieren, ein Empathieverständnis zu entwickeln und entdecken das symbolische Spiel. So „können sie auch ihre Beziehungen darstellen, über sie reflektieren und sie gefühlsmäßig aufarbeiten und verändern“ (Weinberger, 2007, S. 47). Nun ist eine Verständigung über Gefühlszustände zwischen Mutter und Kind möglich und diese beinhaltet auch deren Bewertungen „bzw. welche Bedeutung es hat und wie dieser Seelenzustand demzufolge genannt wird“ (Biermann-Ratjen, 2006b, S. 81). Diese Möglichkeit verbal zu kommunizieren, bedeutet zwar mehr Spielraum für das Kind, doch es kann auch eine Kluft zwischen der vertrauten nichtsprachlichen und der neuen sprachlichen Welt entstehen. Die erlebte/gefühlte Welt wird nie in ihrer Fülle verbalisiert werden können, einige Gefühlszustände bleiben unverbalisiert, und letztendlich

greift die Sprache ein Stück aus dem Konglomerat von Gefühl, Empfindung, Wahrnehmung und Denken, welches das globale nonverbale Erleben konstituiert, heraus. Dieses Stück wird durch den Prozeß der Sprachbildung transformiert und entwickelt sich zu einer von dem ursprünglichen globalen Erleben isolierten Erfahrung ... Die nicht ausgedrückten Aspekte dieses Konglomerats führen dann einfach eine untergründige, nicht-verbalisierte, namenlose (und allerdings nur in diesem Sinne unbekannte), aber nichtsdestoweniger höchst reale Existenz ... Und gerade deshalb sind diese Vorgänge von solch großer Bedeutung. (Stern, 1992, S. 248)

In dieser Phase der Entwicklung der Selbstempfindung ist es sehr wichtig, dem Kind zu vermitteln, dass es „in seiner inneren Erfahrung und der Bedeutung, die sie für das Kind hat, verstanden“ (Biermann-Ratjen, 2006b, S. 81) wird.

Das narrative Selbst (ab dem 3. Lebensjahr)

Nun bildet sich langsam die Fähigkeit heraus, Geschichten zu erzählen, die alle möglichen Aspekte (auch persönliche) wie Gedanken, Erlebnisse, Motive, Gefühle und Wünsche miteinbeziehen und die einen Anfang und ein Ende haben. „Offenbar gibt es erst von diesem Zeitpunkt an ein kontinuierliches Gedächtnis an einzelne Episoden im Erleben“ (Biermann-Ratjen, 2006b, S. 81). Das Kind scheint nun in der Lage zu sein, Fakten zu ordnen und zu kategorisieren, Aktionen der

Anderen im Hinblick auf ihre Handlungsstränge zu interpretieren und Handlungsmuster zu erkennen (Stern, 1991, S. 135).

3.3.1.1.2 Bindungstheorie

The bond between the young child and caregivers provides the major vehicle for developing physically, emotionally and cognitively. It is in this primary context that children learn language, social behaviors, and a host of other key behaviors required for healthy development. (Perry, 2001, online)

Die Bindungstheorie nahm ihren Anfang in den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts mit der Arbeit des britischen Psychiaters und Psychoanalytikers John Bowlby (1969). Seine Forschung beschäftigte sich mit der Bindung zwischen Mutter und Kind und er entwickelte daraus Theorien über bestimmte Bindungstypen und Auswirkungen dieser Typen auf die Persönlichkeitsstruktur des Kindes. Die Weiterentwicklungen auf diesem Sektor gehen vor allem auf die kanadische Psychologin M. Ainsworth (1973) und die Deutschen K. E. Grossmann und K. Grossmann (2004) zurück. Bowlby (1969) kam zu dem Schluss, dass alle Menschen jeden Alters dazu neigen „andauernde Bindungen an andere Personen aufzubauen und diese als nicht ersetzbar zu erleben“ (Biermann-Ratjen, 2006b, S. 82). Dieses Bedürfnis nach Bindung wird als eigenständige Kraft betrachtet, die mit der „Selbstaktualisierungstendenz“ und dem „Bedürfnis nach unbedingter positiver Beachtung im Klientenzentrierten Konzept“ (Biermann-Ratjen, 2006b, S. 83) gleichgesetzt werden kann. Der Säugling hat die Fähigkeit, dieses Bedürfnis auszudrücken (z.B. durch Weinen), und das Pflegeverhalten der Bindungsperson kann als „Komplement zum Bindungsverhalten des Kindes“ (Fremmer-Bombik, 1999, S. 109) verstanden werden.

Die Bindungstheorie geht von zwei Verhaltenssystemen aus: dem Bindungssystem und dem Explorationssystem. Das Bindungssystem „ist eine komplexe Konstellation aus Verhaltensbereitschaften und Gefühlen“, das in Kraft tritt, wenn dem Kind in irgendeiner Form Gefahr droht. Tritt dieser Fall ein, so versucht es, physische Nähe zu seiner Bindungsperson zu finden, und „ist die Erreichbarkeit in Frage gestellt, zeigt das Kind Trennungsangst und Protest“ (Biermann-Ratjen, 2006b, S. 83). Das zweite Verhaltenssystem, nämlich das Explorationssystem, ist dann komplett deaktiviert und es geht nur mehr darum, zu der „sicheren Basis“ – der Bindungsperson – zurückzufinden. Selbst wenn das Explorationssystem aktiv ist und das Kind seine Umgebung erkundet, „vergewissert es sich der Erreichbarkeit der Bindungsperson immer wieder“ (Biermann-Ratjen, 2006b, S. 83). Und dieses „Bedürfnis nach einer sicheren Basis, d. h. nach einer zuverlässigen Bindungsperson und ein sich mit dem älter werden natürlich veränderndes Bindungsverhalten bleiben während des ganzen Lebens bestehen“ (Biermann-Ratjen, 2006b, S. 83).

Children experiencing emotional neglect in early childhood often have developmental delay in other domains. The bond between the young child and caregivers provides the major vehicle for developing physically, emotionally and cognitively. It is in this primary context that children learn language, social behaviors, and a host of other key behaviors required for healthy development. Lack of consistent and enriched experiences in early childhood can result in delays in motor, language, social and cognitive development. (Perry, 2001, online)

Das Kind entwickelt durch die Erfahrungen, wie auf sein Bindungsbedürfnis reagiert wird, seine Persönlichkeitsstruktur und „eine innere Repräsentation von Bindung, das sogenannte innere Arbeitsmodell von Bindung“ (Fremmer-Bombik, 1999, S. 109), das nicht bewusst – im Sinne von verbal abrufbar –, dennoch aber auf der Verhaltensebene zu erkennen (Zimmermann, 1999, S. 225) und sehr stabil (Zimmermann, Spangler, Schieche und Becker-Stoll, 1999, S. 311) ist. So entwickelt sich „das Vertrauen in die Zuverlässigkeit und Verfügbarkeit der Bindungsperson – bzw. ein Urmisstrauen ... im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter und bleibt das ganze Leben lang bestehen“ (Biermann-Ratjen, 2006b, S. 83). Es beeinflusst Gefühle und Verhaltensweisen des Kindes bzw. kann als „die grundlegende Organisation von Erwartungen und den damit verbundenen Gefühlen ... die es von einer Situation zur anderen trägt“ (Fremmer-Bombik, 1999, S. 110) beschrieben werden. Es stellt „ein ziemlich genaues Abbild der Erfahrungen [dar], die das Kind tatsächlich in bindungsrelevanten Situationen gemacht hat“ (Biermann-Ratjen, 2006b, S. 83).

Im Kontext dieser Theorie wurden von Ainsworth (1973) durch empirische Bindungsforschung vier Bindungstypen definiert: Der sicher-gebundene, unsicher-vermeidende, unsicher-ambivalente und später kam noch der unsicher-desorganisierte Bindungstyp dazu. Wie bereits erwähnt, bleiben diese Typen über den Lebensverlauf relativ stabil und nehmen dann ihrerseits wiederum Einfluss darauf, wie eine Person selbst als Bindungsperson für z.B. das eigene Kind, zur Verfügung steht. Diese Bindungstypen sind Folge der oben beschriebenen „inneren Arbeitsmodelle“, die das Ergebnis von Erfahrungen sind, die das Kind mit seiner Bindungsperson macht. Inwieweit die Bindungsperson als zugänglich empfunden wird, hängt davon ab, ob sie auf das Bindungsverhalten (Bedürfnis nach Nähe) des Kindes in der Vergangenheit reagiert, nicht reagiert oder unvorhersagbar reagiert hat (Biermann-Ratjen, 2006b, S. 84).

Bei einer sicheren Bindung wurde also in passender, einführender Weise auf das Bindungsbedürfnis des Kindes eingegangen, was dieses befähigt, bei Angst und Gefahr seinen Wunsch nach Nähe auszudrücken, weil es eine feinfühlige Reaktion seiner Bindungsperson erwarten kann. Diese „sichere Basis“, auf die es sich zurückziehen konnte, kann es dann auch wieder verlassen und die Exploration seiner Umgebung fortsetzen.

Bei einer unsicher-vermeidenden Bindung ist das Kind nicht „gehört“ worden, die Bindungsperson hat zwar vorhersagbar reagiert, aber „vorhersagbar nicht feinfühlig“ (Biermann-Ratjen, 2006b, S. 84), und so zeigt das Kind kein Bedürfnis nach Nähe bei Angst und Gefahr. „Es wird z. B. angenommen, dass sie [diese Kinder] sich mit ihrer emotionalen Zurückhaltung die Zurückweisung durch die Bindungsperson ersparen“ (Biermann-Ratjen, 2006b, S. 84).

Bei einer unsicher-ambivalenten Bindung ist auf das Kind unvorhersehbar reagiert worden, das Kind kann somit nicht abschätzen, ob sein Bindungsbedürfnis befriedigt wird oder nicht. Das führt dazu, dass das Kind nicht aufhören kann, seinem Bedürfnis nach Nähe Ausdruck zu verleihen, indem es klammert.

Eine desorganisierte Bindung ist Folge von Traumata oder kommt bei Kindern vor, deren Eltern durch Traumata verängstigt worden sind bzw. die aufgrund früherer Geschehnisse in einem trance-ähnlichen Zustand sind (Weinberger, 2007, S. 54). Dies ist zu erkennen, „wenn die Kinder nach Trennungen gleichzeitig miteinander nicht zu vereinbarende Verhaltensweisen aus den verschiedenen Bindungsstilen und zum Teil bizarr anmutende Verhaltensweisen zeigen“ (Biermann-Ratjen, 2006b, S. 84).

Wartner (1999) beschreibt für die Entwicklung einer sicheren Bindung einen „häufigen und andauernden Körperkontakt zwischen Baby und Mutter mit der Fähigkeit der Mutter, das Baby zu beruhigen; Einfühlsamkeit der Mutter gegenüber den Signalen des Babys; die Fähigkeit der Mutter, zuverlässig und vorhersagbar zu reagieren, und die gegenseitige Freude, die Baby und Mutter miteinander erfahren“ (S. 410) als wichtigste Faktoren. Die Qualität der Bindung hängt davon ab, ob die Mutter die Signale des Babys wahrnehmen, interpretieren und angemessen reagieren kann, wobei die Interpretation aus der Sicht des Kindes und nicht aus ihrer eigenen Sicht gelingen sollte. (Weinberger, 2007, S. 54)

3.3.1.1.3 Vergleich mit personenzentrierten Theorien zur Selbstkonzeptentwicklung

Biermann-Ratjen (2002) meint, dass das personenzentrierte Entwicklungskonzept, ähnlich wie bei Stern, „die Entwicklung der Organisation der Selbsterfahrung zum Zentrum seiner Entwicklungspsychologie macht“ (S. 138f.), und sie stellt im Rahmen des personenzentrierten Konzepts drei Phasen der Selbstentwicklung dar, die aus ihrer Sicht kompatibel mit den Phasen von Stern sind und bindungstheoretische Aspekte miteinschließen.

In einer ersten Phase geht es zunächst darum, dass eine wichtige Bindungsperson grundlegende Bedürfnisse des Säuglings wahrnimmt, empathisch versteht und angemessen darauf reagiert. Wie in der Bindungstheorie erläutert wurde, hat das Neugeborene ein von Beginn des Lebens aktives Bindungsbedürfnis, das es lediglich in seinen Affekten zum Ausdruck bringen kann, und ein

Verstanden werden dieser ersten Affekte und Grundregulationen (Hunger, Schlaf etc.) und die ersten Erfahrungen des Unbedingt-wertgeschätzt-Werdens können so in ein anfängliches Selbstbild integriert werden. (Biermann-Ratjen, 2006b, S. 88) In den ersten drei Monaten spielt sich ein Grundrhythmus zwischen Mutter und Kind ein, der sich auf Hunger-/Stillperioden und Schlaf-/Wachperioden bezieht (Biermann-Ratjen, 2006b, S. 88). Diese Phase ist bei Stern in dem auftauchenden Selbst angesiedelt, erst danach (ab dem dritten Lebensmonat) kann sich eine Beziehung bilden, die ein Sich-gegenseitiges-Aktivieren miteinschließt.

Die Mutter kann das Lächeln des Kindes auslösen, und das Kind kann die Mutter nicht nur anlächeln, sondern z.B. auch bei ihrem Anblick erfreut strampeln, ihr seinen Blick zuwenden, Laute von sich geben, zeigen, ob und dass es sich gut behandelt fühlt. Auch jetzt geht es weniger darum, dass die Mutter sich freut, dass das Kind gerne Kontakt mit ihr hat, sondern vor allem darum, dass sie versteht, dass dem Kind Kontakt um des Kontaktes willen und seiner Fähigkeit willen, diesen herzustellen, wichtig ist. (Biermann-Ratjen, 2006b, S. 90)

In dieser ersten Phase bildet sich ein erstes Selbstbild und, wenn Empathie und unbedingte positive Beachtung der Bindungsperson bestanden hat, bilden sich hier auch die Anfänge von Selbstachtung heraus (Biermann-Ratjen, 2002, S. 22).

In einer zweiten Phase, die teilweise noch präsymbolisch ist, entsteht nun immer mehr ein subjektives Selbstempfinden. Es werden Selbsterfahrungen erlebbar und Erfahrungen werden nun dahingehend überprüft, ob sie in das Selbstbild passen und Selbstachtung bestätigen oder bedrohen. Dieser innere Bewertungsprozess stellt selbst eine „Quelle der Erfahrung“ (Biermann-Ratjen, 2002, S. 22) dar und sollte wiederum auf unbedingte positive Beachtung und empathisches Verstehen stoßen. Biermann-Ratjen (2006b) weist auch darauf hin, dass

auch in der affektiven Reaktion auf die Erfahrung, nicht verstanden zu werden, ... das Kind empathisch verstanden und bedingungsfrei positiv beachtet werden [kann]. Wenn das passiert, ist es in der Regel so, dass das Kind dann in einem zweiten Schritt auch in der Erfahrung, die spontan nicht anerkannt worden ist, gesehen wird, so dass diese dann auch in das Selbstkonzept integriert werden kann. (S. 89)

In einer dritten Phase geht es um die Integration von realen Selbsterfahrungen. Es hat sich nun ein Selbst gebildet, das auch Erfahrungen, wie etwa Selbstzweifel, integrieren kann und nicht zusammenbricht, kaum dass es nicht verstanden wird. (Biermann-Ratjen, 2002, S. 23). In dieser Phase geht es um den „im ganzen Leben weitergehenden Prozess der Herstellung von Kongruenz zwischen den realen Selbsterfahrungen als ein so und nicht anders geartetes und erlebendes Wesen und dem

Selbstkonzept, wieder in der Interaktion mit empathischen und unbedingt wertschätzenden Bezugspersonen“ (Biermann-Ratjen, 2006b, S. 90).

Nachdem in der ersten Phase überhaupt erst Selbsterfahrungen entstehen, geht es in den beiden anderen Phasen darum, die gemachten Erfahrungen in das Selbstkonzept zu integrieren.

Hierbei geht es in der zweiten Phase zunächst einmal um die ersten Erfahrungen der Selbstwahrnehmung und in der dritten Phase um die „gesamtorganismischen Erfahrungsmöglichkeiten bzw. -begrenzungen zusammen mit den dazugehörigen Gefühlen“ (Biermann-Ratjen, 2002, S. 25). Für die wichtigen Bindungspersonen bedeuten diese verschiedenen Phasen auch verschiedene Aufgaben. So geht es in der ersten Phase darum, das Kind anzunehmen, in der zweiten, es zu verstehen, und in der dritten, kongruent auf es zu reagieren. (Biermann-Ratjen, 2002, S. 25)

Weitere Verbindungen zwischen dem personenzentrierten Konzept und den hier im Detail dargelegten Theorien, sowohl der Säuglingsforschung als auch der Bindungstheorie, bestehen z. B. darin, wichtige Bezugspersonen als wesentliche Faktoren der Entwicklung herauszustreichen, und in der Relevanz sozialer Interaktionen. So wird vom Kind im interaktionellen Prozess die Erfahrung gemacht, dass es eine eigenständige Einheit (Biermann-Ratjen, 2006b, S. 82) ist. Der Grundpfeiler der rogerianischen Entwicklungslehre ist „die Beobachtung, dass die Selbst- bzw. Identitätsentwicklung in Beziehungen von einer bestimmten Qualität stattfindet und dass psychische Strukturen die Repräsentanz dieser Entwicklungs- und Beziehungserfahrungen beinhalten, die wiederum neue Beziehungserfahrungen generieren und gestalten“ (Biermann-Ratjen, 2002, S. 32). Auch die mit Erfahrungen einhergehenden Bewertungen der Bezugspersonen spielen eine wichtige Rolle. Diesen Bezugspersonen wird die Aufgabe zugesprochen, auf das Kind in einführender, verstehender Weise einzugehen und als „sichere Basis“ (Bowlby) in „haltender Umgebung“ (Stern) zur Verfügung zu stehen. Weinberger, (2007) meint, dass diese beiden Theorien „den Kern der personenzentrierten Arbeit mit Kindern“ (S. 57) unterstreichen, nämlich die Annahme, dass das Kind „durch die korrigierende emotionale Beziehungserfahrung“ (S. 57) in der Therapie neue Erfahrungen macht, die es in sein Selbstbild integrieren kann.

Wartner (1999) streicht heraus, dass Bowlby den Therapeuten als sichere Basis, „als erste – und wichtigste – Bedingung hilfreicher Psychotherapie“ bezeichnet und „von dieser Basis aus kann der Patient die unglücklichen und schmerzhaften Erfahrungen seiner Vergangenheit untersuchen“ (S. 410). Dieser Grundsatz korreliert mit den Werten Akzeptanz, Wertschätzung und Empathie als unumgängliche Prämissen therapeutischer Haltung im personenzentrierten Konzept. Ainsworth meint, dass kleine Kinder ihre Umgebung zunehmend mutig und unabhängig nur unter der

Bedingung explorieren, „dass sie sich der beständigen Anwesenheit und Aufmerksamkeit ihrer Mutter sicher sein können“ (Wartner, 1999, S. 410), was der Bedeutung des Bedürfnisses nach unbedingter positiver Beachtung für die Entwicklung einer gesunden Persönlichkeit bei Rogers gleichzusetzen ist.

Magai (1999) ist der Ansicht, dass es für die Entwicklung einer sicheren Bindung von enormer Wichtigkeit für das Kind ist, die Fähigkeit zu besitzen, seinen Bezugspersonen Kummer oder Angst auszudrücken (S. 140). Auch diese Annahme findet im personenzentrierten Konzept, in welchem Symbolisierungsfähigkeit als Voraussetzung für eine gesunde Entwicklung gilt, Bestätigung. Eine weitere Schnittstelle dieser Forschungen mit dem personenzentrierten Konzept lässt sich möglicherweise da finden, wo Stern von der Affektabstimmung als wichtige Aufgabe der Bindungspersonen spricht. Diese spiegelt sich im personenzentrierten Konzept darin wider, dass es über das empathische Verstehen und Wertschätzen hinaus auch darum geht, dieses tatsächlich zu vermitteln.

Die Säuglingsforschung zeigt ... welche wichtige Bedeutung der Affektabstimmung zukommt. Im Personenzentrierten Ansatz kann das Kind in der Begegnung mit der Therapeutin die Erfahrung machen, mit all seinen Gefühlen, Gedanken und Äußerungen vollständig verstanden und angenommen zu werden. Organismische Erfahrungen, auf die die Mutter keine adäquate Resonanz geben konnte, werden mit unbedingter Wertschätzung aufgegriffen und können somit in das Selbstkonzept integriert werden. (Weinberger, 2007, S. 48)

Es wurde nun ein Einblick in die personenzentrierte Entwicklungslehre sowie in die Säuglingsforschung und Bindungstheorie gegeben und nochmals auf das personenzentrierte Inkongruenzverständnis eingegangen. Vor dem Hintergrund dieser Annahmen soll nun der Versuch angestellt werden, mutistische Kinder aus einer personenzentrierten Haltung heraus zu verstehen.

3.3.2 Mutismus – ein personenzentriertes Erklärungsmodell

Wie in Kapitel 2 deutlich wurde, ist die Annahme vorherrschend, dass der Mutismus zu der Gruppe der Angstkrankheiten gehört und im Speziellen eine Form der Sozialphobie ist. So wird laut Köhl (2005) „von einigen Autoren ... vorgeschlagen, diese Störung als Subtyp der sozialen Angststörung mit extremer Ausprägung einzuordnen“ (S. 29).

Social Phobia, or Social Anxiety Disorder, is an anxiety disorder characterized by overwhelming anxiety and excessive self-consciousness in everyday social situations. Social phobia can be limited to only one type of situation- such as a fear of speaking in formal or informal situations, or

eating or drinking in front of others- or, in its most severe form, may be so broad that a person experiences symptoms almost anytime they are around other people ... People with social phobia have a persistent, intense, and chronic fear of being watched and judged by others and being embarrassed or humiliated by their own actions. Their fear may be so severe that it interferes with work or school, and other ordinary activities. (Long Island Pschiatric [PLLC], o.J., online)

In dieser Arbeit wird davon ausgegangen, dass die Annahme des Mutismus als Angststörung eine wichtige Rolle für das Verständnis dieses Phänomens spielt. So schreiben auch Tancer und Klein (1997): „Identifying mutism as a nonspecific symptom of anxiety, or perhaps as a manifestation of avoidance in severe forms of childhood social phobia, would direct our conceptual understanding of the disorder as well as intervention strategies“ (S. 249). Auch wenn es bis heute kein eindeutiges, allgemeingültiges Verständnis des Mutismus als Angstkrankheit gibt, verweisen, wie schon in Kapitel 3 klar wurde, doch eine Menge der AutorInnen auf ängstliche Verhaltensweisen und Korrelationen mit einer Angstkrankheit (Atoynatan, 1986; Black & Uhde, 1992, 1994, 1995; Boggs, 2005; Chavira et al., 2007; Ehlers, 2002; Elson et al., 1965; Hayden, 1980; Hess, 2007, online; Katz-Bernstein, 2005; Kristensen, 2000, Kristensen & Torgersen, 2001; Lehmann, 2002; Lesser-Katz, 1986; Pathak & Perry, 2005; Pustrom & Speers 1964; Reed & Mees, 1963; Sloan, 2007; Stone et al., 2002; Wright, 1968; u.a.). Weiters lassen sich in der Literatur zahlreiche Hinweise auf eine problematische Mutter-Kind-Beziehung in frühen Entwicklungsphasen als Ursache des mutistischen Verhaltens finden (Atoynatan, 1986; Browne, Wilson und Laybourne, 1963; Hesselman, 1983; Lesser-Katz, 1986; Pustrom & Spears, 1964; Wright, 1985). Auch die personenzentrierte Psychotherapeutin Beate Ehlers (2002) definiert den selektiven Mutismus als eine phobische Erkrankung, die sie mit einer unzureichenden emotionalen Mutter-Kind-Beziehung in der ersten Lebenszeit in Verbindung bringt. Wie bereits erläutert wurde, führen aus personenzentrierter Sicht auch „frühe Beziehungsstörungen zwischen Kind und Eltern zum Entstehen von Inkongruenzen“ (Wakolbinger, 2000, S. 58). Mutistische Kinder sind bindungstheoretisch offensichtlich dort anzusiedeln, wo von einer „unsicher-ambivalenten Bindung“ die Rede ist. An und für sich ist das Gefühl von Angst „eine natürliche Reaktion auf eine Bedrohung des Organismus ... und dient dem Schutz vor schädigenden Einflüssen Angst wird erst dann als unpassend bezeichnet, wenn objektiv keine Gefahr für den Organismus besteht“ (Wakolbinger, 1996, S. 42). Pine (1997) definiert „the term is used to refer to the presence of fear or apprehension that is out of proportion to the context of the life situation“ (S. 329).

Diese Kinder scheinen das grundlegende, inhärente Bedürfnis nach sozialen Kontakten nicht zu spüren und nicht bewusst wahrzunehmen (Ehlers, 2002, S. 321). Ehlers (2002) beschreibt den Mutismus als eine Störung im Selbstkonzept des Kindes, die sich als Störung der

Symbolisierungsfähigkeit und als Blockade der Aktivierungstendenz zeigt (S. 317), die der Abwehr von Ängsten dient (S. 322). Die Kinder sind dadurch erheblich eingeschränkt. Trotz dieser starken Blockaden können kleine, minimale Reaktionen, die auf die Aktualisierungstendenz zurückzuführen sind, erkannt werden (Ehlers, 2002, S. 322). Wir erinnern uns, dass die Aktualisierungstendenz (die immer besteht) höchstens unterdrückt werden kann, aber nie zerstört. So sind Anzeichen einer Aktualisierungstendenz, wie beispielweise das Herumschauen oder Dinge zu fixieren, auch bei starken Blockaden in minimalem Ausmaß vorhanden.

Das mutistische Verhalten ist so zu erklären, dass „in angstbesetzten Situationen ... im Bewusstsein des Kindes keine Worte oder andere Symbole verfügbar und bewusste Aktionen ... gehemmt [sind]“ (Ehlers, 2002, S. 317). Es entsteht ein Gefühl der Entfremdung und nach Post (2001) entsteht möglicherweise dann innerhalb dieses selektiv mutistischen Verhaltens wiederum eine starke Inkongruenz zwischen dem, wer man ist – stumm und ohne Kontakt zu Gleichaltrigen – und dem wer man sein will – sprechend und mit sozialen Kontakten (S. 307).

Höger (2006b) weist daraufhin, dass ein Kind bestimmte Prozesse der Selbstorganisation (Entwicklungsaufgaben) durchläuft, die „als für die Persönlichkeitsentwicklung bedeutsame Manifestation der Aktualisierungstendenz anzusehen“ sind (S. 55) und geht davon aus, dass das Gelingen oder Misslingen dieser Entwicklungsaufgaben „mit einem geringeren bzw. größeren Risiko psychischer Erkrankungen verbunden“ (S. 55) ist. So ist Ehlers (2002) der Ansicht, dass diese Kinder grundlegende Entwicklungsschritte, die die Grundvoraussetzung für eine symbolische Repräsentanz von Erfahrungen im Selbstkonzept sind, nicht vollzogen haben und dass viele mutistische Kinder auch nicht in der Lage sind, symbolisch zu spielen, also innere Prozesse im Spiel auszudrücken (S. 322) oder Worte als symbolische Repräsentanzen zu verwenden (S. 326). Wir erinnern uns, dass sich die Symbolisierungsfähigkeit des Kindes immer in Verbindung mit der Integration eigener Erfahrungen in das Selbstkonzept entwickelt. Im Prozess der Symbolisierung können Kinder Ängste ausdrücken, die entstehen, wenn Selbsterfahrungen nicht mit dem Selbstkonzept übereinstimmen, „die Selbsterfahrung aber, durch die sie ausgelöst wird, [ist] ihrem bewussten Gewahrsein als Selbsterfahrung vorenthalten“ (Biermann-Ratjen, 2006b, S. 90). So können sich angstbesetzte Vorstellungen entwickeln, die jene Vorstellungen und Affekte verdecken, durch die das Selbstkonzept in Frage gestellt werden könnte, was in Kinderphobien und auch anderen neurotischen Erkrankungen zum Ausdruck kommen kann (Biermann-Ratjen, 2002, S. 143). Diese Annahme findet sich bereits bei Rogers (1951), der schreibt, dass Angst als Folge einer Bedrohung zu verstehen ist, die entsteht, wenn Erfahrungen gemacht werden, die nicht mit der Selbststruktur zusammenpassen. „Defense involves a denial or distortion of perceived experience to reduce the

incongruity between the experience and the structure of the self“ (S. 515f.). Um die Selbststruktur zu erhalten, wird eine Abwehrreaktion aktiviert, in der es darum geht, wahrgenommene Erfahrungen zu verleugnen und verzerren. So wird also das Gewahrsein dieser Bedrohung reduziert, die eigentliche Bedrohung selbst besteht aber weiter und beeinflusst das Verhalten (S. 515f.). Nach Rogers (1959) ist Angst als ein Versuch einer starken Inkongruenz (Diskrepanz zwischen Selbstkonzept und Erfahrung) zu verstehen, sich dem Bewusstsein zu nähern. „Anxiety is the response of the organism to the subception that such discrepancy may enter awareness, thus forcing a change in the self-concept“ (Rogers, 1959, S. 204). Angst dient also dem Schutz vor einem Zusammenbruch der Selbststruktur, der durch eine richtige Symbolisierung (also eine Bewusstwerdung) dieser starken Inkongruenz die Folge wäre. „Man könnte sie als eine Art Notbremse bezeichnen, die verhindert, daß der Organismus eine völlige Desorganisation erleidet“ (Wakolbinger, 1996, S. 43). Wie bereits erklärt wurde, werden nur jene Erfahrungen symbolisiert, die anerkannt und empathisch verstanden werden. In diesem Sinne kann Angst als Belastungsreaktion verstanden werden, die entsteht, wenn einschneidende Erfahrungen des Kindes von Bezugspersonen nicht anerkannt und positiv beachtet werden. So

reagiert das Kind auf diese akut erlebte Inkongruenz im Sinne einer akuten Belastungsreaktion mit Angst, mit einer Einengung des Bewußtseinsfeldes, der Abwehr der Erfahrung, mit Selbstzweifeln, Flucht- und Aggressionsimpulsen Werden in einem nächsten Schritt diese Belastungsreaktionen, als Folge von nicht empathischem Verstehen seitens wichtiger Bezugspersonen, wiederum nicht anerkannt, sondern als Ausdruck z. B. eines ungezügelten Aggressionstriebes gesehen, so kann das Kind diese Erfahrungen nicht in sein Selbstkonzept integrieren. Als Folge davon gelingt es nicht, bestimmte Symptome der akut erlebten Inkongruenz auch als solche zu erleben und zu erkennen. (Wakolbinger, 1996, S. 43f.)

Die Integration der Erfahrungen kann nur dann stattfinden, wenn diese Erfahrungen und Gefühle des Kindes von einer wichtigen Person erkannt, verstanden und positiv beachtet werden. Biermann-Ratjen (2006b) fasst wichtige Grundannahmen der Bindungstheorie von Bowlby zusammen und schreibt: „ein Mensch, der in seiner Entwicklung die Erfahrung gemacht hat, dass seine Bindungsperson da ist, wenn er sie braucht, neigt zu weniger intensiver und chronischer Angst als ein Mensch, der diese Erfahrung nicht gemacht hat“ (S. 83). So hat auch Ehlers (2002) in der Praxis die Erfahrung gemacht, dass die von ihr behandelten mutistischen Kindern in frühen Entwicklungsphasen nicht genügend von ihren Bezugspersonen verstanden und akzeptiert worden sind und meint, wenn „dieses Grundbedürfnis nach Annahme durch die Mutter nicht ausreichend gesättigt werden [kann], so führt der gefühlte Mangel sehr wahrscheinlich zu einer Angstreaktion oder zu einer emotionalen Labilisierung des Kindes“ (S. 327).

Dieser Mangelzustand führte zu einer Angstspannung beim Säugling. Er hat Ablehnung und fehlende Empathie erfahren und muss befürchten, erneut wahrzunehmen, dass er abgelehnt wird oder allein ist. Wenn Kennzeichen einer solchen Gefahr vom Organismus entdeckt werden, verhindert er die bewusste Wahrnehmung der Situation. Das Nicht-Sprechen ist nach dieser Hypothese der Ausdruck für die Abwehr angstauslösender Selbstwahrnehmungen. Befürchtet wird danach die Erkenntnis ich bin ungeliebt und werde nicht wahrgenommen. Die frustrierenden Erfahrungen mit der Mutter in der vorsprachlichen Zeit sind zwar vom Organismus gespeichert aber aus dem Selbstkonzept so verdrängt worden, dass sie nicht mehr bewusst werden können. Innerhalb der Familie funktioniert diese Verdrängung der Bedrohung vollkommen. Das erklärt warum die Kinder zu Hause unauffällig sprechen. Die Angst vor erneuter Enttäuschung wird immer dann aktiviert, wenn eine fremde erwachsene Person, von der Anerkennung oder Ablehnung ausgehen könnte, in das Umfeld des Kindes eintritt. Der Organismus erwartet Ablehnung und mangelnde Empathie, spürt Angst und kann dann die eigenen Empfindungen nicht mehr im Bewusstsein abbilden. Der Organismus versucht das Bewußtwerden einer erneuten Erfahrung von Ablehnung und negativer Bewertung zu vermeiden. Diese Bewußtseinseingung tritt vor allem dann auf, wenn das Kind sich sprachlich mitteilen soll. “ (S. 328)

Wakolbinger (2000) erklärt, dass grundsätzlich in jeder Selbstentwicklungsphase Inkongruenzen entstehen können (S. 54). Ehlers (2002) macht die Ursachen für den Mutismus an Ereignisse in der präverbalen Entwicklungsphase fest (S. 324). Wenn die Entwicklung des Kindes über einen längeren Zeitraum eingeschränkt wird, entstehen lange anhaltende Symptome und das Kind „entwickelt eine charakteristische Form der Abwehr, und die ursprüngliche Verletzung wird nicht gespürt. Diese Abwehr ermöglicht es dem Kind auch, in die nächste Entwicklungsphase einzutreten. Es versucht so auf seine Weise, mit den Problemen und Schwierigkeiten in seinem Leben zurechtzukommen“ (Wakolbinger, 2000, S. 53)

3.3.3 Zusammenfassung

Es wurde im vorangegangenen Kapitel die Entstehung des Mutismus aus personenzentrierter Sicht unter Berücksichtigung aktuell gültiger Erkenntnisse der Säuglingsforschung und der Bindungstheorie dargestellt. Es ist nochmals an zwei wesentliche Punkte zu erinnern: Die psychische Entwicklung des Säuglings ist maßgeblich von einem emotionalen und sozialen Austausch mit der wichtigen Pflegeperson abhängig. Gefühle von Sicherheit und Bindung, sowie die Tatsache, dass die Erfahrungen des Kindes und ihre Bedeutungen verstanden werden, müssen vermittelt werden, um sie in das Selbstkonzept zu integrieren. Das Kind entwickelt durch die Erfahrungen, wie auf das Bindungsbedürfnis reagiert wird, innere Arbeitsmodelle von Bindung und Sicherheit. Im Zusammenhang mit diesen Arbeitsmodellen lassen sich je nach Erfahrung vier unterschiedliche Gruppen von Bindungstypen erkennen (Ainsworth, 1973): Die sicher-gebundene, unsicher-vermeidende, unsicher-ambivalente und unsicher-desorganisierte Gruppe. Kinder die eine sicher-gebundene Mutter-Kind-Beziehung haben, also die Erfahrung gemacht haben, dass die Bindungsperson da ist, wenn man sie braucht, neigen zu weniger Angst. So wird das Nichtsprechen dieser Kinder, das in aktueller Literatur vorwiegend als Angstkrankheit verstanden wird, häufig mit einer problematischen Mutter-Kind-Beziehung in Zusammenhang gebracht. Wesentliche Schritte in der Entwicklung konnten, aufgrund des mangelnden Verständnisses der Mutter dem Säugling gegenüber, nicht gemacht werden und so bildet sich eine Störung im Selbstkonzept des Kindes.

3.4 Theoretische Aspekte personenzentrierter Vorgehensweisen in der therapeutischen Arbeit mit mutistischen Kindern

Im folgenden Kapitel wird nun anhand der Grundbedingungen von Rogers das personenzentrierte Therapiemodell dargestellt und im Weiteren wird explizit auf das Modell der Personenzentrierten Kinderspieltherapie unter Berücksichtigung der Weiterentwicklungen eingegangen.

3.4.1 Handlungsprinzipien nach C. Rogers

„The therapeutic contact is itself growth experience“ (Rogers, 1942, S. 30)

Die personenzentrierte Psychotherapie ist, wie bereits erwähnt, eine von Carl Rogers in den 1940er Jahren entwickelte Therapieform. Indem Rogers sich eingehend mit psychotherapeutischem Handeln beschäftigte, wurden die ersten Formulierungen in dem Buch „Counseling and Psychotherapy“ („Die nicht-direktive Beratung“) 1942 explizit. „Vor allem enthält dieses Buch eine in sich geschlossene Konzeption psychologischer Behandlung“ (Höger, 2006a, S. 19). In den darauf folgenden 15 Jahren versuchte Rogers sein Konzept zu belegen und zu erforschen und er formulierte den wichtigsten Wirkfaktor des personenzentrierten Ansatzes: „die Beziehung als zentrales Element von Beratung und Therapie“ (Weinberger, 2007, S. 31). Wie bereits erläutert wurde, ist folgende Annahme grundlegend für Rogers' Theorie: „Individuals have within themselves vast resources for self-understanding and for altering their self-concepts, basic attitudes, and self-directed behavior“ (S. 115) und er schreibt weiter, „these resources can be tapped if a definable climate of facilitative psychological attitudes can be provided“ (S. 115). Anhand dieser Annahme entwickelte er die personenzentrierte Therapietheorie und veröffentlichte 1957 „die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie“, die einen allgemeinen Gültigkeitsanspruch haben und somit für Psychotherapie insgesamt formuliert wurden. Unter Persönlichkeitsentwicklung versteht Rogers (1957) in diesem Zusammenhang:

A change in the personality structure of the individual, at both surface and deeper levels, in a direction which clinicians would agree means greater integration, less internal conflict, more energy utilizable for effective living; change in behavior away from behaviors generally regarded as immature and toward behaviors regarded as mature. (S. 95)

Silberschatz (2007) betont die bis heute nachweisbare Gültigkeit und schreibt: „the necessary and sufficient conditions that he described – especially his emphasis on the centrality of the therapeutic relationship – have been incorporated (to greater and lesser degrees) in all of the major ‚schools‘ of

psychotherapy“ (S. 265). Rogers formulierte mit den notwendigen und hinreichenden Bedingungen das „Kernstück der klientenzentrierten Therapietheorie“ (Keil & Stumm, 2002, S. 21).

3.4.1.1 Die sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie

Um einen konstruktiven Therapieprozess zu ermöglichen müssen nach Rogers (1957) folgende sechs Punkte über einen längeren Zeitraum bestehen.

1. Two persons are in psychological contact.
2. The first, whom we shall term the client, is in a state of incongruence, being vulnerable or anxious.
3. The second person, whom we shall term the therapist, is congruent or integrated in the relationship.
4. The therapist experiences unconditional positive regard for the client.
5. The therapist experiences an empathic understanding of the client's internal frame of reference and endeavors to communicate this experience to the client.
6. The communication to the client of the therapist's empathic understanding and unconditional positive regard is to a minimal degree achieved. (S. 96)

Die Bedingungen eins und zwei stellen die notwendigen Rahmenbedingungen eines therapeutischen Kontaktes dar und die Bedingungen drei, vier und fünf sind als therapeutische Grundhaltungen in der personenzentrierten Therapietheorie zu verstehen.

1. Zwei Personen sind in einem psychologischen Kontakt

Die erste Bedingung besagt lediglich, dass ein psychologischer Kontakt bestehen muss. Rogers (1957) meint, „that significant positive personality change does not occur except in a relationship“ (S. 96) und nimmt deshalb diesen Kontakt, mit dem er eigentlich Beziehung meint, als erste Voraussetzung mit hinein, obwohl er der Ansicht ist, dass er sie ebenso gut als Vorbedingung bezeichnen könne, ohne die alle anderen keine Wirkung hätten. Keil und Stumm (2002) verstehen diesen Kontakt als einen, bei dem „die beteiligten Personen einander emotional berühren“ (S. 21).

2. Die erste Person, die wir als Klientenperson bezeichnen werden, ist in einem Zustand der Inkongruenz, sie ist verletzlich oder ängstlich

Der Begriff Inkongruenz wurde bereits in Kapitel 3.2.1.3 eingehend beschrieben und soll hier nur vollständigheitshalber erläutert werden. Rogers (1957) versteht Inkongruenz als „discrepancy between the actual experience of the organism and the self picture of the individual in so far as it represents that experience (S. 96). Er beschreibt den Zustand, in dem Erfahrungen und Gefühle auftauchen, die

nicht mit dem Selbstkonzept übereinstimmen. Wenn das, was man erlebt, nicht zu dem Bild passt, das man von sich selbst, dann kann man diese Erfahrungen, aus personenzentrierter Sicht auch nicht in sein Selbstbild integrieren. Die Erfahrungen werden zwar vom Organismus aufgenommen, aber nicht ins Bewusstsein gelassen und sie sind demnach später nicht oder nur verzerrt bzw. lückenhaft symbolisiert (Höger, 2006b, S. 70). Konsequenz einer solchen Inkongruenz ist ein Gefühl von Spannung und Unbehagen. Ein Gefühl von „sich nicht mit sich selbst im Einklang befinden“ kann entstehen und die Person fühlt sich verletztlich oder ängstlich. Je stärker und häufiger Inkongruenzen zwischen Selbst und Erfahrung auftauchen, desto größer ist die Anfälligkeit für psychische Erkrankungen. (Höger, 2006b, S. 70)

3. Die zweite Person, die wir als Therapeutenperson bezeichnen werden, ist kongruent oder integriert in der Beziehung

The therapist should be, within the confines of this relationship, a congruent, genuine, integrated person. It means that within the relationship he is freely and deeply himself, with his actual experience accurately represented by his awareness of himself. It is the opposite of presenting a facade, either knowingly or unknowingly. (Rogers, 1957, S. 97)

Diese Definition von Rogers umfasst mehrere Aspekte, die nun näher erläutert werden sollen. Zunächst sei anzumerken, dass Rogers (1980) synonym zu dem Begriff Kongruenz auch die Begriffe Echtheit und Authentizität verwendet (S. 15). Er ist der Ansicht, dass die Therapeutenperson kongruent und echt im Sinne des personenzentrierten Verständnisses sein sollte. Das bedeutet, sie soll in der Lage sein, sich selbst und ihre Gefühle wahrzunehmen (congruent), und somit dazu befähigt, diese in das eigene Selbstbild zu integrieren (integrated), im Weiteren zu symbolisieren, danach zu handeln und zu agieren (genuine). Sie soll weder bewusst noch unbewusst eine Maske aufsetzen oder etwas repräsentieren, das nicht mit dem Empfinden ihrer Gefühle in dieser Situation zusammenpasst. Die Therapeutenperson soll „in der Interaktion mit dem Klienten wirklich ... [sie] selbst (‘genuine’) sein“ (Biermann-Ratjen, 2006a, S. 9), und für das „Erleben dessen, was die Klientin in ihm auslöst“ (Weinberger, 2007, S.33) offen sein. Die Anmerkung „within the confines of this relationship“ impliziert, dass von der Therapeutenperson keine vollständige Integration aller Erfahrungen in das Selbstkonzept – also im Sinne einer „fully functioning person“ – erwartet wird, sondern es geht, wie Rogers (1957) beschreibt, lediglich und in erster Linie um die Echtheit und Kongruenz „in this hour of this relationship, that in this basic sense he is what he actually is, in this moment of time. It should be clear that this includes being himself even in ways which are not regarded as ideal for psychotherapy“ (S. 97). Wenn die Klientenperson die Therapeutenperson als

kongruent wahrnimmt, wird sie fähig, deren Wertschätzung zu erkennen und anzunehmen. Diejenige Therapeutenperson, die nicht kongruent ist, wird nicht in der Lage sein, Wertschätzung für die Klientenperson zu empfinden (Weinberger, 2007, S. 33). Jene Gefühle, die die Bedingungen vier und fünf beeinträchtigen könnten, sollten in einer Supervision angesprochen werden (Rogers, 1957, S. 98) bzw. in der Therapie zum Ausdruck gebracht werden, sofern sie zweckmäßig und angebracht sind (Rogers, 1989, S. 61). Wenn die Therapeutenperson beispielsweise den Eindruck hat, dass die Klientenperson etwas vermeidet, „ist es seine Aufgabe, zumindest den Umstand, dass er den Eindruck hat, dass etwas vermieden wird, zu thematisieren“ (Eckert, 2006b, S. 231).

Rogers (1989) bezeichnet diese Bedingung als entscheidend für eine hilfreiche Beziehung und meint: „If in a given relationship I am reasonably congruent, if no feelings relevant to the relationship are hidden either to me or the other person, then I can be almost sure that the relationship will be a helpful one“ (S. 51) und fügt hinzu: „no one fully achieves this condition, yet the more the therapist is able to listen acceptantly to what is going on within himself, and the more he is able to be the complexity of his feelings, without fear, the higher the degree of this congruence“ (S. 61).

4. Die Therapeutenperson empfindet unbedingte positive Beachtung für die Klientenperson

Ein weiterer Punkt, den wir bereits in Kapitel 3.2.1.4 im Rahmen der Persönlichkeitsentwicklung angesprochen haben, ist die unbedingte positive Beachtung (Wertschätzung), die nun im Kontext des Therapieprozesses als wesentlicher Wirkfaktor für eine hilfreiche Beziehung genannt wird. Es wurde erklärt, dass Gefühle, Bedürfnisse, Wünsche, Wahrnehmungen und ihre Bewertungen, also das gesamte Erleben des Kindes, von wichtigen Bezugspersonen richtig verstanden und anerkannt werden muss, damit es ins Selbstbild integriert werden kann, damit symbolisierbar wird und demnach als kongruente Erfahrung wahrgenommen wird. Weiters haben wir das Kongruenz/Inkongruenzverständnis erläutert, dass davon ausgeht, dass eine Häufung von Erfahrungen, die nicht in das Selbstbild integriert werden können, zu Inkongruenzen führt. Für die personenzentrierte Therapietheorie bedeutet das, dass alle Aspekte der Klientenperson positiv beachtet werden müssen, damit sie diese in ihr Selbstbild integrieren kann und durch diese neue Erfahrung Persönlichkeitsveränderung stattfinden kann.

It involves as much feeling of acceptance for the client's expression of negative, 'bad', painful, fearful, defensive, abnormal feelings as for his expression of 'good', positive, mature, confident, social feelings, as much acceptance of ways in which he is inconsistent as of ways in which he is consistent ... 'no ifs', 'buts', or 'not really's'. (Rogers, 1957, S. 98)

Diese Bedingung stellt das Gegenteil einer im Alltag üblichen extrinsischen und intrinsischen positiven oder negativen Be-Wertung der Gefühle, Wünsche und Gedanken dar und ist unabdingbar für positive Selbsterfahrungen – die Voraussetzung für Persönlichkeitsveränderung. Sie beinhaltet emotionale Wärme, Zuwendung und Respekt und umschließt die Akzeptanz der gesamten Klientenperson inklusive ihrer Schwächen und Stärken. (Rogers, 1957, S. 98) Mit unbedingter positiver Beachtung ist nicht gemeint, dass alles gutgeheißen wird, was die Klientenperson zum Ausdruck bringt, sondern die Therapeutenperson fühlt keinen Ekel und keine Missbilligung, aber auch keine Zustimmung, sondern – und das ist der wesentliche Punkt – unbedingte also bedingungslose Akzeptanz für alle Aspekte der Klientenperson. (Rogers, 1957, S. 98)

5. Der Therapeutenperson empfindet einführendes Verstehen des inneren Bezugsrahmens der Klientenperson und bemüht sich, diese Erfahrung der Klientenperson zu vermitteln.

Diese fünfte Bedingung, die ebenfalls schon in Kapitel 3.2.1.4 erläutert wurde, stellt die dritte unumgängliche Qualifikation der Therapeutenperson dar, um eine für die Klientenperson hilfreiche Beziehung zu gestalten.

To sense the client's private world as if it were your own, but without ever losing the „as if“ quality – this is empathy, and this seems essential to therapy. To sense the client's anger, fear, or confusion as if it were your own, yet without your own anger, fear, or confusion getting bound up in it, is the condition we are endeavoring to describe. (Rogers, 1957, S. 99)

Einführendes Verstehen bezeichnet die Fähigkeit der Therapeutenperson, die innere Welt der Klientenperson so exakt wie möglich wahrzunehmen, ihre Bedeutung zu verstehen und dieses Verstehen auch zu vermitteln. Am besten funktioniert dies, wenn die Therapeutenperson in der Lage ist, die private Welt der Klientenperson so gut zu verstehen und sich so einzufühlen, dass sie nicht nur die bewussten, ausgedrückten Gefühle wahrnimmt, sondern auch jene, die durch Andeutungen sowie nicht-verbale Kommunikation am Rande der Gewährwerdung auftauchen. Diese Art des aktiven Zuhörens, die nur möglich ist, wenn man sich seiner eigenen Gefühle bewusst ist, also kongruent ist, ist eine der mächtigsten Kräfte für Persönlichkeitsveränderung (Rogers, 1980, S. 116). Aus der Fähigkeit zu spüren, was die Klientenperson bewegt und welche Bedeutung sie dem aus ihrem subjektiven Bezugsrahmen heraus zuschreibt, entsteht ein gemeinsamer fortlaufender Suchprozess (Weinberger, 2007, S. 32) und durch ihr Einfühlungsvermögen hilft die

Therapeutenperson unterdrückte und verwirrende Erfahrungen wahrzunehmen und zu differenzieren. Diese Bedingung ist erfüllt, wenn folgende Punkte zutreffen:

- Der Therapeut empfindet ein genaues einführendes Verstehen der Wahrnehmung des Klienten und seiner eigenen Erfahrungen.
- Der Therapeut spürt die private Welt des Klienten so, als ob es seine eigene wäre.
- Der Therapeut ist gut imstande, die Gefühle des Patienten zu verstehen.
- Der Therapeut ist niemals in irgendeinem Zweifel über das, was der Patient meint.
- Die Bemerkungen des Therapeuten passen genau zur Stimmung und zum Problem des Patienten.
- Der Tonfall des Therapeuten vermittelt die umfassende Fähigkeit, die Gefühle des Patienten zu teilen. (Rogers, 1957, S. 99)

6. Die Vermittlung des einführenden Verstehens und der unbedingten positiven Beachtung des Therapeuten an den Klienten gelingt in einem minimalen Ausmaß.

Rogers (1957) ist der Ansicht, dass die Klientenperson die Wertschätzung und das empathische Verstehen in einem minimalen Ausmaß erkennen müsse. „Unless some communication of these attitudes has been achieved, then such attitudes do not exist in the relationship as far as the client is concerned, and the therapeutic process could not, by our hypothesis, be initiated“ (S. 99).

Rogers (1946) sieht in seiner Therapietheorie grundlegende Einstellungen der Therapeutenperson als Voraussetzung dafür, dass dieser Prozess und damit die Wachstumskräfte der Klientenperson freigesetzt und unterstützt werden können:

1. If the counselor operates on the principle that the individual is basically responsible for himself, and is willing for the individual to keep that responsibility.
2. If the counselor operates on the principle that the client has a strong drive to become mature, socially adjusted, independent, productive, and relies on this force, not on his own powers, for therapeutic change.
3. If the counselor creates a warm and permissive atmosphere in which the individual is free to bring out any attitudes and feelings which he may have, no matter how unconventional, absurd, or contradictory these attitudes may be. The client is as free to withhold expression as he is to give expression to his feelings.
4. If the limits which are set are simple limits set on behavior, and not limits set on attitudes. (This applies mostly to children. The child may not be permitted to break a window or leave the room, but he is free to feel like

breaking a window, and the feeling is fully accepted. The adult client may not be permitted more than an hour for an interview, but there is full acceptance of his desire to claim more time.)

5. If the therapist uses only those procedures and techniques in the interview which convey his deep understanding of the emotionalized attitudes expressed and his acceptance of them. This understanding is perhaps best conveyed by a sensitive reflection and clarification of the client's attitudes. The counselor's acceptance involves neither approval nor disapproval.

6. If the counselor refrains from any expression or action which is contrary to the preceding principles. This means refraining from questioning, probing, blame, interpretation, advice, suggestion, persuasion, reassurance. (S. 416)

Die Therapeutenperson kann als ExpertIn für den Prozess und „für eine ganz bestimmte Form des Beziehungsangebots“ verstanden werden (Stumm, 2010, online), aber sie befindet sich nicht in der Expertenrolle für den inneren Bezugsrahmen der Klientenperson, denn „in der Tat kennt sich jeder Mensch in seinen eigenen Angelegenheiten besser aus als jeder andere, und seine innere Welt ist nur ihm selbst direkt zugänglich“ (Höger, 2006b, S. 43). Behr (2009) weist darauf hin, dass diese Annahme „die konstruktivistische Position im Hinblick auf das Erleben der Wirklichkeit“ (S. 40) des personenzentrierten Konzepts widerspiegelt. Sie besagt, dass alle Menschen ihre eigene „Realität aus ihren Wahrnehmungen, ihrer Vergangenheit, ihren Bedeutungsgebungen, Assoziationen und Gefühlen“ (S. 40) heraus entwickeln und es somit keine objektive Wirklichkeit gibt. Sie hängt entscheidend von den genannten Faktoren ab, die von Mensch zu Mensch verschieden sind. So geht es im therapeutischen Prozess nicht um die Analyse und „vermeintliche“ Erklärung des inneren Erlebens der Klientenperson aus Sicht der Therapeutenperson, sondern in erster Linie um die „Berechtigung, die Anerkennung und die Wertschätzung des jeweils anderen Wirklichkeitserlebens“ (S. 40). Die Therapeutenperson geht davon aus, dass die Klientenperson die Fähigkeit zur Eigenverantwortung hat und mit einer Aktualisierungstendenz ausgestattet ist, die in Richtung Wachstum und Selbstständigkeit strebt. Sie schafft durch die notwendigen und hinreichenden Bedingungen, durch Empathie und Wertschätzung eine gewährende Atmosphäre, in der die Klientenperson alle Aspekte ihrer Erfahrungswelt ausdrücken kann. Die Therapeutenperson versucht die angesprochenen und unterschwelligen Gefühlen, die sie wahrnehmen kann, zu reflektieren und auszudrücken, zu akzeptieren und vor allem weder zu missbilligen noch positiv zu bewerten. Rogers betont auch die Wichtigkeit von Grenzsetzung in dem Sinne, dass ein therapeutischer Rahmen geschaffen werden muss, in dem klar ist, welche Regeln zu beachten sind.

Die sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen in Kombination mit dieser Grundhaltung repräsentieren das Konzept der personenzentrierten Therapietheorie.

3.4.1.2 Ziel des personenzentrierten Beziehungsangebotes

Das Ziel einer Personenzentrierten Psychotherapie kann eher als ein Prozess der Selbstexploration verstanden werden, der sich mehr auf emotionale als auf intellektuelle Aspekte des Erlebens bezieht und sich mehr mit dem Hier-und-Jetzt als mit der Vergangenheit beschäftigt. Es geht „nicht darum, ein spezifisches Problem zu lösen, sondern darum, dem Individuum bei seinem Wachstum zu helfen. Dadurch werde es als Person besser integriert und könne dann nicht nur seine gegenwärtige sondern auch seine künftigen Probleme effizienter bewältigen“ (Höger, 2006a, S. 19). Dieser Prozess kann dadurch in Gang gebracht werden, dass ein Rahmen geschaffen wird, in dem sich die Selbstaktualisierungstendenz als treibende Kraft für Veränderungsprozesse stärker aktivieren und wirksam werden kann, und so stellen die notwendigen und hinreichenden Bedingungen „eine komplexe Beziehungsregel dar“ (Keil & Stumm, 2002, S. 24), die nach Rogers (1951) grundlegend für eine Beziehung ist, die die Basis für Persönlichkeitsveränderung bilden kann. Dieses Beziehungsangebot soll in einem Ambiente geboten werden, das Sicherheit, Schutz und Akzeptanz vermittelt (S. 193) und das es möglich macht, die starren Grenzen der Selbstorganisation zu entspannen. Dadurch ist die Klientenperson in der Lage ihr Wahrnehmungsfeld zu erforschen, widersprüchliche und vorher nicht bewusste Erfahrungen wahrzunehmen und sie wird die widersprüchliche Erfahrung langsam aber sicher in eine revidierte, neue Struktur aufnehmen.

There slowly begins to emerge a new self, which to the client seems to be much more his 'real' self, because it is based to a much greater extent upon all of his experiences, perceived without distortion. (Rogers 1951, S. 193f.)

Es taucht ein neues Selbst auf und der Bereich der genaueren Symbolisierung von Erfahrungen, die nicht verzerrt sind wird größer. Die Klientenperson soll die Fähigkeit entwickeln, ihre Erfahrungen als zu sich dazugehörig zu erleben, diese zu verstehen und im Weiteren zu akzeptieren. (Biermann-Ratjen 1995, S. 15) Diese Veränderung des Selbstkonzepts beinhaltet Entwicklungen „weg von vorhandenen Fassaden, weg vom ‚Eigentlich-Sollte-Ich‘ ... hin zu mehr Selbstbestimmung, Autonomie und Verantwortung für sich selbst ... mehr ‚Offenheit für die Erfahrung‘ ... [und] hin zum ‚Akzeptieren des anderen‘“ (Eckert, 2006a, S. 143).

„I am not self-conscious like I used to be ... I don't concentrate on being myself. I just am. [Ein Klient nach Abschluß einer einjährigen Therapie]“ (Rogers, 1951 S. 129)

3.4.2 Personenzentrierte Kinderspieltherapie

Child-centered play therapy is not a cloak the play therapist puts on when entering the playroom and takes off when leaving; rather it is a philosophy resulting in attitudes and behaviors for living one's life in relationships with children ... Child-centered play therapy is a complete therapeutic system, not just the application of a few rapport-building techniques (Landreth & Sweeney, 1997, S. 17)

3.4.2.1 Das klassische Konzept nach Axline

Basis der Personenzentrierten Kinderspieltherapie bilden die von Virginia Axline formulierten acht Grundprinzipien, die bis heute als „Grundlage jeder Spielzimmerarbeit“ (Behr, 2007, S. 154) gelten. Axline, eine Schülerin von Rogers, entwickelte diese Prinzipien in Anlehnung an die „sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie“, noch vor deren Erscheinung und bezog die Aspekte der therapeutischen Grundhaltungen mit ein. „Ihre Konzeptformulierungen und Konkretisierungen faszinieren Kindertherapeuten bis heute aufgrund der tiefen Entschiedenheit, mit der sie die nicht-manipulierte Entwicklung und den bedingungsfreien Respekt vor den positiven Wachstumskräften des Kindes zum Paradigma der therapeutischen Beziehung erhebt“ (Behr, 2007, S. 154).

3.4.2.1.1 Die Acht Grundprinzipien

Die von Axline (1947) formulierten acht Grundprinzipien haben große Wirkung, wenn sie gewissenhaft, konsequent und klug angewendet werden:

1. The therapist must develop a warm, friendly relationship with the child, in which good rapport is established as soon as possible.
2. The therapist accepts the child exactly as he is.
3. The therapist establishes a feeling of permissiveness in the relationship so that the child feels free to express his feelings completely.
4. The therapist is alert to recognise the feelings the child is expressing and reflects those feelings back to him in such a manner that he gains insight into his behavior.
5. The therapist maintains a deep respect for the child's ability to resolve his own problems if given an opportunity to do so. The responsibility to make choices and to institute changes is the child's.
6. The therapist does not attempt to direct the child's actions or conversation in any manner. The child leads the way; the therapist follows.
7. The therapist does not attempt to hurry the therapy along. It is a gradual process and is recognised as such by the therapist.
8. The therapist establishes only those limitations that are necessary to anchor the therapy to the world of reality and to make the child aware of his responsibility in the relationship. (S. 69f.)

Bedingung 1 „Der Therapeut muss eine warme, freundliche Beziehung zum Kind aufnehmen, die sobald wie möglich zu einem guten Kontakt führt“ ist mit der ersten Bedingung von Rogers gleichzusetzen. **Bedingung 2** „Der Therapeut nimmt das Kind ganz so an, wie es ist“ spiegelt die Relevanz einer vollständigen Akzeptanz und Annahme des Kindes wider, die Rogers in seiner Bedingung vier festgemacht hat. **Bedingung 4** „Der Therapeut ist wachsam, um die Gefühle, die das Kind ausdrücken möchte, zu erkennen und reflektiert sie auf eine Weise auf das Kind zurück, dass es Einsicht in sein eigenes Verhalten gewinnt“ ist mit dem fünften und sechsten Punkt von Rogers vergleichbar und drückt die Technik des Spiegels aus.

Die personenzentrierte therapeutische Grundhaltung, in der die Idee der Nicht-Direktivität, des Gewährenlassens und die Expertenrolle der Klientenperson/des Kindes zum Ausdruck kommen, sind durch die **Bedingungen 3, 5, 6, 7 und 8** repräsentiert.

„Der Therapeut gründet seine Beziehung zum Kind auf eine Atmosphäre des Gewährenlassens, so dass das Kind all seine Gefühle frei und ungehemmt ausdrücken kann“, er „achtet die Fähigkeit des Kindes, mit seinen Schwierigkeiten selbst fertig zu werden, wenn man ihm Gelegenheit dazu gibt, eine Wahl im Hinblick auf sein Verhalten zu treffen. Der Entschluss zu einer Wandlung und das In-Gang-Setzen einer Veränderung sind Angelegenheiten des Kindes“, er versucht nicht, „die Handlungen oder Gespräche des Kindes zu beeinflussen. Das Kind weist den Weg, der Therapeut folgt ihm“, oder „den Gang der Therapie zu beschleunigen. Es ist ein Weg, der langsam Schritt für Schritt gegangen werden muss, und der Therapeut weiß das“ und er „setzt nur dort Grenzen, wo diese notwendig sind, um die Therapie in der Welt der Wirklichkeit zu verankern und seine Mitverantwortung an der Beziehung zwischen sich und dem Kind klarzumachen“.

Die Festlegung dieser Grenzen obliegt der Therapeutenperson, grundsätzlich ist jedoch die Begrenzung der Zeit (50-minütige Spielstunde) eine der elementarsten. Andere Grenzen finden sich bei der Mitnahme oder dem mutwilligen Zerstören von Spielmaterialien sowie tätlichen Angriffen auf die Therapeutenperson. Grenzen strukturieren die therapeutische Situation als reale Momente, die auch aus dem alltäglichen Leben bekannt sind. Gleichzeitig dienen sie der Aufrechterhaltung der wertschätzenden und akzeptierenden therapeutischen Haltung und bieten eine Orientierungshilfe für das Kind. Konsequentes Einhalten dieser Grenzen ist für die Erhaltung von Sicherheit und Struktur in der Beziehung zum Kind von großer Wichtigkeit. Die Festlegung kann einerseits gleich zu Therapiebeginn als „Rahmenbedingung“ (zeitliche Begrenzung) oder im Laufe der Therapie bei Entstehung einer entsprechenden Notwendigkeit stattfinden. (Weinberger, 2007, S. 205)

3.4.2.1.2 Die Trias der Kernbedingungen im personenzentrierten Konzept

In all diesen Aspekte kommt die „Trias der Kernbedingungen im personenzentrierten Konzept“ (Behr et al., 2009, S. 16) – Kongruenz, unbedingte positive Wertschätzung und Empathie – zum Ausdruck und nur durch sie können diese Bedingungen wiederum realisiert und wirksam werden. Wobei auch hier in Bezug auf **Kongruenz/Echtheit** der Therapeutenperson gilt, „nicht alles was ich fühle, zeige ich auch, aber was ich von mir zeige, ist echt und bin ich, als Person“ (Behr et al., 2009, S. 16f.).

Die **unbedingte positive Wertschätzung** schließt, wie bereits erläutert wurde, sowohl Missbilligung als auch positive Wertung aus, denn „auch eine positive Bewertung ist eine Bewertung. Lobt die Therapeutin, besteht die Gefahr, dass das Kind ... sich ... nach den Bewertungen der Erwachsenen richtet“ (Weinberger, 2007, S. 98). Das würde bedeuten, dass das Kind sich das aneignet, was für Erwachsene gut ist, anstatt sich mehr und mehr nach seinen organismischen Bewertungen zu richten. Abgesehen davon, gibt es auch Kinder, die negativ auf Lob reagieren, weil sie dieses Lob mit der Verpflichtung in Verbindung bringen, „sich jetzt immer so verhalten zu müssen“ (Weinberger, 2007, S. 98). Es geht ernsthaft und ehrlich darum, das Kind freundlich und wohlwollend ohne Bewertungen so anzunehmen, wie es ist, mit Stärken und Schwächen (Behr et al., 2009, S. 17). „Da weder Lob noch Tadel ausgesprochen werden, wird das, was das Kind ausdrückt, durch seine Bedürfnisse bestimmt und nicht durch die Einflußnahme des Therapeuten“ (Dorfman, 1972/2005, S. 236). Durch dieses akzeptierende Klima erfährt sich das Kind als anerkannt „und es kommt zu einer Auflockerung eines als Reaktion auf Bedrohung erstarrten und verfestigten Selbst“ (Wakolbinger, 2000, S. 57).

Die vollständige Annahme des Kindes mit all seinen Gefühlen und Gedanken, störenden oder angenehmen Verhaltensweisen ist die Grundlage und unumgängliche Prämisse personenzentrierter Arbeit. Schwierige Verhaltensweisen werden als Versuch anerkannt, auf Inkongruenzen aufmerksam zu machen und diese zu bewältigen. Diese Verhaltensweisen haben für das Kind und in Bezug auf das System, in dem das Kind sich befindet, einen Sinn. Wenn es der Therapeutenperson schwer fallen sollte, ein Kind in einem therapeutischen Setting so vollständig zu akzeptieren, sollte das in jedem Fall in einer Supervision oder Intervention geklärt werden. (Weinberger, 2007, S. 96f.) „Beim **einfühlenden Verstehen** geht es darum die ‚innere Welt‘ des Kindes zu erfassen“ (Weinberger, 2007, S. 89). Es ist der Versuch nachzuempfinden, „was es gerade emotional erlebt, wie die Welt aus seiner Lage aussieht, was gerade im Moment eine gefühlsmäßige Bedeutung für das Kind hat“ (Behr et al., 2009, S. 17) und wie es die Therapeutenperson und sich selbst erlebt. Offene und unterschwellige Gefühle werden verstanden (zumindest wird es versucht) und es wird vermittelt, dass diese Gefühle da sein dürfen. (Behr, et al., 2009, S. 17)

Durch die Technik des Spiegels wird dieses einführende Verstehen vermittelt. Es werden jene Dinge aufgegriffen, die das Kind auf der Gefühls- oder Verhaltensebene mitteilt und die Therapeutenperson reflektiert sowohl den emotionalen als auch den inhaltlichen Aspekt. Reflektierte Gefühle werden in einem fragenden Tonfall formuliert, damit das Gespräch transparent bleibt und um dem Kind verständlich zu machen, dass es die Expertenrolle hat und jederzeit die Möglichkeit hat Reflexionen zu bejahen oder zu verneinen. Es werden hierbei Möglichkeiten eröffnet, Verleugnetes, verzerrt wahrgenommene Gefühle und Bewertungen auszudrücken und somit zu verarbeiten und dem Kind wird dabei geholfen Gefühle, Kognitionen und Bewertungen wahrzunehmen und sie zu verstehen. (Weinberger, 2007, S. 89)

3.4.2.2 Das Spiel als zentrales Element

I tried to teach my child with books; He gave me only puzzled looks.
I tried to teach my child with words; They passed him by often unheard.
Despairingly, I turned aside „How shall I teach this child“, I cried.
Into my hand he put the key, „Come“ he said, „play with me“ (Weinberger, 2007, S. 76)

Das im personenzentrierten Konzept als hauptsächlicher Wirkfaktor gesehene Beziehungsangebot kann sich im freien Spiel als zentrales Element der Therapiestunde entwickeln, entfalten und wirken. Schlippe-Weinberger, (2004) meint, das freie Spiel sei „ein Königsweg zur Identitätsentwicklung“ (S. 11). Da das Spiel für das Kind eine ganz natürliche Form der Selbstdarstellung ist, scheint es das einzig sinnvolle Medium für die therapeutische Arbeit mit Kindern zu sein, wobei die Spielebene mit zunehmendem Alter der KlientInnen immer mehr durch die Gesprächsebene im Sinne einer klassischen Erwachsenentherapie ersetzt wird. „Play is for children what verbalization is to adults“ (Tondow Smith, 1987, S. 19), und so gilt es in den Übergangsphasen vom Kindesalter ins Erwachsenenalter einen klientengerechten Weg zu finden, der dem Kind oder dem/r Jugendlichen angenehm ist und der ihm/ihr am geeignetsten erscheint.

Im Kontext emotionaler, sozialer und kognitiver Entwicklung des Kindes ist das Spiel als fundamentales Element einzuordnen, denn es ermöglicht dem Kind, Erfahrungen vollständig, konkret und symbolisch auszudrücken, ihnen eine sinnvolle Bedeutung zu geben, mit sich selbst und anderen zu kommunizieren, neue Herausforderungen zu bewältigen oder vergangene negative, traumatische Erfahrungen zu bearbeiten (Bratton, Ray, Edwards, und Landreth, 2009, S. 268). Im Spiel „werden Konflikte und traumatische Ereignisse dargestellt, wiederholt und verändert, bis das Kind sie in sein Selbstbild integrieren“ (Schlippe-Weinberger, 2004, S. 5) und somit symbolisieren

kann. Schlippe-Weinberger, (2004) fasst einen wichtigen Aspekt des Spiels folgendermaßen zusammen:

Das Besondere am Spiel als Aktualisierung ist auch, dass die Symbole oder Inhalte in ihrer organismischen Bedeutung meist nicht vom rationalen Bewusstsein und dem Selbstkonzept umfassend verstanden bzw. entschlüsselt werden. Sie werden vom Selbst nicht als Teile des Organismus entdeckt, denn das würde die Weiterbeschäftigung mit dem Thema oft unmöglich machen. Das Spiel umfasst einen natürlichen Schutz vor der rationalen Bewusstmachung. Das Kind kann sich im Spiel eine lange Zeit mit der emotionalen Bedeutung seiner organismischen Erfahrungen auseinandersetzen, ohne dass die Gefahr besteht, dass es wegen starker Abwehrtendenzen, wie Angst, Scham, Entsetzen usw. das Spiel und damit den Verarbeitungsprozess aufgibt. (S.6)

Behr et al. (2009) beschreiben den Symbolisierungsprozess eines Kindes (im Vergleich zur Selbstexploration bei Erwachsenen) als einen Prozess, in dem „unklare, fetzenhafte mentale Elemente, wie Anmutungen, Handlungsimpulse und Gedankenblitze“ (S. 18) Gestalt annehmen, die zu einer neuen Erfahrung werden, die es aus der Spielstunde mitnimmt und die es sich merkt. Diese Erfahrungen werden so „zu einem Symbol dafür, wie es sich in seiner Umwelt erlebt“ (S. 18). Der Spielprozess in den sich die Kinder begeben, repräsentiert die Bemühungen, Verwirrungen und Konflikte des Lebens zu lösen und die Anforderungen für das Leben in der Erwachsenenwelt zu meistern (Tondow Smith, 1987, S. 19). Das Kind hat die Möglichkeit, über sich und die Welt zu lernen, es kann Wege finden mit der Welt der Erwachsenen und damit einhergehenden Erwartungen umzugehen und es kann soziale Rollen einnehmen bzw. erproben. „It is a medium for expressing feelings, exploring relationships, describing experiences, disclosing wishes and fulfilling oneself“ (Tondow Smith, 1987, S. 19). Im Spiel kann sich das Kind auf der Handlungsebene als selbstwirksam erleben, kann Vorstellungen darüber entwickeln und sie in sein Selbstkonzept integrieren (Weinberger, 2007, S. 180f.). Durch die Spieltherapie hat die Therapeutenperson die Möglichkeit in die Erfahrungswelt der Kinder, so wie sie „ausgespielt“ wird, einzutreten und sie ein Stück weit besser zu verstehen (Bratton, Ray, Edwards, & Landreth, 2009, S. 268). Die Hauptfunktion des Spiels im spieltherapeutischen Prozess ist es, Dinge und Situationen, die anfangs und in der echten Welt unüberbrückbar erscheinen, durch die symbolische Repräsentation, Reinszenierung und Begleitung bewältigbar werden zu lassen (Landreth, 1993, S. 18). Axline (1948) zitiert einen Jungen, der am Ende seiner Therapie meint: „You know I thought these walls were so much higher than they really are – I didn’t think that I could ever reach the top. I didn’t think anybody could. Now, I think even I could – with a ladder“ (S. 216) und so beschreibt Axline (1947) den therapeutischen Prozess wie folgt:

The child is given the opportunity to play out his accumulated feelings of tension, frustration, insecurity, aggression, fear, bewilderment, confusion. By playing out these feelings he brings them to the surface, gets them out in the open, faces them, learns to control them, or abandons them. When he has achieved emotional relaxation, he begins to realize the power within himself to be an individual in his own right, to think for himself, to make his own decisions, to become psychologically more mature, and, by so doing, to realize selfhood. (S. 15)

Das Kind wird in der Therapie durch die volle Annahme all seiner Persönlichkeits- und Gefühlsaspekte durch die Therapeutenperson dazu ermutigt, seine Ideen, Gefühle und Gedanken zu teilen, die normalerweise schwer auszudrücken sind, da sie zu bedrohlich oder komplex sind. (Tondow Smith, 1987, S. 5) Das Kind befindet sich durch diese volle Annahme all seiner Gefühlsaspekte in einer Situation, deren Rahmenbedingungen oft in der realen Welt zu wenig gegeben sind. Landreth und Sweeney (1997) zitieren einen Jungen, der diese Erfahrung wie folgt kommentiert: „Who would have thought there was a place like this in the whole world! In here you can just be your own little ol' self“ (S. 17). Das Kind kann durch den respektvollen Umgang mit seinen ausgedrückten Gefühlen und Spielinhalten spüren, dass es sein wahres Selbst leben und zeigen kann. „Die Sicherheit der Therapie-Stunde scheint darin zu liegen, dass keinerlei Druck ausgeübt wird. Der Therapeut akzeptiert das Kind genau so, wie es im Augenblick ist, und versucht nicht, es in eine sozial anerkannte Form zu pressen“ (Dorfman, 1972/2005, S. 224), denn nur so kann sich das Kind nach und nach entspannen, „die Echtheit des therapeutischen Klimas erleben und sich langsam freier und offener ausdrücken“ (Wakolbinger, 2000, S. 56).

Wird dieser therapeutische Prozess unter den therapeutisch günstigen Bedingungen begleitet, die bereits eingehend erläutert wurden, so „kommt es beim Kind zu Wachstums- und Reifungsprozessen“ (Wakolbinger, 2000, S. 52) die auf die Entwicklung des Kindes als Ganzes und nicht auf die Veränderung der „unangemessenen“ Verhaltensweisen abzielt. Dies ist ein wichtiger Aspekt der therapeutischen Philosophie des personenzentrierten Ansatzes, durch den sie sich, unter anderem, von Vorgehensweisen anderer therapeutischer Schulen unterscheidet. „Im Mittelpunkt der therapeutischen Aufmerksamkeit dem Kind gegenüber steht nicht das Symptom, sondern das Kind als Person in seiner Ganzheit, nicht das Problem-Verhalten des Kindes, sondern sein Erleben“ (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 317). Wie bereits ausgeführt wurde, geht der personenzentrierte Ansatz von der Annahme aus, dass die Ursache für Symptombildungen in der mangelnden Übereinstimmung (Inkongruenz) zwischen organismischem Erleben und Selbsterleben zu sehen ist. Weinberger, (2007) spricht vom Symptom als Kennzeichen einer Inkongruenz zwischen Aktualisierungstendenz und Selbstaktualisierung (Weinberger, 2007, S. 180). Unangemessene Verhaltensweisen werden als der individuelle Versuch des Kindes verstanden, seine Probleme zu lösen und Wakolbinger (2000) versteht

diese auffälligen Verhaltensweisen als die momentan „bestmögliche Antwort des Kindes auf eine bestimmte Lebenssituation vor dem Hintergrund dessen, was das Kind bisher erlebt hat“ (S. 53) und meint: „Ich spüre und merke daran, wie das Kind in Interaktion mit mir tritt, welche Fähigkeiten zu denken, zu handeln, zu fühlen es bisher entwickeln konnte“ (S. 53). Sie ist der Ansicht, dass das Kind mit der Therapeutenperson dieselben Beziehungsmuster verwendet, die immer wieder zu Situationen führen, in denen das Kind nicht angenommen wird oder die „zum Steckenbleiben im Prozess der Selbstentwicklung geführt“ haben (S. 53). Deshalb geht es im spieltherapeutischen Prozess darum, dem Kind Beziehungserfahrungen anzubieten, in denen es, gleich ob es sich unangemessen oder angemessen verhält, vollständig angenommen wird und nicht die gleichen Reaktionen auf sein unangemessenes Verhalten erfährt, die es durch andere Bezugspersonen bekommt. In diesem Kontext spricht Dorfman (1972/2005) von einem „Veränderungs-Zyklus“, den sie so erklärt, dass „sobald ... [das Kind] anders wahrgenommen wird, erfolgt die Reaktion der Umwelt auf diese veränderte Wahrnehmung, und diese veränderte Behandlung kann dazu führen, dass es sich weiter verändert“ (S. 222).

Jaede (2002) weist daraufhin, dass Kinder und Jugendliche dazu neigen, erlebte Einzelerfahrungen zu generalisieren, die zu einer bestimmten allgemeingültigen, persönlichen Selbsteinschätzung bzw. Selbstbewertung führen. „So können vorliegende ... Mißerfolge das ‚kognitive‘ Selbst einseitig negativ und inkompetent erscheinen lassen“ (S. 135). Die Personenzentrierte Spieltherapie schafft einen Rahmen, in dem solche Einschätzungen wieder als an Einzelerlebnisse geknüpft erkannt werden und „die Fähigkeit zur Selbstbewertung zu differenzieren und gefühlsmäßige Einschätzungen situationsspezifischer erlebbar zu machen“ (S. 135) soll durch dieses neue, personenzentrierte Beziehungsangebot gefördert werden.

Davon ausgehend, dass das Kind bereits als Neugeborenes zielgerichtet aktiv ist, wie Bühler (1975) schreibt, und sich „schon ein paar Tage nach der Geburt deutliche Zeichen der Orientierung in Richtung auf Bedürfnisbefriedigung hin, auf schöpferische Expansion und die Tendenzen, die innere Ordnung aufrechtzuerhalten“ (S. 78) zeigen, ist es sinnvoll, die therapeutische Beziehung so zu gestalten, dass diese „Aktualisierungstendenz im Kind stimuliert wird“ (Weinberger, 2007, S. 38), und das Kind neue, emotional korrigierende Beziehungserfahrungen machen kann, unbewusste und verdrängte Aspekte wahrnehmen und verschiedene Aspekte der eigenen Persönlichkeit kennenlernen kann. So „erhält die Aktualisierungstendenz des Kindes die Chance, eigenes Erleben auszudrücken und durch neue Erfahrungen in der therapeutischen Beziehung der organismischen Bewertung näher zu kommen“ (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 304). All diese Erfahrungen und Entdeckungen können durch das annehmende, wohlwollende, respektvolle Beziehungsangebot in das

Selbstbild integriert werden, „sodass therapeutische Prozesse in Gang kommen können, die tiefgreifende Veränderungen im Selbstkonzept des Kindes nach sich ziehen“ (Weinberger, 2007, S. 38). Das Kind wird in seiner ganzheitlichen Entwicklung gefördert und ihm wird soviel Zeit und Raum zur Verfügung stehen, „wie es für diesen vielschichtigen Prozess des Wachsens und Sich-selbst-Entdeckens braucht“ (Weinberger, 2007, S. 38).

Ein wesentlicher Kern personenzentrierter Arbeit ist es, dass es um das Hier und Jetzt geht und nicht um die Vergangenheit. „Der Therapeut macht keinen Versuch, mit dem Kind über die letzte Stunde zu sprechen, sondern befasst sich ausschließlich mit den augenblicklich ausgedrückten Gefühlen. Auf diese Weise hofft man, das Bewusstsein des Kindes für das, was es im Moment ist, zu steigern“ (Dorfman, 1972/2005, S. 224). Es geht um das In-Beziehung-Sein, um ein „inneres Mitschwingen mit dem, was das Kind momentan erlebt und ausdrückt“, um „empathisches Verstehen und unbedingte Wertschätzung des Kindes in seiner subjektiven Welt“, um das „Vertrauen in die eigenen Problemlösungsfähigkeiten des Kindes“ und nicht um „Zielerreichung durch Interventionen“, „Korrekturen und Erklärungen“ oder „das Aufzeigen von Lösungen“ (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 317). Landreth & Sweeney (1997) und meinen:

Therefore the play therapist's objective is to relate to the child in ways that will release the child's inner directional, constructive, forwardmoving, creative, self-healing power. When this philosophical belief is lived out with children in the playroom, they are empowered and their developmental capabilities are released for self-exploration and self-discovery, resulting in constructive change“ (S. 17)

Letztlich geht es darum, dem Kind zu helfen „sich besser verstehen zu lernen, mit seinen Stärken und Potenzialen gesehen zu werden, Selbstwirksamkeit zu erleben, offener für neue Erfahrungen zu werden, alternative Verhaltensweisen auszuprobieren“ (Weinberger, 2007, S. 181) und die „Freude an seiner eigenen Kraft und Vertrauen in den eigenen Organismus“ (Wakolbinger, 2000, S. 61) im Kind zu wecken.

Nun wurden die Grundprinzipien und die dem personenzentrierten Ansatz innewohnenden Prämissen in der Arbeit mit Kindern erläutert. Wie bereits erwähnt, hat es in den letzten Jahrzehnten einige Fortentwicklungen im Bereich der Personenzentrierten Kinderspieltherapie gegeben, die sich hinsichtlich der therapeutischen Handlungsebene vom klassischen Konzept etwas unterscheiden können. So sei darauf hingewiesen, dass die in diesem Kapitel formulierten Grundannahmen sowohl für VertreterInnen des klassischen Konzepts nach Virginia Axline als auch für VertreterInnen neuerer Vorgehensweisen in der konkreten personenzentrierten Arbeit gültig sind und den Grundstein dafür repräsentieren. Um eine Vorstellung darüber zu erlangen, wie die

konkrete Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aussieht, werden im folgenden Abschnitt wesentliche therapeutische Aspekte der Begegnung mit dem Kind dargestellt, wobei hier der Unterschied zwischen VertreterInnen der klassischen und neueren Schulen deutlich gemacht wird.

4.4.2.3 Die Begegnung mit dem Kind

Behr et al. (2009) beschreiben Axlines therapeutische Begegnung mit Kindern als eine Situation in der sie,

das selbstgesteuerte Spiel des Kindes äußerst einfühlsam begleitet, dabei auf einem Stuhl sitzend alles mitstenographiert und nur auf ausdrücklichen Wunsch des Kindes mitspielt. Die Therapeutin ist zugleich intensiv und unmerklich präsent, sie schwingt mit, unterstützt und begleitet das Kind emotional, quasi wie ein Facilitator – während das Kind im Spielzimmer zirkuliert, seine Themen inszeniert, frei ausspielt und darin immer tief verstanden und wertgeschätzt wird. (S. 18)

Dieses Beziehungsangebot bezeichnen sie als eine „Facilitatorbeziehung“, ein von Rogers geprägter Begriff (to facilitate), mit dem „ein bedingungs- und manipulationsfreies Erleichtern, Ermöglichen und Unterstützen“ (S. 18) gemeint ist. VertreterInnen des klassischen Konzepts nach Axline sind bis heute der auch von Dorfman (1972/2005) formulierten Ansicht, dass „die Reaktionen des Therapeuten auf das, was das Kind zu kommunizieren bereit ist“ begrenzt bleiben müssen, „um zu vermeiden, dass sie eine Bedrohung werden und dadurch den Entfaltungsprozeß hemmen“ (S. 225). Diese Art therapeutischen Handelns zeichnet sich unter anderem dadurch aus, dass die Therapeutenperson nur sehr zurückhaltend bis eigentlich gar nicht mitspielt und das Spiel verbal begleitet wird. Sie bleibt während der Therapiestunde interaktionslos im Sinne eines „Nichtmitspielens“, sie spiegelt die Handlungen und Affekte des Kindes und versucht den Symbolisierungsprozess, der im Kind während des Spielens aktiv ist, zu verstehen und zu verbalisieren (Axline, 1964, 1947).

Heutzutage erfolgen die Interventionen eher auf der Spielebene. Diese Entwicklungen basieren weitgehend auf den Erkenntnissen der Säuglingsforschung und Bindungstheorie, sowie der „Erfahrung, dass neue Interaktions- und Beziehungserfahrungen, die die Kinder mit uns machen, ein bedeutsamer therapeutischer Faktor sind“ (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 301). „Im Mittelpunkt der therapeutischen Aufmerksamkeit dem Kind gegenüber steht ... interaktiv-handelnde Spielresonanz“ (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 317), Methoden und Techniken sind erweitert worden und „das Paradigma der Nicht-Direktivität, das sich vor allem in der ausschließlichen Betonung des empathischen einfühlsamen Verstehens (Verbalisierens) ausdrückte, um sogenannte prozessleitende Hilfen ergänzt“ (Hensel, 2008, S. 24). Nach Weinberger (2007) sind Vorgehensweisen, in denen die

Therapeutenperson Impulse setzt und konkrete Angebote macht, die die Aktualisierungstendenz des Kindes anregen sollen, ebenso personenzentriert, wie die Anwendung verschiedener Methoden. „Die Auswahl der einzelnen Methoden geschieht zielorientiert, die Arbeit damit prozessorientiert“ (S. 120). Mit zunehmender Erfahrung ist die Therapeutenperson immer mehr in der Lage, solche Angebote aus der unmittelbaren Begegnung heraus zu gestalten. „Die Therapeutin ist in jedem Moment offen für das, was passiert, sie folgt dem unmittelbaren Geschehen und versucht, es in seiner Bedeutung für das Kind zu verstehen“ (S. 120). Sie hat im Rahmen des Mitspielens auf zwei Ebenen gleichzeitig zu agieren: der Spielebene und der Metaebene. Auf der Spielebene geht es darum, die vom Kind geforderte Rolle zu spielen und dabei gleichzeitig die kindlichen Aktionen zu beobachten. Auf der Metaebene erfolgen einerseits Abschätzung und Entscheidung bezüglich der zu setzenden Reaktionen im weiteren Spielverlauf. Andererseits werden sowohl die in der Rolle aufkommenden eigenen Gefühle sowie auch die Gefühle des Kindes in der Spielsituation wahrgenommen, um schließlich im Spiel geäußert werden zu können. (Weinberger, 2007, S. 193f.)

Wakolbinger (2002) beschreibt, dass die Therapeutenperson gegen Ende oft etwas aktiver wird, „da mehr Gegenseitigkeit da ist und das Kind inzwischen die Freiheit hat, für sich Unpassendes abzulehnen. Es findet mehr Dialog statt“ (S. 61). In der heutigen personenzentrierten Arbeit mit Kinder und Jugendlichen liegt mehr Gewicht auf der sich ständig verändernden Beziehung zwischen Kind und Therapeutenperson. Es wird von einigen AutorInnen die Ansicht vertreten, dass im Rahmen der personenzentrierten Arbeit mit Kindern und Jugendlichen durchaus differentielle Vorgehensweisen zur Anwendung kommen, wie „z.B. eine stärkere Grenzsetzung bei aggressiven Kindern, ein eingeschränktes Spiel- und Materialangebot bei Kindern, die durch das ‚klassische‘ Spielzimmer überfordert wären oder die Einbeziehung spezieller Medien wie Sandspiel, Märchen und Geschichten, körperbezogene Arbeit etc.“ (Weinberger, 2007, S. 39). Das Spieltempo kann durch Interventionen der Therapeutenperson wenn nötig variiert und im Sinne einer angenehmeren Spielsituation angepasst werden. Dies ist beispielsweise für eine Beruhigung durch Verlangsamung des Spiels bei hektischen Kindern der Fall. (Weinberger, 2007, S. 192)

Goetze (2002) weist daraufhin, dass „nicht der Gebrauch bestimmter Spielmittel, die Anwendung von Techniken oder die Interpretation kindlicher Äußerungen im Mittelpunkt“ (S. 82) steht und dass es in der Therapie nicht um „die Anwendung einer Theorie und Technik“ geht, sondern um „die Umsetzung personenzentrierter Einstellungen des Therapeuten zum Kind“ (S. 79). Die eine Position schließt die andere nicht aus, denn selbst wenn differentielle Vorgehensweisen nicht im Mittelpunkt stehen, können sie trotzdem Teil des therapeutischen Rahmens sein, ohne dass die personenzentrierte Haltung verloren geht. So meint auch Weinberger, (2007), ein wichtiger Aspekt

dieses Spielangebotes ist es, dass es aus dem Spielprozess heraus entsteht (also spontan), sich auf festgelegte Prozessziele bezieht und dass es immer auch die Möglichkeit für das Kind beinhaltet, das gemachte Angebot abzulehnen bzw. nach anderen Spielangeboten zu verlangen. Im Mittelpunkt steht immer der vom Kind gewählte Verarbeitungsprozess (Weinberger, 2007, S. 211). Die Orientierung am Verarbeitungstempo des Kindes und das Zugestehen der benötigten Zeit dafür, ist für gelingendes therapeutisches Arbeiten wesentlich. Keinesfalls soll aber versucht werden, dadurch eine Beschleunigung des Therapieprozesses herbeizuführen. (Weinberger, 2007, S. 211)

Behr et al. (2009) skizzieren die Grundvorstellungen des klassischen Konzepts so, dass „sich Kongruenz in der Person zunehmend durch unbedingtes Akzeptieren durch die Bezugsperson herstellt, in dem das Hier und Jetzt der Beziehungsdynamik aber eher nicht fokussiert wird“ (S. 19). Behr (2009), der aufbauend auf der von Stern (1992) vertretenen Annahme, dass Interaktionserfahrungen Bausteine des Selbsterlebens sind, das Konzept der „Interaktionellen Therapie“ entwickelte und den Begriff der „Interaktionsresonanz“ prägt, spielt eine entscheidende Rolle für die heutige Praxis der Personenzentrierten Kinderspieltherapie. Das Konzept der „Interaktionsresonanz“ beinhaltet das Prinzip der mitspielenden Therapeutenperson, die durchaus als interaktives Gegenüber im Spiel präsent ist in dem Sinne, dass die Therapeutenperson „auf der Handlungsebene Antworten auf die Handlungen des Kindes“ (Behr, 2007, S. 155) gibt.

Dabei ähneln ihre Spielaktionen denen des Kindes. Sie ‚spiegeln‘ sie nicht, sondern modifizieren sie. Es sind authentische, neue Handlungen der Therapeutenperson, und doch geben sie nichts in die Spielhandlung, was Richtung oder Inhalte des kindlichen Spiels ändern würde. Die Spielhandlungen der Therapeutenperson sind eine interaktionelle Resonanz: das kindliche Spiel bringt das Spiel der Therapeutenperson zum Klingen, sie handelt leicht anders, aber nicht verändernd ... [sie] versucht dabei, möglichst wenig vor das Kind und nicht zu weit hinter das Kind zu geraten. ... Bei gelungener Interaktionsresonanz oszillieren die Handlungen der Therapeutenperson innerhalb eines Sektors optimalen Kontaktes, bei dem sie schnell, fast zeitgleich handelt, dabei die kindliche Spielhandlung leicht verändert, quasi anders tönen lässt und das Spiel doch nicht lenkt. (Behr, 2007, S. 155)

Die Ansicht, dass ein aktives Mitspielen seitens der Therapeutenperson grundsätzlich nur auf Aufforderung (verbal oder non-verbal) durch das Kind erfolgen soll (Weinberger, 2007, S. 191), ist auch bei Behr (2009) zu finden, obwohl hier das Mitspielen als Teil therapeutischen Agierens gesehen werden kann. Dennoch wird auch bei Behr (2009) die Auffassung vertreten, dass die Signale des Kindes verstanden werden müssen, in welcher Form es die Partizipation der Theapeutenperson wünscht. Man muss beobachten, ob das Kind für diese Art von Kontakt „zu einer voll präsenten, realen Erwachsenenperson“ bereit ist. Gerade anfangs kann sich die Art der Beteiligung im Sinne der

oben genannten Facilitatorbeziehung gestalten und erst im späteren Verlauf auf ein interaktionelles Beziehungsangebot ausweiten (S. 49). Die Therapeutenperson tritt mit dem Kind in Interaktion und antwortet auf der Spielebene und sie nutzt die Spielmedien, die das Kind auswählt und gibt verbale und non-verbale Resonanz. Dadurch, dass „sie dies tut, ist sie auf verbaler Ebene empathisch, geht auf das Kind ein und stellt sich auf die Gefühle des Kindes ein. Auf der Handlungs- und Spielebene greift die Therapeutenperson das auf, was das Kind tut“ (Behr et al., 2009, S. 19f.). Die Therapeutenperson „tut etwas darauf bezogenes, analoges mit ähnlicher Energie und Richtung“ (Behr, 2009, S. 48). Sie muss sehr genau darauf achten, weder vor noch hinter das Kind zu geraten. Gerät sie vor das Kind, könnte das eine negative Auswirkung auf die Autonomie und Selbststeuerung des Kindes haben, gerät sie hinter das Kind, könnte dem Kind langweilig werden und „die Unmittelbarkeit und Präsenz“ (Behr et al., 2009, S. 19) der Therapeutenperson könnte verringert werden.

3.4.3 Zusammenfassung

Es ist ersichtlich geworden, dass es in den letzten zehn bis fünfzehn Jahren einige neue Aspekte in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen im Bereich der personenzentrierten Kinderspieltherapie gegeben hat. Abseits der Kontroverse um diese Entwicklungen steht fest, dass die personenzentrierten anthropologischen Grundannahmen in den neueren Konzepten nichts an Relevanz verloren haben. Die therapeutische Haltung, aus der heraus gehandelt wird, ist wesentlich. In diesem Sinne ist aus personenzentrierter Sicht Veränderung durch neue Beziehungserfahrungen möglich, Schlüsselparadigmen einer personenzentrierten Haltung sind, die vollständige Annahme des Kindes mit allen Aspekten und Gefühlen, das empathische Verständnis und die unbedingte positive Beachtung all dieser Aspekte, die ganzheitliche Persönlichkeitsentwicklung im Sinne der Förderung der Aktualisierungstendenz als Ziel der Therapie und die Echtheit der Therapeutenperson.

Reisel & Wakolbinger (2002) meinen, KinderspieltherapeutInnen sollten die Fähigkeit besitzen sich in die Erlebniswelt der Erwachsenen empathisch einzufühlen, diese in Gesprächen zu beraten und sie wertzuschätzen und bedingungslos anzunehmen und ebenso sollten sie in der Lage sein, sich in die Erlebniswelt des Kindes einzufühlen und „das Problem des Kindes im Kontext seiner Familie und seiner Umwelt zu verstehen und zu verändern“ (S. 305). Die Erhaltung des personenzentrierten Beziehungsangebots muss trotz Grenzsetzung gelingen. Weiters wird darauf hingewiesen, dass die TherapeutInnen neben einem grundlegenden, tiefgehenden Verständnis des personenzentrierten Konzeptes auch entwicklungspsychologisches Wissen und Kenntnisse über wesentliche existenzielle aber vor allem emotionale Bedürfnisse von Kindern verschiedener Altersstufen haben müssen. Lust am Spiel und die Fähigkeit, einen „Zugang zur kindlichen Ausdrucksweise im symbolischen Spiel“

finden zu können (S. 305f.), spielen eine große Rolle. Diese Bedingungen setzen in der Arbeit mit Kindern unter anderem voraus, dass die Therapeutenperson „einen guten Zugang zu Ihren kindlichen Anteilen“ (Schlippe-Weinberger, 2004, S. 10) hat, denn „wenn alte Verletzungen diesbezüglich nicht bearbeitet sind, fließen sie in die Spielbegleitung mit hinein. Die Angst des Kindes kann z. B. nicht wahrgenommen werden, wenn es für Sie bedrohlich ist, mit Ihren eigenen damaligen Angstgefühlen in Verbindung zu kommen“ (Schlippe-Weinberger, 2004, S. 10).

Die Fähigkeiten, die eine personenzentrierte Psychotherapeutenperson haben muss sind höchst komplex, denn ihr Verhalten gestaltet sich „auf der Grundlage differenzierter Wahrnehmungen und genau abgestimmter Interventionen. Insbesondere erhält die Therapeutenperson die Gültigkeit der kindlichen Realitätswahrnehmung und nimmt allein diese als Ausgangspunkt für Veränderungen“ (Behr, 2009, S. 41).

Vor dem Hintergrund der theoretischen Annäherungen in Kapitel eins bis drei soll nun im Rahmen einer qualitativen Forschung festgestellt werden, ob und inwieweit personenzentrierte KinderspieltherapeutInnen an klassischen Vorgehensweisen festhalten können, ob therapeutische Vorgehensweisen aus anderen therapeutischen Richtungen hinzugezogen wurden und wenn ja, welche Methoden und Vorgehensweisen zur Anwendung kamen.

II Empirischer Teil

4. Forschungsdesign

Bevor eine sinnhafte Forschungsfrage formuliert werden kann, bedarf es einer gründlichen und intensiven Auseinandersetzung mit dem einschlägigen Themenbereich. Die Aneignung grundlegenden Wissens und die Kenntnisse des aktuellen Forschungsstandes in dem Themenbereich sind wesentliche Voraussetzung für die Erstellung einer Forschungsfrage, die Relevanz in einem wissenschaftlichen Gebiet aufweist und brauchbares Wissen generiert. (Gläserl & Laudel, 2009, S. 34) Ergebnisse dieser theoretischen Vorüberlegungen wurde in umfangreichem Ausmaß in Teil I dieser Arbeit dargestellt und so soll hier lediglich auf Kapitel 1.–3. verwiesen werden.

Hier wird es nun um die Formulierung einer Forschungsfrage gehen, die erkannte Wissenslücken schließen könnte, und die Entwicklung einer damit zusammenhängenden Untersuchungsstrategie. Datenerhebung, Auswertungs- und Interpretationsmethode werden nun in Abhängigkeit von Fragestellung, Durchführbarkeit und Ziel ausgewählt. Anschließend werden die Ergebnisse dargestellt und es wird versucht, sie auf eine Weise zu analysieren, die der Forschungsfrage gerecht wird.

4.1 Forschungsfrage

Wie sich in der Einleitung bereits bei Erläuterung der Problemstellung gezeigt hat, gibt es im Zusammenhang der personenzentrierten Arbeit mit selektiv mutistischen Kindern sowohl im deutsch- als auch im englischsprachigen Raum wenig Literatur und lediglich zwei Forschungen (Ehlers, 2002; Garwood, 1999). Der therapeutische Bereich ist vorwiegend von verhaltenstherapeutischorientierten Vorgehensweisen dominiert und vor dem Hintergrund dieser Tatsache scheint es sinnvoll, die theoretische Landschaft im Themenbereich des selektiven Mutismus um eine personenzentrierte Perspektive zu erweitern.

Diese Perspektive wurde nun in einem theoretischen Teil erläutert, kritische Punkte hinsichtlich der Auseinandersetzung störungsspezifischer Konzeptionen wurden durch die Darstellung der Debatte um differentielle Konzepte in der Personenzentrierten Kinderspieltherapie deutlich. Im folgenden soll nun durch eine qualitative Forschung Praxisbezug hergestellt werden.

Es wird darum gehen, zu überprüfen, wie personenzentrierte PsychotherapeutInnen das Schweigen verstehen, ob es in der Arbeit mit mutistischen Kindern etwaige, störungsspezifische Besonderheiten gibt, ob im Falle der untersuchten Therapieverläufe die traditionelle nicht-direktive Vorgehensweise

bei der Behandlung mutistischer Kinder im Praxisalltag eingehalten wird und inwiefern, wenn überhaupt, andere Techniken und Methoden respektive direkte Vorgehensweisen verwendet wurden. Weiters wird die Einstellung der TherapeutInnen hinsichtlich des diagnostischen Vorwissens und dessen Vorhandensein untersucht.

Zusammengefasst lauten die zentralen Fragen der Forschung demnach:

„Wie erklären personenzentrierte PsychotherapeutInnen den Mutismus, wie arbeiten sie in der Praxis mit mutistischen Kindern, inwieweit wird die klassische nicht-direktive durch eine störungsspezifische Vorgehensweise ersetzt bzw. erweitert, welche speziellen Besonderheiten gibt es in der Arbeit mit mutistischen Kindern und ist diagnostisches Vorwissen hilfreich.“

4.2 Forschungsmethode

Als methodische Vorgehensweise und als Basis der Datenerhebung wurde das Experteninterview, eine der qualitativen Sozialforschung zuzuordnende Methode, gewählt, das mittels eines halbstrukturierten Leitfadens durchgeführt wurde. Um die Forschungsfragen beantworten zu können, bedurfte es der Erfassung bestimmter, auf Erfahrung basierender Informationen, die durch die Befragung von ExpertInnen, also Menschen, die ein besonderes Wissen haben, generiert werden konnten.

Bei Forschungen, die sich des Experteninterviews als Datenerhebung bedienen, „handelt es sich um Untersuchungen, *in denen soziale Situationen oder Prozesse rekonstruiert werden sollen*, um eine sozialwissenschaftliche Erklärung zu finden. Die Experteninterviews haben in diesen Untersuchungen die Aufgabe, dem Forscher das besondere Wissen der in die Situationen und Prozesse involvierten Menschen zugänglich zu machen“ (Gläser & Laudel, 2009, S. 13).

Da in dieser Untersuchung Abläufe und Folgen therapeutischer Prozesse erforscht werden sollen, wird die Entscheidung für die Verwendung des Experteninterviews als plausibel beurteilt.

4.2.1. Experteninterviews als Datenerhebungsinstrument

Das Experteninterview ist eine spezielle Anwendungsform von Leitfaden-Interviews, eine qualitative Forschungsmethode zur Erhebung von verbalen Daten (Flick, 2005, S. 28). Diese Methode wird in der vorliegenden Arbeit gewählt, da „in der relativ offenen Gestaltung der Interviewsituation die Sichtweisen des befragten Subjekts eher zur Geltung kommen als in standardisierten Interviews oder Fragebögen“ (Flick, 2005, S. 117).

Bei dem Experteninterview werden die befragten Personen „nicht als Einzelfall, sondern als Repräsentant einer Gruppe“ (Flick, 2005, S. 139) und „als ‚Kristallisationspunkte‘ praktischen Insiderwissens betrachtet“ (Bogner & Menz, 2005, S. 7). Da die InterviewpartnerInnen in diesem Sinne als ExpertInnen befragt werden, sind die für die Untersuchung relevanten Inhalte durchaus eingeschränkter als bei anderen Interviewformen, wie beispielsweise bei einem offenen Interview. Doch geht es hier darum, konkrete und für die Beantwortung der Forschungsfrage sinnvolle Informationen zu erlangen. Die forschende Person gibt den befragten ExpertInnen die Möglichkeit, frei über Erfahrungen und Eindrücke ihrer Arbeit zu berichten, sie soll so wenig wie möglich fragen und die Befragten nicht in ihrem Redefluss stören, jedoch ihre wichtigen Fokuspunkte einfließen lassen. Um diese nicht zu verpassen oder auszulassen, wird in dieser Untersuchung im Rahmen der

Experteninterviews ein halbstrukturierter Leitfaden erstellt, der eine gewisse Steuerungsfunktion einnimmt (Flick, 2005, S. 139). Diese Methode empfiehlt sich vor allem auch dann, „wenn in einem Interview mehrere unterschiedliche Themen behandelt werden ... [oder] einzelne genau bestimmbare Informationen erhoben werden müssen“ (Gläser & Laudel, 2009, S. 111). Er stellt eine Orientierungshilfe für die interviewende Person dar und ermöglicht es, forschungsrelevantes Wissen zu generieren, das im Interview möglicherweise nicht selbstständig zur Sprache kommt, aber für die Beantwortung der Forschung wesentlich erscheint. „Die Orientierung an einem Leitfaden schließt auch aus, dass das Gespräch sich in Themen verliert, die nichts zur Sache tun, und erlaubt zugleich dem Experten, seine Sache und Sicht der Dinge zu extemporieren“ (Meuser & Nagel, 1991, S. 448). Die interviewende Person sollte nicht „zu starr am Leitfaden kleben und im falschen Moment Ausführungen unterbrechen“ (Mayer, 2008, S. 37f.). So müssen Reihenfolge und exakte Formulierung des Leitfadens nicht eingehalten, sondern flexibel gestaltet werden (Gläser & Laudel, 2009, S. 174), um themenferne Ausschweifungen zu verhindern (Mayer, 2008, S. 38).

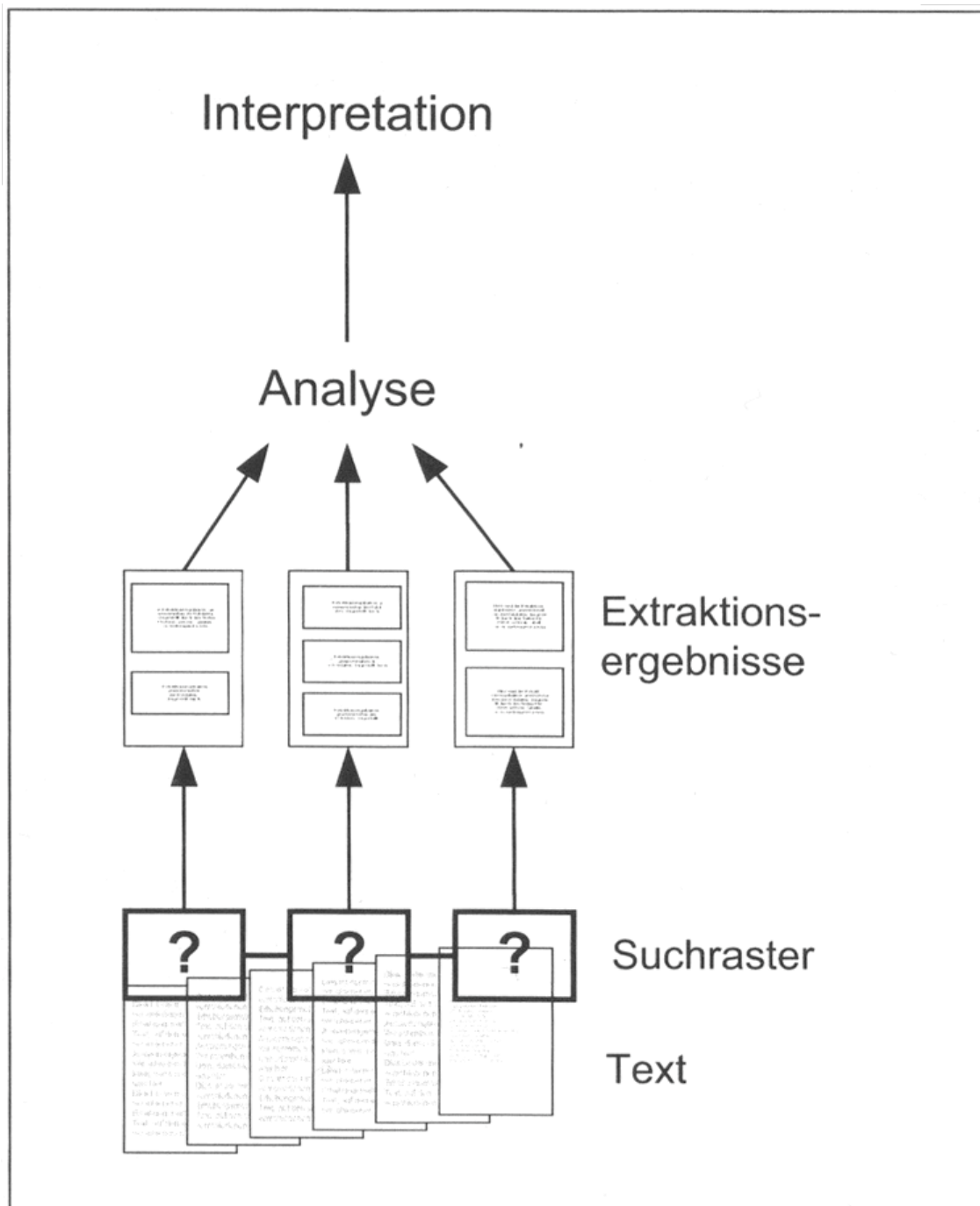
4.2.2 Qualitative Inhaltsanalyse als Auswertungsinstrument

„Die Auswertung von Experteninterviews richtet sich vor allem auf Analyse und Vergleich der Inhalte des Experteninterviews“ (Flick, 2005, S. 141) und so werden im folgenden Kapitel die durch das Experteninterview erhobenen Daten mittels einer Qualitativen Inhaltsanalyse interpretiert und die Ergebnisse präsentiert. Diese Methode wurde ursprünglich in den 80er Jahren von Philipp Mayring entwickelt. Er „stützte sich dabei nicht nur auf die Quantitative Inhaltsanalyse, sondern bezog Hermeneutik, die Literaturwissenschaften und die Psychologie der Textverarbeitung ein“ (Gläser & Laudel, 2009, S. 198). Gläser & Laudel (2009) sind der Ansicht, dass dieses Vorgehen methodologisch nicht begründbar und technisch zu aufwendig sei, und so haben sie das Modell von Mayring modifiziert. In dieser Arbeit wird nach dieser neu erarbeiteten Form der Inhaltsanalyse gearbeitet.

Um die Fülle des Datenmaterials zu sichten, relevante Informationen herauszufiltern und konkrete Fragestellungen zu beantworten, bedarf es einer Analyse dieses Materials, die es zum Ziel hat, „den Texten inhaltliche Informationen zu entnehmen, diese Informationen in ein geeignetes Format umzuwandeln und sie in diesem Format, das heißt getrennt vom ursprünglichen Text weiterzuverarbeiten“ (Gläser & Laudel, 2009, S. 197).

Der wesentliche Ablauf einer qualitativen Inhaltsanalyse ist aus einer graphischen Darstellung von Gläser & Laudel (2009) am besten ersichtlich:

Abb.1: Prinzip der Qualitativen Inhaltsanalyse (S. 200)



4.3 Beschreibung der Untersuchung

4.3.1 Auswahl der InterviewpartnerInnen

Im Zentrum der Untersuchung standen in erster Linie personenzentrierte PsychotherapeutInnen, die mindestens eine Erfahrung mit selektiv mutistischen Kindern vorweisen konnten, oder TherapeutInnen, die im Sinne des personenzentrierten Ansatzes agieren, ohne über eine (nach österreichischen Richtlinien) explizit personenzentrierte Ausbildung zu verfügen. Dies trifft insbesondere und ausschließlich auf die InterviewpartnerInnen des amerikanischen Raums zu.

Die Suche der InterviewpartnerInnen verlief über eine intensive Internetrecherche mit darauffolgendem E-Mailverkehr. Im Endeffekt haben sich drei Kinderspieltherapeutinnen, eine Sprachheiltherapeutin und ein Kinderspieltherapeut in den USA, drei Kinderspieltherapeutinnen in Österreich und eine in Deutschland, die den Auswahlkriterien entsprochen haben, bereit erklärt, als InterviewpartnerInnen zur Verfügung zu stehen. Die Durchführung der Interviews beinhaltete eine Reise in die USA, nach Deutschland und zwei Reisen innerhalb Österreichs, da die Interviews in den jeweiligen Praxen der Befragten durchgeführt wurden.

Unter den InterviewpartnerInnen befanden sich neben fünf dezidiert personenzentriert ausgebildeten PsychotherapeutInnen (A,B,C,D,E) zwei Therapeutinnen und ein Therapeut, die sich nach den amerikanischen Richtlinien in der kindzentrierten (child-centered) Psychotherapie angesiedelt sehen (F,G,H), und eine Sprachheilpädagogin, die nach personenzentrierten Grundvorstellungen arbeitet (I). Die amerikanische Sprachheiltherapeutin (I) und der amerikanische Kinderspieltherapeut (H), mit denen ein Doppelinterview durchgeführt wurde, erwiesen sich in ihren Vorgangsweisen und Methoden im Laufe des Gesprächs als nicht eindeutig den Kriterien entsprechend, aus diesem Grund wird dieses Interview für die Verwendung in dieser Forschung nicht herangezogen. Dieses Problem ist ein bekanntes und so weisen Meuser & Nagel (1991) darauf hin, dass der Experte das Interview blockiert, „etwa weil er für das Thema gar kein Experte ist, wie zuvor angenommen“ (S. 449).

So blieben für die Analyse der Daten lediglich sieben weibliche Therapeutinnen übrig, deren demographische Daten in Tabelle 1 dargestellt sind.

Tabelle 1: Daten der Interviewpartnerinnen

	Land	Personenzentriert	Zusatzbezeichnung	Arbeit mit mutistischen Kindern
Th. A	Ö	x	–	1–3
Th. B	Ö	x	–	1–3
Th. C	Ö	x	Integrative Therapie, Logopädie	mehr als 3
Th. D	D	x	–	mehr als 3
Th. E	US	x	–	mehr als 3
Th. F	US	x	–	mehr als 3
Th. G	US	x	Licensed Psychologist, Psychoanalytische Weiterbildung	mehr als 3

4.3.2 Halbstrukturiertes Leitfadeninterview

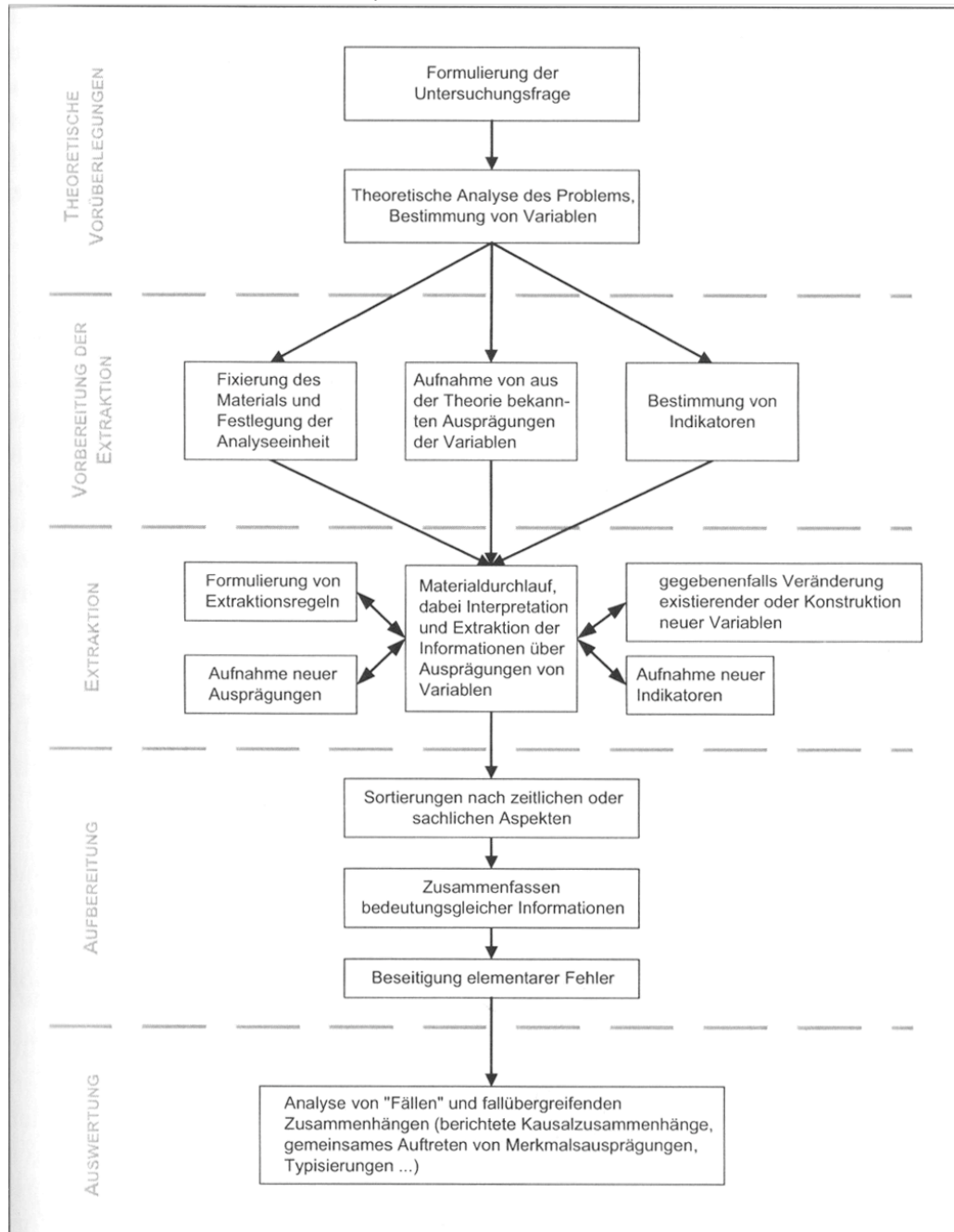
Alle Interviews mit den Expertinnen wurden in den Praxiseinrichtungen der jeweiligen Person durchgeführt. Dem Interview ist ein einleitender Kurzfragebogen, der sich auf Nationalität, Geschlecht, Alter, Berufsbezeichnung und Anzahl der durchgeführten Therapien mit mutistischen Kindern bezogen hat, und eine Einverständniserklärung für die Verwendung der erhobenen Daten vorangegangen. Wie bereits erläutert, dient der halbstrukturierte Leitfaden als Orientierungshilfe und Steuerungsfunktion, falls gewünschte Informationen nicht von selbst angesprochen werden.

Die dem Leitfaden zugrundeliegenden Themen lassen sich grob unter drei Aspekten zusammenfassen: Verständnis des Phänomens Mutismus, der Therapieprozess (Ablauf, Probleme, Grenzen und Besonderheiten) und Nicht-Direktivität (Anwendung differentieller Vorgehensweisen). Die Gespräche wurden auf Tonband aufgenommen und anschließend transkribiert. Die konkrete Ausformulierung des Interviewleitfadens sowie der einleitende Kurzfragebogen sind im Anhang zu finden.

5. Forschungsanalyse

Im folgenden Abschnitt wird die Qualitative Inhaltsanalyse anhand der in Abb. 2 von Gläser & Laudel (2009) dargestellten Schritte durchgeführt:

Abb.2: Ablauf der Qualitativen Inhaltsanalyse (S. 203)



5.1 Vorbereitung

5.1.1 Theoretische Vorüberlegungen

Hinsichtlich der Formulierung der Untersuchungsfrage und der theoretischen Analyse des Problems ist auf Kapitel 4.1 hinzuweisen. Es ergeben sich aufgrund der in Kapitel 1–3 dargestellten theoretischen Grundlagen folgende Fragen, die es mithilfe der in dieser Arbeit vorzufindenden Qualitativen Inhaltsanalyse zu beantworten gilt:

- Wie kann man das schweigende Verhalten dieser Kinder aus personenzentrierter Sicht sehen?
- Wie arbeiten personenzentrierte PsychotherapeutInnen in der Praxis mit mutistischen Kindern (klassisch nicht-direktive vs. störungsspezifische Vorgehensweisen)?
- Welche Besonderheiten gibt es im Praxisalltag?
- Wie notwendig erscheinen diagnostische Vorkenntnisse aus Sicht der ExpertInnen?

5.1.2 Vorbereitung der Extraktion

Die Vorbereitung der Extraktion beinhaltet neben einer inhaltlichen Vorbereitung, in der nochmals überprüft werden soll, ob die aufgestellten Variablen zweckmäßig konstruiert wurden, und wenn nicht, inwiefern man sie modifizieren muss, die Definition des Suchrasters. Dieser besteht, als Filter relevanter Informationen, in dieser Arbeit aus jenen Fragen des Interviewleitfadens, die für die konkrete Beantwortung der Forschungsfragen relevant sind. Weiters schließt dieser Schritt eine methodische Vorbereitung mit ein, in der es um „die Fixierung des auszuwertenden Materials“ und „die Festlegung der Analyseeinheit“ (Gläser & Laudel, 2009, S. 209) geht. Das auszuwertende Material umschließt die Transkripte der einzelnen Interviews. Nach genauer Durchsicht der Interviews ist jedoch klar geworden, dass zwei InterviewpartnerInnen, die in einem Doppelinterview befragt wurden, nicht den Kriterien entsprachen, und so wurde dieses Transkript aus dem Pool des auszuwertenden Materials herausgestrichen. Die Analyseeinheiten, die nun aus den Transkripten bearbeitet werden, definieren sich durch Sätze und/oder Absätze des Textes, die inhaltliche Relevanz für die Beantwortung der Untersuchungsfrage haben. Die Zusammenstellung dieser Einheiten dient zur weiteren Verdichtung des zu interpretierenden Textes.

5.1.3 Extraktion

In diesem Hauptschritt der Inhaltsanalyse werden Auswahlkategorien erstellt, anhand derer die Extraktion der relevanten Informationen vorgenommen werden soll. Es sei darauf hingewiesen, dass sich Überlegungen hinsichtlich der Auswahlkategorien im Laufe der Extraktion als unbrauchbar erweisen könnten und korrigiert werden müssen. Ob und in welchem Ausmaß dies notwendig sein wird, ergibt sich erst im Extraktionsprozess. Weiters ist darauf aufmerksam zu machen, dass dem Entscheidungsprozess hinsichtlich der ausgewählten Textpassagen selbstverständlich ein subjektiver Charakter inhärent ist.

Im folgenden Kapitel wird nun ein Suchraster über die ausgewählten Analyseeinheiten gelegt und jene Fragen aus dem halbstrukturierten Leitfadeninterview (siehe Anhang), die im Sinne der Beantwortung der Forschungsfragen relevant erscheinen, als Auswertungskategorie verwendet, wobei hier gegebenenfalls Modifizierungen in der Formulierung vorgenommen werden können. Diese Modifizierungen können auf die übergeordnete Funktion dieser Auswertungskategorie zurückgeführt werden und dienen einer klareren und umfangreicheren Extraktionsmöglichkeit.

„Die Merkmalsausprägungen der Kategorien werden nicht vorab festgelegt. Stattdessen werden Merkmalsausprägungen frei verbal beschrieben. Man stellt gewissermaßen offene Fragen an den auszuwertenden Text“ (Gläser & Laudel, 2009, S. 205).

Es ergeben sich für den Extraktionsprozess folgende offene Fragen bzw. Auswertungskategorien:

Kategorie A: Das Verständnis des Schweigens aus personenzentrierter Sicht

Kategorie B: Besonderheiten im Praxisalltag (Verhalten des Kindes, Verhalten der Therapeutenperson, Notwendigkeit von Vorwissen)

Kategorie C: Therapeutische Vorgehensweisen (direktiv, nicht-direktiv, Elternarbeit)

Nun gilt es alle Informationen, die als zu jenen Kategorien dazugehörig eingestuft werden, zusammenzutragen, um eine spätere Analyse möglich zu machen.

5.1.4 Aufbereitung

Die Aufbereitung der erhobenen Daten ist in erster Linie dazu da, die Qualität derselben zu verbessern. Das extrahierte Rohmaterial wird reduziert und die „Daten werden nach inhaltlichen Gesichtspunkten strukturiert“ (Gläser & Laudel, 2009, S. 229). Verstreute Informationen, bedeutungsgleiche Informationen werden zusammengefasst und verschiedenartige Aussagen nebeneinander gestellt (Gläser & Laudel, 2009, S. 230).

5.2 Auswertung

„Die Auswertung muss vor allem der Forschungsfrage und der Untersuchungsstrategie Rechnung tragen“ (Gläser & Laudel, 2009, S. 246). In diesem Sinne geht es in diesem letzten Schritt zunächst darum herauszufiltern, wie die befragten Expertinnen den Mutismus erklären, welche Besonderheiten es in der therapeutischen Arbeit mit mutistischen Kindern gibt und Gemeinsamkeiten und Unterschiede hinsichtlich therapeutischer Vorgehensweisen, die häufig oder weniger häufig auftauchen, herauszuarbeiten, und zu klären, welche differentiellen Vorgehensweisen in der therapeutischen Arbeit gefunden werden konnten. Zusammenfassend geht es darum festzustellen, wie die Forschungsfragen anhand der gewonnenen Erkenntnisse beantwortet werden können, welche Faktoren bei allen befragten Personen zu finden sind und wie diese mit theoretischen Vorüberlegungen und in der Literatur vertretenen Ansichten übereinstimmen.

Die Interviewergebnisse werden zunächst jeweils zum Zwecke eines raschen Überblicks in einer Tabelle dargestellt und anschließend durch die Erläuterung der einzelnen Faktoren und Aussagen verglichen.

Anmerkung: Der Buchstabe hinter TH., dem Kürzel für „Therapeutin“, gibt an, welchem Interview der Inhalt oder das jeweilige Zitat entnommen wurde, und die Zahl vor dem TH. bezieht sich auf den jeweiligen Absatz im Interview. Um Transparenz der ausgewerteten Ergebnisse zu gewährleisten und eine Überprüfung jederzeit zu ermöglichen, befinden sich die Transkripte im Anhang dieser Arbeit.

5.2.1 Kategorie A: Verständnis des Schweigens aus personenzentrierter Sicht

Tabelle 2: Übersicht Kategorie A

Einstufung	Verortung	Anzahl
Angststörung	6. TH.A; 6. TH.B; 2. TH.C; 2. TH.D, 4. TH.D; 4. TH.E; 6. TH.F, 14. TH.F; 2. TH.G, 8. TH.G	7/7
Frühe Beziehungs-, Bindungsstörung	4. TH.A; 8. TH.B; 2. TH.C; 2. TH.D; 2. TH.E; 14. TH.F	6/7
Trauma	2. TH.B; 2. TH.E; 14. TH.F	3/7
Wunsch nach Aufmerksamkeit	2. TH.B; 2. TH.E	2/7
Zweisprachigkeit	2. TH.D; 2. TH.G	2/7

Alle Therapeutinnen stufen das Schweigen der mutistischen Kinder als eine Angststörung ein, sechs von ihnen erwähnen frühe Beziehungsstörungen und Bindungsstörungen als mögliche Ursache und drei Therapeutinnen haben die Erfahrung gemacht, dass Traumata eine Rolle bei der Entstehung

spielen könnten. Weitere Angaben beziehen sich auf den Wunsch nach Aufmerksamkeit und die Zweisprachigkeit als mögliche Wirkfaktoren für die Entstehung und das Bestehenbleiben des schweigenden Verhaltens, die durch jeweils zwei Therapeutinnen zur Sprache gebracht wurden.

5.2.2 Kategorie B: Besonderheiten im Praxisalltag mit mutistischen Kindern

5.2.2.1 Besonderheiten im Verhalten der mutistischen Kinder

Tabelle 3: Übersicht 1 Kategorie B

Einstufung	Verortung	Anzahl
Schwierigkeiten im Kontaktaufbau	8. TH.A, 12. TH.A, 46. TH.A; 12. TH.B, 30. TH.B, 72. TH.B; 92. TH.C.; 20. TH.D, 56. TH.D; 120. TH.G	5/7
Schwierigkeiten zu spielen	14. TH.A; 21. TH.C, 22. TH.C, 24. TH.C; 54. TH.E; 90. TH.G	4/7

Mit mutistischen Kindern einen Kontakt herzustellen und aufrechtzuerhalten empfinden fünf von sieben Therapeutinnen als eine große Schwierigkeit. Auch wenn es letzten Endes gelingt, scheint es auffallend schwieriger zu sein als bei anderen Kindern. Dieses Problem wird vor allem auf die fehlende Fähigkeit, Beziehungen einzugehen (8. TH.A, 12. TH.A, 46. TH.A; 12. TH.B, 30. TH.B, 72. TH.B) bezogen, aber auch auf eine enge Mutter-Beziehung (92. TH.C), fehlende Sprache (56. TH.D) und Schüchternheit (20. TH.D). Vier von sieben Therapeutinnen berichten über Schwierigkeiten der Kinder zu spielen und beschreiben die Aktivitäten der Kinder zunächst als sehr zurückhaltend und ängstlich (22. TH.C; 54. TH.E; 90. TH.G) bis hin zu Situationen, in denen die Kinder nicht in der Lage sind zu spielen (14. TH.A).

5.2.2.2 Besonderheiten im Verhalten der Therapeutinnen

Tabelle 4: Übersicht 2 Kategorie B

Einstufung	Verortung	Anzahl
Spezielle Herausforderung	30. TH.A; 26. TH.B; 28. TH. B; 69. TH.B; 54. TH. D; 31. TH.F, 47. TH.F	4/7
Spezieller Fokus	46. TH.E; 84. TH.F; 112. TH.G	3/7
Selbstzweifel	28. TH.C, 32. TH.C, 84. TH.C, 86. TH.C; 47. TH.E	2/7
Mehr Druck von Eltern	36. TH.A; 40. TH.B; 28. TH.C, 30. TH.C, 34. TH.C; 18. TH.E; 47. TH.F; 102. TH.G	6/7
Wunsch nach Vorwissen	26. TH.A, 30. TH.A; 68. TH.B; 72. TH.D; 53. TH.F	4/7

Alle Therapeutinnen sehen etwas Spezielles in der Arbeit mit mutistischen Kindern, wobei vier davon auf die speziellen Herausforderungen eingehen. Drei der vier Therapeutinnen betonen diesbezüglich vor allem die Schwierigkeit, einfühlsam und wertschätzend zu bleiben, sowie Geduld,

Zuversicht und Optimismus aufrechtzuerhalten (30. TH.A; 54. TH. D; 31. TH.F, 47. TH.F). Eine der vier Therapeutinnen sieht die spezielle Herausforderung zum einen darin, das kindliche Spiel zu verstehen (69. TH.B), und zum anderen in der fehlenden Rückmeldung über therapeutische Vorgehensweisen, ohne die der therapeutische Prozess deutlich verwirrt sei (69. TH.B, 26. TH.B). Drei Therapeutinnen betonen, dass es hier mehr als bei anderen Kindern darum ginge, den therapeutischen Prozess zu verfolgen. Eine Therapeutin meint, dass es aufgrund dieses speziellen Fokus zum Verlust von Spontaneität im Spielgeschehen kommen kann (112. TH.G). Zwei der drei Therapeutinnen erwähnen eine erhöhte Konzentration auf das Verhalten, die Spielart, Bewegungen und Ausdrucksweisen des Kindes (46. TH.E; 84. TH.F).

Zwei Therapeutinnen berichten über aufkommende Selbstzweifel in Bezug auf therapeutische Fähigkeiten als Besonderheit und spezielles Merkmal in der Arbeit mit mutistischen Kindern und sechs von sieben Therapeutinnen berichten über erhöhten Druck seitens der Eltern hinsichtlich des Therapieerfolgs und des Symptomabbaus. Abschließend ist anzumerken, dass vier von sieben Therapeutinnen der Ansicht sind, dass es wichtig ist, über Vorwissen zu verfügen (70. TH.D). Es scheint mithilfe störungsspezifischer und entwicklungspsychologischer Informationen leichter zu sein, ein Sicherheitsgefühl aufseiten der Therapeutenperson herzustellen (26. TH.A; 68. TH.B), Verständnis und Empathie für die betroffenen Kinder zu entwickeln (26. TH.A, 30. TH.A) sowie gegebenenfalls im Elterngespräch fundiertes Wissen und wichtige Informationen weitergeben zu können (53. TH.F).

5.2.3 Kategorie C: Vorgehensweisen

5.2.3.1 Nicht-direktive Vorgehensweisen

Tabelle 5: Übersicht 1 Kategorie C

Einstufung	Verortung	Anzahl
Spiele selbst wählen lassen	48. TH.A; 20. TH.B; 16. TH.C; 12. TH. E; 34. TH. G, 52. TH.G	5/7
Kind spielt alleine	TH. E; 34. TH. G, 52. TH.G	2/7
Sprache nicht initiieren	38. TH.B; 14. TH.C; 2. TH.E, 12. TH.E, 16. TH.E; 54. TH.G, 88. TH.G	4/7
Sprache nicht als Therapieziel	22. TH.A, 26. TH.A; 106. TH.B; 36. TH. D; 78. TH.E; 48. TH. G	5/7

Fünf Therapeutinnen versuchen in hohem Ausmaß das Kind selber wählen zu lassen, was es spielen möchte, und überlassen ihm die Initiative. Zwei dieser Therapeutinnen partizipieren nach eigenen Angaben nicht an dem Spiel, wobei Therapeutin G dies lediglich zu Beginn beibehält und später

auch mitspielt (vgl. 5.2.3.2.1).

Vier Therapeutinnen vertreten die Ansicht, dass das mutistische Kind Sprache nicht anwenden muss und dass es auch nicht förderlich sei, dies zu versuchen.

Im Sinne der personenzentrierten Haltung geht es als Therapieziel fünf von sieben Therapeutinnen explizit nicht darum, das Schweigen zu brechen. Viel eher geht es um Persönlichkeitsentwicklung (22. TH.A), Beziehungsfähigkeit (26. TH.A), Angstreduktion (48. TH.G) und Konfliktlösung (106. TH.B).

5.2.3.2 Direktive Vorgehensweisen

5.2.3.2.1 Angebote

Tabelle 6: Übersicht 2 Kategorie C

Einstufung	Verortung	Anzahl
Spiele vorschlagen, initiieren	16. TH.B, 22. TH.B, 56. TH.B; 117. TH.C, 40. TH.C, 44. TH.C, 46. TH.C, 52. TH.C, 56. TH.C, 119. TH.C, 125. TH.C; 18. TH.D, 20. TH.D; 32. TH.E, 34. TH.E; 62. TH.G, 96. TH.G	5/7
Mitspielen	12. TH.A; 14. TH. A; 58. TH.B; 26. TH.C; 20. TH.D; 20. TH.F; 52. TH.G	6/7
Sprache initiieren, Druck	16. TH.C, 46. TH.C; 20. TH.D; 14. TH.F, 35. TH.F; 56. TH.G–58. TH.G	4/7

Fünf von sieben Therapeutinnen machen an irgendeinem Punkt in der Therapie ein Spielangebot, wenn sie das Gefühl haben, dass der Therapieprozess stehen bleibt (16. TH.B, 56. TH. B, 44. TH.C, 117. TH.C; 34. TH.E, 62. TH.G), dass da noch etwas zu bearbeiten ist (119. TH.C) oder um das Kind dabei zu unterstützen, Ideen reifen zu lassen oder anzupacken (52. TH.C; 18. TH.D)

Wobei hier sehr wohl darauf hingewiesen wird, dass dies lediglich ein Angebot ist, das das Kind selbstverständlich ablehnen kann, und dann einfach etwas Neues probiert wird (56. TH.B; 40. TH.C; 20. TH. D).

Sechs von sieben Therapeutinnen beschreiben, dass sie am Spiel des Kindes partizipieren – wobei dies auf Wunsch des Kindes geschieht (52. TH.G) –, weil das Kind sehr ängstlich wirkt (20. TH.F) oder weil der therapeutische Prozess gefördert werden soll (20. TH.D).

Wenn es darum geht, auf das Kind etwas Druck auszuüben in Bezug auf Partizipation oder Sprachanwendung, so berichten vier Therapeutinnen von Versuchen, die Sprache des Kindes durch leichten Druck bzw. direktive Sprachspiele zu initiieren und verbale Kommunikation zu erreichen. Unter anderem wird hier damit gearbeitet, dass es darum geht aufzuzeigen, dass das Nicht-Sprechen durchaus Konsequenzen hervorbringen kann (46. TH.C).

5.2.3.2 Einsetzen anderer Methoden

Tabelle 7: Übersicht 3 Kategorie C

Einstufung	Verortung	Anzahl
Sandspiel	20. TH. D; 14. TH. F; 52. TH.G	3/7
Bewegung, Entspannungsübungen	20. TH.C; 80. TH.D; 12. TH.F, 14. TH.F, 35. TH.F, 52. TH.G, 70. TH.G	4/7
Elemente der Verhaltenstherapie, Hausübungen	12. TH D, 80. TH.D; 14. TH. F; 100. TH.G	3/7
Elemente der Familientherapie	80. TH.D; 62. TH.E; 36. TH. G	3/7
Elemente der Gestalttherapie	80. TH.D	1/7
Musik	80. TH.D	1/7
Andere	158. TH.G	1/7

Vier von sieben Therapeutinnen beziehen Bewegungsspiele und Körperwahrnehmung zur Entspannung in den therapeutischen Prozess mit ein und drei Therapeutinnen favorisieren die Arbeit mit Sand.

Drei Therapeutinnen bauen verhaltenstherapeutische Maßnahmen wie Belohnung (14. TH.F) und Hausübungen ein. So werden beispielsweise Pläne aufgestellt (12. TH. D) oder die Aufgabe gestellt, die eigene Stimme zu Hause aufzunehmen (100. TH. G). Eine dieser Therapeutinnen arbeitet zusätzlich gestalttherapeutisch und baut sowohl systemische als auch musiktherapeutische Elemente in die Therapie ein (80. TH.D).

5.2.3.3 Arbeit mit Eltern und Umfeld

Tabelle 8: Übersicht 4 Kategorie C

Einstufung	Verortung		Anzahl
Elternberatung	34. TH.A; 40. TH.B, 46. TH.B; 76. TH.C; 6. TH.D, 76. TH. D; 62. TH.E; 6. TH.F, 8. TH. F, 39. TH. F; 18. TH.G, 36. TH.G		7/7
Eltern-Kind-Sprechstunde	Ja	42. TH.A; 44. TH.B; 6. TH.D, 76. TH. D; 10. TH. F	4/7
	Nein	76. TH.C	1/7
Eltern-Kind-Spielstunde	50. TH.B; 4. TH.C, 12. TH.C; 20. TH.D; 10. TH. F		4/7
Filialtherapie	62. TH.E; 40. TH.G		2/7
Einbindung von Schule/Kindergarten	46. TH.B; 146. TH.C; 8. TH.D; 66. TH.E; 45. TH. F; 36. TH.G		6/7

Alle Therapeutinnen arbeiten neben den Kinderspieltherapiesitzungen mit den Eltern. Unter anderem werden Beratungsgespräche geführt, in denen es um den Umgang mit dem Schweigen und um ein besseres Verständnis des Schweigens geht (40. TH.B; 6 TH.D, 20. TH. E; 18. TH.G, 36, TH.G, 39. TH.F). Weiters wird es als wichtig angesehen, Informationen von Eltern zu erhalten (76. TH.D;

62. TH.E), und Eltern den Raum zu geben, eigene Sorgen in Bezug auf ihr Kind zur Sprache zu bringen (76. TH. D). Eine Therapeutin unterstreicht explizit, dass sie mit Eltern mutistischer Kinder ausschließlich alleine spricht (76. TH.C). Vier Therapeutinnen führen zusätzlich zu separaten Elterngesprächen auch Gespräche mit Eltern und Kind. Eltern-Kind-Spielstunden werden von drei Therapeutinnen eingesetzt und zwei Therapeutinnen arbeiten in Bezug auf die Eltern auch filialtherapeutisch. Fast alle Therapeutinnen (5/7) kooperieren zusätzlich mit dem Kindergarten oder dem schulischen Umfeld des Kindes und betonen die Wichtigkeit der Aufklärung, Beratung und Zusammenarbeit mit diesen Institutionen. Gemeinsame Spielstunden werden zum einen als spezielles methodisches Vorgehen beschrieben (12. TH.C, 20. TH. D), entstehen aber auch aufgrund der Tatsache, dass die Kinder häufig nicht in der Lage sind, alleine in der Spielstunde zu bleiben (12. TH.C, 50. TH.B).

6. Ergebnisse und Interpretation

Die Ergebnisse der Qualitativen Inhaltsanalyse werden in diesem Abschnitt zum Zwecke der Beantwortung der Forschungsfragen herausgearbeitet. Die Forschungsfragen werden dazu nun einzeln angeführt, hinsichtlich der in Kapitel 5.2 dargestellten Ergebnisse interpretiert und in den Kontext der theoretischen Vorüberlegungen und Kenntnisse der Literatur gestellt.

Diese Arbeit wurde mit dem Ziel verfasst, zu ermitteln, wie personenzentrierte PsychotherapeutInnen das Schweigen einordnen, welche Besonderheiten es bei der Arbeit mit mutistischen Kindern gibt, ob im Falle der untersuchten Therapieverläufe die traditionelle nicht-direktive Vorgehensweise bei der Behandlung mutistischer Kinder im Praxisalltag eingehalten wird und inwiefern, wenn überhaupt, andere Techniken und Methoden respektive direkte Vorgehensweisen zur Anwendung kommen.

6.1 Wie erklären personenzentrierte PsychotherapeutInnen den Mutismus

In Bezug auf die Kategorisierung des schweigenden Verhalten, decken sich die Ergebnisse mit den in der Literatur vorhandenen Kategorien (vgl. Kap. 2.1.2, Kap. 3.3.2), aus welchen ersichtlich geworden ist, dass der Mutismus vorwiegend als Angststörung eingestuft wird. So ist heute eindeutig die Annahme vorherrschend, dass der selektive Mutismus zu den phobischen Erkrankungen und den sozialen Angststörungen zählt. Diese Annahmen findet sich auch bei Ehlers (2002), die den selektiven Mutismus ebenfalls als phobische Erkrankung beschreibt. Nochmals sei hier auf eine Studie verwiesen, bei der bei 97% von 30 selektiv mutistischen Kindern eine soziale Angststörung diagnostiziert wurde (Lehmann, 2002, S. 124).

Aus personenzentrierter Sicht kann man sagen, dass Angst entsteht, wenn Erfahrungen gemacht werden, die nicht mit der Selbststruktur zusammenpassen, und der Organismus sich dadurch bedroht sieht. Um die Selbststruktur zu erhalten, wird dieser Abwehrmechanismen (Angst) aktiviert, der dazu dient diese starke Inkongruenz (Diskrepanz zwischen Selbstkonzept und Erfahrung) nicht ins Bewusstsein zu lassen. (Rogers, 1959, S. 204)

Davon ausgehend, dass nur jene Erfahrungen symbolisiert werden, die von wichtigen Bezugspersonen anerkannt und empathisch verstanden werden, kann Angst in diesem Sinne als Belastungsreaktion verstanden werden, die entsteht, wenn einschneidende Erfahrungen des Kindes von Bezugspersonen nicht anerkannt und positiv beachtet werden. Folglich sei hier nochmals ein wichtiger bindungstheoretischer Aspekt nahegebracht, der besagt, dass ein Kind, das seine Bindungsperson als

präsent erlebt und sich verstanden fühlt, tendenziell „zu weniger intensiver und chronischer Angst [neigt] als ein Mensch, der diese Erfahrung nicht gemacht hat“ (Biermann-Ratjen, 2006b, S. 83). Die Erkenntnisse der Studie von Ehlers (2002), dass die von ihr behandelten mutistischen Kindern in frühen Entwicklungsphasen nicht genügend von ihren Bezugspersonen verstanden und akzeptiert worden sind, lassen auf einen engen Zusammenhang von Angstreaktionen und fehlenden Bindungspersonen schließen. Ausgehend von dieser Annahme ist herauszustreichen, dass viele AutorInnen verschiedener Profession der Ansicht sind, dass es sich beim Mutismus um eine Bindungsstörung handeln kann und auch im Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen (DSM-IV) (2008, online) wird der Mutismus zu den Bindungs- und Kontaktstörungen gezählt. Auch in der personenzentrierten Literatur wird „auf eine unzureichende Mutter-Kind-Beziehung in der ersten Lebenszeit“ (Ehlers, 2002, S. 317) hingewiesen und der Sprachheiltherapeut Reiner Bahr (1996) spricht vom Mutismus als eine Bewältigungsstrategie, die zum Ziel, hat „die Mutterbindung angesichts übersteigter Trennungsangst zu sichern“ (S. 14). Die Einstufung deckt sich mit den Erfahrungen von massiven Beziehungsstörungen bzw. Bindungsstörungen, die sechs von sieben Therapeutinnen gemacht haben. Wie bereits in Kapitel 3.3.2 erläutert wurde, können frühe Beziehungsstörungen aus personenzentrierter Sicht zum Entstehen von Inkongruenzen führen. (Wakolbinger, 2000, S. 58)

Der Zusammenhang zwischen Traumata und der Entstehung des schweigenden Verhaltens wird sowohl in der Literatur als auch in den Interviews thematisiert, jedoch sei nochmals darauf hingewiesen, dass häufig die fälschliche Annahme geäußert wird, Trauma oder Misshandlungen seien die alleinige Ursache für Mutismus. Auch Aspekte der Zweisprachigkeit und der Wunsch nach Aufmerksamkeit als mögliche Wirkfaktoren für die Entstehung und das Bestehenbleiben des schweigenden Verhaltens sind durch jeweils zwei Therapeutinnen zur Sprache gebracht worden und stimmen mit Erkenntnissen anderer AutorInnen überein.

Hinsichtlich der Ergebnisse dieser Studie scheint die in der Literatur am häufigsten vertretene Ansicht des Mutismus als Angststörung und Bindungsstörung auch hier Bestätigung zu finden.

6.2 Welche Besonderheiten gibt es bei der Arbeit mit mutistischen Kindern und wird Vorwissen als hilfreich bewertet

Die heute gängige Position in kinderspieltherapeutischer Arbeit bezüglich der hohen Relevanz der Zusammenarbeit mit Eltern bzw. Bezugspersonen und dem Umfeld mutistischer Kinder, hat sich bei allen Interviews bestätigt (vgl. Kap. 1.1.4). Elternarbeit und die Einbeziehung der Umwelt werden mittlerweile gemeinhin als wesentliche Elemente des therapeutischen Prozesses angesehen und alle Therapeutinnen sind sich einig, dass es ohne Umfeld und Eltern kaum möglich ist mit den Kindern zu arbeiten. Wobei hier darauf hinzuweisen ist, dass dies nicht nur die Arbeit mit mutistischen Kindern betrifft, sondern ein Ansatz ist, der allgemein und immer in der Praxis der Kinderspieltherapeutinnen vertreten wird. Das Selbstbild entwickelt sich bei Kindern „aus den dauerhaften subtilen Bewertungen der Gefühle und des Soseins des Kindes seitens der sozialen Umwelt, insbesondere der Eltern“ (Behr et al., 2009, S. 15). In diesem Sinne werden die Eltern bei allen befragten Expertinnen in irgendeiner Form miteinbezogen und so sind Beratungsgespräche hinsichtlich der Bewältigung des Alltags mit mutistischen Kindern und eines besseren Umgangs mit dem Schweigen bei allen fixer Bestandteil.

Elternberatungen sind aber auch deswegen so vorteilhaft, weil Eltern ebenfalls Raum und Zeit für ihre Sorgen und Belastungen im Kontext ihres mutistischen Kindes brauchen und das empathische Verständnis der Therapeutenperson für diese elterlichen Sorgen als sehr wichtig empfunden wird. Neben Einzelgesprächen mit Eltern gibt es auch Berichte über Eltern-Kind-Gespräche, Eltern-Kind-Spielstunden und filialtherapeutische Maßnahmen. Gemeinsame Spielstunden und die Filialtherapie werden mit dem Ziel einbezogen, dass die Eltern neue Zugänge zu ihrem Kind finden können und im Rahmen dessen auch mehr Verständnis und Geduld erlernen können, aber auch aufgrund der Tatsache, dass die Kinder oft nicht in der Lage sind, alleine in der Spielstunde zu bleiben.

Da – und dies scheint speziell mit mutistischen Kindern wichtig zu sein – die Erwartungen des Lehrkörpers und des Kindergartens oft einen zusätzlichen, nicht förderlichen Druck für das mutistische Kind darstellt, arbeiten fast alle Befragten mit dem Kindergarten oder dem schulischen Umfeld des Kindes zusammen und streichen die Wichtigkeit von Aufklärung, Beratung und Zusammenarbeit mit diesen Institutionen heraus.

Weiters zeigt diese Studie klar und deutlich, dass die Arbeit mit mutistischen Kindern im Praxisalltag an die befragten Therapeutinnen spezielle Anforderungen stellt. Möglicherweise sind gerade deshalb die meisten von ihnen der Ansicht, dass Informationen und störungsspezifisches Vorwissen zu Beginn oder im Laufe der Therapie hilfreich sind, da es durch störungsspezifische und

entwicklungspsychologische Informationen möglich ist, gegebenenfalls im Elterngespräch fundiertes Wissen und wichtige Informationen geben zu können und da es leichter ist, ein Sicherheitsgefühl seitens der Therapeutenperson herzustellen, wenn Vorkenntnisse über besondere Charakteristika mutistischer Kinder oder Informationen, die mit diesem Störungsbild zusammenhängen, (z. B. entwicklungspsychologische Erkenntnisse), bestehen.

Die im theoretischen Teil dieser Arbeit verankerten Aspekte im Kontext dieses Themas beinhaltet eine Positionierung Rogers' hinsichtlich der Relevanz störungsspezifischer Vorkenntnisse. Er hält es, lediglich zum Zwecke eines größeren Verständnisses für die Klientenperson, durchaus für sinnvoll diagnostische Vorüberlegungen anzuschauen. Ebenso ist er der Ansicht, dass unterschiedliche Blickwinkel für ein tieferes Verständnis des kindlichen Verhaltens wichtig sind, damit es möglich wird, das Kind in seinem „wahren“ Bedeutungszusammenhang zu erkennen. Diese Vorteile wurden auch von den Expertinnen hervorgehoben, die darüber berichten mehr Verständnis und Empathie für diese Kinder entwickeln zu können, wenn sie störungsspezifisches Wissen haben. Die Auswirkungen solcher Vorkenntnisse und Vorstudien auf die therapeutische Grundhaltung werden in der Literatur kontroversiell beschrieben. Einerseits stehen jene VertreterInnen, die der Ansicht sind, dass es nur mit ausreichendem Wissen in Bezug auf störungsbedingte Erlebnisformen möglich ist, diese empathisch zu verstehen und die Grundhaltung in einem therapeutisch notwendigen Maß zu verwirklichen (Keil & Stumm, 2002, S. 49) und andererseits stehen jene, die den Standpunkt vertreten, dass es für den therapeutischen Prozess und für den Aufbau einer Beziehung im Hier und Jetzt möglicherweise hinderlich sein könnte. Tatsache ist jedenfalls, dass man sich in den letzten Jahren immer mehr in eine Richtung bewegt hat, die Vorkenntnisse und störungsspezifisches Wissen nicht unberücksichtigt lassen will. Die Studie zeigt, dass es im Praxisalltag eindeutig einen Wunsch danach gibt, sei es auch nur für mehr Sicherheit und Verständnis seitens der Therapeutenperson. Ein weiteres, in der Studie herausgearbeitetes Merkmal mutistischer Kinder ist, dass sie oft Schwierigkeiten zu haben scheinen ein Spiel zu beginnen oder in ein Spiel einzusteigen. Sie verhalten sich zunächst sehr zurückhaltend und ängstlich bzw. sind sie teilweise auch garnicht in der Lage zu spielen und innere Prozesse im Spiel auszudrücken. Man kann dieses Verhalten aus personenzentrierter Sicht so erklären, dass „in angstbesetzten Situationen ... im Bewusstsein des Kindes keine Worte oder andere Symbole verfügbar [sind] und bewusste Aktionen ... gehemmt“ (Ehlers, 2002, S. 317) sind. Die Symbolisierungsfähigkeit, die sich immer in Verbindung mit der Integration der Erfahrungen des Kindes in sein Selbstkonzept entwickelt, ist gestört bzw. nicht gegeben. Doch ein Symbolisierungsprozess, bei dem „unklare, fetzenhafte mentale Elemente, wie Anmutungen, Handlungsimpulse und Gedankenblitze“ (Behr et al., 2009, S. 18) Gestalt annehmen,

die zu einer neuen Erfahrung werden und somit zum Veränderungsprozess beitragen, sind enorm wichtig. Das Spiel im spieltherapeutischen Prozess dient dazu, Dinge und Situationen die anfangs und in der echten Welt unüberbrückbar erscheinen, durch die symbolische Repräsentation, Reinszenierung und Begleitung bewältigbar werden zu lassen. (Landreth, 1993, S. 18) Die Kinder sind diesbezüglich zwar erheblich eingeschränkt, doch Ehlers (2002) erkennt trotz dieser starken Blockaden kleine, minimale Reaktionen, die auf die Aktualisierungstendenz zurückzuführen sind, wie beispielweise Herumschauen oder Dinge fixieren (S. 322). Wir erinnern uns, dass die Aktualisierungstendenz (die immer besteht), höchstens unterdrückt werden kann, aber nie zerstört. So ist sie auch bei starken Blockaden in minimalem Ausmaß vorhanden. Erfahrungsgemäß sind, wie bereits erwähnt, viele mutistische Kinder oft nicht in der Lage symbolisch zu spielen, also innere Prozesse im Spiel auszudrücken oder Worte als symbolische Repräsentanzen zu verwenden. Es bedarf also offensichtlich einer intensiveren Beobachtung und Konzentration auf das Verhalten, die Spielart, auf Bewegungen und auf Ausdrucksweisen des Kindes, um das kindliche Spiel bzw. das Kind selbst zu verstehen.

Neben diesen Aspekten ist in der Untersuchung ersichtlich geworden, dass die Therapeutinnen scheinbar mehr Schwierigkeiten haben mit mutistischen Kindern in Kontakt zu kommen, als mit anderen ihrer KlientInnen. Fünf von sieben der befragten Therapeutinnen empfinden die Kontaktaufnahme und deren Aufrechterhaltung als eine große Herausforderung und auch, wenn es letzten Endes gelingt, scheint es auffallend schwieriger zu sein als bei anderen Kindern. Wie bereits erklärt wurde, ist auch das ein Phänomen von dem häufig berichtet wird, da diese Kinder das grundlegende, inhärente Bedürfnis nach sozialen Kontakten nicht zu spüren und nicht bewusst wahrzunehmen scheinen (Ehlers, 2002, S. 321). Die befragten Expertinnen beziehen dieses Problem vor allem auf die fehlende Fähigkeit Beziehungen einzugehen, sowie auf eine enge Mutter-Beziehung und fehlende Sprache. Dass viele mutistische Kinder sich durch Eigenschaften wie Unsicherheit, Schüchternheit und Angst, aber auch Unempfänglichkeit, Apathie oder Misstrauen charakterisieren lassen, haben wir bereits erläutert und so ist es hinsichtlich dieser Attribute nur selbstverständlich, dass eine Kontaktaufnahme schwerer fällt. Dies stellt die Therapeutinnen vor eine spezielle Herausforderung, denn ohne Beziehung kann sich kein therapeutischer Prozess entwickeln und deshalb muss es gelingen, diese aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Seitens der Therapeutinnen entsteht immer wieder das Bedürfnis den therapeutischen Prozess anzutreiben, wenn die Gefahr besteht, dass er steckenbleibt. Der bestehende große Druck und die hohe Erwartung, die von aussen auf die Therapeutinnen ausgeübt werden, haben einen negativen Einfluss auf die therapeutische Haltung und führen unter anderem zu fehlendem Optimismus und fehlender Zuversicht. Für diese

Gefühle ebenso förderlich ist die Tatsache, dass es kaum verbale Äußerungen des Kindes oder Rückmeldung an die Therapeutenperson gibt, die dadurch gefühlsmäßig „im Dunklen tappt“. Dieses Gefühl kann zu den von einigen Therapeutinnen berichteten Selbstzweifeln führen und könnte Schwierigkeiten dabei bereiten, einfühlsam und wertschätzend zu bleiben. Diesen Unsicherheiten könnte durch den Rückgriff auf Vorkenntnisse und Erfahrungsberichte anderer TherapeutInnen, die von Selbstzweifel, wachsender Ungeduld oder einem Unverständnis dem Kind gegenüber, berichten, entgegengewirkt werden.

6.3 Inwieweit wird die klassische nicht-direktive durch eine störungsspezifische Vorgehensweise ersetzt bzw. erweitert

Hinsichtlich der therapeutischen Vorgehensweisen soll eine tabellarische Darstellung zunächst einen Überblick über die in Kapitel 5.2 dargestellten Ergebnisse schaffen, anhand derer die genaue Analyse hinsichtlich nicht-direktiver bzw. direkter methodischer Ansätze der befragten Therapeutinnen durchgeführt wird.

Tabelle 10: Nicht-direktive vs. direkte Vorgehensweisen

	TH.A	TH.B	TH.C	TH.D	TH.E	TH.F	TH.G
Spiele werden vom Kind selbst gewählt	x	x	x		x	x	
Spiele werden vorgeschlagen		x	x	x	x		x
Kind spielt alleine					x		x
Therapeutin spielt mit	x	x	x	x		x	x
Sprachgebrauch wird nicht forciert		x	x		x	x	
Sprachgebrauch wird forciert			x	x		x	x
Sprechen ist kein Therapieziel	x	x		x	x		x
Zusätzliche Methoden werden angewendet			x	x	x	x	x

Die Untersuchung hat ergeben, dass zwei Therapeutinnen im Kontext mutistischer Kinder explizit mit dem Setzen von Spielangeboten arbeiten. Alle übrigen Therapeutinnen (5/7) versuchen in hohem Ausmaß dem Kind die Initiative und die Spiele selbst wählen zu lassen. Es wird jedoch im Laufe der Gespräche klar, dass drei der fünf Therapeutinnen, die die Kinder nach eigenen Angaben selbst wählen lassen, diese Haltung nicht in allen Therapiesitzungen einhalten und an irgendeinem Punkt in der Therapie, ein Spielangebot machen, auch wenn die Kinder dieses Angebot natürlich ablehnen können. Vertreterinnen neuerer Methoden in der Kinderspieltherapie sind der Ansicht, dass das Vorschlagen von Spielen oder Anbieten derer nicht per se bedeutet die personenzentrierte Ebene zu verlassen, denn differentielle Spielangebote können so gestaltet werden, dass das Kind dabei trotzdem die Spielführung behält. Es ist vor allem wichtig, dass dieses Spielangebot aus dem Spielprozess heraus entsteht (also spontan), dass es sich auf festgelegte Prozessziele bezieht und dass es immer auch die Möglichkeit des Kindes beinhaltet, das gemachte Angebot abzulehnen bzw. nach anderen Spielangeboten zu verlangen. Es wurde im theoretischen Teil auch erläutert, dass es wichtig ist, dem Kind die benötigte Zeit zuzugestehen und dass Versuche, die die Beschleunigung des Therapieprozesses herbeiführen wollen nicht zum Repertoire personenzentrierter KinderspieltherapeutInnen gehören sollten.

Betrachtet man in diesem Kontext das fünfte Grundprinzip personenzentrierter Arbeit mit Kindern nach Axline (1947), welches besagt, dass die Therapeutenperson die Fähigkeiten des Kindes seine

Probleme selbst zu lösen, achtet, vor allem, wenn „man ihm Gelegenheit dazu gibt, eine Wahl im Hinblick auf sein Verhalten zu treffen“ (S. 69) und dass „der Entschluss zu einer Wandlung und das In-Gang-Setzen einer Veränderung“ (S. 69) Angelegenheiten des Kindes sind, widerspräche das jeglicher Form von Spielangebot und aktiven oder direktiven Interventionen. Nichtsdestotrotz scheinen Spielangebote aus heutiger Sicht, unter bestimmten Umständen, als förderlich eingestuft zu werden. Inwieweit es also legitim zu sein scheint diese einzusetzen, hängt zum einen von der Positionierung in dieser Debatte seitens der Therapeutenperson ab und sollte hier im Kontext der Frage gesehen werden, ob die personenzentrierte Grundhaltung ihre Identität beibehält.

In erster Linie scheinen die befragten Therapeutinnen Spielangebote zu setzen um auszuprobieren, ob das Kind auf bestimmte Anstöße reagiert, ob es sich wohler fühlt wenn diese gegeben sind oder ob dadurch eher ein Spielprozess in Gang kommen kann, wenn er nicht von selbst entsteht. Weinberger, (2007) sieht hier vor allem den Vorteil, dass dem Kind dadurch eventuell mehr Ausdrucksmöglichkeiten angeboten werden, um ein bestimmtes Thema zu vertiefen (S. 10). Das dritte Grundprinzip nach Virginia Axline lautet zwar, dass die Therapeutenperson die Beziehung zum Kind auf einer Atmosphäre des Gewährenlassens gründet, so dass das Kind all seine Gefühle frei und ungehemmt ausdrücken kann (Axline, 1947, S. 69), doch scheint dieses Prinzip hinsichtlich der Erfahrung, dass mutistische Kinder oft nicht in der Lage sind ein Spiel zu beginnen, in ein Spiel einzusteigen oder Ausdrucksmöglichkeiten zu finden, die TherapeutInnen vor große Herausforderungen zu stellen. Das Spielangebot kann ihnen also möglicherweise helfen, die Voraussetzungen für Veränderung möglich zu machen – im personenzentrierten Sinne also, die Aktualisierungstendenz des Kindes anzuregen. Die Realisierung des Gewährenlassens wird vor allem dann in Frage gestellt bzw. nicht mehr verfolgt, wenn die Therapeutinnen das Gefühl haben, dass der Therapieprozess stehen bleibt, wenn der Eindruck besteht, es gäbe noch etwas zu bearbeiten, oder wenn es notwendig scheint das Kind dabei zu unterstützen, Ideen reifen zu lassen. Weinberger (2007) ist der Ansicht, dass die Therapeutenperson mit zunehmender Erfahrung immer mehr in der Lage ist, solche Angebote aus der unmittelbaren Begegnung heraus zu gestalten (S. 120). Dessen ungeachtet geht es in der Personenzentrierten Spieltherapie nicht um die Anwendung spezieller Spielmittel oder Techniken, sondern um die Realisierung personenzentrierter Einstellungen der Therapeutenperson und die Aufrechterhaltung einer wertschätzenden und akzeptierenden Beziehung (Goetze, 2002, S. 79ff.). Dieses Beziehungsangebot wird als wesentlichste Wirkvariable beschrieben, aber in aktuellen Betrachtungsweisen differenzierter betrachtet, da es mehr als nur die Realisierung der drei Basisvariablen Empathie, Kongruenz und Akzeptanz beinhaltet. (Fröhlich-Gildhoff et al., 2003, S. 197) Heutzutage erfolgen die Interventionen eher auf der Spielebene und es wird die Ansicht vertreten,

dass „neue Interaktions- und Beziehungserfahrungen, die die Kinder [...] machen, ein bedeutsamer therapeutischer Faktor sind“ (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 301). Wird das gemachte Spielangebot also im Dienste einer Aktivierung des Spielprozesses, im Hinblick auf die Förderung der Aktivierungstendenz und mit dem Ziel der Erhaltung einer personenzentrierten Beziehung verwendet, so spricht nach Auffassung mehrerer Autoren nichts dagegen (vgl. Kap. 1.1.4). Vor allem letzterer Aspekt kann im Kontext der ersten Bedingung von Axline (1947) legitimiert werden, in der es um den Aufbau einer freundlichen und warmen Beziehung geht, die – und dies ist grundlegend – „sobald wie möglich zu einem guten Kontakt führt“ (S.69).

Im Kontext differentieller Vorgehensweisen sind sowohl die befragten Expertinnen als auch VertreterInnen der Personenzentrierten Kinderspieltherapie der Ansicht, dass dies keine streng nicht-direktive Vorgehensweise impliziert. Eben beschriebene Spielangebote, sowie Anwendungen methodischer Schritte aus anderen therapeutischen Richtungen und der Gebrauch bestimmter Medien seitens der befragten Therapeutinnen sind, voraussichtlich aufgrund dieser Haltung, in fünf von sieben Interviews zu finden. Es wird klar, dass sowohl die Einbeziehung von Körperarbeit und Techniken zur Erlangung einer besseren Körperwahrnehmung als auch die Anwendung von Sandspiel, die drei von diesen Therapeutinnen hinzuziehen, Verwendung findet.

Obwohl alle Therapeutinnen an irgendeinem Punkt im Interview explizit angegeben haben, dass sie die Sprache weder forcieren wollen, noch als therapeutisches Ziel deklariert haben, geben drei Therapeutinnen verhaltenstherapeutische Techniken in Bezug auf Sprachanwendung an.

Durch die Wichtigkeit der Elternarbeit, ergibt sich bei drei Therapeutinnen die Anwendung eines familientherapeutischen Settings und so werden in Folge dessen auch bei zwei Therapeutinnen Elemente der systemischen Therapie eingebaut. Eine Therapeutin wendet neben allen anderen bereits erwähnten Techniken bewusst zusätzlich noch gestalttherapeutische und musiktherapeutische Techniken an.

In Bezug auf die Partizipation im Spielprozess hat sich herausgestellt, dass bis auf eine alle Therapeutinnen auf Wunsch des Kindes in der Spielstunde mitspielen. Das als selbstverständliche, therapeutische Vorgehensweise nebenbei erwähnte Mitspielen deckt sich mit den Erkenntnissen in der Literatur hinsichtlich aktueller Vorgehensweisen. Das Mitspielen hat als methodisches Vorgehen im Praxisalltag der personenzentrierten KinderspieltherapeutInnen unserer Zeit Eingang gefunden. So ist beispielsweise bei Konzeptionen von Behr (Interaktionelle Therapie) die Partizipation ein wichtiger Teil der Therapie, jedoch sollte es grundsätzlich nur auf Aufforderung (verbal oder non-verbal) durch das Kind erfolgen (Weinberger, 2007, S. 191). Wichtig ist jedenfalls, dass die

Therapeutenperson beim Mitspielen auf zwei Ebenen gleichzeitig agiert, nämlich auf der Spielebene und der Metaebene. Auf der Spielebene geht es darum, die vom Kind geforderte Rolle zu spielen und dabei gleichzeitig die kindlichen Aktionen zu beobachten. Auf der Metaebene erfolgen einerseits Abschätzung und Entscheidung bezüglich der zu setzenden Reaktionen im weiteren Spielverlauf und andererseits die Wahrnehmung, der in der Rolle aufkommenden eigenen Gefühle, sowie auch der Gefühle des Kindes in der Spielsituation. (Weinberger, 2007, S. 193f.)

Bei Axline und VertreterInnen des klassischen Konzepts wird die Ansicht vertreten, dass die Therapeutenperson zurückhaltend sein soll, eigentlich gar nicht mitspielen und das Spiel verbal begleiten soll. Sie bleibt während der Therapiestunde interaktionslos im Sinne eines „Nichtmitspielens“, sie verbalisiert und spiegelt die Handlungen und Affekte des Kindes und versucht den Symbolisierungsprozess, der im Kind während des Spielens aktiv ist, zu verstehen und zu verbalisieren (Axline, 1964, 1947). Aber auch bei Axline finden sich Äußerungen darüber, dass die Therapeutenperson bei Aufforderung mitspielen kann, jedoch geht die grundlegende Tendenz in die Richtung, dass „die Reaktionen des Therapeuten auf das, was das Kind zu kommunizieren bereit ist“ begrenzt bleiben müssen, „um zu vermeiden, dass sie eine Bedrohung werden und dadurch den Entfaltungsprozeß hemmen“ (Dorfman, 1972/2005, S. 225). Der Unterschied wäre wohl da festzumachen, dass die Partizipation in den neueren Konzeptionen, unter gewissen Umständen auch ohne Aufforderung des Kindes gemacht wird und wahrscheinlich schneller geschieht.

Das Abschätzen zwischen dem Gewährenlassen und dem Geben von Hilfestellungen ist eine Gratwanderung und die Legitimation direkter Interventionen, kann lediglich im Kontext einer Auseinandersetzung mit wesentlichen Identifikatoren personenzentrierter Arbeit gemacht werden und so muss die Frage gestellt werden, wodurch sich die eigene Arbeit als personenzentriert identifiziert. Hier muss in jedem Fall klar sein, dass es Unterschiede zwischen dem klassischen Konzept von Axline und neueren Vorgehensweisen im Sinne von Behr, Weinberger, u. a. gibt und vor allem auch einige erhebliche Divergenzen mit methodischen Schritten anderer therapeutischer Schulen.

Grundsätzlich wird die Verwendung methodischer Schritte anderer Richtungen nicht als Abweichung personenzentrierter Arbeit verstanden und so meinen auch Behr et al. (2009), dass es in der personenzentrierten Arbeit durchaus legitim ist „ein profundes methodisches Repertoire“ (S. 14) zu haben, denn dadurch ist es möglich, das Beziehungsangebot zu differenzieren und „Entwicklungsprozesse mit experientiellen und prozessleitenden Hilfen“ (S. 14) zu unterstützen. Diese Ansicht widerspricht zwar dem sechsten Grundprinzip von Axline (1947), dass besagt, dass die

Therapeutenperson keinesfalls versucht, „die Handlungen oder Gespräche des Kindes zu beeinflussen“ (S. 69), doch harmonisiert sie mit den Erkenntnissen dieser Studie, in der herausgekommen ist, dass der befragten Therapeutinnen die Einhaltung der Nicht-Direktivität mit mutistischen Kindern als schwierig empfinden und die Anwendung direkterer, prozessfördernder Hilfen, als sinnvoll.

Es wird bei allen Interviews darauf hingewiesen, dass es in erster Linie gelingen muss, eine Beziehung aufzubauen und einige sind der Ansicht, dass das auch durch Initiativen im Spielprozess seitens der Therapeutenperson geschehen kann, ohne dass die personenzentrierte Grundhaltung zwangsläufig verloren geht. Zwei Therapeutinnen sind der Ansicht, dass die Einhaltung der Nicht-Direktivität nur möglich ist, wenn das Kind über Selbstvertrauen verfügt und genügend Phantasie hat sich auszudrücken. Es scheint immer wieder das Gefühl zu entstehen, dass der therapeutische Prozess stecken bleibt und somit kommt in der Therapeutenperson das Bedürfnis auf, etwas zu tun, sich mehr einzubringen. Dieses Bedürfnis äußert sich sowohl im Setzen von Spielangeboten als auch im Gebrauch von sprachfördernden Maßnahmen.

Obwohl allgemeiner Konsens darüber herrscht, dass gerade bei ängstlichen Kindern die Anwendung von Druck oder auch Sprachzwang, negative Resultate haben kann und einige Therapeutinnen die druckfreie Atmosphäre als positive Rahmenbedingung personenzentrierter Arbeit herausstreichen, erwähnen drei dieser Therapeutinnen im Laufe des Gesprächs Vorgehensweisen, in denen sie versucht haben, den Sprachgebrauch zu forcieren. All diese Therapeutinnen und noch eine weitere, respektive vier, berichten über Maßnahmen, in denen sie in Bezug auf die Partizipation in der Spielstunde oder Sprachanwendung auf das Kind etwas Druck ausüben. Es werden Versuche beschrieben, die Sprache des Kindes durch direkte Sprachspiele und leichten Druck zu initiieren mit dem Ziel verbale Kommunikation zu erreichen. Die personenzentrierte Arbeit zielt jedoch grundsätzlich und theoretisch auf die Entwicklung der Kindes als Ganzes und nicht auf die Veränderung der „unangemessenen“ Verhaltensweisen ab. Deshalb geht es im spieltherapeutischen Prozess darum, dem Kind Beziehungserfahrungen anzubieten, in denen es, gleich ob es sich unangemessen oder angemessen verhält, vollständig angenommen wird und nicht die gleichen Reaktionen auf sein unangemessenes Verhalten erfährt, die es durch andere Bezugspersonen bekommt. Eine personenzentrierte Spielstunde zeichnet sich dadurch aus, dass sie einen sicheren Rahmen schafft, der durch keinerlei Druck gestört wird. „Der Therapeut akzeptiert das Kind genauso, wie es im Augenblick ist, und versucht nicht, es in eine sozial anerkannte Form zu pressen“ (Dorfman, 1972/2005, S. 224). Im Zentrum des therapeutischen Fokus steht auch nicht das Symptom, sondern das Erleben des Kindes (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 317). Diese Haltung zählt zu den

wichtigsten Aspekten der therapeutischen Philosophie des personenzentrierten Ansatzes, durch den sie sich, unter anderem, von Vorgehensweisen anderer therapeutischer Schulen unterscheidet.

Im Aspekt der Anwendung von sprachforcierenden Maßnahmen ist ersichtlich geworden, dass die personenzentrierte Haltung, die sich durch explizites Vermeiden von Druck auszeichnet, in der konkreten therapeutischen Situation nicht leicht einzuhalten zu sein scheint oder in der Arbeit mit mutistischen Kindern im Praxisalltag als nicht sinnvoll oder förderlich eingeschätzt wird. Grundsätzlich wird trotz einiger Versuche im Laufe der Therapie bei fast allen Therapeutinnen das Sprechen jedoch nicht als Therapieziel definiert, sondern eher Persönlichkeitsentwicklung, Beziehungsfähigkeit, Angstreduktion und Konfliktlösungsstrategien. Dennoch werden in Bezug auf diesen einen Aspekt (Sprachanwendung) Versuche beschrieben, die auf Sprachanwendung abzielen und diese können in keinsten Weise zu personenzentrierten Vorgehensweisen gezählt werden.

Die Annahme, dass die Einhaltung der Nicht-Direktivität bei der Arbeit mit mutistischen Kindern die verschlossen, ängstlich und zurückhaltend sind und deren elterliche Erwartung sich durch einen starken Wunsch und ein Verlangen nach raschem Symptomabbau auszeichnen, eine gewisse Herausforderung darstellen kann, hat sich in den Ergebnissen der Forschung bestätigt und auch die Erkenntnis von Ehlers (2002), dass „der Kindertherapeut [...] gelegentlich die Ebene des nondirektiven Handelns verlassen und Anregungen des organismischen Neugierverhaltens ermöglichen“ (S. 330) muss, fanden Bestätigung. Versagensängste seitens der Therapeutenperson, die Befürchtung, der therapeutische Prozess komme nicht in Gang und die Probleme eines Beziehungsaufbaus führen die befragten Expertinnen immer wieder zu direkteren Vorgehensweisen, wie Spielangebote, Sprachforcierung und Methoden aus anderen Richtungen oder mit speziellen Zielen.

Alle befragten Therapeutinnen empfinden aber den personenzentrierten Ansatz, bei dem es unter anderem – wie Reisel & Wakolbinger (2006) formulieren – um das In-Beziehung-Sein und um ein „inneres Mitschwingen mit dem, was das Kind momentan erlebt und ausdrückt“ (S. 317) geht, als eine sinnvolle Herangehensweise in der Arbeit mit mutistischen Kindern. Sie subsumieren unter dem personenzentrierten Ansatz die wertschätzende und akzeptierende Haltung der Therapeutenperson, das Kind als Person wahrzunehmen und das Schaffen eines Rahmens, in dem das Kind in der Spielstunde die Führung übernehmen kann und der einen geduldigen, druckfreien Entwicklungsraum bietet. Das sind nach eigenen Angaben wesentliche Aspekte in der Effektivität des therapeutischen Prozesses.

Betrachtet man aber nun alle sieben Interviews im Gesamtkontext, ist eindeutig zu erkennen, dass lediglich zwei (A, E) von sieben Therapeutinnen durchgehend eine nicht-direktive Position bezüglich der Freiheit des Kindes, die Spiele selbst zu wählen, und des Verzichts auf sprachfördernde

Interventionen vertreten. Jedoch beschreiben auch diese beiden eine Lenkung in minimalem Ausmaß, wenn der spielerische Prozess nicht zustande kommt, aber eher im Hinblick auf den Aufbau einer Beziehung zwischen ihnen und dem Kind.

Abseits der Forschungsfrage, wurde im Zusammenhang der Interviews mit diesen zwei Therapeutinnen eine weitere Erkenntnis gewonnen. Sowohl Therapeutin A als auch Therapeutin E sind lehrtherapeutisch und wissenschaftlich tätig, was den Schluss nahelegt, dass die Ausformulierung der persönlichen therapeutischen Arbeit und Erfahrung in Form wissenschaftlicher Texte dazu beiträgt, theoretischen Grundlagen der eigenen therapeutischen Richtung gerechter werden zu können und diese vollkommener zu internalisieren, da sie möglicherweise im Bewusstsein der Therapeutenperson präsenter sind und damit Theorie und Praxis mehr übereinstimmen. Diese Schlussfolgerung müsste aber erst durch eine weitere Studie Bestätigung finden.

Eine Therapeutin (B), die ebenfalls grundsätzlich nicht-direktiv arbeitet und diese Haltung bei einem mutistischen Kind nach eigenen Angaben vollständig eingehalten hat, kam jedoch bei einem anderen schweigenden Kind zu einem Punkt, an dem sie außer dem Setzen von Spielangeboten keinerlei Weg gesehen hätte, den therapeutischen Prozess in Gang zu bringen.

Alle anderen Therapeutinnen (C, D, F, G) entsprechen durch das Setzen von Spielangeboten und das Ausüben von leichtem Druck in eine gewisse Richtung nicht den Kriterien klassischer nicht-direktiver Vorgehensweisen. Jene Therapeutinnen können auch hinsichtlich der Verwendung von Plänen und Hausübungen bzw. in Bezug auf die Tatsache, dass sie an gewissen Punkten im therapeutischen Prozess versuchen, den Sprachgebrauch zu forcieren, auch nicht im Kontext neuerer Ansichten explizit und undiskutiert in die Personenzentrierte Kinderspieltherapie eingeordnet werden.

6.4 Abschließende Bemerkungen

Immer wieder wird die Ansicht vertreten, Rogers sei ein Feind jedweder Art von Diagnostik und differentieller Vorgehensweisen gewesen; betrachtet man diese Debatte aber im Kontext eines Zitats von Rogers (1951):

There has been a tendency to regard the nondirective or client-centered approach as something static – a method, a technique, a rather rigid system. Nothing could be further from the truth. The group of professional workers in this field are working with dynamic concepts which they are constantly revising in the light of continuing clinical experience and in the light of research findings. The picture is one of fluid changes in a general approach to problems of human relationships, rather than a situation in

which some relatively rigid technique is more or less mechanically applied.
(S. 6)

so scheint es durchaus im Sinne Rogers zu sein, Erweiterungen und Neuerungen anzustreben, wenn sie durch die Erfahrung der PraktikerInnen sinnvoll erscheinen und durch Forschungen nachweisbar sind. Er plädiert für dynamische Konzepte, die mit einem stetigen Wandel innerhalb dieses Ansatzes einhergehen, der sich eher mit den Problemen der menschlichen Beziehung als mit starrer Technik auseinandersetzt. Rogers scheint sich beispielsweise im Klaren darüber gewesen zu sein, dass es im Kontext der Arbeit mit Kindern durchaus einer anderen Methode bedarf als bei der Arbeit mit Erwachsenen. Er meint, „and what we have said about the definition of the therapeutic relationship applies equally well to the play situation. The most noticeable difference is that in play therapy the relationship is defined much more through actions“ (Rogers, 1942, S. 95). Es wird also eine andere Technik – das Medium Spiel – angewandt, um eine Beziehung zum Kind herzustellen. Beschreibt er hier nicht an sich schon einen differentiellen Vorgang für eine spezielle KlientInnengruppe – nämlich die der Kinder und Jugendlichen? Jeder Laie würde dieser Aussage zustimmen, dennoch ist sie im Kontext der Debatte und rein auf theoretischer Ebene durchaus kritisch zu betrachten. Hier wird von Rogers ohne jegliche Diskussion eine Erweiterung seines Ansatzes vollzogen, wo er doch noch zehn Jahre später die Ansicht vertritt, dass es nicht nötig sei, differentielle Methoden zur Anwendung kommen zu lassen. Könnte man also nicht als Gegenargument für all jene klassischen VertreterInnen, die sich in diesem Sinne auf einen vermeintlichen Standpunkt Rogers' beziehen, meinen, dass diese Aussage offenlegt, dass auch Rogers je nach seiner persönlichen, klinischen und wissenschaftlichen Erfahrung die Ansicht vertreten hat, dass Erweiterungen vorgenommen werden müssen? Wie auch immer man diese Fragen beantworten will, fest steht, dass sich die Personenzentrierte Psychotherapie in einem Spannungsfeld befindet, das mehrere Aspekte umfasst: den Aspekt der Legitimation neuerer Vorgehensweisen, die Grenzen der Adaption, die Ursachen des subjektiven Bedarfs dieser Adaptionen sowie die Problematik der Definition einer personenzentrierten Vorgehensweise.

Im Praxisalltag, meinen Behr et al. (2009), „arbeiten doch nahezu alle erfahreneren Psychotherapeuten unabhängig von ihrer ersten Psychotherapieausbildung mit einem integrativen Zugriff auf ganz verschiedene Methoden, so wie es der jeweilige Klient nahe legt“ (S. 25). Dessen ungeachtet scheint es notwendig, als Therapeutenperson in dieser Debatte Stellung zu beziehen, sich seiner Position bewusst zu sein und in diesem Sinne zu agieren.

Literaturverzeichnis

- Ainsworth, M. D. S.** (1973). The development of infant-mother attachment. In B. M. Caldwell & H. Ricciuti (Hrsg.). *Review of Child Development Research*. Band 3. (S. 1–94). Chicago: University of Chicago Press.
- Anstendig, K.** (1998). Selective Mutism: A review of the treatment literature by modality from 1980–1996. *Psychotherapy*, Vol. 35, No.3, S. 381–391.
- Atlas, J.** (1993). Symbol use in the case of selective mutism. *Perceptual and Motor Skills*, Vol. 76, S. 1079–1082.
- Atoynatan, T.** (1986). Elective Mutism: involvement of a mother in the treatment of the child. *Child Psychiatry & Human Development*, Vol. 17, S. 15–27.
- Axline, V. M.** (1947). *Play Therapy: The Inner Dynamics of Childhood*. Boston: Houghton/Mifflin
- Axline, V. M.** (1948). Some observations on play therapy. *Journal of Consulting Psychology*, Vol. 12, S. 209–216.
- Axline, V. M.** (1964). *Dibs: In Search of Self*. New York: Ballantine.
- Bahr, R.** (1996). Mutismus – neuere Klassifikationsversuche und verbreitete therapeutische Ansätze. *L.O.G.O.S. Interdisziplinär*, No. 4, S. 4–14.
- Bahr, R.** (2002). *Schweigende Kinder verstehen. Kommunikation und Bewältigung beim selektiven Mutismus* (3. Auflage). Heidelberg: Edition S.
- Behr, M.** (2002). Therapie als Erleben der Beziehung – Die Bedeutung der interaktionellen Theorie des Selbst für die Praxis einer personenzentrierten Kinder- und Jugendpsychotherapie. In C. Boeck-Singelmann & B. Ehlers & T. Hensel & F. Kemper & Ch. Monden-Engelhardt (Hrsg.). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Bd 1., Grundlagen und Konzepte (2. Aufl.) (S. 95–122). Göttingen u. a.: Hogrefe
- Behr, M.** (2007). Gesprächspsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Konzepte und Praxis eines personenzentriert-interaktionellen Vorgehens. In J. Kritz & T. Slunecko (Hrsg.). *Gesprächspsychotherapie* (S. 151–164). Wien: Facultas.
- Behr, M.** (2009). Die interaktionelle Therapeut-Klient-Beziehung. In M. Behr & D. Hölldampf & D. Hüsön (Hrsg.). *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (S. 37–58). Göttingen: Hogrefe.
- Behr, M., Hölldampf, D., Hüsön, D.** (2008). Beziehung und Methode – Theorien und personenzentriert-interaktionelle Behandlungskonzepte bei Kindern, Jugendlichen, Eltern und Familien. In M. Behr & D. Hölldampf & D. Hüsön (Hrsg.). *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (S. 13–33). Göttingen: Hogrefe.

Biermann-Ratjen, E. (1993). Das Modell der psychischen Entwicklung im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts. In J. Eckert & D. Höger & H. Linster (Hrsg.). *Die Entwicklung der Person und ihre Störung*, Band 1 (S. 77–87). Köln: GwG-Verlag

Biermann-Ratjen, E. et al. (1995). Zum Jubiläum der GwG: Zehn Vertreter des Personenzentrierten Ansatzes äußern sich zu unserer gemeinsamen Methode. *GwG Zeitschrift*, Vol. 26, No. 100, S. 26–34.

Biermann-Ratjen, E. (2002). Entwicklungspsychologie und Störungslehre. In C. Boeck-Singelmann & B. Ehlers & T. Hensel & F. Kemper & Ch. Monden-Engelhardt (Hrsg.). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Bd 1., Grundlagen und Konzepte (2. Aufl.) (S. 11–34). Göttingen u. a.: Hogrefe.

Biermann-Ratjen, E. (2006a). Was ist Psychotherapie, was ist Gesprächspsychotherapie? In J. Eckert & E. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 1–10). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Biermann-Ratjen, E. (2006b). Klientenzentrierte Entwicklungslehre. In J. Eckert & E. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 73–92). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Biermann-Ratjen, E. (2006c). Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. In J. Eckert & E. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 93–116). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Binder, U. & Binder, J. (1994). Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie. Schizophrene Ordnung. Psychosomatisches Erleben. Depressives Leiden. Eschborn: Klotz.

Black, B. B. & Uhde T. W. (1992). Case Study. Elective Mutism as a Variant of Social Phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescence Psychiatry*, Vol. 31, No. 6, S. 1090–1094.

Black, B. B. & Uhde T. W. (1994). Treatment of Elective Mutism with Fluoxetine: A Double-Blind, Placebo-Controlled Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescence Psychiatry*, Vol. 33, No. 7, S. 1000–1006.

Black, B. B. & Uhde T. W. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescence Psychiatry*, Vol. 34, No. 2, S. 847–856.

Boeck-Singelmann, C. & Ehlers, B. & Hensel, T. & Kemper, F. & Monden-Engelhardt, Ch. (2002a). Vorwort zur 1. Auflage. In C. Boeck-Singelmann & B. Ehlers & T. Hensel & F. Kemper & Ch. Monden-Engelhardt (Hrsg.). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Bd 1., Grundlagen und Konzepte (2. Aufl.) (S. 3–7). Göttingen u. a.: Hogrefe

Boeck-Singelmann, C. & Ehlers, B. & Hensel, T. & Kemper, F. & Monden-Engelhardt, Ch. (2002a). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Bd 1., Grundlagen und Konzepte. (2. Aufl.). Göttingen u. a.: Hogrefe

Boeck-Singelmann, C. & Ehlers, B. & Hensel, T. & Kemper, F. & Monden-Engelhardt, Ch. (2002b). Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd 2., Anwendung und Praxis. (2. Aufl.). Göttingen u. a.: Hogrefe

Boeck-Singelmann, C. & Ehlers, B. & Hensel, T. & Kemper, F. & Monden-Engelhardt, Ch. (2003). Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd 3., Störungsspezifische Falldarstellungen. Göttingen u. a.: Hogrefe

Boeree, G. C. (1998). Personality Theories. CARL ROGERS. Dt. Übersetzung: D. Wieser (2006). Persönlichkeitstheorien. Shippensburg University USA. Verfügbar unter: www.social-psychology.de/cc/click.php?id=19 [12.11.11].

Boggs, A. E. (2005). Selective mutism anxiety reduction therapy: A multiple case. Unveröffentlichte Dissertation. Alliant International University, California School of Professional Psychology. San Francisco Bay.

Bogner, A. & Menz, W. (2005). Das Experteninterview. Theorie, Methoden, Anwendung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage

Bowlby, J. (1969). Attachment. Attachment and Loss (Bd. 1). New York: Basic Books.

Bohart, A. (Hrsg.) (2000). The client as active self-healer: Implications for integration (Special Issue). *Journal of Psychotherapy Integration*, Vol. 10, No. 2, S. 119–220.

Bratton, S. & Ray, D. & Landreth, G. & Edwards, N. (2009). Child-centered play therapy: Theory, research and practice. *Journal of Person-centered and Experiential Psychotherapies*, Vol. 8, No.4, S. 266–281.

Brown, J. B. & Lloyd, H. (1975). A controlled study of children not speaking at school. *Journal of Associated Workers of Maladjusted Children*, Vol. 3, S. 49–63.

Browne, E. & Wilson, V. & Laybourne, P.C. (1963). Diagnosis and treatment of elective mutism in children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, Vol. 2, S. 605–617.

Bühler, C. (1975). Das Seelenleben des Jugendlichen. Frankfurt am Main: Fischer Verlag

Carlson, J. S. & Mitchell, A. D. & Segool, N. (2008). The current state of empirical support for the pharmacological treatment of Selective Mutism. *School Psychology Quarterly*, Vol. 23, No. 3, S. 354–372.

Carr, A. & Afnan, S. (1989). Concurrent individual and family therapy in a case of elective mutism. *Journal of Family Therapy*, Vol. 11, S. 29–44.

Castell, R., & Schmidt, M. H. (2007). Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Elektiver Mutismus (F94.0), In Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u. a. (Hrsg.). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. (3. Aufl.), (S. 303–310). Deutscher Ärzte Verlag.

Chavira, D. A. & Shipon-Blum, E. & Hitchcock, C. & Cohan, S. & Stein, M. B. (2007). Selective mutism and social anxiety disorder: All in the family? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 46, No. 11, S. 1464–1472.

Cline, T. & Baldwin, S. (2004). Selective mutism in children (2. Aufl.). London: John Wiley & Sons

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information,
Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD), Engl: International Classification of Diseases.
Verfügbar unter: http://www.medaustria.at/f_icd10.html [12.11.11].

Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen, DSM-IV (2008).
Klassifikationsdiagnostik und Störungslehre in der Klinischen Psychologie. Verfügbar unter:
<http://www.paed.uni-muenchen.de/~chris/dsm4.htm> [12.11.11].

Dorfman, E. (1951/2005). Spieltherapie. In C. R. Rogers (Hrsg.). Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Client-centered Therapy. (17. Auflage) (S. 219–234). Frankfurt am Main : Fischer Verlag GmbH. (Original erschienen 1951: Client-centered therapy)

Dornes, M. (1993). Der kompetente Säugling.

Eckert, J. (2006a). Therapieziele. In J. Eckert & E. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.). Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis (S. 139–148). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Eckert, J. (2006b). Der therapeutische Prozess in der Praxis. In J. Eckert & E. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.). Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis (S. 219–266). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Ehlers, B. (2002). Störungskonzept und personenzentrierte Behandlung des elektiven Mutismus. In C. Boeck-Singelmann & B. Ehlers & T. Hensel & F. Kemper & Ch. Monden-Engelhardt (Hrsg.). Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 1, Grundlagen und Konzepte, (2. Aufl.), (S. 317–337). Göttingen u. a.: Hogrefe.

Ellinwood, C. (1989). The young child in person-centered family therapy. In D. J. Cain (Hrsg.). Classics in the person-centered approach. (S. 222–244). Herefordshire, England: PCCS Books.

Elson, A. & Pearson, C. & Jones, C. D. & Schuhmacher, E. (1965) Follow-up study of childhood elective mutism. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 13, S. 182–187.

Finke, J. & Teusch, L. (2002). Die störungsspezifische Perspektive in der Personenzentrierten Psychotherapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.). Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie (S. 147–162). Wien, New York: Springer.

Flick, U. (1995). Qualitative Sozialforschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Reinbek: Rowohlt.

Fremmer-Bombik, E. (1999). Innere Arbeitsmodelle von Bindung. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.). Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung (S. 19–119). Stuttgart: Klett-Cotta

- Friedman, R., & Karagan, N.** (1973). Characteristics and management of elective mutism in children. *Psychology in the Schools*, Vol. 10, S. 249–252.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Hufnagel, G.** (2002). Die Entstehung seelischer Störungen – betrachtet aus einer personenzentrierten und entwicklungspsychologischen Perspektive. In C. Boeck-Singelmann & B. Ehlers & T. Hensel & F. Kemper & Ch. Monden-Engelhardt (Hrsg.). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Bd. 1, Grundlagen und Konzepte, (2. Aufl.), (S. 35–80). Göttingen u. a.: Hogrefe.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Behr, M. & Hufnagel, G. & Zülow, C. von** (2003). Wirksamkeitsforschung in der Personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 34. Jg., No.4, S. 197–206. Köln: GwG
- Garwood, M. M.** (1999). Parental perceptions of filial therapy in treatment of children with selective mutism. Unveröffentlichte Dissertation. University of Toledo.
- Gendlin, E. T.** (1998). Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie, GwG, e.V.** (o.J). Infoheft. Der Personzentrierte Ansatz: Geschichte – Theorie – Praxis. Verfügbar unter: <http://www.gwg-ev.org/cms/cms.php?textid=620> [12.11.11].
- Gläser, J. & Laudel, G.** (2009). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumenten rekonstruierender Untersuchungen, (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Goetze, H.** (2002). Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Goetze, H. & Jaede, W.** (1974). Nicht-direktive Spieltherapie. München: Kindler.
- Golwyn, D. H., & Sevlie, M. S. N.** (1999). Phenelzine Treatment of Selective Mutism in Four Prepubertal Children. *Journal of child and Adolescent Psychopharmacology*, Vol. 9, No. 2, S. 109–113.
- Greenberg, L. S.** (2002). Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through feelings. Washington, D.C.: APA-Press.
- Greenberg, L. S. & Elliot R. & Lietaer G.** (2003). Humanistic-Experiential Psychotherapy. In I. Weiner (Hrsg.). *Handbook of Psychology Vol. 8, Clinical Psychology* (S. 301–326). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Grossmann, K. & Grossmann, K. E.** (2004). Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Guerney, L.** (1997). Filial Therapy. In K. J. O’Conner & L. M. Braverman (Hrsg.) *Play Therapy. Theory and Practice. A Comparative Presentation* (S. 131–159). New York u. a.: John Wiley & Sons.
- Hartmann, B.** (2007). Mutismus. Zur Kasuistik des totalen und elektiven Mutismus (5. Aufl.). Berlin: Wissenschaftsverlag Spiess.

Hayden, T. (1980). Classification of elective mutism. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, Vol. 19, S. 118–133.

Heilman, K. J. (2006). Neurobiology of social behavior in individuals with selective mutism. Unveröffentlichte Dissertation. University Chicago, Illinois

Heinerth, K. (2003). Psychotherapieverfahren: Gesprächspsychotherapie (Erwachsene). In E. Behnsen & K. Bell & D. Best & R. Schmid & H. D. Schirmer (Hrsg.). Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis, Loseblattsammlung, 13. Ergänzungs-Lieferung März 2003, (S. 1–29). Heidelberg: R. v. Decker Verfügbar unter: www.heinerth.de/GPT/.doc [12.11.11].

Hensel, T. (2008). Personzentrierte Spieltherapie als Grundlage. In T. Simon & G. Weiss (Hrsg.). Heilpädagogische Spieltherapie. Konzepte – Methoden – Anwendungen (S. 22–39). Stuttgart: Klett-Cotta

Hess, E. B. (2007). Floor Time as a Play Therapy Intervention for Children Impacted by Selective Mutism. Verfügbar unter: www.selectivemutism.org/.../Floor%20Time%20as%20Treatment%20for%20SM.pdf [12.11.11].

Hesselman, S. (1983). Elective mutism in children. *Acta Paedopsychiatry*, No. 49, S. 297–310.

Hofmeister, B. (2010) The Person-centered Approach in Germany: To Cut a Long Story Short. *Person-centered and Experiential Psychotherapies*, Vol. 9, No. 1, S. 1–13.

Höger, D. (2006a). Die Entwicklung des Klientenzentrierten Konzepts. In J. Eckert & E. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.). Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis (S. 11–36). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Höger, D. (2006b). Klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie. In J. Eckert & E. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.). Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis (S. 37–72). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Hultquist, A. (1995). Selective mutism: Causes and Interventions. *Journal of Emotional and Behavioral Disorder*, Vol. 3, No. 2, S. 100–107.

Hutterer, R. (2005). Eine Methode für alle Fälle. Differentielles Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie: Klärungen und Problematisierungen. *Person*, Vol. 9, No.1, [Abstract].

Jacoby, M. (1998). Grundformen seelischer Austauschprozesse. Jungsche Therapie und neuere Kleinkindforschung. Zürich u.a: Walter.

Jaede, W. (2002). Der entwicklungsökologische Ansatz in der personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In C. Boeck-Singelmann & B. Ehlers & T. Hensel & F. Kemper & Ch. Monden-Engelhardt (Hrsg.). Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 1, Grundlagen und Konzepte, (2. Aufl.), (S. 123–150). Göttingen u. a.: Hogrefe.

Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry [JAACAP]. (2007). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders. *Journ. of the Am. Acad. of Child & Adolescent Psych.*, Vol. 46, No. 2, S. 267–283.

- Kaakeh, Y., Stumpf, J. L.** (2008). Treatment of Selective Mutism: Focus on Selective Serotonin Reuptake Inhibitors. *Pharmacotherapy*, Vol. 28, No. 2, S. 214–224.
- Kaplan S. L. & Escoll, P.** (1973). Treatment of two silent adolescent girls. *Journal of the American Child Psychiatry*, Vol. 12, S. 59–72.
- Katz-Bernstein, N.** (2005). Selektiver Mutismus bei Kindern. Erscheinungsbilder, Diagnostik, Therapie. München: Reinhardt.
- Keil, W. & Stumm, G.** (2002). Das Profil der Klienten-/Personenzentrierten Psychotherapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.). Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie (S. 1–62) Wien: New York. Springer.
- Kirschenbaum, H. & Henderson, V. L.** (1989). The Carl Rogers Reader. New York: Houghton Mifflin.
- Kirtner W., L. & Cartwright D. S.** (1958). Success and Failure in Client-centered Therapy As a Function of Client Personality Variables. *Journal of Consulting Psychotherapy*, Vol. 22, No. 5, S. 329–333.
- Kratochwill, T.R. & Ford, M. A. & Sladeczek, I. E. & Carlson, J.** (1998). Selective mutism: Phenomenological characteristics. *School Psychology Quarterly*, Vol. 13, S. 192–227.
- Kristensen, H.** (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 39, No. 2, S. 249–256.
- Kristensen, H. & Torgersen, S.** (2001). MCMI–II Personality Traits and Symptom Traits in Parents of Children With Selective Mutism: A Case-Control Study. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 110, No. 4, S. 648–652.
- Krohn, D. D., Weckstein, S. M., Wright, H. L.** (1992). A study of the effectiveness of a specific treatment for elective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 31, No. 4, S. 711–718.
- Krysanski, V. L.** (2003). A brief review of selective mutism literature. *Journal of Psychology*. Vol. 137, No. 1, S. 29–40.
- Kühl, I.** (2005). Indizierte Prävention von sozialen Ängsten. Entwicklung und Evaluation eines Gruppenprogramms für Kinder und Jugendliche. Unveröffentlichte Dissertation. Universität Bielefeld
- Kurth, E. & Schweigert, K.** (1972). Ursachen und Entwicklungsverläufe des Mutismus bei Kindern. *Psychiatrie, Neurologie, und Medizinische Psychologie*, Vol. 24, S. 741–749.
- Landreth, G.** (Hrsg.) (2001). Innovations in Play Therapy. Issues, Process and Special Populations, (3. Aufl.). New York: Taylor and Francis
- Landreth, G. & Sweeney, D. S.** (1997). Child-centered Play Therapy. In J. O'Conner & L. M. Braveman (Hrsg.). Play therapy theory and practice: a comparative presentation (S. 17–45). John Wiley & Sons

Landreth, G. (1993). Child-centered Play Therapy. *Elementary School Guidance & Counseling*, Vol. 28, S. 17–29.

Langer, I. (2005). Tausch, Reinhard. In G. Stumm & A. Pritz & P. Gumhalter & N. Nemeskeri & M. Voracek (Hrsg.). *Personenlexikon der Psychotherapie* (S. 473–476). Wien: Springer Verlag.

Lehman, R. B. (2002). Rapid resolution of social anxiety disorder, selective mutism, and separation anxiety with paroxetine in an 8-year-old girl. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, Vol. 27, No.2, S. 124–125.

Lesser Katz, M. (1986). Stranger reaction and elective mutism in young children. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 56, S. 458–469.

Lesser-Katz, M. (1988). The treatment of elective mutism as stranger reaction. *Psychotherapy*, Vol. 25, S. 305–313.

Long Island Pschiatric, PLLC (o.J.). Social Phobia. Verfügbar unter: www.lipsychiatric.com/common-disorders.asp~anx [12.11.11].

Lóránd, B. (1960). Katamnese elektiv mutistischer Kinder. *Acta paedopsychiatrica*, Vol. 27, S. 273–289.

Magai, C. (1999). Bindung, Emotionen und Persönlichkeitsentwicklung. In G. Spangler, & P. Zimmermann (Hrsg.). *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S. 140–148). Stuttgart: Klett-Cotta.

Mayer, H. O. (2008). Interview und schriftliche Befragung: Entwicklung, Durchführung und Auswertung. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.

Meador, B. D., & Rogers, C. R., (1984). Client-centered therapy. In R. J. Corsini (Hrsg.). *Current psychotherapies* (S. 142–195). Itasca, IL: F. E. Peacock.

Meuser, M. & Nagel, U. (1991). ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur Methodendiskussion. In D. Garz, & K. Kraimer (Hrsg.). *Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen* (S. 441–471). Opladen: Westdeutscher Verlag.

Moustakas, C. E. (1953). *Children in play therapy: a key to understanding normal and disturbed emotions*. New York: McGraw-Hill.

Nash, R. T & Thorpe, H. W. & Andrews, M. M. & Davis, K. (1979). A management program for elective mutism. *Psychology in the Schools*, Vol. 16. No. 2. S. 246–253.

Pathak, S. & Perry, B. (2006). Anxiety disorders. In C. E. Coffey (Hrsg.). *Pediatric neuropsychiatry* (S. 285–305). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Perry, B. D., (2001). Bonding and attachment in maltreated children: Consequences of emotional neglect in childhood. *Child Trauma Academy Press, Parent and Caregiver Education Series*, Vol. 1. No. 4. Verfügbar unter: http://www.traumacentral.net/TC_brucedperry.htm [12.11.11].

- Piesbergen, C.** (2008). Klassifikationsdiagnostik und Störungslehre in der Klinischen Psychologie. Verfügbar unter: <http://www.paed.uni-muenchen.de/~chris/dsm4.htm> [12.11.11].
- Pine, D. S.** (1997). Childhood anxiety disorder. *Current opinion in pediatrics*, Vol. 9 S. 329–338.
- Porjes, M.** (1992). Intervention with the selectively mute child. *Psychology in the Schools*, Vol. 29, S. 367–376.
- Post, P.** (2001). Play Therapy with Selective Mute Children. In G. Landreth (Hrsg.). *Innovations in Play Therapy. Issues, Process and Special Populations*, (3. Aufl.) (S. 303–322). New York: Taylor and Francis
- Powell, S. & Dalley, M.** (1995). When to intervene in selective mutism: The multimodal treatment of a case of persistent selective mutism. *Psychology in the Schools*, Vol. 32, No. 2, S. 114–123.
- Prouty, G. & Van Werde, D. & Pörtner, M.** (1998). *Prä-Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Pustrom, E., & Speers, R. W.** (1964). Elective mutism in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 3, S. 287–297.
- Reed, J. B. & Mees, J. L.** (1967). A marathon behavior modification programme of an elective mute child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 8, S. 27–30.
- Reisel, B. & Wakolbinger, C.** (2006). Kinder und Jugendliche. In J. Eckert & E. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis*. (S. 295–332). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Reisel, B. & Fehringer, C.** (2002). Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.). *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 335–352). Wien, u. a.: Springer.
- Rogers, C. R.** (1942). *Counseling and Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R.** (1946). Significant Aspects of Client-centered Therapy. *American Psychologist*, Vol. 1, S. 415–422.
- Rogers, C. R.** (1951). *Client-centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. London: Constable.
- Rogers, C. R.** (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, Vol. 21, No. 2, S. 95–103.
- Rogers, C. R.** (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships. In S. Koch (Hrsg.). *Psychology: The study of a science*. Vol. 3 Formulations of the person and the social context (S. 184–256). New York: McGraw-Hill.
- Rogers, C. R.** (1980). *A way of being*. New York: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R.** (1989). *On becoming a person*. New York: Houghton Mifflin.

Sachse, R. (1992). Zielorientierte Gesprächspsychotherapie – Eine grundlegende Neukonzeption. Göttingen: Hogrefe.

Sachse, R. (2002). Klärungsorientierte Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Schlippe-Weinberger, S. (2004). Kindern spielend helfen – spielend leicht? Oder: Der Therapeut mit der Pappnase; *Psychotherapeuten Forum*, Vol. 4, S. 3–12.

Schmid, P. F. (1999). Personenzentrierte Psychotherapie. In T. Slunecko, & G. Sonneck (Hrsg). Einführung in die Psychotherapie (S. 168–211). Wien, UTB Facultas.

Schmidtchen, S. (1999). Klinische Kinder- und Jugendlichen-Psychologie. Diagnostik, Störungsbilder, Therapie. Tagungsband der 9 Tage der Klinischen Psychologie 1998, Bonn. Deutscher Psychologen Verlag.

Schum, R. L. (2002). Selective Mutism. An Integrated Treatment Approach. In ASHA Leader online. Verfügbar unter: <http://www.asha.org/about/publications/leader-online/archives/2002/q3/020924ftr.htm> [12.11.11].

Schum, R. L. (2006). Clinical Perspectives on the Treatment of Selective Mutism. *The Journal of Speech – Language Pathology and Applied Behavior Analysis*, Vol. 1, No. 2, S. 149–163.

Seiffge-Krenke, I. (2006). Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapie. In C. H. Beck (Hrsg.). Psychotherapieführer. Kinder und Jugendliche (S. 58–66). München: C.H. Beck.

Silberschatz, G. (2007). Comments on „The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change“. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, Vol. 44, No. 3, S. 265–267.

Sloan, T. L. (2007). Family Therapy with selectively mute children. A Case Study. *Journal of Marital and Family Therapy*, Vol. 33, No. 1, S. 94–105.

Spangler, G. & Zimmermann, P. (1999). Vorwort. In G. Spangler, & P. Zimmermann (Hrsg.) Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung (S. 9–16). Stuttgart: Klett-Cotta.

Steinhausen, H.C., Juzi, C. (1996). Elective mutism. An analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 35, No. 5, S. 606–14.

Stern, D. (1991). Tagebuch eines Babys. München: Piper.

Stern, D. (1992). Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta

Stone, B. P., & Kratochwill, T. R., & Sladeczek, I., & Serlin, R. C. (2002). Treatment of Selective Mutism: A Best-Evidence Synthesis. *School Psychology Quarterly*, Vol. 17, No. 2, S. 168–190.

Stumm, G. (2010). Die Personenzentrierte Psychotherapie. Gastvortrag. Verfügbar unter: https://skriptenforum.net/wiki/Einf%C3%BChrung_in_die_Psychotherapie_%28Ruhs_August%29 [12.11.11].

- Subak, M. & West, M., & Carlin, M.** (1982). Elective mutism: An expression of family psychopathology. *International Journal of Family Psychiatry*, Vol. 3, S. 335–344.
- Swildens, H.** (1991). Prozeßorientierte Psychotherapie. Köln: GwG.
- Tancer, N. K. & Klein, R. G.** (1997). Elective Mutism. In American Psychiatric Association (Hrsg.). DSM-IV (r) Sourcebook. Washington D. C: American Psychiatric Association.
- Tondow Smith, L.** (1987). The relative effectiveness of two group play therapy approaches in modifying the social adjustment of primary grade children. Unveröffentlichte Dissertation. Pacific Graduate School of Psychology, Menlo Park California.
- Viana, A. G. & Beidel, D. C. & Rabian, B.** (2009) Selective mutism: A review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review*, Vol. 29, S. 57–67.
- Wakolbinger, C.** (1996). Panikstörung und Selbstkonzept. Die Behandlung von Panikstörungen in der personenzentrierten Psychotherapie. *Psychotherapie Forum*, No. 4, S. 41–47.
- Wakolbinger, C.** (2000). Der Therapieprozess in der Personenzentrierten Kindertherapie. *Person*, Vol. 1, S. 52–62.
- Wartner, U. G.** (1999). Die klinische Anwendung bindungstheoretischer Konzepte – Beispiele aus der Sicht einer klinischen PsychologIn In G. Spangler, & P. Zimmermann (Hrsg.). Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung (S. 409–418). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Watson, T. & Kramer, J.** (1992). Multimethod behavioral treatment of long-term selective mutism. *Psychology in the Schools*, Vol. 29, S. 359–366.
- Weinberger, S.** (2004). Klientenzentrierte Gesprächsführung: Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe. Weinheim, u. a.: Juventa.
- Weinberger, S.** (2007). Kindern spielend helfen. Eine personenzentrierte Lern- und Praxisanleitung (3. Aufl.). Weinheim, u. a.: Juventa.
- Wright, H.** (1968). A clinical study of children who refuse to talk. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, Vol. 7, S. 603–617.
- Zimmermann, P.** (1999). Bindungsentwicklung von der frühen Kindheit bis zum Jugendalter und ihre Bedeutung für den Umgang mit Freundschaftsbeziehungen. In G. Spangler, & P. Zimmermann (Hrsg.). Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung (S. 203–231). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Zimmermann, P. & Spangler, G. & Schieche, M. & Becker-Stoll, F.** (1999). Bindung im Lebenslauf. Determinanten, Kontinuität, Konsequenzen und künftige Perspektiven. In G. Spangler, & P. Zimmermann (Hrsg.). Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung (S. 311–334). Stuttgart: Klett-Cotta.

Anhang

Einleitender Kurzfragebogen

- Vorname: _____
- Nachname: _____
- Land/Region: _____
- Alter: _____
- Geschlecht: o weiblich o männlich
- Beruf:
 - o personenzentrierte/r, klientenzentrierte/r Kinderspieltherapeut/in
 - o Sprachheiltherapeut/in
 - o Anderes/Zusätzliches: _____
- Berufsort: o freie Praxis o Institution: _____
- Erfahrung mit selektiv mutistischen Kindern: o 1 x – 3 x o mehr als 3 x

Preliminary short questionnaire

- Name: _____
- Surname: _____
- Country/region: _____
- Age: _____
- Sex: o female o male
- Occupation:
 - o personcentered/clientcentered Playtherapist
 - o Speech-language pathologist
 - o Other/Additional: _____
- Work location: o Private practice o Institute: _____
- Experience with selective mute children: o 1 x – 3 x o more than 3 x

Interviewleitfaden

Thema A: Selektiver Mutismus

1. Wie ist das Phänomen *selektiver Mutismus* aus Ihrer Sicht zu verstehen?

Thema B: Therapie

B.1 Therapieprozess

2. Wie sah der Therapieablauf mit dem/den selektiv mutistischen Kind/ern aus?
3. An was für Probleme und Grenzen sind Sie im Laufe der Therapie gestoßen?
4. Was sind, aus Ihrer Sicht, die Besonderheiten bei einer Therapie mit einem selektiv mutistischen Kind?
5. Gibt es Besonderheiten bei der TherapeutInnen-Kind-Beziehung bei der Therapie mit selektiv mutistischen Kindern?
6. Welche Rolle spielen die Erziehungsberechtigten des Kindes im Therapieprozess?

B.2 Der Aspekt der nicht-direktiven Kinderspieltherapie

7. Inwieweit mussten Sie von personenzentrierten (klientenzentrierten) Vorgehensweisen abweichen bzw. Vorgehensweisen aus anderen Therapierichtungen integrieren?
8. Spielt der Aspekt der Nicht-Direktivität bei der Therapie mit selektiv mutistischen Kindern eine wichtige Rolle?

B.3 Abschlussfrage

9. Konnte im Therapieverlauf bzw. am Ende der Therapie eine Symptomverbesserung erreicht werden?
10. Was macht die personenzentrierte (klientenzentrierte) Kinderspieltherapie zu einer geeigneten Therapieform für die Behandlung von selektiv mutistischen Kindern?

Guided interview

Theme A: Selective mutism

1. How can mutism be explained (understood), from your perspective?

Theme B: Therapy

B.1 Therapyprocess

2. Can you explain the course of therapy with the selective mute child/ren?
3. Which limits did you reach and which problems have occurred during the therapy with the selective mute child/ren?
4. From your point of view: What are the particularities in the treatment of a selective mute child?
5. What are the particularities concerning the therapist-child relationship within the therapy with a selective mute child.
6. How would you describe the role of the child's guardians in the therapyprocess?

B.2 The aspect of non-directive playtherapy

7. To what extent do you have to deviate from the principles of the person-centered (client-centered) procedural methods and/or to what extent do you have to integrate procedural methods of other therapeutic approaches?
8. What importance does the aspect of non-directivity have in the therapy with selective mute children?

B.3 Ultimate question

9. Where you able to achieve an improvement of the symptoms in the course of the therapy?
10. What qualifies the person-centered (client-centered) playtherapy as an adequate to therapy for a selective mute child?

Interviewtranskripte

Therapeutin A

1. I: Wie ist das Phänomen selektiver Mutismus aus ihrer Sicht zu verstehen Was glauben sie ist das, was steckt da dahinter
2. TH.A: Das äußere Zeichen ist die Kinder leben in bestimmten Situationen. Okay. Und sie wollen jetzt von mir hören, was ich mir dazu denke.
3. I: Genau, wo sie glauben wo das Problem ist oder wo...
4. TH.A: Sowas ist ein Zeichen, das es einem Kind nicht gut geht. Wie es halt verschiedenste Zeichen gibt, das es Kinder nicht gut geht. Das sie verhaltensauffällig sind, also ist ein ein Zeichen, das es dem Kind nicht gut geht, das irgendwo was nicht stimmt. Das ist einmal meine grundsätzliche Herangehensweise. Und dann gibt es bei Kindern, ich meine, ich hab bis jetzt mit zwei Kindern gearbeitet, ich hab also nicht sehr viel Erfahrung. Aber von den zweien kann ich schon was dazu sagen. Also bei beiden, also ich halte Mutismus für eine frühe Störung, das heißt also sehr früh in der Erziehung mit wichtigen Bezugspersonen etwas schief gegangen ist. Ich halte zB ja, also, spätere Störung. Also spätere Ebene. So ordne ich das einmal ein. Also eher eine frühe Störung, eine frühe Beziehungsstörung, das früh in der Entwicklung des Kindes was da schief gegangen ist in der Beziehung mit den Eltern. Dann gehe ich einmal davon aus, alle diese Störungen sind schon auch Störungen, wo es in der, wenn Kinder so Zeichen setzen, wie Einkoten, Einnässen, nicht sprechen und so weiter, das im Verlauf der Symbolisierung etwas schief gegangen ist. Beziehungsweise die Kinder da hängengeblieben sind. Und mein Eindruck ist, das mutistische Kinder sehr früh in ihrer Symbolisierung manche Affekte, die halt nicht zu einem voll ausgedrückten Gefühl werden können, das ist Symbolisierung für mich, die Kinder werden mit Affekten geboren, mit Unterstützung der Bezugspersonen finden Symbolisierungsprozesse statt und am Ende steht ein, ich bin wütend auf dich. Mit allen dem was dazu gehört. Mit Bildern, mit einem Wort, mit einem Körperzustand, das ist voll symbolisiert. Deswegen denke ich mir, das manches sehr früh nicht symbolisiert wurde. Deshalb frühere Ebene. Wenn ich mir die Lebensgeschichten der beiden, das waren zwei Burschen, die ich beide, es ist ewig her. Es ist über 10 Jahre her. Ich hab versucht mich zu erinnern. Also das waren zwei Burschen, beide sieben Jahre, beide in der ersten Klasse Volksschule, beide aus gehobenen Milieu. Also wohlhabende Eltern. Gute Bedingungen, so wie man glaubt. Nur ist bei beiden sicher in den ersten Lebensjahren jede Menge nicht gut gelaufen. Gut. Und früh, so wenn ich sage, frühe Beziehungsstörung, das da früh was stecken, hängen geblieben ist, dann meine ich, dass diese beiden Burschen sehr früh massive Veränderungen, bei einem ein Unfall mit der Mutter gemeinsam im ersten Lebensjahr, mehrere Umzüge haben beide gehabt, das eine war ein Diplomatenpaar, das also jede Menge Umzüge gehabt hat. Beziehungsabbrüche, einschneidende Lebensveränderungen. Wo meine Vermutung ist, dass das Bezugspersonen und das war in beiden Fällen die Mütter, weil die Väter nicht wirklich vorhanden waren, weil beruflich übermäßig engagiert, also diese Mütter, da nicht wirklich gut selber überfordert waren, oder nicht gut reagieren konnten. Das ist ein Zusammenhang, den ich sehe.
5. I: Würden sie sagen, es ist eine Angststörung
6. TH.A: Man hat viel mit Angst zu tun, die Kinder sind, also die beiden, waren hoch sensibel, blitzgescheit, eher hyperintelligent, aber emotional völlig verkümmert. Und sehr angespannt

und ja, das hat viel mit Angst zu tun. Und was sich auch erklären lässt, wenn man sagt, das sehr früh nicht symbolisiert worden ist, da macht viel Angst, diese Kinder waren beide in einem hoch erregten Anspannungszustand. So hab ich sie erlebt. Also unter Strom, massiv unter Strom.

7. I: Dann hab ich jetzt eben ein paar Fragen zum Therapieprozess. Sofern sie sich noch erinnern können, ungefähr, wie der Therapieablauf war bei diesen Kindern. Auch wie ich mir das eben vorstellen kann, wie sie arbeiten mit Kindern. So einfach, frei von der Leber weg.
8. TH.A: Ich hab mir am Anfang gedacht, worauf wollen sie mit dem und nicht , also ich gehe anders an. Ich hole die Kinder dort ab, wo sie sind. Und ich erlebe es überhaupt nicht, das direktiv, wenn ich nicht nur dem Kind daneben sitze, und zuschaue was es macht. Sondern, deswegen bin ich neugierig, was da kommt. Ich halte das für höchst personenzentriert, wenn ich das Kind genau dort abhole, wo es ist und Dinge tut, damit ich mit ihm in Kontakt kommen kann. Das ist für mich nicht direktiv, das ist personenzentriert. Und da gibt es keine neuen Methoden oder so irgendwas, sondern ich muss mir mit meiner Person, meiner Kreativität was einfallen lassen, das es mir gelingt eine Beziehung herzustellen. Und diese zwei Kinder, also mutistische Kinder gehen nicht her und stellen eine Beziehung von sich aus her. Weil sie eine massive Beziehungsstörung haben. Das heißt es ist meine Kreativität, meine Fähigkeit, jetzt in Beziehung zu treten. Und das halte ich jetzt mal nicht für direktiv sondern personenzentriert. Das ist einmal etwas ganz wesentliches und wichtiges.
9. I: Ist das etwas, wo sie sagen, das ist speziell bei mutistischen Kindern sehr wichtig, das hier eine Beziehungsangebot machen
10. TH.A: Das ist bei allen. Wenn Kinder auf einer neurotischen Ebene sind, dann können sie ganz gut, dann kommen sie einfach und gehen eine Beziehung mit mir ein und dann tun wir miteinander. Aber das sind ja auch massive gestörte Kinder.
11. I: Das ist auch etwas spezielles bei mutistischen Kindern.
12. TH.A: Ja, also da, also ich hab nicht so easy Kinder, ich hab auch Heimkinder und die haben alle eine massive Beziehungsstörung. Und da muss ich mir was einfallen lassen. Und da muss ich auch schauen, gelingt es mir und das ist einfach das wesentliche, bei einer Kindertherapie zu schauen am Anfang, gelingt es mir, irgendwo anzuknüpfen. Weil sonst kommen die Kinder einfach nicht mehr. Schluss, aus Punkt, Ende, verweigern sie. Und bei den beiden, ich meine die haben natürlich keinen Kontakt mit mir aufgenommen. Also da hab ich mir was einfallen lassen. Und das war eher am Anfang bei beiden so ein nebeneinander tun. Da war kein miteinander. Sondern ich hab versucht so ein miteinander herzustellen, in dem ich, also der eine Bursche ist mir nicht ins Therapiezimmer gegangen. Das war nicht hier in der Praxis, sondern da hab ich wo anders gearbeitet, bei beiden. In Niederösterreich. Da gab es einen Warteraum mit Sekretärin, die draußen gesessen ist, und die Sekretärin war da nicht da, weil die nur am Vormittag gearbeitet hat, die Kinder kamen am Nachmittag. Der eine ist einfach unter den Tisch gekrochen und ist nicht mehr raus gekommen, dann hab ich die Mutter weggeschickt, na was hab ich gemacht, ich hab mich zu ihm unter den Tisch gesetzt. Im Vorraum und bin einmal mit ihm dort gesessen und hab versucht so ein bisschen mit zu spielen. So hat es angefangen. Wenn ich dann Stress verbreitet hätte, also wir müssen da rein gehen oder, er ist nicht gegangen. Also wir haben uns dann irgendwie langsam, also die ersten Stunden haben wir unter dem Tisch im Vorzimmer verbracht.
13. I: Und haben sie dort gespielt oder was haben sie dort gemacht

14. TH.A: Die Kinder können meistens nicht spielen. Also das war eher ein Tun, ich hab einmal geschaut, was, wo schaut er denn hin oder ob ihm der Mistkübel interessiert. Dann haben wir mal den Mistkübel ausgeräumt, da hab ich ein bisschen mitgetan und dann wieder die Dinge hinein getan. So. Meistens haben die Kinder, nachdem sie früh in ihrer Symbolisierungsfähigkeit gestört sind, können die auch nicht wirklich spielen, so richtig. Das war eher so ein miteinander tun. Mit dem anderen hab ich irgendwann dann Schach gespielt. Regelspiele ja, aber das ist kein Spiel, das ist eher so ein intellektuell, also Spiel ist, wenn man sich da gegenseitig irgendwie rauskickt, sondern das war ein beinhartes Kräfteressen. Im Schachspiel. Wo ich dann irgendwie in Kontakt gekommen bin. Der Botschafterbursche, das er irgendeinen Funken von Freude gemerkt hat, das er mich jedes Mal Schach matt gelegt hat, so sind wir dann in Beziehung gekommen. Und mit dem anderen, ist es dann gelungen, in dem einmal zu schauen, was, wo entspannt er sich leichter oder also wo kann er ein bisschen locker lassen und wir haben halt Mistkübel ein- und ausgeräumt, gemeinsam am Anfang. So.
15. I: Und dadurch hat sich dann eine Beziehung entwickelt
16. TH.A: Schön langsam, langsam ja, aber geredet hat er, also der hat mit mir bis zum Schluss nicht geredet. Der andere hat dann irgendwann angefangen mit mir zu reden.
17. I: Und der, der mit ihnen bis zum Schluss nicht geredet hat, hat der angefangen mit der Außenwelt zu reden
18. TH.A: Ja, der hat dann in der Schule geredet. Die kamen ja beide zu mir, weil sie in der Schule nichts geredet haben. Und der hat dann in der Schule mit der Lehrerin geredet, aber mit mir bis zum Schluss nicht.
19. I: Das kommt immer wieder vor.
20. TH.A: Jaja, ist so.
21. I: Und ist es ihr persönliches Ziel, dass diese Kinder reden
22. TH.A: Also mein persönliches Ziel ist, dass sie in der Entwicklung, wo sie steckengeblieben sind, sich weiterentwickeln können. Das ich so einen Raum oder ein Klima hier schaffe, dass diese Entwicklungsstopp aufgehoben wird. Das ist mein Ziel. Aber ob die reden oder nicht, ich halte das, das ist ein Zeichen. Ein Symptom, aber nicht die Ursache für irgendwas. Daher schaue ich mal, was ist die Ursache, und versuche da anzusetzen.
23. I: Und haben sie dann, wie sie erfahren haben, das sie ein mutistisches Kind haben werden, sich irgendwie noch vorher Informationen geholt oder irgendwas gelesen oder
24. TH.A: Das war eher am Anfang meiner Therapeutinnenkarriere und da hab ich alles gelesen, nur gab es damals nichts. Was glauben sie, was es vor 15 Jahren, da hat es zur Kindertherapie fast nichts gegeben. Geschweige denn zu Mutismus.
25. I: Und würden sie das heute machen, wenn sie ein Kind bekommen mit einer gewissen Diagnose, das sie sich Informationen holen über die DiagnoseFinden sie das was wichtiges oder
26. TH.A: Ich hole mir es ehrlich gesagt nicht. Ich schaue mir an, kann ich einen Kontakt zu dem Kind kriegen. Das ist mir jetzt beim Erstgespräch ganz was wichtiges und da schau ich

ganz genau drauf. Kann ich in Beziehung treten zu dem. Kann ich irgendwie anknüpfen, kann ich irgendwie so den ersten Schritt setzen. Das ist mir das wichtigere. Also die Diagnose, ja, also früher hab ich alles nachgelesen, weil ich so unsicher war noch. Wie ich angefangen habe zu arbeiten. Das macht man eh nicht mehr. Heute vertraue ich drauf, wenn es mir gelingt, da irgendwie ein bisschen eine Verbindung herzustellen zu dem Kind, bei dem Erwachsenen ist es das gleiche und ich merke, das in Ansätzen da eine Entspannung passiert, sprich dieses Kind konnte und wenn es nur ein Futzerl ist, von meinem Angebot annehmen, dann passt das schon. Man ist heute gescheiter als noch vor 15-20 Jahren. Und ich hab natürlich, wir haben in letzter Zeit vor allem auch viel Wissen über Vertrauen und Therapie, also das ist ja schon altes Wissen, aber was die Neuropsychologie und Traumatherapie, Traumaforschung, da an neuem Wissen gebracht hat, das halte ich für schon sehr wichtig. Das hilft mir schon sehr diese Kinder besser zu verstehen, die da wirklich schwer traumatisiert zu mir kommen. Aber das ist was anderes, da hab ich auch nicht wegen dem Kind mir noch Wissen angeeignet, sondern weil da einfach so viele ganz wichtige Erkenntnisse in den letzten Jahren gekommen sind, die einfach essentiell sind, damit man diese Kinder besser versteht. Also das hat mein Einfühlungsvermögen und mein Verständnis enorm erweitert, nachdem ich einfach mehr über Traumaforschung, Traumatherapie, Traumatisierung gelernt habe. Was sich da im Gehirn abspielt, das ist nicht unwesentlich. Aber zu einer bestimmten Störung les ich jetzt nichts mehr nach. Es geht hier um die Beziehung, und okay, ist es, ich meine ich werd manchmal natürlich, muss ich ein Gutachten erstellen, ist das Kind entwickelt autistisch oder so, das kann man sich das herholen, was sind die Kriterien. Aber ansonsten geht es darum, kann ich hilfreich sein, kann ich eine Beziehung herstellen, wo dieses Kind sich weiterentwickeln kann. Das ist das wesentlichere.

27. I: Ich würde sagen, das es im personenzentrierten Ansatz darum geht, das man neue Beziehungserfahrungen mit dem Kind macht bzw. dem Kind anbietet, damit es lernt eben eigene Erfahrungen und Gefühle zu symbolisieren und dadurch auch mehr Selbstbewusstsein und Sicherheit zu gelangen. Würden sie das unterschreiben
28. TH.A: Ja.
29. I: Und gibt es irgendwelche oder haben sie auf irgendwelche bestimmte Probleme oder Erfahrungen gemacht, wo sie an Grenzen gekommen sind, mit diesem mutistischen Kindern Wo das irgendwie ein Unterschied war zu anderen Kindern
30. TH.A: Das war ganz am Anfang, da hab ich überhaupt gekämpft. Aber wenn ich jetzt so Supervisionen habe oder so, ich meine, es ist natürlich schon eine spezielle Herausforderung, das diese Kinder nichts reden und das sie auch so wenig einem zeigen, wie es da wirklich in ihnen aussieht. Also man tut sich schon mit der Einfühlung schwer. Da kann es schon helfen so ein bisschen eine Ahnung, das es eine frühe Störung ist, und das das wirklich von früh, das dieses angenommen sein oder dieses wirklich das Kind zu nehmen und zu lassen, wie es ist, das ist ja am Anfang eher was zentrales bei diesen Kindern, also dieses Wissen hilft schon. Also wenn eine Supervision zu mir kommt, das hab ich unlängst gehabt einmal, das war ein 13-jähriges Mädchen in Therapie, das nur zitternd da gestanden ist und sonst, das war ganz schwierig. Also da hilft dieses Wissen schon. Okay, die sind in einem extremen Spannungszustand, die brauchen eigentlich ein so ein angenommen sein und nicht, weil sie sich so schnell bewertet fühlen. Die fühlen sich ganz, sehr schnell angegriffen, bewertet, abgelehnt. Also dieses Wissen hilft dann schon. Das man da sich ein bisschen einfühlen kann, wie schaut es in dem Kind da drinnen aus, ein bisschen. Also da, das halte ich nicht für schlecht, da irgendwas darüber zu wissen. Das kommt auch in unserer Weiterbildung vor. Also da sag ich schon ein paar Sätze zu diesem Störungsbild dazu. Wenn wir uns das anschauen. Was gibt es für Störungen und was ist am Anfang wichtig. Das ist durchaus

hilfreich, das hätte mir damals auch geholfen. Also dieses Wissen, also das muss man sich, das kann man sich vielleicht schwer vorstellen, aber damals gab es fast überhaupt keine Literatur dazu und dann sitzen sie mal als Anfängerin mit einem Kind, stundenlang unter einem Tisch und verkaufen das als Kindertherapie. Und vertrauen darauf, dass das eh okay ist und das richtige ist. Das ist nicht leicht. Heute denke ich mir, wenn ich das alles schon einmal gelernt und gehört hat, und wir versuchen halt in unserer Weiterbildung irgendwie viel aus unserer Praxiserfahrung zu erzählen, dann ist man sich sicherer. Also das war damals für mich schon so eine Geschichte. Ist das überhaupt Therapie was ich da mache oder was mach ich da überhaupt. Damals hab ich irgendwie halt versucht drauf zu vertrauen, das ich irgendwie in Kontakt kommen kann und das das schon gut ist.

31. I: Und diese Unsicherheit kam, weil von den Kindern eigentlich kein Feedback kommt.
32. TH.A: Da kommt nichts.
33. I: Und wie ist das mit den Eltern und auch dem Druck, dass die Kinder eigentlich sprechen sollen von der Schule
34. TH.A: Also diese Elternpaare waren beide schwierige Eltern. Also es gehört bei uns schon dazu, das man regelmäßig Elterngespräche mitmacht. Also ich mach keine Kindertherapien ohne das die Bezugspersonen auch mir regelmäßig herhole, das ist was wichtiges. Und das war schwierig, weil beide Männer irgendwie, ich hab beide glaube ich einmal jeweils gesehen, weil die nie Zeit hatten. Die Mütter waren extrem gestresste Mütter, also sehr besorgt, überbesorgt, was denn mit dem Kind ist und sehr selber unsicher, ängstlich, ja schwierig und haben natürlich einen Druck verbreitet. Weil das war ja den beiden extrem peinlich, das gerade ihre Kinder, ihre gescheiterten Kinder in der Schule kein Wort reden. Das war für die Mütter extrem stressig auch, und die Väter überhaupt. Weil das ist dann der Erziehungsfehler der Mütter, dass die irgendwie die Kinder falsch erziehen, das die in der Schule nicht reden. Also da war schon viel Druck auch in beiden Familien. Was ich mich erinnern kann.
35. I: Haben sie das Gefühl gehabt, dieser Druck wird auf sie projiziert, sodass sie dann auch irgendwie mehr gestresst sind, dass dieses Kind jetzt reden muss
36. TH.A: Solche Eltern verbreiten immer Stress, dass das Kind funktionieren muss. Das weiß ich. Das ist so mit solchen Eltern.
37. I: Also ist das sozusagen nicht eine spezielle Auffassung
38. TH.A: Das ist, ich meine ich hab diese zwei Paare und das waren eben Akademiker, das weiß ich schon, dass die Stress verbreiten. Ich hab jetzt keine Erfahrung, ob das jetzt irgendwie da bei Eltern mutistischer Kinder extrem anders ist. Ich kann nur sagen, das Eltern aus diesem Milieu mit verhaltensauffälligen Kindern jeglicher Art immer einen Stress verbreiten, dass das möglichst schnell weg sein muss. Ich hab dann schon versucht, da auch zu entlasten immer wieder und zu sagen, das braucht seine Zeit und das hat schon seinen Grund und je mehr Druck sie machen, desto weniger wird es gehen. Ich weiß, das es schwer ist, aber versuchen sie mal da nicht so viel Druck zu machen.
39. I: Und das Kind war dann, wenn die Eltern da waren, auch dabei
40. TH.A: Nein.

41. I: Und zusammen hat es auch Stunden gegeben
42. TH.A: Ich glaube einmal haben wir bei einem Burschen eine Stunde Mutter Kind und ich gemacht. Aber an und für sich in dem Alter trenne ich es meistens. Bespreche aber mit den Kindern schon vorher, was ich den, das es eben Elterngespräche gibt, und was ich sagen soll und was ich nicht sagen soll. Nur ist es halt mit mutistischen Kind schwierig, da kann man nichts besprechen. Da funktioniert das nicht. Also da hab irgendwie informiert, dass ich mit Mama und Papa reden werde und das ich das und das der Mama und den Papa sagen werde. Das war eine reine Information. Auch, das dann die Eltern da waren. Das gehört dann auch dazu in der Stunde danach und das ich das und jenes erfahre habe.
43. I: Und warum bei kleineren Kindern eher getrennt
44. TH.A: Weil es meistens eine Erziehungsberatung und, also Elterngespräche sind ja keine Elterntherapiegespräche, sondern da geht es viel auch um, also mein Ziel ist, sagen wir mal so, ist, dass ich will das die Eltern ihre Kinder besser verstehen lernen. Damit können sie sich auch besser unterstützen und oft kommen dann auch so ganz konkrete Fragen, wie kann ich es gescheiter machen. Und ich erzähle nichts aus den Therapiestunden, aber was ich schon tue, ist so, wenn mir auffällt, da ist jetzt ein bestimmtes Thema, Trauer oder Wut oder irgendwas Thema, wie schaut es da in der Familie aus. Und dann kommt meistens eh irgendwas. Aber da ist meine Erfahrung, da ist es eher störend, wenn die Kinder dabei sind. Ich frage immer, aber die meisten Kinder sagen eh nein. Nur ab einem gewissen Alter, also gerade, wenn sie dann 11 oder 12 sind, sind sie entweder dabei oder sie wollen überhaupt nicht, das ich mit den Eltern rede. Da ist es wieder anders. Aber gerade bei kleineren Kindern, ist das eher getrennt.
45. I: Ich wiederhole das kurz nur, damit ich das dann auch richtig verwende. Das was aus ihrer Sicht eigentlich wichtig ist, auch bei mutistischen Kindern ist vor allem dieses, eine vertraute Beziehung aufbauen und das man da irgendwie auch mehr den Fokus drauf legt. Ist das richtig Oder ist das sowieso für sie bei jedem Kind so
46. TH.A: Naja, ohne Beziehung funktioniert das nicht. Also in Beziehung kommen, also das ist, gerade bei mutistischen Kindern, die Schwierigkeit. Weil die so für sich sind, das man erst in Beziehung kommen muss.
47. I: Gibt es da bestimmte Spielsachen oder so, wo sie meinen würden, das hilft mehr für Kinder, die besonders viel Angst haben oder ist das ganz egal
48. TH.A: Also anfangen tut es meistens mit irgendwelchen Tätigkeiten miteinander. Etwas tun, weniger spielen. Eben weil sie es nicht können. Weil dieses Symbolspiel für die nicht wirklich so gut möglich ist. Mehr tun. Und da hängt es dann davon ab, wo die Kinder hinschauen, oder wo ich merke, da gibt es ein bisschen einen Anknüpfungspunkt, ein Interesse. Ist verschieden. Also da könnte ich jetzt nicht sagen, dieses oder jenes ist es.
49. I: Dann hab ich hier noch stehen, ob es Besonderheiten bei der Therapeuten-Kind-Beziehung gibt. Da würde ich sagen, haben sie das eh schon beantwortet, dass eben der Aufbau einer Beziehung vielleicht schwerer ist als bei anderen Kindern, die mehr Symbolisierungsfähigkeit haben oder vielleicht offener sind.
50. In wie weit mussten sie von den personenzentrierten Vorgangsweisen abweichen, das glaube ich ist beantwortet, weil sie nicht abweichen müssen.

51. TH.A: Nein.
52. I: Und der Aspekt der nicht Direktivität bei der Therapie mit selektiven mutistischen Kindern würde ich sagen, ist auch beantwortet, nachdem sie...
53. TH.A: Für mich ist das nicht direktiv, nachdem ich sie dort abhole, wo sie sind.
54. I: Und wenn sie zB an Grenzen kommen, würden sie nicht anfangen Hausübungen zu geben oder so gewisse...Das ist das, was ich meine mit Direktivität, ist das einfach, das mutistische Kinder hauptsächlich verhaltenstherapeutisch und psychoanalytisch behandelt werden. Und da gibt es ganz genaue Level 1, 2, 3, 4, 5 und so wird das dann dieses Kind dann quasi bearbeitet und es gibt auch einen Therapeuten, der also sehr erfolgreich ist und viele Bücher schreibt und auch sehr interessant ist. Aber der geht schon einmal zum Kind und sagt, also wir machen jetzt Therapie, möchtest du das. Und dieses Kind muss einfach ja sagen. Schon in der ersten Stunde, sonst fängt er das gar nicht an. Das heißt, es ist schon, die Kinder sagen dann ja im Endeffekt, und sie fangen auch an zu reden, weil es funktioniert auch irgendwie. Die Frage ist halt nur, das ist halt ein ganz anderer Zugang. Und das ist für mich irgendwie wichtig einfach zu zeigen, es geht auch mit einem Zugang, wo man dem Kind Zeit lässt. Und das ist eigentlich das Hauptziel meiner Arbeit.
55. TH.A: Okay. Da kann ich vielleicht eines dazu sagen. Wie wichtig es ist im Erstgespräch einen Draht zum Kind zu kriegen. Das predige ich immer wieder. Wenn mir das nicht gelingt, dann kommen die nicht mehr. Geht personenzentriert auch ja. Ich schaue sehr genau drauf, das es mir irgendwann in dem Erstgespräch, meistens ist das ja eine Dreiersituation, wenn es mir gelingt, da einen Kontakt herzustellen, dann haut das hin. Dann brauch ich kein ja, weil das ist dann für unseren Ansatz das ja. Gelingt es mir, dass sich dieses Kind, und wenn es nur zwei Minuten ist, von mir akzeptiert und verstanden und wertgeschätzt fühlt. Auf das lege ich ganz großen Wert. Erstens kann ich mich einfühlen und wenn ich 50 Minuten oder eine Stunde überhaupt keinen Zugang finde, dann nehme ich das Kind nicht. Ich muss einen Zugang finden, das ist was wesentliches. Aber auch genauso wichtig, merke ich, dass dieses Kind sich irgendwann in dieser ersten Einheit von mir akzeptiert, verstanden und wertgeschätzt fühlt. Das heißt, ist es mir da gelungen einen Kontakt herzustellen. Und wenn das, das ist mein ja. Okay.
56. I: Und wie kann man das bei mutistischen Kindern erkennen oder wie würden sie...
57. TH.A: Ich kann ihnen sagen, wie das bei denen zweien gelaufen ist ganz am Anfang. Da waren beide Male, das waren Eltern, die darauf bestanden haben, zuvor mit mir alleine zu reden. Das ist eher selten. Ich weiß nicht, ob das Zufall war. Da hab ich zu wenig Erfahrung. Und dann war dann die Situation eben, normalerweise mach ich es so, und sag, deine Eltern waren da und haben mit mir geredet und jetzt geht es einmal darum, dass wir beide uns kennenlernen und schauen, ob ich was für dich tun kann. Und normalerweise lass ich dann die Kinder erzählen, warum sie glauben, warum sie da sind und was für sie schwierig ist und so. Das ist normal. Wenn ein Kind nicht redet, geht das nicht. Und das war bei dem einen so, dass wir dann, das die Mutter mehr oder weniger reingeschoben hat und er dann so unter den Tisch gegangen ist und dann ich dort die erste Stunde mit ihm unter dem Tisch verbracht habe. Und ich das Gefühl dann gehabt habe, heute bin ich ja viel gescheiter als damals, das dieses, da ist es mir gelungen diesen Kontakt herzustellen, in dem ich gemerkt habe, er schaut auf dem Mistkübel, und ich dann gesagt habe, dich interessiert der Mistkübel, sollen wir mal gemeinsam nachschauen, was da alles drinnen ist. Und er hat dann nichts getan und ich hab den Mistkübel hergezogen und er hat dann reingegriffen und hat die Papierln rausgeholt. Das war es. Und bei dem anderen, wie war das daGenau, das war ein

bisschen anders. Ich bin ja Psychologin, ja. Und manchmal, wenn ich mich nicht so gut auskenne, dann lass ich ein Kind ein bisschen was zeichnen oder so und schaue mir das an. Und da hab ich das Kind gebeten, das es mir was zeichnet. Und das hat er auch brav gemacht. Und dann hat er so Schuhe angehabt, die so komisch Geräusche gemacht haben und er hat irgendwann einmal runtergeschaut und ich hab dann gesagt, dein Schuh knarrt so komisch und dann hat er mich angeschaut und das war es. Das erste Mal, das er mich angeschaut hat. Und das war es. Das waren diese Sequenzen. Und wenn mir das aber nicht gelingt, also auf diese Dinge lege ich in der Zwischenzeit großen Wert. Wenn es nur fünf Sekunden sind, wo wirklich ein Kontakt hergestellt wird, das Kind in Ansätzen sich verstanden gefühlt hat.

58. I: Und das es in der ersten Stunde schon passiert
59. TH.A: Ja, das muss am Anfang passieren. Das hab ich gelernt. Das ist das ja.
60. I: Dann hab ich die Frage, ob die Kinder begonnen haben zu sprechen, das ist auch schon beantwortet und was macht die personenzentrierte Kinderspieltherapie zu einer geeigneten Therapieform für die Behandlung von selektiv mutistischen Kindern? Ich glaube das ist beantwortet.
61. TH.A: Weil wir wirklich einen Entwicklungsraum bieten können, wo Entwicklungen die steckengeblieben sind, wieder in Gang kommen können. Das kann man eigentlich auf so ziemlich alle Störungen umlegen. Also ich schließe, also gerade bei Kindern ist mir noch nichts untergekommen, wo es nicht geht. Wenn ich meinen Schwerpunkt wenn von, also hin auf die Beziehung und weg von irgendwelchen Symptomen lege.
62. I: Wenn sie sozusagen davon ausgehen, dass es eine Beziehungsstörung ist, dann würden sie vielleicht eher in dem sie mit den Eltern reden auf der Elternseite ansetzen.
63. TH.A: Ich setz immer mit auf der Elternseite an. Je mehr Eltern da kooperieren und willig sind, die machen das alle ja nicht böse, sondern weil sie selber kämpfen. Aber wenn sich Eltern bemühen ihr Kind zu verstehen, ist das schon viel wert. Und das ist schon sehr hilfreich, wenn man dann sagt, ihr Kind macht das auch nicht, weil es so böse ist, sondern weil es nicht anders kann. Und ich versuche ein Arbeitsbündnis mit den Eltern zu kriegen. Wir arbeiten zusammen, damit wir alle gemeinsam ihr Kind unterstützen. Damit es dem Kind wieder besser geht. Und wenn das gelingt, sind Elterngespräche äußerst fruchtbar. Und da beginnen Eltern ihre Kinder ein bisschen besser zu verstehen. Und da kommt meistens, das und das ist nicht gut gelaufen und da hab ich keine Kapazität für mein Kind gehabt oder keine Ahnung.
64. I: Und damit können Eltern wieder eine neue Beziehungserfahrung dem Kind auch anbieten.
65. TH.A: So ist es. Ja. Deswegen gehören Eltern oder Bezugspersonengespräche auch wichtig dazu.
66. I: Ich weiß nicht, wann das entwickelt wurde die Filialtherapie, gab es die schon vor 15 Jahren
67. TH.A: Nein.
68. I: Aber ist das zB etwas, wo sie heute, wenn sie ein mutistisches Kind hätten, sagen würden, vielleicht wäre das auch eine gute Möglichkeit

69. TH.A: Ich glaube, dass das zu wenig ist. Das ist so was früh gestörtes, das es wahrscheinlich zu wenig ist. Glaube ich, dass das alleine nicht ausreichen wird.
70. I: Und auch in Bezug auf mit Therapie und dann halt...
71. TH.A: Da kann man schon. Das ist wirklich was, eher so frühes, das das alleine, das man nur mit den Eltern was tut, wahrscheinlich ist das nicht genug, glaube ich.
72. I: Vielen Dank für das Interview.

Therapeutin B

1. I: Wie ist das Phänomen selektiver Mutismus aus deiner Sicht zu sehen? Wie kann man das verstehen, was das ist?
2. TH.B: Also, die bei beiden, muss ich mal nachdenken, ich hab jetzt mit zwei Kindern Erfahrung. Und bei beiden Kindern war sehr viel Druck, wurde sehr viel Druck auf das Kind ausgeübt in irgendeiner Form. Und das heißt, dass das Kind ich glaube das Kind auch sehr viel Macht, beide Kinder, sehr viel Macht gehabt haben, in dem sie nicht die Sprache verwendet haben, die verbale Sprache verwendet haben und das im Prinzip das einzige, oder das erfolgreichste Mittel auch war, irgendwie diesen Druck auch auszukommen. Und bei beiden Kindern war das so, dass die sehr viel Macht gehabt haben und das glaube ich auch genossen haben. Da war so ein gewisses Lustgefühl dabei und kann, bei einem Kind war sicher eine Trauma auch noch dabei. Vermute ich jetzt einmal. Beim anderen Kind weiß ich es nicht. Weil da bin ich auf keinen Trauma gestoßen. Aber ich glaube, dass das sehr viel mit Macht, also das das gewählt wurde. Also das nichts zu sprechen.
3. I: Hast du das Gefühl, dass es eine Angststörung, Angstkrankheit, Sozialphobie.
4. TH.B: Nein, es ist nicht so wie ich Sozialphobie kenne. Nein. Weil ja schon Kommunikation stattgefunden hat, nur nicht über Sprache oder nur mit bestimmten Gruppen halt schon gesprochen wurde und mit anderen nicht. Also das war es nicht. Aber schon sehr viel, schon eine Unsicherheit und ein ja, ob jetzt Angst dahinter steht, ja, höchstwahrscheinlich schon. Letztendlich schon.
5. I: Das sich dann dieses nicht mehr sprechen entwickelt.
6. TH.B: Und das sich dadurch das nicht sprechen oder das etwas nicht gesagt wird, was, dass das Kind eigentlich etwas sagt in dem es ja nicht spricht. Ich denke schon, dass es bei beiden, eine Angst dahinter war. Ja.
7. I: Gibt es sonst noch irgendwas, was dir einfällt in Bezug auf die personenzentrierte Inkongruenzvorstellung, oder Krankheitslehre, wie man das einordnen kann den Mutismus?
8. TH.B: Naja, in dem ein Kind Erlebnisse hat, wo es nicht verstanden hat in seinen Gefühlen oder Emotionen zu wenig verstanden wird und zu wenig und auch noch dazu Bezugspersonen hat, die finanziell auch kongruent sind, weil das war auch bei beiden Kindern so. Dann wo sie praktisch Teile ausklammern aus seinem Erleben und sich, ich finde es auch ein sehr zwanghaftes Verhalten, nicht zu sprechen und oder bei ganze, das ganze agieren hat auch was zwanghaftes. Oder insgesamt das Spiel hat da was zwanghaftes bei beiden Kindern. Daher glaube ich resultiert dann die eigene Inkongruenz durch nicht erlebbare Gefühle und Emotionen oder Bedürfnisse, die nicht erkannt wurden oder wo Sicherheit gefehlt hat.
9. I: Und dieses Gefühl hat man dann auch im Spiel bemerkt?
10. TH.B: Und das Gefühl hab ich auch im Spiel gemerkt ja.
11. I: Und waren diese Kinder am Anfang überhaupt fähig zu spielen?
12. TH.B: Doch, aber nicht fähig zu, also zu spielen schon, aber wenn man jetzt heißt das und das Spiel, wenn man jetzt Spiele versteht als zu sprechen, ja, da waren sie wohl fähig zu spielen,

aber sie waren nicht fähig oder da hat es gefehlt an fähig Beziehung einzugehen. Also Beziehung zu knüpfen. Da haben sie alle, beide haben sie große Schwierigkeiten gehabt. Und das hat es ziemlich lange gedauert, also das ist auch fast bis zum Schluss glaube ich geblieben. Diese Unfähigkeit Beziehung einzugehen.

13.I: Beziehung zu dir oder

14.TH.B: Ja, generell. Zu mir jetzt weiß ich es jetzt in der Therapie, Beziehung zum Spiel schon, aber zum sprechen schon im Sinne von spielen. Aber nicht in Beziehung zu treten, zu mir jetzt oder auch zu anderen. Die irgendwelche ja entweder auch selber eigene Wünsche haben oder Vorstellungen, also da haben sie, also in Schule oder Kindergarten auch Schwierigkeiten gehabt. Oder auch in Beziehung zu sich selbst. Auch da hat man es gespürt. Das sie, also das eine ging zB in den Kindergarten, da haben wir gut zusammengearbeitet mit dem Kindergarten, das Kind konnte sich zB selber nicht mal, nicht überhaupt einen Körper malen mit alle Körperteile. Also und wenn er das jetzt selber gemacht hat, hat immer irgendwas gefehlt. Und, also auch diese Beziehung war irgendwie gestört zu sich selbst und zu anderen.

15.I: Was ist bei deiner Therapierichtung, wie ist der Aspekt der Nicht-Direktivität, ist der sehr relevant in deiner Arbeit

16.TH.B: Ja schon. Jein, weil also das, bei beiden unterschiedlich. Bei dem ersten Kind, das war ein Bub, ein fünfjähriger, war ich denke ich sehr nicht direktiv. Beim zweiten war ich schon sehr, weil sonst wäre überhaupt nichts passiert in der Stunde. Also die hätte sich überhaupt dann auch so zurückgezogen. Da musste ich irgendwie sehr viel selber tun, und ich weiß aber auch nicht, ob das richtig war, das ich das gemacht habe. Aber ich hab selber das Gefühl bekommen, wenn ich jetzt nichts tue, dann wird es, dann passiert überhaupt nichts. Dann wird das eher sehr bedrückend für mich und für das Kind dann auch, das war ein älteres Mädchen schon. Aber bei dem ersten Kind, bei dem fünfjährigen war es ganz sicher nicht direktiv.

17.I: Und wie kommt man dann da weiter oder war das einfach so, dass das Kind mehr in die Therapie hineingebracht hat, dass es überhaupt möglich ist, nicht direktiv zu sein

18.TH.B: Bei dem zweiten Kind, bei dem Mädchen oder bei dem Buben, oder wie meinst du das

19.I: Wenn ich mir vorstelle ein mutistisches Kind in vielerlei Hinsicht, vielleicht schüchtern, zurückgehalten.

20.TH.B: Ja, aber das war nicht so. Das war nicht, der fünfjährige war es auf keinen Fall. Der war sogar sehr provokativ und hat immer sehr viele Grenzen ausgetestet und hat seine Stimme auch auf Kasette aufgenommen. Und die Kassetten, da war überhaupt, ich hab nie das Gefühl gehabt, wir sprechen nicht miteinander. Und wir haben wirklich nicht, also er hat wirklich nicht mit mir gesprochen, aber ich hab nie das Gefühl gehabt, es gibt keine Kommunikation. Wir haben sogar sehr viel kommuniziert und er hat auch sehr viel, wir haben sehr viel mit Musik. Das waren alles seine Initiativen. Also wo er Musik mitgebracht hat oder Stimmen mitgebracht hat, die er dann daheim aufgezeichnet hat, auch von seiner Stimme und dann bei mir abgespielt hat. Oder waren da auch manchmal auch, wir haben die dann auch gehört, Fragen drauf, das er mich was fragen wollte und das hat er dann über Kasette mitgenommen. Also da war nie, bei dem anderen Kind, war das schon so mit Zurückgezogenheit und da war es sehr viel schwieriger nicht direktiv zu arbeiten.

21.I: Und wohin, in welche Richtung ist dann die Direktivität gegangen

22.TH.B: In dem ich aus, zwar verschiedenes, also ich hab viel mehr gemacht, also ein Spiel angeboten überhaupt, wie ein Spiel sein kann, weil ich, weil das schon schwer war, wie man jetzt, also es ist schon so, dass ich zB mehrere Spiele jetzt hingestellt hab, zB jetzt, wenn ich gedacht habe, jetzt könnten wir heute ein Gesellschaftsspiel spielen, das ich dann verschiedene hingelegt habe und dann hat sie halt in dem sie wohingeschaut hat, war es dann dieses Spiel. Oder in dem ich die, also gezeichnet hätte sie ja sowieso nicht, aber wenn es ein Rollenspiel war, habe ich das initiiert, dieses Rollenspiel. Aber das war sehr viel schwieriger.

23.I: Was hast du für ein Gefühl gehabt, mit diesem Kind

24.TH.B: Beim zweiten Kind war ich sehr viel mehr unter Druck, damit sich, weil ich so viel, weil ich das Mädchen nicht unter Druck setzen wollte mit meinem Angebot. Und ich an und für sich eine sehr schnelle Therapeutin bin. Die sehr, sehr präsent ist und ich dann gleichzeitig probiert habe, mich zurück zu nehmen, also mich sehr viel mehr unter Druck gesetzt. Das Mädchen nicht zu, also zu einem Gleichgewicht zu finden, mit dem was ich anbiete, von mir aus anbiete und dort wo ich das Mädchen überfordere oder sie das Gefühl bekommt, wir müssen hier wirklich sehr viel tun oder ich muss hier was tun, weil ich das nicht wollte, ich wollte ja das andere auch, also es wäre ja auch okay gewesen, wenn wir nichts tun. Eigentlich. Ja, wenn wir nicht direktiv arbeitet. Aber das hätte, wäre nicht gut für sie gewesen, weil sie hätte diese Stille nicht ausgehalten oder ich hätte es vielleicht selber auch nicht ausgehalten dann.

25.I: Also man muss eine Balance finden zwischen man ist egal, ob man jetzt direktiv oder nicht direktiv ist, man fühlt sich vielleicht verantwortlich dafür, dass man den Therapieprozess weiter bringt auf irgendeiner Ebene und das es nicht stehen bleibt

26.TH.B: Genau und das ist bei Kindern sehr viel schwieriger als bei Erwachsenen. Weil bei Erwachsenen wäre es für mich auch okay, wenn wir, wenn heute wenig passiert oder wenn wir wenig sprechen. Aber bei Kindern bin ich, das Kind bleibt immer das Kind und kennt das aus verschiedenen anderen Situationen von Schule, wo immer Erwartungen sind, und jetzt ist das aber eine Situation, wo im Prinzip keine Erwartungen sind und trotzdem hat das Kind aber Erwartungen, weil es von vielen anderen Situationen kennt. Und dann, also das anzubieten, dass ich keine Erwartungen habe und auf der anderen Seite möchte ich aber Spiele oder irgendwie kommunizieren, also spielen im Sinne von wir treten in Beziehung. So verstehe ich jetzt Spiele. Und also das heißt, da hab ich ja schon die Erwartung, wir treten in Beziehung oder zumindest ich biete das an, das wir in Beziehung treten können und dann nicht direktiv zu sein ist ganz, weiß ich nicht, das ist ganz schwer. Also nicht was, also dieses, fast wie ein Spagat ist das. Also zu spüren nicht vor das Kind zu kommen, und aber auch nicht zu weit hinter das Kind zu kommen. Und sehr knapp, also da zu sein. Fast wenn dann schon, also dahinter wäre noch schlechter. Wenn müsste ich gleich, wird fast nicht möglich sein, wenn dann will ich eine Spur vor, trete ich eine Spur vor das Kind, aber nicht zu weit und das zu spüren, ob ich nicht zu weit bin oder das ist viel schwerer, weil so wenig Rückmeldungen kommen vom Kind. Ob das jetzt okay ist oder nicht.

27.I: Was bei anderen Kindern im Unterschied zu...

28.TH.B: Was bei anderen Kindern viel einfacher ist, weil die das, wenn man das im Spiel sofort merkt, wenn es nicht passt. Weil die sofort eine Botschaft geben. Und bei Kindern, die, wo es nicht passt, also die nicht sprechen, ist das viel schwerer.

29.I: Und dann die Motivation etwas mehr zu tun in der Therapie, was steckt da dahinter, die

Erwartung, dass das Kind spricht oder

30.TH.B: Nein, das hatte ich nie. Ich hoffe, du kannst einfach nur gern in Beziehung treten. Das wir, das ich merke, das Kind akzeptiert mich oder ganz einfach auch, dieses Setting. Von ich komme da her und da ist jemand und die möchte mit mir in Beziehung treten und das nehme ich an. Und ich weiß jetzt nicht, ob das bei allen mutistischen Kindern schwer ist. Aber das ist bei mutistischen Kindern, so wie ich sie jetzt kenne, ist das viel schwerer. Dieses ich komm da her und Erwachsenen, meine Angst zu sprechen ist ja so kennen es Kinder ja auch über die verbale Sprache. Und sie kommuniziert anders, das Mädchen hat anders kommuniziert als nur mit den Augen. Das sie wohin geschaut hat, was ihr lieber ist. Da haben wir schon auch tolle Stunden gehabt, aber es hat irgendwie nicht, mir war das dann doch zu viel Druck für dieses Mädchen und ich hab es auch abgebrochen dann nach neun oder 10 Stunden. Weil ich gedacht habe, der Leidensdruck ist größer als das was es hier bringt. Und das wollte ich dann nicht.

31.I: Und beim anderen Buben

32.TH.B: Beim anderen Buben war es nicht, weil der ist in Beziehung getreten. Da hat, der war sehr aktiv und sehr, der hat gesprochen in dem er genau gewusst hat, was er will und was er nicht will und er provoziert auch, also da sind wir in Beziehung getreten.

33.I: Und hat er dann jemals begonnen mit dir zu sprechen

34.TH.B:Nein, aber der hat aber, der war ziemlich lange da. Ich glaube fast zwei Jahre, bis er in die Schule gekommen ist. Und der hat zwar mit mir nie ein Wort gesprochen, aber da hat rundherum, hat er begonnen zu sprechen.

35.I: Das ist auch sehr häufig.

36.TH.B: Ist das häufig

37.I: Ja, das kommt häufig vor.

38.TH.B: Ich hab das gut nehmen können, obwohl ich, ich meine es bleibt schon so gewisses, ich hätte auch gerne die Stimme gehört, aber ich konnte es auch, also ich kann es gut verstehen. Weil das hier etwas war, wo er mit diesem Nichtsprechen angenommen wurde und akzeptiert wurde und das sollte irgendwie so sehr geschützt auch bleiben. Das ist der Ort wo ich nicht spreche. Darum kann ich das gut nachvollziehen.

39.I: Wo ich auch nicht sprechen muss.

40.TH.B: Wo es in Ordnung ist, genau. Was er schon gemacht hat, er hat den Vater gesagt, was er mich fragen möchte und der Vater hat mich dann gefragt. So über einen Umweg schon, und der hat dann, ja dann hat er beim Chinesen selber bestellt oder irgendwann hat die Kindergärtnerin angerufen, sie hat seine Stimme gehört, solche Sachen sind dann schon passiert. Und der Vater hat leider ein bisschen viel Druck ausgeübt, weil er wollte, dass das Kind spricht, bevor er in die, also wenn er in die Schule kommt, dass er dort spricht. Und das ist, ja, da haben wir dann lange auch mit den Eltern gearbeitet oder ich hab lange auch mit den Eltern gearbeitet, was denn ist, wenn er nicht spricht. Es könnte trotzdem passieren, aber er hat dann gesprochen in der Schule. Es ist sich ausgegangen.

41.I: Wie ist die Elternarbeit mit mutistischen Kindern Was sind ihre, gibt es da besondere Unterschiede oder ist bei vielen Kindern die Therapie kommen die Eltern, haben große

Erwartungen

42.TH.B: Eltern haben grundsätzlich große Erwartungen. Aber ja, da waren die Elternpaare doch sehr unterschiedlich. Wobei das jüngere Kind, der die längere Therapie, da haben die Eltern, ich hab nie Druck gespürt von den Eltern, der sollte jetzt endlich reden. Das war nie da. Aber ich hab schon, es war schon Druck auf das Kind, es soll dann irgendwann reden. Entweder hab ich es nicht übernommen oder sie haben auch keinen Druck ausgeübt. Das war immer okay und sie haben auch gesehen, er kommt gerne her, darum war das glaube ich insgesamt, haben die gutes Gefühl dabei gehabt, wobei ich damals noch sehr unerfahren war. Aber das haben die Eltern nicht gewusst. Und beim zweiten, bei der Mutter, da kam, die war sehr viel schwerer, ich glaube, die wollte das gar nicht, wollte gar nicht, dass das aufhört, dass das Mädchen nicht spricht. Das ist aber meine Theorie, das ihr das ganz recht war, dass das Mädchen nicht spricht, mit anderen. So mit gleichaltrigen, also ein paar Freunde, die waren ausgeschlossen, aber mit anderen Erwachsenen hat sie nicht gesprochen. Und ich glaube, das war ihr ganz recht. Das sie das nicht macht. Darum war das vielleicht auch so schwerer, das Mädchen da, also Beziehung aufzubauen, weil ich gar nicht weiß, ob die Mutter das wollte. Weil vielleicht wäre ich dann in Konkurrenz getreten irgendwie zur Mutter und das war auch klar, dass sie das nicht will.

43.I: Und hast du dann viel auch Elterngespräche gehabt

44.TH.B: Da waren nur zwei oder drei Gespräche, einmal ein Erstgespräch, irgendwann in der Mitte und dann nochmal zum Schluss ein gemeinsames, da war aber die Tochter dabei. Und aber ich kenn so schwierige Mütter sonst auch. Die nicht wirklich, auch selber nicht gut in Beziehung treten können. Das kenne ich sonst auch. Wo fast ein symbiotisches Verhältnis mit der Tochter ist, wo auch die Tochter noch am Schoß sitzt, dann und sie kann gar nicht, es gelingt gar nicht, dass die Tochter, wo sie eh schon 10 Jahre ist, auf einem eigenen Stuhl sitzt, wenn das nicht gelingt, wenn das so eng ist, dann ist das sowieso schwer auch ein Kind dann zu einem Kind Beziehung aufzunehmen. Ich glaube, sie wollte es nicht wirklich. Ich glaube nicht, dass das bei, es gibt es das bei anderen Symptome oder Verhaltensschwierigkeiten gibt es das. Aber da sind das eher, dann sind es eher Sozialphobien. Wo das Kind nicht zB entweder nicht in die Schule gehen will oder nicht in den Kindergarten gehen will. Oder nicht wo anders nicht schlafen will oder nicht wo anders spielen will, solche Sachen sind das dann. Aber das sind auch Mütter oft sehr ja, sehr sehr schwierig das Kind los zu lassen. Ich glaube, die wollte das Kind nicht los lassen.

45.I: Du hast aber nur mit der Mutter gearbeitet

46.TH.B: Da war kein Vater, die waren geschieden. Beim anderen war das, da sind immer die Eltern gemeinsam gekommen. Da war aber der Vater sehr, sehr anwesend und die Mutter eher sehr wenig spürbar. Und da waren regelmäßig Elterngespräche und auch mit dem Kindergarten und dann später mit der Schule auch. Weil die Schule auch irgendwie Angst hatte, das Kind aufzunehmen.

47.I: Weil es nicht spricht

48.TH.B: Ja, ich hab jetzt noch den Brief gelesen, weil die wollten von mir dann auch so ein Schreiben haben, wo drinnen steht, das ich glaube, dass er schulreif ist und das das sehr gut gehen könnte. Muss ja nicht unbedingt sprechen. Und die hatten tatsächlich Angst damals mit einem nicht sprechenden Kind in einer Klasse zu beginnen.

49.I: Und wie ist das mit so einer Art Familientherapie, also das man mit den Eltern mit dem Kind

spielt, hast du so was auch gemacht, mit den mutistischen Kindern

- 50.TH.B: Das man gemeinsam spielt, ja, das hab ich schon gemacht. Nicht bei dem kleinen Kind, da war es nicht notwendig. Bei dem großen Mädchen, also 10-jährigen, schon. Weil es wäre zeitweise gar nicht alleine geblieben. Und da hab ich entweder die Oma mit reingenommen, die Oma hat sie auch oft gebracht oder die Mutter. Und das war nicht besser. Also wir haben dann zwar gespielt, aber es hat nichts gebracht für meine Beziehung zu dem Kind, zu dem Mädchen hat es nichts gebracht.
- 51.I: Und du hast dir gedacht, wenn du jemanden hineinnimmst, der mit dem Kind vertraut ist, das es vielleicht dann mehr die Möglichkeit hat, auch eine Beziehung zu dir aufzubauen
- 52.TH.B: Genau, das hab ich gehofft, das es zu Dritt gehen wird, aber das war nicht so. Das hat nur, deswegen haben wir dann auch mehr Stunden gehabt, weil sonst hätte ich es vielleicht schon früher abgebrochen wieder. Jetzt waren es mehr Stunden, aber ich glaube nicht, dass es dem Mädchen was gebracht hat, also unserer Beziehung hat es nichts gebracht. Im Gegenteil, es war dann vielleicht kontraproduktiv.
- 53.I: Und wenn du heute noch einmal dieses, so ein Kind hättest, gibt es etwas, was du anders machen würdest
- 54.TH.B: Nein, ich glaube nicht. Ich glaube ich würde da bei diesem Mädchen würde ich es fast genauso tun, wobei ich da doch Fehler gemacht habe auch. Also ich hab manchmal probiert sie doch ein bisschen zu provozieren, um zu schauen, ob sie irgendwie, ob sie sich dann vielleicht ärgert, wenn irgendwas ist. Und das ist ganz schief gelaufen und, also das würde ich nicht mehr tun. Ich würde nicht mehr provozieren und sonst vom Spielangebot oder von wie ich Spiele mit dem Kind würde ich es glaube ich ähnlich machen.
- 55.I: Und die Provokation war das so gemacht, um einfach diesen Therapieprozess anzutreiben
- 56.TH.B: Ja, das was ich gemacht habe, ist sie ist irgendwann, sie ist ja oft nur bei der Tür gestanden. Sie ist dann so gestanden, also ich hab nicht bewusst provoziert aber ich hab im Nachhinein gemerkt, das sie für, das ist provokativ aufgefasst hat. Das war von mir nicht so gemeint. Aber sie hat es so aufgefasst. Und sie ist immer bei der Tür, ist sie dann so gestanden und manchmal, wenn ich was gemacht habe, was gespielt, dann hab ich gemerkt, sie kommt irgendwie näher und sie ist dann ohne das ich das merke, ist sie schon näher in die Mitte gekommen. Und in dieser Stunde, und ich hab jede Stunde was anderes auch ausprobiert, weil ich mir gedacht habe, vielleicht finde ich was, wo sie dann einsteigen kann. Oder wo sie, und sie ist in einer Stunde, fünfte, sechste, siebente, ist sie so gestanden und ich hab dann, mir ist auch nichts mehr eingefallen, zu spielen, irgendwann weiß man nichts mehr, und ich hab das gespiegelt. Ich hab mir gedacht, vielleicht kommen wir so in Beziehung, wenn ich was spiegle. Und mich auch so hingestellt und das ist aber nicht, sie hat dann das Gefühl gehabt, sie hat sich noch mehr, ist noch mehr in sich gekehrt und sie hat das Gefühl gehabt glaube ich, dass ich mich lustig mache. Das war aber nicht so. Aber so hat sie es aufgefasst und das würde ich nicht mehr machen. Ich würde das nie wieder spiegeln. Ich weiß auch nicht, ob andere das je gemacht haben. Aber das war keine gute Idee.
- 57.I: Und das heißt, du hast einfach alleine dann gespielt und immer gehofft, das sie mitmacht
- 58.TH.B: Also diese, genau, ja, ich hab schon auch in einem Rollenspiel, ich hab versucht im Rollenspiel eine, mit Kindern, also eine Familie genommen, also Mutter und ein Kind und ich hab so gespielt, wie wenn sie dieses Kind ist. Ja, mit der Mutter und versucht eine so eine

Sicherheitshöhle zu finden, wo sie Sicherheit hat und das hat sie sehr, da hab ich noch das Gefühl gehabt, sie schaut zumindest hier zu und sie ist fast, wie wenn sie dann mitten drin ist. Aber trotzdem hat sie nicht einsteigen können. Sie ist nie, es war mein Spiel und ich hab, also ich hab gewusst, sie hat einen Hund, den Hund hab ich dann auch mitspielen lassen, und wenn ich Dinge gesagt habe, die ihr gefallen habe oder die lustig waren, hab ich gemerkt, sie reagiert darauf. Und wir haben ein Spiel, das war auch im Prinzip, war es eh eine schöne Stunde, aber trotzdem hat es nicht gereicht, ich sag dann wir, weil ich das Gefühl hab, wir haben es doch irgendwie gemeinsam gemacht, aber ich war diejenige, die gemacht hat. Ich hab ein Zoo gemacht mit Bausteinen und mit verschiedenen und da ging es auch, mein Gefühl war auch Sicherheit zu vermitteln in einem Zoo. Da sind alle Tiere irgendwie eingezäunt und mit Familie halt zusammen. Mutter, Vater und die Jungen. Und ich hab dann nur gesagt, ich weiß nicht, wo die Tiger hinkommen und dann hab ich halt so lange gewartet, bis sie irgendwo hingeschaut hat, in welches Gehege, wo die Tiger dann hinkommen und das haben wir auch so gemeinsam gemacht. Sie hat dann nur hingeschaut und dort kommen die Tiger hin. Ich hatte schon das Gefühl, das gefällt ihr, aber die nächste Stunde hab ich was ähnliches gemacht, und da ging das wieder nicht. Oder wir haben, ein, ich weiß jetzt nicht, irgendein Gesellschaftsspiel gespielt und sie hat halt immer mit den, ich hab für sie gespielt und sie hat immer mit den Augen dort hingeschaut, wo sie hin will. So, aber es ist ziemlich mühsam. Sehr anstrengend ist das. Aber es hat nicht gereicht für, es ist nie mehr geworden als so ansatzweise und dann ist es rapide schlechter geworden. So die ersten Stunden vielleicht noch einigermaßen okay waren, ist es dann, ist dann mehr Widerstand gekommen und sie wollte dann auch nicht mehr. Und wir haben das dann auch mit der Oma gemeinsam gemacht, aber da war sie irgendwie schon wieder weg.

59.I: Glaubst du, es ist wichtig, dass man sich oder wäre es für dich wichtig, sich zu informieren über mutistische Kinder bevor man mit diesen Kindern arbeitet

60.TH.B: Weiß ich nicht.

61.I: Oder auch während dessen

62.TH.B: Ich hab das währenddessen schon gemacht.

63.I: ?

64.TH.B: Naja, ich hab nicht, ich hab von der, das eine Tipps hab ich natürlich gelesen und mir da Unterstützung geholt auch. Dass das möglicherweise sehr lange dauern kann und das es nicht an mir jetzt liegt, wenn ein Kind nichts spricht. Also nicht diesen Druck auch jetzt, also das Kind muss jetzt sprechen. Ich hab mich schon informiert, aber so viel gibt es auch nicht. Also das eine Tipps hab ich gelesen und das, es gibt noch in einem, irgendeinen Band steht auch was drinnen über selektiven Mutismus, aber das ist glaube ich so lang her, das ich das nicht mehr finde. Da bist du sicher besser informiert. Also wenn, würde ich nur personenzentriert arbeiten glaube ich.

65.I: Und würdest du dann auch nur personenzentriert lesenAlso Literatur lesen.

66.TH.B: Nein, da würde ich schon andere Sachen auch lesen. Ja.

67.I: Glaubst du, es würde ihr helfen, wenn man sich ein bisschen Infos holt

68.TH.B: Glaube ich schon, weil man selber so unsicher ist ja. Also zumindest das das ich mir sicherer fühle. Ja das schon.

69.I: Und die Unsicherheit kommt auch durch dieses nicht oder Fehlen von Feedback des Kindes

70.TH.B: Ja, genau. Und ich hab diese Stunde sehr viel mehr so als andere Kinderstunden, die vielleicht auch schwierig sind, aber die sind noch durch das Feedback, was man durch die Kinder kriegt oder so, da fühlt man sich sicherer. Und das war bei diesem Kind überhaupt nicht so. Bei beiden nicht, auch beim anderen Kind nicht. Beim jüngeren Kind. Obwohl da mehr Kommunikation da war, aber trotzdem war ich immer sehr unsicher, wie ich mit den Grenzen umgehe und manchmal war, war sehr viel Chaos ganz einfach und das ich auch so ein Chaosgefühl bekam und ich nur gewusst habe, was ist da jetzt los oder um was geht es da jetzt eigentlich. Also ich war sehr viel verwirrter als bei anderen, oder ich bin sehr viel verwirrter als bei anderen Kindertherapien. Wo ich das Spiel auch eher verstehe. Ja. Es ist leichter glaube ich bei Kindern, die sprechen, das Spiel zu verstehen. Als bei Kindern, die nicht sprechen. Das war beim jüngeren Kind auch viel schwerer zu verstehen, was das Spiel heißt.

71.I: Weil die anderen Kinder das verbal begleiten letztlich

72.TH.B: Ja, ich weiß es nicht, weil sie wahrscheinlich anders in Beziehung treten. Das war auch bei beiden Kindern war es ganz schwer, also eigentlich fast unmöglich in, also richtig in Beziehung zu treten. Also auch bei dem jüngeren Kind nicht. Es war wohl mehr Kommunikation aber so richtig Beziehung, in Beziehung treten von seiner Seite, da hab ich auch sehr lange nicht, das hab ich jetzt nachgelesen, sehr lange nicht in den Augen geschaut. Der hat mich erst dann gegen Ende von der Therapie manchmal ist es dann gelungen, dass er mich anschaut, wenn er was sagt. Sonst hat er immer an mir vorbei geschaut. Wenn er mir was sagt. Und das ist bei anderen Therapien nicht so. Also die schauen sehr viel, und dieses Mädchen hat auch nicht mich so angeschaut. Hat auch immer wo anders hingepilt. Und das heißt, das die, oder ich glaube, das machen andere Kinder weniger. Die schauen dann doch an.

73.I: Du hast jetzt schon viel erzählt, so auch was speziell bei jetzt mutistischen Kindern. Gibt es noch irgendetwas, was dir noch dazu einfällt jetzt wo du sagst, das ist auch noch wirklich ein Unterschied zu den Kindern, mit denen ich sonst arbeite und einem mutistischen oder selektiv mutistischen Kind

74.TH.B: Naja, also was mir noch dazu einfällt ist mit dem, also wenn es jetzt um Schule geht oder Kindergarten oder Jugendamt, wenn ein Kind nicht spricht, hat das immer sehr viel mehr Folgen, als wenn ein Kind weiß ich nicht, irgendwie vielleicht ein bisschen verhaltensauffällig ist im Kindergarten oder nicht in den Kindergarten will. Das wird viel eher akzeptiert als dieses nicht sprechen. Das heißt, es wird, vielleicht stimmt das aber auch, sehr viel größeres Trauma vermutet. Also die waren zumindest bei diesem Kindergarten, die haben sehr viel Angst gehabt, was da alles passiert, weil das Kind nicht spricht. Und das ist anders als bei anderen Kindern. Die andere Auffälligkeiten haben. Das dieses Bezugssystem oder das Netzwerk sehr viel mehr in Aufregung ist. Also es hat auch viel mehr Folgen für Schule oder Kindergarten. Das Mädchen hat dann auch gewechselt in die Hauptschule und dann hab ich nochmal mit der Mutter telefoniert und sie hat gesprochen in der Hauptschule, mit den Lehrern.

75.I: Das waren vielleicht 12 Stunden, die ein Teil ihrer Erfahrung waren, die Therapiestunden.

76.TH.B: Ja. So hab ich es dann auch gesehen.

77.I: Und haben diese Kinder vorher schon eine andere Therapie ausprobiert

78.TH.B: Nein, beide nicht. Aber ich hab bei dem Mädchen das Gefühl gehabt, also das was du vorher gefragt hast, was ich ändern würde. Ich habe mir daraus gedacht, wenn ich ein Tier hätte, also entweder so einen Therapiehund oder Therapiedelphin oder irgendwas, vielleicht wäre es dann gelungen, über dieses Tier. Das war irgendwie so, das ist mein Wunsch, das ich mal einen vielleicht doch denke an einen Hund. Das ich ein Tier habe auch für die Kindertherapien für so schwierige, und ich denke das wäre vielleicht wäre es dann gelungen, über dieses Tier. Also so als Hilfsmittel in Beziehung zu treten.

79.I: Als Medium.

80.TH.B: Also das war bei beiden Kindern schwer in Beziehung zu treten.

81.I: Und haben die Eltern explizit personenzentrierte Kindertherapie ausgesucht oder glaubst du, das war ein Zufall

82.TH.B: Das war Zufall.

83.I: Gibt es Besonderheiten bei der Therapeuten Kind BeziehungIch würde sagen, das haben wir eh schon, dass das sehr schwer ist aufzubauen. Die Probleme und Grenzen im Laufe der Therapie, ich fasse das so ein bisschen zusammen. Damit ich weiß, ob ich das richtig verstanden habe. Das man bis zu einem gewissen Punkt vielleicht irgendwann einmal stagniert und nicht mehr weiß, wie der Therapieprozess jetzt weitergeht, das man das Gefühl hat, man muss jetzt irgendwas beitragen. Welche Rolle die Erziehungsberechtigten spielen im Therapieprozess, wahrscheinlich so wie bei jedem anderen Kind.

84.TH.B: Vergleichbar ja.

85.I: Wie weit musstest du von der personenzentrierten Vorgehensweise abweichen bzw. gibt es irgendwelche anderen Therapierichtungen, die dann integriert hast

86.TH.B: Nein, das hab ich nicht gemacht.

87.I: Oder ergotherapeutische Sachen oder

88.TH.B: Nein, auch nicht.

89.I: Und der Aspekt der Nicht Direktivität haben wir auch schon besprochen. Da hängt es wahrscheinlich auch sehr vom Kind einfach ab. Es gibt wahrscheinlich Kinder, wo das geht und dann gibt es Kinder, wo das einfach weniger geht.

90.TH.B: Wo was weniger geht

91.I: Dieses Nichtdirektiv sein.

92.TH.B: Ja. Genau.

93.I: Du hast ja auch zwei sehr unterschiedliche Beispiele gehabt.

94.TH.B: Genau. Also das gibt es alles ja.

95.I: Symptomverbesserung haben wir auch besprochen, bei einem ja, beim anderen nein. Wobei innerhalb der Therapie sowieso...

96.TH.B: Bei dem ersten Kind der hat einmal seinen Bruder da mitgenommen, eine Stunde, seinen jüngeren Bruder und ich hab auch nicht gewusst, wie der heißt der Bruder. Und das hat mich dann doch ein bisschen geärgert, das er mir jetzt nicht sagt, wie sein Bruder heißt, das hab ich dann schon gesagt. Das es irgendwie schade ist, das er mir jetzt den Namen nicht sagt, weil dann könnte ich den Bruder mit dem Namen ansprechen, der ja schon gesprochen hat. Ich hab das irgendwann mit der Andrea reflektiert dann, und gesagt, meine Vorstellung war, wir spielen so noch 10 Jahre nichts ändern, am sprechen, und wenn das so, sie hat dann gemeint, es wäre schon gut auch zu konfrontieren mit meinen Gefühlen, wenn ich manchmal was schade finde, das er es mir jetzt nicht sagt oder zB dann hat er ein Tier nachgespielt. Und das war immer dann das Spiel, ich musste dann raten, welches Tier er ist und er hat dann immer nein, wenn er es nicht ist. Und wenn ich dann manchmal war ich gut, und manchmal war ich auch nicht gut und hab es wirklich nicht gewusst, welches Tier und irgendwie, so hab ich das jetzt dann nachgelesen, der lässt mich jetzt deppat sterben. Ich weiß es nicht und das ist jetzt, das hat mich dann schon auch geärgert. Und dann hab ich schon gesagt, das es lästig ist, das er mir jetzt nicht sagen kann, weil ich weiß es nicht und wir kommen jetzt auch nicht mehr drauf, welches Tier das ist. Schreiben konnte er ja auch noch nicht.

97.I: Ist der Bruder auf Eigeninitiative mitgekommen

98.TH.B: Ja, da hat sein Vater vorher angerufen, ob das in Ordnung ist und das ist prinzipiell für mich in Ordnung. Wobei es eine schwierige Stunde war. Also bei ihm hätte ich es nicht noch mal erlaubt. Das er den Bruder mitnimmt. Auch für die eine Stunde war das schon okay. Er wollte das zeigen, was wir da machen.

99.I: Was war

100.TH.B: Er wollte zeigen, welche Grenzen man bei mir verletzen kann. Also das hat er gemacht in der Stunde. Er hat sich fürchterlich aufgeführt und offensichtlich wollte er das zeigen. Und sonst war es leichter, irgendwie doch noch, es war eh schwer Grenzen zu setzen, aber es war doch leichter als in der Stunde, wo der Bruder dabei war. Da war das schwerer.

101.I: Was würdest du sagen macht die personenzentrierte Kinderspieltherapie zu einer geeigneten Therapieform überhaupt für mutistische Kinder. Es gibt wahnsinnig viele Verträge zB.

102.TH.B: Wie macht man mit einem fünfjährigen Kind einen Vertrag

103.I: Naja, es sind meistens ältere Kinder, von denen ich jetzt gelesen habe. Aber das würde wahrscheinlich genauso sein, heute sprichst du drei Worte mit deiner Großmutter und wenn du das gemacht hast, haust du einen Stempel drunter.

104.TH.B: Ja, aber ich find das nicht sinnvoll, weil ich denke, man kriegt auch eine Symptomverschiebung, also dann hat zwar das Kind, entspricht den Erwartungen, es tut das was ich will, es spricht dort, es hält sich an den Vertrag. Und der Vertrag ist ja dann, dass es übt zu sprechen. Und eigentlich will mir aber das Kind was sagen, damit, das es nicht spricht. Und das wäre ja dann, das würden wir alle unter den Tisch kehren. Und das wäre nicht, also ich glaube das kommt zu einer Symptomverschiebung. Und die andere Möglichkeit in dem ich das lasse, so wie es ist und das annehmen kann, das es nicht spricht, dann hätte das Kind die Möglichkeit, das wir an das arbeiten können, warum er nicht spricht. Und wenn ich, also darum passt das für mich überhaupt nicht. Mit Kindern schon noch weniger als mit Erwachsenen.

105.I: Und auch der Fokus, den die Therapie doch Auf die Sytmptomveränderung einfach, das Ziel ist, das das Kind spricht.

106.TH.B: Das war nie ein Ziel. Also das Ziel war ganz was anderes und zwar, dass das Kind, das das was nicht, womit es offensichtlich an einer entweder Frustration oder Konflikt oder traumatisches Erlebnis, was auch immer das ist, damit er das integrieren kann. Und für sich integrieren kann und sonst würden wir das genau das, dort würden wir nicht hinschauen. Und ich würde lieber dort hinschauen, was das ist und dann nehme ich an, dass es dann automatisch zu sprechen beginnt. Wobei ich von dem einen Buben, das war abgeschlossen, also mit Schulbeginn war es abgeschlossen, also haben wir es beendet ganz einfach, ich glaube ich habe dann auch aufgehört in Mödling, ich war dann nicht mehr dort. Und die Eltern haben mich, ich glaube so fünf Jahre später nochmal angerufen, das sie jetzt angesucht haben um eine Delphintherapie, glaube ich, das heißt, der hat zwar nicht lange gesprochen, aber und sie wollten von mir irgendwie was haben, so ein Therapiebestätigung, das der schon bei mir Therapie gemacht hat und das heißt, so ganz super ging es dem noch nicht. Ja, nach fünf Jahren. Er hat zwar zu sprechen begonnen, aber offensichtlich war noch nicht alles verarbeitet oder hat nicht alles Platz gehabt in dieser Zeit.

107.I: Vielen Dank.

Therapeutin C

1. I: Wie verstehen sie das Phänomen selektiver Mutismus Was glauben sie steckt da dahinter oder was ist es
2. TH.C: Also ich sehe da mehrere Dinge. Das eine ist denke ich ist schon eine in der früheren Phase der Entwicklung, dass das Kind nicht gelernt zu triangulieren zwischen verschiedenen Personen. Also im Elterndreieck. Und das hat meistens mit einer ganz Mutterbeziehung zu tun. Und was man aber noch darin sehen kann, ist, dass das Kind eine erhöhte Angstbereitschaft hat und das eben diese symbiotische Situation eben auch verdichtet. Aber ich denke es kann eben aus der Familiendynamik entstanden sein, dass die Mutter sich auch an dem Kind bindet und der Vater einfach wenig Zugang hat. Und deswegen dieses Dreieck nicht passieren kann. Das ist so der eine Weg. Und der andere ist, dass das Sprechen für das Kind eine bestimmte Bedeutung hat. Das ist zB das außerhalb der Familie sprechen das eine Bedeutung haben könnte, etwas verraten. Oder das das Sprechen so etwas kostbares ist, das man nicht jedem schenken möchte. Das ist so, das wie wenn der Worte die weggehen, wie wenn die nicht halten könnte und die möchte die nicht verlieren. Das ist so eine ganz spezielle Bedeutung. Oder das es in der Unfähigkeit ist, das Kind sich eine aufzubauen. Also das eine normale gesunde Abwehr nach außen, also psychische Abwehr nach außen, das die nur mit totaler Vermauerung passieren kann. Also das es da nicht dazwischen Schritte gibt. Und das wiederum hat, kann mit Angst, mit Angst vor Einflüssen von außen passieren. Wo ich auch ein bisschen zustimme ist, dass das einfach Angst vor Fremden ist oder die Unfähigkeit mit Fremden Kontakt aufzunehmen. Das das Fremde akzeptieren und mit dem umgehen, dass das eine Schwierigkeit ist. Und das mit dieser These wird vor allem unterstützt bei Kindern, die in der Fremdsprache mutistisch sind. Was einfach ein bisschen verdichtend ist. Ja, das sind so die wichtigsten Dinge. Und für mich in meiner Arbeit ist eigentlich das Konzept der Abwehr ein ganz wichtiges, das ich eben allen voran damit beginne, dass er auch wer sein darf. Also man darf mal zuerst richtig schweigen, bevor man damit konfrontiert wird, sprechen zu müssen. Also eher auf dieser Ebene. Und in der Familie auf der Ebene der Autonomisierung des Kindes. Das die Familie die Triangulierung pflegt. Das beginnt zu entdecken.
3. I: Aber das dann auch mit älteren Kindern
4. TH.C: Ja. Das kann man ein Stück weit nachlernen. Was mir so in der letzten Zeit aufgefallen ist, ich bin jetzt gerade im Arbeiten mit einem Mädchen, wo ich das Gefühl hat, das Kind hat wie kein Gefühl für den anderen. Also ich bin mir da noch nicht sicher, was es ist. Das eine kann sein, das es einfach so abschottet, damit es den anderen nicht wahrnehmen muss. Also das wäre eine Angstsituation, und dann handelt sie irgendwie, irgendwas. Also es heißt, es hört dann auch keine Fragen, es hört auch keine Hinweise, es ist auch nicht erreichbar. Es bringt aber einfach sein Spiel ins Spiel. Und das was es da will. Und ob das jetzt den anderen interessiert oder nicht, das, oder das der andere vielleicht nicht sofort begreift, um was es geht, das ist nicht interessant. Also da hab ich das Gefühl, da ist so ein Aspekt drinnen, den anderen überhaupt wahrzunehmen. Und das kann ich mir eben vorstellen, einerseits aus einer Angstsituation um sich zu schützen. Aber auch aus einer Situation, es nicht gelernt zu haben. Auch keine Grenzen erfahren zu haben. Das Kind zB, hat seine Mutter also Sofa benutzt, und ob das der Mutter getaugt hat oder nicht, das war egal. Also sich wirklich total breit gemacht. Wir haben jetzt damit begonnen, dass die Mutter das langsam abbaut und auch sagt, nein, du jetzt möchte ich alleine auf dem Stuhl sitzen. Das hat sie so langsam gut ertragen gelernt. Und das sie da auch interessanterweise mit dieser Arbeit der Mutter eigentlich auch angefangen hat, ein Spielzeug gegen die Mutter zu werfen und dann zu schauen, wie reagiert sie. Sodass diese Triangulierung schon dann begonnen hat. Und das ist ein Kind, das kommt jetzt in die

Schule. Im Herbst. Also sie hat mit fünf Jahren diese Triangulierung eigentlich noch nicht wirklich gehabt.

5. I: Ist das im Normalfall natürlich oder gibt es da Dinge, auf die man achten muss
6. TH.C: Also im Normalfall ist es so, dass die Mutter zB es gut haben kann, dass das Kind mit dem Vater etwas macht. Das auch unterstützt. Es ist eine Triade mit dem anderen, eine Triade vor den Augen des anderen. Und umgekehrt. Der Vater hat natürlich auch wohlwollen so wie die Mutter mit dem Kind hantiert. Also nicht sich da gegenseitig eingrenzen, sondern sie unterstützen sich da einfach. Und das Kind hat die Sicherheit, es ist in Ordnung, das ich mich mit der Mutter beschäftige, für den Vater. Es ist für die Mutter in Ordnung, wenn ich mich mit dem Vater beschäftige. Und dann kann es auch aushalten, dass die beiden Eltern sich miteinander beschäftigen und sie manchmal ein bisschen draußen ist. Und das so routieren dann eigentlich die Triade. Und das lernt ein Kind vor allem dann gut, wenn Eltern diese Triade auch verinnerlicht haben. Also es gibt da Untersuchungen von Kitzing, dass Kinder eigentlich schon sehr früh dieses Dreieck wahrnehmen, ab dem 4. Monat schon und sich in dem schon gut bewegen können. Also das die triadische Dauer gar nicht so lang ist, wie man immer glaubt. Und das eben, das dann gut gelingt, wenn die Mutter schon in der Schwangerschaft diese Triade phantasiert. Und da haben sie zB, ein interessantes Beispiel ist, war zB eine Mutter, die Schwangerschaft Kindesbewegungen gespürt hat, sobald der Vater ins Zimmer kam. Da gab es Mütter, die fanden, schau mal wie es sich freut, dass du kommst. Und eine Mutter hat gesagt, das Kind hat Angst vor dir, geh wieder weg. Also die, wo einfach solche Bilder da sind, die haben offenbar Einfluss dann, die Kinder diese Triangulierung schaffen.
7. I: Wenn jetzt ein Ehepartner nicht da ist, dann ist das wahrscheinlich sehr schwierig, das irgendwie zu ersetzen.
8. TH.C: Das wird schwierig ja. Wobei auch die Phantasie, das da ein Dritter da ist, das der über die Phantasie der Mutter eingebracht wird, dass das auch eine wichtige Rolle spielen kann. Ich finde diese Aspekte sehr spannend und ich beziehe einfach diese Gedanken sehr mit ein. Mir kommt einfach vor, die sind sehr wichtig.
9. I: Und so auch, weil es ihnen bei diesem Mädchen einfach aufgefallen ist.
10. TH.C: Ja.
11. I: Und da setzen sie dann auch an, einfach
12. TH.C: Ja, da wo es um Triangulieren geht, da mache ich es zB kommt die Mutter noch sehr oft mit. Das Kind hat Phasen, wo es nicht alleine da sein kann und Phasen, wo es ganz gut schon geht. Und da schaue ich, dass ich mit der Mutter im Training bin, mit Mutter und Kind. Und das gelingt jetzt schon recht ordentlich.
13. I: Und das Kind spricht nur mit der Mutter oder sonst auch mit jemanden
14. TH.C: Es spricht mit der Mutter draußen und mit dem Vater und Geschwister auch. Und hat jetzt aber angefangen im Kindergarten mit einer bestimmten Kindergartenpädagogin zu sprechen, und irgendwo hat sie sogar mal vor allen Kindern gesprochen. Da hat ein kleiner Junge gesagt, gell du hast Angst, darum sprichst du nicht. Und da sagt sie, nein ich habe nicht Angst, es sind mir viel zu viel Leute da. Hat sie dem kleinen Jungen erklärt. Mit sehr klarer Stimme und alles. Und da haben alle gehört, sie kann sprechen und seither hat sich das auch ein Stück weit gelockert. Aber mit mir spricht sie noch nicht. Vielleicht auch froh zu sein,

ohne Sprache erkannt zu werden, hab ich oft den Eindruck, dass das ganz wichtig ist.

- 15.I: Das ist eine gute Erklärung, für das, was es ist. Okay. Wie sieht der Therapieablauf mit selektiv mutistischen Kindern aus? Wie kann ich mir das vorstellen, bei ihnen, wenn ein mutistisches Kind zu ihnen kommt?
- 16.TH.C: Ich finde das immer so schwierig, das in Worte zu fassen. Weil es sieht bei keinem Kind gleich aus. Ich hab einfach diese Konzepte im Hintergrund. Spiel entstehen zu lassen, kein Druck auf die Sprache zu geben, aber schon zu sprechen. Also ich spreche mit den Kindern, ich frag sie auch manchmal und versuche eher so, ein bisschen herauszukitzeln, dass es zumindest mit mir kommuniziert. Es muss nicht sprechen, aber es soll eine Interaktion stattfinden zwischen uns. Es soll Kommunikation entstehen. Und ja, da gehe ich einfach sehr davon aus, das bringt das Kind wieder so, die Celina, die jetzt gerade so aktuell ist, die bringt ihre Puppe mit, ihren Bären, ihr Pony, ihr Schaf, immer wieder mal was anderes, die bringt ihren Rucksack mit und wir spielen nur mit diesen Figuren und den Hund und den Bären da. Die warten dann immer auf die Celine, die zwei und die bringen dann immer so was ein, wenn was unklar ist, dann kommt der Hund und fragt „was hat sie jetzt, warum darf ich jetzt das nicht“. Oder so. Hast du eine Ahnung. Und dann phantasie ich mit den Hund, was los ist. Um versuchen für das Worte zu finden, ohne sie direkt ansprechen zu müssen. Also zu meinem Konzept gehören eben diese mediellen objekte.
- 17.I: Und kommt es ihnen als sozusagen auffällig schwerer vor mit mutistischen Kindern in Kommunikation zu treten oder ist das aus ihrer Erfahrung mit ganz verschiedenen Kindern, die wegen verschiedener Sachen herkommen, gleich?
- 18.TH.C: Ich hätte bis vor einem Jahr gesagt, ja es ist schwieriger. Jetzt hab ich aber gerade jemanden der so viel spricht, wo ich gemerkt habe, das ist auch schwierig in Kommunikation zu kommen. Wenn jemand so, das er einem nicht zuhören kann, keine Pause machen kann, sondern nur noch spricht. Das mir das fast schwerer fällt dann als mit einem schweigenden Kind es mal auszuhalten, das es ruhig ist, das was zurückkommt, aber doch die Aufmerksamkeit da ist. Also ich hab einfach den Eindruck, dass ich mit stillen Kindern leichter in Kontakt komme als mit ganz lauten Kinder oder mit Erwachsenen die ganz viel sprechen. Das mir das viel schwieriger fällt.
- 19.I: Ich stell mir das irgendwie so vor, das viele mutistische Kinder sehr ängstlich sind und irgendwie angespannt sind vielleicht und nervös. Ist das dann wahnsinnig schwierig, die Situation irgendwie für das Kind zu lockern?
- 20.TH.C: Nein, also innerhalb der Stunde passiert die Lockerung eigentlich recht schnell. Ich bin jetzt gerade am Überlegen, also eigentlich geschieht es wirklich im Spiel. Dadurch das das Kind bringt, das ich das aufnehme, das sie sich da eigentlich sehr schnell lockern kann. Wenn das von ihm kommt, angeboten wird. Es lockert sich auch sehr schnell mit einfach so ein Spiel, ein Bewegungsspiel oder so was, eingeführt wird. Das ist eigentlich sehr schnell Entspannung im Gesicht zu sehen. Oder leichter eine Idee auch zu finden, die sie einbringen könnten.
- 21.I: Haben sie das Gefühl oder die Erfahrung gemacht, dass diese Kinder oft nicht mitspielen oder überhaupt am Anfang gar nicht partizipieren wollen?
- 22.TH.C: Ja, das hab ich auch schon gehabt, dass die sich einfach auf den Schoß der Mutter verkriechen oder sich umdrehen und so ja. Und dann kommen aber die Reaktion und irgendwann siegt die Neugier. Das sie dann wenigstens schauen. Und wenn es der Mutter gelingt, sich entspannt dabei zu sein. Also wenn die Mutter das Gefühl hat, jetzt tu doch und

mach doch, also so versucht das Kind zu drängen, dann funktioniert es nicht. Wenn die Mutter es aber annehmen kann, das sie überhaupt nichts tun muss, sondern einfach da sein und Halt geben, wo es notwendig ist, dann gelingt es leichter. Es kommt dann schon so vielleicht einzelne Stunden vor, wo diese Verkrampfung sich gar nicht löst. Das kann schon auch mal vorkommen.

23.I: Und ist ihnen etwas was speziell mutistische Kinder machen aufgefallen? Gibt es da auch viele verschiedene Kinder, die so in Therapiesituationen sind

24.TH.C: Also ich lege es ganz von der Logopädie her, ist eigentlich bei sehr viel Kindern mit Sprachereizstörungen auch gesehen, die sich dann einfach an die Mutter klammern um mit der fremden Frau nichts machen möchten. Bei stotternden Kindern zB auch. Sonst einfach bei ängstlichen Kindern, die zwar sprechen, aber einfach sehr sehr verkrampft sind. Es ist eigentlich wirklich, also ich erlebe diese mutistischen Kindern wirklich so, das sie halt einfach nicht sprechen. Aber sich sonst dann im Spiel und in der Art, wie sie sich lösen können, nicht sehr unterscheiden.

25.I: Wenn sie dann sozusagen mit dem Kind anfangen zu spielen, haben sie dann, versuchen sie recht schnell zu überlegen, was der Hintergrund des Schweigens ist oder ist das für sie ein wichtiger Aspekt, damit sie dann auch wissen, wie sie weiter machen

26.TH.C: Ja und nein. Also ich merke, wenn ich im Spiel, ich bin mit dem Kind in der Interaktion und versuche nur das herauszufinden, dann bin ich nicht mehr kongruent in der Interaktion. Und jetzt suche ich da immer so ein Wechsel, das ich mal innerlich wieder ausgehe, und mal schaue, um was geht es jetzt eigentlich, was bietet mir das Kind für ein Thema an. Und dann aber auch wieder reingehe, damit das Spiel im Fluss ist. Da hab ich gemerkt, da muss ich manchmal wirklich das erst nachher, was haben wir eigentlich gespielt, was war denn da und wie hab ich mich gefühlt im Spiel, wirklich oft erst nach der Stunde, nochmal aufarbeiten. Also ich hab auch Situationen mit Kindern, wo ich dann denke, jetzt war das so eine gelöste Stunde, das war so lustig, wir haben beide gelacht und eigentlich verstehe ich nicht, warum es nicht spricht. Es ist dann so, da hab ich dann manchmal das Gefühl, es ist auch etwas, wie wenn das Kind das so aus Eigenmarke aufrecht erhalten möchte. Obwohl es nicht notwendig wäre. Also solche Momente gibt es auch.

27.I: Und setzt das sie unter Druck

28.TH.C: Ja manchmal schon. Wenn ich dann höre, wenn eine andere Therapeutin drei Wochen die Sprache hinkriegt und ich arbeite halt schon mehr als ein Jahr oft daran, dann ist er erfolgreich erst im Kindergarten oder doch erst mit ein paar Personen, aber die Schule haben wir noch nicht geschafft, dann kommt der Druck schon. Aber ich merke, das mein Druck mehr dann entsteht, wenn zB die Eltern sagen, jetzt muss doch was gehen. Jetzt sind wir schon ein Jahr bei ihnen und warum geht das nicht weiter. Und ich aber eigentlich sehr viel Entwicklungsschritte sehe, aber sie spricht noch nicht.

29.I: Also das heißt, das ist auch viel Elternarbeit

30.TH.C: Es ist sehr viel Elternarbeit und eigentlich, die Eltern sind wirklich sehr oft verzweifelt und auch sehr. Ungeduldig ist das falsche Wort, sie warten richtig. Viele Eltern sind auch so eingeeengt, dass sie nur noch das Sprechen sehen, dass das Kind nicht leistet in der Schule. Das sie mir aufzählen, jetzt sind so viele Tage vergangen und die spricht nicht und das ist immer gleich. Und mir von ihrem Kind kaum mehr wahrnehmen, einfach, das es wirklich sehr eng ist.

- 31.I: Da entwickelt sich wahrscheinlich dann auch eine Dynamik, die dann nicht sehr förderlich ist für das Sprechen.
- 32.TH.C: Genau, und das ist das, was ich versuche zu lockern, aber ich muss mir eingestehen, dass das die härteste Arbeit ist, weil es für mich oft auch einengt, weil ich oft auch erlebe, die erwarten zu viel und eigentlich sehen sie nicht, was mit dem Kind passiert und eigentlich schätzen sie meine Arbeit nicht. Da kommen solche Selbstzweifel auch hoch. Und das ist aber auch immer so der Punkt, wo ich merke, wo das eigentliche Arbeiten beginnt und auch der eigentliche Kontakt mit den Eltern. Also wenn das dann gelingt, das auch mal auf diese Art rüberzubringen und zu sagen, wenn ich mir jetzt überlege, das Kind wird nur damit konfrontiert, das es jetzt sprechen muss und es möchte ja, aber es kann nicht, was glaubst sie, wie es sich da fühlt oder, was könnte ihm denn auch noch helfen, das dann vielleicht mal zu Ideen kommen, vielleicht sollte man nicht nur immer an das denken. Oder so. Ja.
- 33.I: Und ist das speziell irgendwie bei Eltern mit mutistischen Kindern, das die Elternarbeit sozusagen schwerer ist oder da irgendwie etwas ja, gibt es eine Gemeinsamkeit bei Eltern von mutistischen Kindern oder bei Elternarbeit im Verhältnis zu den anderen Kindern
- 34.TH.C: Also ich meine wirklich, dass dieses enge, dieser Druck genügen zu müssen, dass die Eltern das, die Kinder das leisten können, also das der mehr ist als zB bei ADHS Kindern oder so. Ja. Ich sehe aber ein ähnliches Phänomen bei Eltern stotternden Kinder. Da hab ich das Gefühl, da muss jetzt das Symptom weg und alles andere interessiert uns nicht. Wie es dem Kind eigentlich geht, wie es mit dem Selbstwert steht, das ist weniger wichtig. Es sollte nicht mehr stottern. Es gibt aber auch eine Form von Eltern, die zB selber sehr schüchtern sind, die selber ungern sprechen, die selber wenig Kontakt nach außen haben. Und dort ist es dann eher so, das war bei uns auch so, wieso brauchen wir da eine Therapie. Eher so eine, das kommt dann schon, wir reden ja jetzt auch.
- 35.I: Das heißt das kommt dann, die kommen dann eher in Therapie, weil es ihnen empfohlen wird von der Schule oder Kindergarten oder so
- 36.TH.C: Ja, empfohlen ist nett gesagt. So jetzt muss aber was gehen, wo dann sicher ein Elternteil ganz stark zweifelt und die dann auch glauben, wenn man dem Kind zuredet, aber morgen sprichst du in der Schule, das Kind verspricht es, aber tut es dann doch nicht. Also die Eltern glauben, dass sei eine Methode das in den Griff zu kriegen.
- 37.I: Wenn sie dann sehen, sie fangen an mit den Kindern zu spielen eigentlich, aber wahrscheinlich haben sie zuerst ein Gespräch auch mit den Eltern und mit dem Kind und gibt es dann in ihrer Erfahrung irgendwie Grenzen oder Probleme an die sie stoßen innerhalb der Therapie, die sehr speziell sind für eine Therapie mit mutistischen Kindern. Also Spielverweigerung oder das man irgendwie doch nicht ganz warm wird oder das die Eltern so einen Druck machen, das sie sagen, wir brechen jetzt die Therapie ab oder solche Sachen.
- 38.TH.C: Also letzteres ist das schwierigste eigentlich. Die Eltern immer wieder mal zu motivieren oder halt dann wirklich anzunehmen, das sie abbrechen. Das ist etwas wirklich sehr schwieriges. Das Kinder mal verweigern ja. Wobei ich das eigentlich nicht nur mit mutistische Kinder kenne. Das würde ich in dem Sinn nicht speziell sehen. Das das mal so ein Tag ist wo ein Kind nicht so ins Spielen kommt oder keine Idee hat oder gar nicht will.
- 39.I: Und wenn ein Kind jetzt gar nichts macht, was machen sie dann
- 40.TH.C: Dann sitzen wir da und machen gar nichts. Dann frag ich soll ich einfach mal was

machen. Und wenn du Lust hast, machst du mit. Und du kannst ja, vielleicht findest du dann doch was. Oder das wir zuerst suchen. Meinen Spielschrank abklopfen, gibt es doch was. Ballspielen geht gar nicht, und zeichnen auch nicht. Dann fang ich schon an, das mal so negativ zu formulieren. Ich glaube Puppen spielen, das empfehle ich dir gar nicht heute. Da kann dann manchmal so was kommen, also wenn das nicht spielen wollen auf Position ist, doch natürlich Puppen spielen oder Bären oder so. Dann ist es wirklich so, da sitzen wir mal so da und machen miteinander nichts. Manchmal sitzen wir da am Boden, manchmal legt man sich auf den Bauch, dann nehm ich vielleicht noch was zum Zeichnen dazu, fang an zu kritzeln. Da hat mir ein Kind schon mal einfach die Stifte weggenommen und weggeschmissen, also ich soll auch nichts machen. Dann schauen wir uns halt einfach mal an und machen wirklich nichts. Wobei das wirklich nichts machen ist dann eigentlich so eine, die Spannung ist dann auch weg. Man macht es sich dann einfach gemütlich.

41.I: Wie kommunizieren die Kinder dann mit ihnen, wenn sie nicht sprechen

42.TH.C: Also die meisten eigentlich mit Kopfnicken, mit ja und nein, Kopfnicken, mit Blickkontakt, mit zeigen. Eines hat mit Tiergeräusche kommuniziert. Wenn etwas gar nicht gut war hat sie so gemacht. Diese Art. Das fand ich dann schon eine hohe kommunikative Leistung. Dann sobald sie schreiben, also zeichnen, das sie etwas zeichnen, was sie wollen. Oder schreiben. Das sie anfangen etwas zu schreiben.

43.I: Und haben sie dann innerhalb der Spiele, wählen bei ihnen immer die Kinder das, was sie tun Oder schränken sie das auch manchmal ein, in dem sie einfach bestimmte Dinge herlegen oder etwas nehmen

44.TH.C: Also grundsätzlich ist es eigentlich offen. Aber wenn ich das Gefühl habe, es ist immer gleich und es geht nicht weiter, dann führe ich mal was Neues ein.

45.I: Und schauen sie dann auch, sie sind ja auch Logopädin, dass sie Spiele machen, wo eventuell Sprache notwendig wird

46.TH.C: Ja. Also ich biete mal so, was nehm ich da meistens, so Memorysachen oder Tastsachen an, wo man tasten muss und erraten was es ist und wenn man es erraten hat, darf man es haben. Solche Sachen. Ich biete auch Geschichten an. Und erzähle, oder das man dann so eine Geschichte, ein Spiel machen. Und ich lasse auch in der Situation, wenn wir über was sprechen, also ich spreche und das Kind nickt dazu und ich aber das dann nicht immer errate. Es gibt wirklich Dinge, die weiß ich nicht. Und das ich auch diese Grenze, bis zu dieser Grenze gehe. Wo man sagt, eigentlich, jetzt wäre es ganz einfach, wenn du es sagen könntest, aber jetzt weiß ich es nicht. Und dann kommt halt die Konsequenz auch aus dem, das ich es jetzt nicht weiß. Also es gibt ein Spiel, wo man mit so Holz Bilder zudeckt und dann würfelt man die Farbe dieser Rondellen und dann muss man erraten was darunter ist. Wenn man dann nicht errät, hat man kein Bild. Und da kann es dann sein, wenn das Kind dann schon besser kenne, das ich dann halt wirklich mal einsacke. Und dann hab ich halt dann mal gewonnen. Also ich versuche es nicht mit Druck zu machen, aber die Konsequenz auch aufzuzeigen. Oder halt wirklich halt das offen zu lassen, das können wir gerade nicht wissen, wenn du es mir nicht sagst. Immer so eine Lücke, das da die Sprache schon notwendig wird. Das es das erfährt. Aber die Situation, das die Frage fehlt oder das es jetzt eigentlich die Möglichkeit hätte, mit einem Wort etwas zu verändern, die biete ich schon an.

47.I: Und wenn ein Kind zB wahnsinnig angespannt ist und ein irrsinnig ängstliches Kind, das eben nicht spricht ist, arbeiten sie dann auch mit Entspannungsübungen oder auch mehr Körperwahrnehmung und so

- 48.TH.C: Ja, also ich hab das jetzt bei den mutistischen Kindern so noch nicht erlebt. Aber ich hab jetzt das bei einem stotternden Kind ganz stark. Und dann gehe ich schon in Wahrnehmung, Körperwahrnehmung und Entspannung. Aber jetzt bei den mutistischen Kindern, also bei einem mutistischen Kind war es einfach so, dass es am Anfang gar nicht aktiv war. Quasi nur neben der Mutter geklebt war und ein halbes Jahr ohne Mutter gar nicht kam. Also die Mutter musste dabei sein. Und es schon ein Problem war zB das Kind zu bewegen, das es hier am Tisch was zeichnet. Das dauert halt. Dann hab ich zuerst den Tisch zu ihm gebracht und dann war es schon, dass es die Mutter wegrücken konnte, weil sonst hätte sie nicht zeichnen können. Das man so dann langsam aufmacht. Aber das dieses Kind wäre nicht auf die Idee gekommen, das mit Entspannung zu machen, sondern eher die Situation zu verändern. Eben bei diesen anderen verspannten Kindern, da machen wir wirklich was mit ähnlichen, mit was spüren, Ball auf dem Körper haben, verschiedenen Stellen wahrnehmen und solche Dinge, durch ein Rohr kriechen.
- 49.I: Das heißt, sie haben einfach ein Repertoire an verschiedenen Kindern, was sie mit Kindern machen können und je nachdem, was das Kind sozusagen auch ausdrückt, oder wo sie das Gefühl haben, was für die Situation passend ist, das bieten sie an oder das Kind nimmt die Situation eh selber, hab ich das richtig verstanden
- 50.TH.C: Also genau, also da fühl ich mich am besten verstanden. Ich hab mehrere Methoden und ich wende aber nicht bei jeder Störung nur eine Methode an. Sondern das was die Person mir anbietet, was das Kind mir anbietet, wo ich merke, da passt das. Da nehm ich die Methode zu Hilfe. Da wollte ich aber eine Einschränkung machen. Jetzt muss ich nochmal schnell überlegen. Ach ja, das Kind nimmt es sich eh selber, es gibt Kinder die so ihre Therapie wirklich selbst gestalten. Das stimmt. Aber sehr oft braucht es auch den Input von mir. Also es gibt Kinder, wo es immer den gleichen Kreislauf oder immer das gleiche Ritual, aber dann geht es nicht weiter. Dann bleibt das zwar ein Ritual, aber ich versuche es zu erweitern.
- 51.I: Und nehmen die Kinder das dann an, wenn sie etwas hineinbringen in die Therapie
- 52.TH.C: Ja, eigentlich schon. Es muss, ich hab jetzt gerade ein bestimmtes Kind vor Augen, der wollte nur Auto spielen und zwar die Autos immer so nebeneinander hinstellen, dann war das Spiel schon fertig. Dann haben wir so erweitert, ja vielleicht brauchen diese Autos eine Straße wo sie fahren können. Der hat halt gesprochen. Dann lassen wir sie auf dem Parkplatz stehen, sollen wir nicht ein Parkhaus bauen. Also so einfach im Spiel versuchen zu erweitern, damit eine Idee reifen kann. Und wir haben dann später eine Straße gehabt, wir haben da Verkehrsunfälle gehabt, wir mussten dann eine Werkstatt und ein Spital dazu bauen. Also so konnte sich das dann erweitern und vom Funktionellen nebeneinander stellen, entstand auch eine Art Rollenspiel. Und über das Rollenspiel auch Kommunikation, sprachliche. Die bei diesem Kind auch noch nicht da war, also er hat zwar gesprochen, aber nicht kommuniziert. Also so.
- 53.I: Und das haben sie in dem Fall gemacht, weil er irgendwie selbst geblockt hat, da sich irgendwie auszubreiten
- 54.TH.C: Ja.
- 55.I: Das heißt, sie haben einfach versucht ihm zu helfen, diese Spielhemmschwelle oder die Phantasiehemmschwelle irgendwie ein bisschen zu brechen, indem sie einfach mitmachen mit ihm

56.TH.C: Ja, genau. Das ich einfach was einbringe, aber nicht aufdrücke dann. Das ist so eine Form. Und das andere ist, dass ich zB dann wirklich sage, okay, wir könnten einmal eine Phantasiereise machen. Das mach ich vor allem dann, wenn ich wieder mal schaue, was sind eigentlich die Themen von dem Kind. Wenn ich das Gefühl habe, das Kind braucht irgendwie so eine Sicherheit, dann wähle ich eine Phantasiereise für dieses Thema aus, das dann gemalt wird oder wie auch immer, das diese Phantasiereise dann im Spiel gestaltet werden kann.

57.I: Und die Phantasiereise heißt, dass sie eine Geschichte erzählen

58.TH.C: Ich erzähle eine Geschichte, das Kind entspannt sich dabei und versucht sich das vorzustellen. Es gibt auch Kinder, bei denen diese Geschichte dann fast eine gemeinsame Geschichte ist. Aber das passt dann auch.

59.I: Was würden sie sagen ist jetzt, sie haben ja auch die integrative Ausbildung, wo würden sie sagen, ist bei ihnen sozusagen das klientenzentrierte in der Arbeit mit mutistischen Kindern? Wo würden sie sagen, sieht man das oder sehen sie das an sich am meisten oder viel das sie auch eine klientenzentrierte Ausbildung haben

60.TH.C: Also eigentlich das ich immer eigentlich schaue, was ist das Bedürfnis des Kindes. Das ich von dem ausgehe. Oder was teilt das Kind mir mit. Das ich da explore, ich würde sagen, das ist das klientenzentrierte. Und ich denke ein großer Teil der Spieltechnik, das ich überhaupt über Spiel mache, hab ich eigentlich auch dort gelernt. Und das ich so meine Spielform ein bisschen anpasse, was das Kind braucht.

61.I: Das ist für mich immer eine interessante Frage, weil das dann abzugrenzen ist dann oft eben schwierig. Und das ist wahrscheinlich im Alltag jetzt auch aus meiner Sicht nicht so wahnsinnig wesentlich, aber jetzt im wissenschaftlichen ist es dann natürlich schon immer, wieso nennst du das überhaupt klientenzentriert oder so, ja.

62.TH.C: Also ich denke es ist, hat auch, ist auch die Haltung. Das ich davon ausgehe, das Kind hat mir was mitzuteilen. Und da versuche ich die Personen des Kindes ins Zentrum zu holen. Und das auch bei den Eltern eigentlich versuche. Das denke ich, ist so die Grundhaltung eigentlich schon des klientenzentrierten Gedankens. Es ist aber auch ein Teil des Gestalterer. Auch die Gestalttherapie hat einen Menschen im Zentrum, und nicht die Deutung. Es haben sich beide auch von der Analyse entsprechend abgegrenzt. Da geht es eigentlich so um den Punkt, dass der Mensch sich selbst ausdrücken kann. Ich glaube, darum fällt es mir jetzt auch so schwer, zu entscheiden, was ist jetzt klientenzentriert und was Gestaltung.

63.I: Das ist aber eh auch in Ordnung, wenn das einfach sich überlappt, weil das auch eben sehr ähnliche Richtungen sind, überhaupt auch heute, wo die klientenzentrierte auch sehr viel eben Interaktion hat in der Therapie. Glaube ich, dass sich diese zwei wahrscheinlich, also ich kenne natürlich die Praxis nicht, aber ich nehme an, dass diese zwei Richtungen in der Kinderspieltherapie sich einfach in vielen Punkten überschneiden.

64.TH.C: Ja.

65.I: Und jetzt vielleicht vom theoretischen her die Klienten sind heute nicht so ein, so methodische Konzepte hat oder Spiele hat, wo man sagt, das baut man jetzt alles ein. Aber die interaktionelle Therapie hat auch so die Regelspiele, die Rollenspiele. Viele mit Aggressionen glaube ich hab ich auch gemacht. DA gibt es mittlerweile auch schon so, da sind auch die Spiele dann schon so in Kategorien oder so. Aber das wissen sie wahrscheinlich auch noch besser, dass sich eben das sehr überlappt.

- 66.TH.C: Was mir jetzt so spontan einfällt, was eigentlich in der Gestalt ausgeprägter ist, ist die Rollen vielleicht mehr auch spielt noch. Oder vielleicht auch mehr übertreibt. Also die böse Hexe. Aber zulässt auch das diese böse Hexe vernichtet wird. Also solche sehr dramatischen Ereignisse vielleicht noch fördert. Auch durch die eigene Intervention. Vielleicht in der klientenzentrierten Therapie weniger macht. Wo man doch mehr eher auffängt, was der andere bringt oder eher auf das reagiert. Aber nicht vielleicht bei bestimmte Emotion steuert oder so. Das könnte ich mir nur vorstellen.
- 67.I: Und wenn sie mit Eltern arbeiten, arbeiten sie dann auch so filialtherapeutisch, dass sie auch mit unter den Eltern helfen wollen mit ihren Kindern zu spielen
- 68.TH.C: Hab ich bei mutistischen Kindern weniger gemacht. Mach ich aber bei kleinen, hyperaktiven Kindern sehr stark oder bei ja, bei Kindern, mit Spracherwerbsstörungen, mach ich das. Oder wo die Eltern grundsätzlich Erziehungsprobleme haben, also auch mit Verhaltensstörungen, wo ich das Gefühl habe, es liegt eigentlich daran, dass das Kind nicht spielen kann. Das die Eltern und das Kind eigentlich zusammenkommen, wo ich solche Interaktionssitzungen hier mache. Und das dann auch aufnehme und mit den Eltern anschau.
- 69.I: Und warum bei mutistischen Kindern eher weniger Brauchen sie das einfach eher weniger, die Eltern
- 70.TH.C: Da hab ich den Eindruck, interessanterweise, gute Frage, da hab ich echt den Eindruck bis jetzt gehabt weniger.
- 71.I: Weil die Eltern eigentlich mit ihren Kindern kommunizieren können
- 72.TH.C: Ja, also wo es dann eher so geht, Grenzen setzen, oder fertige Kommunikationsformen bisschen verändern. Und da wäre ich jetzt, aber das müsste ich auch einmal ausprobieren, ich bin jetzt nie auf die Idee gekommen, Eltern mit mutistischen Kindern spielen zu lassen. Vielleicht würden sich da ganz neue Dinge aufgehen. Das wäre einmal spannend auszuprobieren.
- 73.I: Es wird ja auch bei mutistischen Kindern oft oder auch viel von diesen Krankheitsgeredet, das sie zu Hause eine Position haben, die, wo das Schweigen ihnen ja auch was bringt. Und vielleicht ist das auch mehr der Fokus dann.
- 74.TH.C: Also die meisten Themen die Eltern bedrängen, das das Kind zu Hause so viel redet, das sie einfach nicht mehr zuhören können. Und das es auch darum geht, manchmal dem Kind die Zuhörerrolle zuzuschieben. Also auch da versuchen ein Gleichgewicht zu schaffen, auch zu den anderen Geschwistern. Das ist das, wo die Eltern oft denken, es muss ja das Ventil haben. Ich denke eben auch, wenn dieses Ventil etwas nicht nur zu Hause ist, dann kann es auch wo anders dann geschehen. Also die Eltern müssen das nicht alles erdulden. Und das gleiche ist, das die Mutter hat erzählt, sie hat mit dem Mann was besprochen und das Kind wollte was, das mutistische Kind und sie hat gesagt, jetzt warte mal, und das weiter besprochen und da hat das mutistische Kind angefangen zu stampfen und einfach zu schreien mit einem ganz gellenden Ton, bis die Mutter sich ganz dem Kind zugewandt hat. Also solche massiven Dinge geschehen dann. Wo wir dann wirklich überlegen, wie könnten sie das lösen, damit das Kind da, also damit es für die Eltern einmal erträglich wird und das das Kind aus dieser Rolle rauskommt. Und wie könnte es dabei feinfühlig bleiben, wo das Kind wirklich was von ihnen braucht und wo das Kind wirklich mit ihnen spielt.

- 75.I: Das heißt, wenn die Eltern herkommen, dann machen sie eben mehr eine Gesprächssitzung oder Therapie und das Kind ist dabei
- 76.TH.C: Nein. Bei den mutistischen Kindern spreche ich mit den Eltern alleine. Und zwar gerade darum, damit die Eltern solche Dinge erzählen können. Und auch mal so wirklich einen Raum für sich haben, weil mir vorkommt, die haben, sie sind gehemmt wenn das Kind daneben sitzt. Es gibt Eltern die können locker reden, wenn ihr Kind dabei ist. Aber es gibt Eltern, die erzählen nicht so, wie sie sind, wenn das Kind dabei ist. Auch wenn das so gegen alle familientherapeutischen Regeln eigentlich verstößt, bin ich da der Meinung, es soll ein Ort sein, wo die Eltern sagen können, was sie wollen und das das Kind das nicht unbedingt hören muss. Also wo sie einfach schimpfen dürfen über das Kind.
- 77.I: Und beeinflusst sie das dann sehr in ihrer therapeutischen Arbeit mit dem Kind
- 78.TH.C: Nein, eigentlich nicht, weil ich mich da sehr darauf einlasse, was gerade ist. Wo wir dann viel mehr je nach Spiel dann einfach, aha, könnte das so etwas sein, wie die Eltern mir da erzählt haben. Könnte das jetzt der Persönlichkeitsteil sein, der da deutlich wird. So beeinflusst es mich schon. Aber eigentlich eher dann so, das ich mir denke, ich kann mir fast nicht vorstellen, dass dieses Kind schreien kann oder so. Und ich habe irgendwie froh bin, wie das Kind ganz zu sehen. Das stille Kind ist auch ein schreiendes Kind.
- 79.I: Ich hab jetzt nochmal so zusammenfassend diese Probleme und Grenzen, ist eigentlich eher hauptsächlich, das die Eltern unter großen Druck stehen, mit dem Kind in Kommunikation zu kommen, ist offensichtlich kein auffallendes größeres Problem als bei anderen Kindern, die zu ihnen kommen wegen verschiedenen Sachen. Hab ich das richtig wiedergegeben ungefähr
- 80.TH.C: Ja, ich wundere mich jetzt ehrlich gesagt selbst, aber es ist so. Es ist wirklich so.
- 81.I: Ich hab dann noch irgendwie, das haben wir eh schon halb beantwortet. Was die Besonderheiten sind bei der Therapie mit selektiv mutistischen Kindern und ich würde jetzt vielleicht, ich denke mir, es gibt wahrscheinlich gar nicht so wahnsinnige Besonderheiten.
- 82.TH.C: Irgendwo stimmt das schon. Das einzige besondere ist, das diese Kinder nicht sprechen.
- 83.I: Weil dadurch das sie es ja schaffen mit ihnen in Kommunikation zu kommen, ist das Sprechen sozusagen ja nicht so innerhalb dieses Spiels und innerhalb dieses Therapiezimmers nicht so relevant.
- 84.TH.C: Es ist nicht das Thema. Außer es ist das Thema im Spiel. Das gibt es natürlich schon. Das Kinder Situationen spielen, in denen sie sich damit auseinandersetzen, dass sie nicht sprechen. Das kommt schon auch vor. Und wo es dann auch darum geht, das Thema aufzugreifen. Aber ich finde das jetzt spannend, wie sie das zusammengefasst haben. Wenn es etwas besonderes gibt in dieser Therapie, ist es eigentlich viel mehr das, was meistens nach der Stunde in mir passiert. Dieses, sehr viel Selbstzweifel, sehr viel, und vor allem nach den Stunden mit den Eltern, sehr viel auch Insuffizienzgefühle, also eher viele schlechte Gefühle. Das ist das besondere, also das man sich selbst, das ich mich oft selbst sehr stark in Frage stelle. Was ich bei anderen Kindern weniger mache.
- 85.I: Und worauf beziehen sie das Auf das nicht sprechen des Kindes
- 86.TH.C: Ja, auf das nicht sprechen und die Dynamik, die damit verbunden ist. Das die Dynamik, es müsste ja eigentlich mal sprechen, und warum spricht es jetzt an bestimmten

Orten nicht. Und was ist da wirklich dahinter. Und hab ich es vielleicht noch nicht genügend erfasst, das ich noch nicht da hingekommen bin. Also diese so auch das methodische Abrufen, was könnte man noch machen. Also es hat einfach noch nicht so Reflexion passiert. Und das meine ich, ist mit diesen Kindern viel intensiver, diese Auseinandersetzung mit der eigenen Kompetenz, als jetzt bei den anderen Kindern.

87.I: Und haben sie das Gefühl, es ändert sich je nach Erfahrung Sie haben wahrscheinlich jetzt schon mehrere mutistische Kinder gehabt. Verändert sich dieses Gefühl mit mehr Erfahrung und mehr Wissen auch darüber, was Mutismus ist oder sein kann

88.TH.C: Weniger Wissen was Mutismus ist, als über die Erfahrung, ja es ist so. Das ist so mit diesen Eltern. Und das ist die Dynamik, die entsteht. So eher da, eher so.

89.I: Es kann ihnen bis zu einem gewissen Grad helfen, damit umzugehen auch.

90.TH.C: Ja, wenn ich das weiß, dass das dazu gehört, kann ich das anders einschätzen und ich kann es nehmen, als etwas, aha, es ist Insuffizienz ist zwar Thema, okay, was hab ich gemacht, eigentlich müsste es nicht Thema sein, so wie die Stunde gelaufen ist. Dann komm ich vielleicht, das mir das Kind auch so etwas angeboten hat über seine Insuffizienzgefühle. Oder wo mir die Eltern etwas angeboten haben, wo in der Sitzung nicht gemerkt habe, aber wo ich so beim nächsten Mal aufgreifen kann oder etwas achtsamer sein kann.

91.I: Ich wollte jetzt noch ein bisschen was wissen über die Therapeuten Kind Beziehung, ob die irgendwie speziell ist beim mutistischen Kind Weil es vielleicht schwieriger ist auf eine vertrauensvolle Basis zu kommen, oder das ihnen das Kind das Gefühl gibt das vertraut ihnen oder so, oder was auch immer ihnen da einfällt

92.TH.C: Ja, also die finde ich jetzt speziell. Weil eigentlich es eine Beziehung ist, also vor allem bei Kindern, die sehr an die Mutter gebunden sind, wie wenn die Beziehung nicht sein dürfte. Also wenn da so was ist, das ist ziemlich verboten. Und ich merke, das ist so wie ein Seiltanz, das das wirklich erlaubt wird. Bis ich die Erlaubnis von der Mutter habe, mehr oder weniger. Und das ist so der eine und das ist auch, schon distanzierter zugeht als bei anderen Kindern. Eine Weile ja. Und dann aber, kommt auch so der Moment und das Gefühl, eigentlich bin ich diesen Kindern wesentlich näher durch das Schweigen und sich verstehen, entsteht dann doch eine andere Nähe. Und die ist aber, die muss man dann ganz gut regulieren.

93.I: Weil das die Kinder schwer selber können

94.TH.C: Ja. Also da geht es dann wirklich um diese Nähe Distanz Regulation. Das man sich zwar versteht ohne Worte, aber das man doch irgendwie jetzt nicht die nächste Mama ist, die den Besitz reguliert zB. Das das etwas anderes ist.

95.I: Und haben sie das Gefühl, dass da so mutistische Kinder sehr einen einnehmenden Charakter haben sozusagen Gehäuft.

96.TH.C: Jein. Es ist so, eben das ist so etwas schwer fassbares. Nicht, einnehmend kann dann sein, das sie dann wirklich den ganzen Raum besitzen. Also den Raum einnehmen. Aber in der Beziehung einnehmend, nein, ich würde das jetzt nicht so sagen. Also eher so wirklich das, wenn einnehmend aber so, das man nicht als Partner wahrgenommen wird. Also so. Dann so grenzüberschreitend dann. Aber nicht in einer Beziehung, so ich beherrsche dich jetzt. Sondern das kommt mir eher vor, wir nehmen dich nicht wahr. Oder ich nehme dich als Person nicht wahr. Das es eher darum geht, sich als Person darzustellen. Das ist schwierig zu erklären. Ich

finde das eine spannende Frage.

97.I: Ich kann mir das gut vorstellen, es ist sozusagen die Frage kann man nicht bejahen, weil man kann nicht sagen, die Kinder schweigen zwar aber kontrollieren sozusagen die Beziehung und alles rundherum. Das wäre wahrscheinlich auch zu viel. Okay.

98.Mir ist jetzt eingefallen, was ich fragen wollte. Nämlich in Bezug auf das, das sie gesagt haben, das sie Gefühle kriegen, sie kommen da irgendwie nicht weiter oder was könnten sie jetzt noch einbauen, oder warum spricht das Kind nicht. Was sind ihre Erfahrungen mit Therapieenden Also so Erfolg oder Misserfolg oder Abbruch

99.TH.C: Also sehr oft Abbruch. Also das gibt es. Das hat auch verschiedene Hintergründe. Ein Abbruch war zB, das die wirklich von sehr weit her gekommen sind, das da die Versicherung nicht mehr zahlte. Wo man dann irgendwann mal sagen muss, okay, lassen wir es mal. Der andere, ja, das war die, die geschickt wurden, also da mach ich eher die Erfahrung, das die irgendwann mal sagen, es nützt eh nichts, hab ich eh gewusst, dass es nichts nützt. Das passiert öfters. Und meistens, genau, dann auch, wenn das Kind anfängt zu sprechen. Auch wenn es nicht in der Therapie spricht, das die Eltern sofort aufhören wollen. Aber wenn man eigentlich das Gefühl hat, das Kind hat erst zu sprechen, sich in das Sprechen noch integriert und es braucht noch etwas, das es auch hier sprechen kann zB. Also wo dann wirklich die Eltern wirklich sehr schnell aufhören. Sagen, jetzt haben wir das Ziel erreicht und das genügt uns. Da ist es nicht wirklich rübergekommen, um was es wirklich geht, also diese Insuffizienz auf dieser Ebene dann nochmal deutlich wird. Und dann haben wir auch schon so Abschlüsse gehabt, wo man einfach merkt, okay, jetzt spricht sie in der Schule, es läuft eigentlich ganz gut, hier spricht es halt immer noch nicht, aber ich glaube das braucht es auch noch. Das es auch gar nicht spricht. Das wir mal aufhören könnten. Wo so das gegenseitige Gefühl ist, okay, wir können da mal aufhören oder zumindest mal eine Pause machen. Oder wo auch die Eltern sagen, ich glaube es läuft jetzt eigentlich gut und ich das Gefühl eigentlich auch habe. Das gibt es auch.

100.I: Haben sie dann auch manchmal Kontakt mit den Eltern, oder wissen sie, wie das dann weitergeht oder so

101.TH.C: Also bei einem Kind hatte ich mal das noch miterlebt, weil ich dort weggezogen bin und dann über die andere Therapeutin noch ein bisschen gehört habe, wo die Eltern dann das Kind sich vorgenommen hat, dann und dann spreche ich, in der anderen Schule nämlich. Es auch getan hat, aber am Wohnort nicht mehr. Und wo es aber den Eltern schon genügt hat, das es jetzt in der neuen Schule spricht. Dort ist es abgebrochen, weil wir auch so das Gefühl gehabt haben, es wäre gut gewesen, noch weiter zu machen. Und bei einem Kind hab kürzlich, das da so weit hergereist ist, hab ich dann mal nachgefragt und dann hab ich die Rückmeldung erhalten, ja, sie ist jetzt noch zu einem Kinesiologen gegangen und die hat es hinkriegt.

102.I: Wenn Eltern eigentlich die Therapie abbrechen von Kindern, das hat nichts mit dem Mutismus zu tun, das interessiert mich auch nur, gibt es dann trotzdem ein Therapieabschluss in dem Sinn, der vorbereitet wird für die Kinder

103.TH.C: Das auf jeden Fall. Wenn ich im Elterngespräch, wenn mir das, gut, es gibt es dann nicht, wenn die Eltern einfach anrufen, und sagen, wir kommen nicht mehr. Und sie dann nicht mehr zu bewegen sind, wenigstens eine Schlussstunde machen zu können, dann gibt es das nicht mehr. Und sonst wird der Abschied vorbereitet. Was haben wir miteinander erlebt,

was hast du dann vor und so diese Dinge.

104.I: Und haben sie dann das Gefühl, dass manche Kinder gerne da bleiben wollen würden

105.TH.C: Ja, gibt es schon auch. Also es gibt Kinder, die das einfach so, also gerade da, wo ich das Gefühl habe, jetzt waren die Eltern ein bisschen zu schnell, dann spüre ich es manchmal schon. Aber das dürfen sie auch nicht zeigen. Also es kommt dann eher so, das plötzlich die Spiele endlos werden und die Stunde verlängert wird. Also das solche Dinge passieren. Aber nicht direkt, mit, ich will länger bleiben. Und das andere ist dann so, dass das Kind sagt, ich will nicht kommen. Und wenn sie dann hier sind, dann so richtig aufgehen und dann gehen sie raus, sehen die Mutter und sagen, ich komm nie mehr. Also solche Formen gibt es auch. Aber mir ist schon wichtig, einen Abschluss vorzubereiten. Einfach auch deswegen, wenn die Eltern ohne das mit mir zu besprechen, irgend so einen Therapiewechsel vorhaben, dass das Kind sich wieder einlassen kann. Für die ist ganz wichtig, einfach das Kind gut weggehen kann.

106.I: Welche Rolle spielen die Erziehungsberechtigten im Therapieprozess und da geht es mehr darum, dass sie auch sozusagen, weil die Gefühle der Eltern eine Rolle spielen, in der Art und Weise, wie das Kind seine Umgebung wahrnimmt oder seine Position in der Familie, das sie da auch einfach mit den Eltern alleine reden. Ist das richtig so

107.TH.C: Ja, also jetzt auf den Mutismus bezogen schon. Jugendliche oder so 8-jährige Kinder nehme ich dann meistens schon dazu mit den Eltern auch. Aber da, wo es nur so um die Sprache geht, in Elterngesprächen, da finde ich muss sich das Kind das nicht anhören. Das ist so ein Schutzbedürfnis meinerseits.

108.I: Dann hab ich noch ein bisschen was zur Nichtdirektivität. Da hab ich eine Frage, ich weiß auch nicht, ob sie so jetzt passt für sie: In wie weit mussten sie von der personenzentrierten Vorgehensweise abweichen bzw Methoden aus anderen Therapierichtungen integrieren Da würde ich sagen, das haben sie eigentlich eh schon beantwortet, das sie einfach verschiedene Medien haben, damit das Kind sich ausdrücken kann und wenn das Kind sich selber Sachen nimmt, dann ist es super, ansonsten sehen sie es auch nicht als schlecht an, etwas anzubieten.

109.TH.C: Ja genau.

110.I: Was mich da noch interessieren würde, ist, ob sie da irgendwie ein Konzept haben, wenn sie sich überlegen, warum dieses Kind schweigt und einen Grund für sich irgendwie entdeckt haben oder eine Möglichkeit entdeckt haben, ob sie dann spezielle Spiele gibt, die sie nehmen würden oder nicht nehmen würden

111.TH.C: Jetzt muss ich überlegen, wie das genau ist. Also ich kenne es von mir nicht, das ich bestimmte Spiele nicht nehme, bei mutistischen Kindern. So nicht. Bei Kindern, die zB sehr aggressiv sind, schränke ich manchmal auch Aggressionsspiele ein. Da bin ich rigoros. Beim mutistischen Kind würde ich die eher irgendwie anbieten. Das auch Aggressionen ausgedrückt werden können.

112.I: Aber wenn sie zB ein Kind haben, wo sie das Gefühl haben, das hat ein Trauma oder eine totale Selbstunsicherheit oder so, das sie dann zB mehr Rollenspiele nehmen würden oder eher den Hund oder Bären nehmen würden oder so

113.TH.C: Also wenn ich jetzt zB weiß, es ist ein Kind, das hat massive Angst vor Hunden, würde ich den Hund nehmen. Oder das er die Hexe nicht einführe, oder die Zauberer nicht, weil Kinder vor magischen Dingen Angst haben. So schon ja.

- 114.I: Wenn sie zB das Gefühl haben sie, ich weiß nicht, ob sie jemals das Gefühl haben, dass sie den Grund wissen, warum dieses Kind nicht spricht oder das sie eine Erklärung haben, und dann aufgrund dieser Erklärung, die sie für sich haben, sagen, da helfen jetzt bestimmte Spiele mehr oder weniger.
- 115.TH.C: Ich merke das es weniger an den Spielen festmache, sondern an der Spielinteraktion. Also das ich da eher meine Spielinteraktion verändere. Also wenn ich jetzt merke, das Kind schweigt unter anderem, weil es nie den Raum hatte, einen eigenen Ausdruck hervorzubringen. Oder wenn der nicht geschätzt wurde. Dann ist es eigentlich egal was es macht aber ich versuche das anzunehmen und positiv zu werten. Dann hab ich vielleicht nicht nur den Hund als Zuschauer, sondern das ganze Sofa voll als Zuschauer, weil die das einfach toll finden. Aber ich merke, das es die Spielform eigentlich immer dem Kind angepasst ist. Das ich da ganz selten Spiele hatte, mir ist das jetzt nicht bewusst, das ich das gemacht hätte. Okay, ein Kind das hatte manchmal so Sprachspiele, so Geschichtenspielen sich ausgesucht, aber die nicht erzählt. Wo ich das mal auf die Seite geräumt habe. Das es nicht immer, also mit dieser Konfrontation sich dafür beißt. Wo es nicht weitergeht.
- 116.I: Das heißt, wenn sie jetzt ein Kind haben, das zB einen Tag hat, wo es irgendwie gar nicht weiß, was es jetzt spielen will oder machen will, dann, mit welchen Überlegungen nehmen sie dann Spiele oder machen sie das einfach auch so, dass sie sich denken, auf was hab ich jetzt Lust
- 117.TH.C: Das weniger, sondern, ich gehe meistens davon aus, dass dann auch etwas bis her totgelaufen ist und ein neuer Schritt dran ist. Und dann überlegt, was wäre dran. Bei dem Kindern und was würde dazu passen. Und dann mach ich so drei Angebote.
- 118.I: Und was wäre dran heißt, was gibt es für ein Thema bei dem Kind oder
- 119.TH.C: Genau, oder muss noch ein Thema entstehen. Es konnte ein Thema nicht entstehen in diesen Spiel. Und wenn ich jetzt merke, ein Kind braucht so ein Spiel mehr oder weniger als Abwehr, also weil es eigentlich nicht weiter geht, dann versuche ich einfach mehr Neues, aber nicht das Spiel weg zu nehmen sondern einfach mehr neue Impulse rein zu geben. Da werde ich einfach direktiv.
- 120.I: Der Aspekt der Nichtdirektivität, weil wir gerade das Wort hatten, spielt der für sie eine große Rolle, eine wichtige Rolle oder hängt das ab von Kind zu Kind
- 121.TH.C: Nein, also bei mir spielt die Nichtdirektivität da die Rolle, wo ein Kind über genügend Phantasie verfügt, sich auszudrücken und weiterzukommen. Also wo diese Kreativität da ist oder die noch etwas entwickeln gilt, da bin ich sicher weniger direktiv, als da wo noch gar keine Ideen da sind. Wo die erst entstehen müssen durch Angebote. DA bin ich direkter.
- 122.I: Das heißt, dort wo sie das Gefühl haben, das Kind braucht jetzt Hilfe, das die Therapie nicht stehenbleibt.
- 123.TH.C: Ja.
- 124.I: Und bis zu einem gewissen Grad ist es dann auch ihre Aufgabe als Therapeutin diesen Prozess oder das Kind zu helfen, diese Therapieprozesse weiter zu führen.

- 125.TH.C: Ja, oder überhaupt in Gang zu setzen. Also das Kind was gar nichts gemacht hat, da musste ich wirklich ziemlich kasperln.
- 126.I: Es gibt noch zwei Fragen. Konnte im Therapieablauf eine Symptomverbesserung erreicht werden Das haben sie eigentlich schon beantwortet, da gibt es ganz viele verschiedene Sachen, die sie erlebt haben. Mal ja, mal nein, Abbruch in verschiedenen Art und Weisen, auch Ende auf verschiedene Art und Weisen. Haben sie dann auch schon mal ein Kind gehabt, das mit ihnen gesprochen hat am Ende
- 127.TH.C: Nein. Schon ein schweigendes Kind, aber das war dann kein selektiver Mutismus. Das dann schon gesprochen hat.
- 128.I: Was war das dann
- 129.TH.C: Was war das Also das hat eigentlich in der ersten Stunde gleich gesprochen. Das war ein Kind, das von der Mutter entfernt wurde in eine Pflegefamilie und die Pflegefamilie hat einfach alles schlecht gemacht, was mit der Mutter war. Also immer schlecht über sie gesprochen und ganz strenge Regeln aufgestellt für das Kind. Und das Kind hat dann einfach nicht mehr gesprochen mit der Familie auch. Es hat eigentlich super zu sprechen begonnen, sobald ich auf etwas eine Resonanz gab, was es gemacht hat. Ich hab nur gesagt, da hast du jetzt die Perlen schön zusammengefügt, das ist eine schöne Kette, das sieht sicher gut aus, wenn du das anziehst, dann war der Blickkontakt schon da und dann hat sie gesagt, jetzt nimm ich noch eine. Dann kam schon was.
- 130.I: Aber sonst ist entweder reden die Kinder außerhalb, aus ihrer Erfahrung jetzt, aber nicht innerhalb der Therapie
- 131.TH.C: Also die die ich bis jetzt gehabt habe, die haben eigentlich nie in der Therapie gesprochen.
- 132.I: Die letzte Frage. Was macht aus ihrer Sicht die personenzentrierte oder sagen wir mal das humanistische Menschenbild, die Kinder Spieltherapie zu einer geeigneten Therapieform für die Behandlung von selektiv mutistischen Kindern aus ihrer Sicht
- 133.Sie haben ja das Buch vom Boris Hartmann gelesen, sicher. Wo die systemische Mutismustherapie, wo er mit Verträgen arbeitet. Er ist erfolgreich, aber wenn ich sein Buch lese, hab ich immer so das Gefühl, puh, Stress irgendwie. Und ich hab ihn auch kennengelernt und es ist irrsinnig interessant und er hat viel Erfahrung und so, aber es ist irgendwie so ein anderer Zugang. Und deshalb stelle ich diese Frage weil ich eben oft diese Frage gestellt bekomme. Also es fragen mich viele, warum willst du zeigen, das mutistische, das das funktioniert mit mutistischen Kindern und da würde mich eben interessieren, was die Leute denken, was die effektiv, ich kann das leider noch nicht wirklich im Alltag praktizieren. Da ist für mich interessant, was Leute denken.
- 134.TH.C: Also für mich ist halt ein Teil Person werden, damit ein Kind die Sprache anwendet. Zur Person werden heißt, sich selber ein Stück wahrnehmen, sich als Person wahrnehmen und auch Wahrnehmungen entwickeln dem Gegenüber. Also so Empathie entwickeln. Und dann eigentlich sich als kommunikatives Wesen verstehen zu lernen. Und das mein ich, das kann nur gelungen, wenn es ein ich ist und ein du. Und das es wichtig ist, das man darüber spricht. Und das hat auch damit zu tun, dass es so etwas gibt, wie eine eigene Wichtigkeit. Und eine eigene Bedeutung und Bedeutsamkeit, von dem was ich denke, tue, bewirke. Und deswegen ist das eigentlich für mich der richtige Weg. Und das es zu den eigenen Bedeutsamkeit auch gehört zu schweigen. Und nichts zu sagen. Das es auch ein Teil von mir sein kann. Und was ich beim

Hartmann ankreide ist so das er, wenn ich diese Teile sehr negiert, genau diese Teile, wo es darum geht sich als Person selbst wahrzunehmen, seinen persönlichen Ausdruck zu entwickeln und eigentlich sehr auf diese, er hat wirklich auf die Gegenschiene zum einen, wo er sagt, es ist Erfolg, wenn ich(1:20), das ein Kind A sagt. Das Eltern auch, das er da eigentlich ganz fest ins System der Eltern einsteigt. Und verlängerter Arm der Eltern ist. Er ist ein sogenannter braver Junge. Weil er genau das tut, was die Eltern wollen und es dann auch beim Kind schafft. Ich habe lange überlegt, wieso schafft er das. Und dann bin ich jetzt draufgekommen, ich weiß nicht, in welchem der Bücher ich das gelesen habe, Schweigen hat viele Gesichter, da berichtet eine Mutter was für eine Wirkung es auf sie gemacht hat, das der Mann im Rollstuhl sitzt. Und das das auch auf das Kind eine Wirkung gemacht hat. Ich vermute eben, dass, dadurch das er zeigt, dass er trotz dieser Behinderung etwas kann und etwas tut. Und lebt, lacht und was auch immer, wie er sich bewegt, weiß ich nicht, ich kenn ihn nicht persönlich. Aber ich glaube, dass er dann für seine Person mit der Behinderung dem Kind irgendetwas vermittelt, was es dazu bringt, das es das tut, was es sagt. Wie fest ihm das bewusst ist, weiß ich nicht. Aber es ist eine Vermutung, dass er da eigentlich etwas mittransportiert, und das es gar nicht diese Methode ist, weil ich mir nicht vorstellen kann, wie das funktioniert.

135.I: Ich verstehe es auch nicht ganz, weil er ja davon ausgeht, dass die Kinder sich das sehr wohl aussuchen können, ob sie sprechen oder nicht. Er geht davon aus, es liegt in der Hand der Kinder, zu entscheiden, ja oder nein. Ich bin auch da mehr so auf der Seite, das ich sag, das Schweigen hat einen Grund, das ist da wegen etwas. Und das Etwas das gilt es dem Kind zu helfen mit diesem Etwas umzugehen und nicht anzufangen zu reden im Endeffekt. Weil das Schweigen entwickelt sich ja nicht aus zum Spaß. Also aus keinem Grund.

136.TH.C: Also ich glaube eben auch, dass es eben ein Grund ist, das es das Kind nicht in der Hand hat. Oder wenn es so weit ist, dass es in der Hand hat, dann ist es eben schon weit. Und ich möchte ja nicht wissen, ich muss ehrlich sagen, ich war wütend als ich diese Gesichter des Schweigens las. Das man so viele Mütter hernimmt, zu berichten, negativ über die Psychotherapeute zu berichten. Und dann wer weiß, ob nicht all diese Wege, die das Kind gemacht hat, letztlich es dazu brachten, dass sie sagen konnte, ja ich will. Ich war wirklich sauer, als ich das Buch las. Weil ich es schwierig finde, eine Methode auf Abwertungen anderer Methoden aufzubauen. Das finde ich nicht okay.

137.I: Ich hab ihn eben auch bei der Mutismustagung gesehen in München, war die und da war auch die Nitza Katz-Bernstein, die auch mehr so einen integrativen und einen humanistischen Ansatz hat. Und das war sehr interessant, weil sie miteinander sehr vorsichtig umgehen, fand ich persönlich, dafür dass sie so unterschiedliche Vorstellungen haben und sehr respektvoll eigentlich. Aber eben sehr, jeder musste schon immer wieder betonen, er hat einen anderen Zugang. Der eine hat seine Berechtigung, aber ich bin schon anders, ich möchte mich hier auch abgrenzen irgendwie von dem, der vor mir geredet hat. Das war irgendwie lustig und verständlich auch, wenn man die Bücher liest, das ist doch sehr anders irgendwie.

138.TH.C: Ja, ich denke die Frau Katz nimmt auch die Kinder schon auch in die Pflicht. Also einmal heißt es um das Sprechen kommen wir nicht drum herum. Das ist klar. Wann glaubst du, wirst du so weit sein und wo glaubst du wirst du anfangen. Und das ist schon auch die Unterstellung.

139.I: Das stimmt. Sie hat mir auch damals gesagt, ich soll gar nicht probieren sozusagen mehr oder weniger nicht direktives Konzept zu entwickeln, weil damals wollte ich war mir die Nicht-direktivität sehr wichtig, jetzt nach vielen lesen und so weiter ist es wieder ein anderer Aspekt geworden. Sie hat mir gesagt, sie hat das probiert und aus ihrer Sicht geht das nicht. Und deshalb war ich ganz überrascht, wie ich jemanden getroffen habe, wo das eben schon

geht. Das man auch so ist. Und eben gar nichts macht oder gar nicht, nur da ist als Spielfläche oder so, für das Kind. Aber das hat mich eben sehr beeindruckt, dass sie mir das gesagt hat. Da wollte ich dann gleich meine ganze Diplomarbeit über den Haufen werfen. Aber ja, ihr Ansatz ist mir schon sympathischer irgendwie. Das war mit unter schon auch die Motivation überhaupt diese Arbeit zu schreiben nach den ganzen Büchern, wobei der Dr. Rainer Bahr ja auch sozusagen viel schreibt, aber er ist Sprachtherapeut glaube ich oder Er ist kein....

140.TH.C: Er ist Psychologe. Hartmann ist Sprachtherapeut.

141.I: Das stimmt. Er ist aber auch Verhaltenstherapeut oder nicht

142.TH.C: Das weiß ich jetzt nicht.

143.I: Aber beim Bahr hab ich auch nicht das Gefühl, dass es so gepusht wird wahnsinnig.

144.TH.C: Der geht eigentlich auch davon aus, dass es wichtig ist mal einen Kontakt zu schaffen. Das das so der erste Schritt und das nicht die Sprache im Vordergrund ist.

145.I: Das ist schon ein interessanter Ansatz.

146.TH.C: Der ganze Bereich der Schule und Kindergarten, also das da manchmal wichtig ist, Kindergartenpädagogen mit einzubeziehen, weil jetzt ist es zwar auch schon weniger geworden, aber es gibt einfach immer noch Pädagogen die meinen dem ganzen Ehrgeiz da reinzustecken, das Kind jetzt zum Sprechen zu bringen und dann entsprechende Drucksituationen schaffen. Und da dann oft vieles wieder verschüttet wird. Und da finde ich ist auch wichtig, bei den Eltern einfach ein Verständnis zu holen, auch mal mit den Lehrpersonen sprechen zu können. Oder die Eltern anzuleiten, wie sie das, das sie darauf bestehen oder das selber mit den, ihr Kind also auch über ihr Kind sprechen mit den Lehrkräften. So, der Punkt ist mir schon auch wichtig.

147.I: Vielen Dank für das Interview.

Therapeutin D

1. I: Die erste Frage ist: Wie ist das Phänomen selektiver Mutismus aus ihrer Sicht zu verstehen? Was glauben sie, was ist der Hintergrund? So einfach aus ihrer Erfahrung heraus auch.
2. TH.D: Meine Erfahrung ist es, dass es oft Kinder sind, die aus zweisprachig sprechenden Familien kommen, oder sogar mehrsprachig. Teilweise extrem unterschiedliche Kulturkreise. Also japanisch, aber typisch deutsch zB ein Kind, türkisch deutsch ist oft. Das ist nur ein Element, was mir auffällt. Dann, dass es oft eine sehr sehr enge Mutter Kind Bindung ist. Ich hatte bisher nur mutistische Mädchen, keinen einzigen Jungen. Das es oft die Kinder bei mir waren, waren, stammen aus Familien, in denen die Eltern oder ein Elternteil zumindest einen hohen Anspruch hat an sich selbst, aber auch an die Kinder. Bis hin zu schon Perfektionismus. Und daraus glaube ich entsteht so eine Art von Angst dieser Kinder, dass sie den Ansprüchen ihrer nahen Bezugspersonen nicht gerecht werden. Sich wenig zutrauen und denken, sie könnten viel falsch machen. Dann außerhalb der Familie. Weil die selektiven Kinder, die ich kenne, blabbern zu Hause ohne Ende, und sobald sie die Haustür hinter sich zumachen, verstummen sie. Und das ist so ein bisschen meine Idee. Dass die einfach ganz viel Sorge und Angst haben, sie könnten was verkehrt machen, was falsch machen. Sie trauen sich wenig zu, aufgrund dessen, dass die Bezugspersonen oft sehr überbehütend, fürsorglich sind, viel erklären, viel fördern wollen und da die Kinder immer wieder die Erfahrung machen, Mensch die Mama oder der Papa kann das alles viel besser, die haben so tolle Ideen und ja.
3. I: Und sind die Eltern meistens in ihrer Erfahrung auch eher schüchtern oder zurückgezogen?
4. TH.D: Es ist oft so, dass ein Elternteil eher zurückgezogen schüchtern ist oder sich selber nicht so viel zutraut. Oder weil er selber aus seiner Kindheit berichtet, er sei auch oder sie sei auch sehr still und vorsichtig und schüchtern gewesen. Ja. Aber nicht unbedingt jetzt als Eltern, also dass sie das gut überwunden haben und gut klar kommen in ihrem Alltag, aber sich erinnern, dass sie als Kinder ähnlich zurückhaltend und schüchtern waren. Ja.
5. I: Und wie ist die Arbeit dann mit den Eltern? Wie arbeiten sie mit den Eltern?
6. TH.D: Mit den Eltern arbeite ich teilweise ohne die Kinder, in Elterngesprächen. Und zB bei den zweisprachig aufwachsenden Kindern zu klären, wann wird welche Sprache benutzt, dass es kein Kauderwelsch gibt zwischen zwei oder drei Sprachen. Dass wir da so gucken, wie gehen sie bisher in der Familie damit um, was könnte auch zu einer Verwirrung oder Sorge oder Angst der Kinder geführt haben, oder ich verwende die falschen Worte oder mir fallen die richtigen Worte nicht ein oder ich kann außerhalb meines zu Hauses mich nicht so ausdrücken, dass die anderen mich verstehen können. Dass man das gut klären, wie gehen sie damit um. Und wie gehen sie mit ihren Kindern um außerhalb der Familie, wenn die nichts sprechen. Also in wie weit werden die Mütter meistens, die Väter weniger, weil die weniger Kontakt mit den Kindern haben, in wie weit werden die Mütter Sprachrohr für die Kinder. Dass die Kinder den Müttern irgendwas einflüstern und die Mütter es dann weitergeben müssen. Wie können sie das langsam reduzieren und immer wieder die Kinder in die Falle locken, sie einladen zu sie können auch selber zumindest Ja und Nein nicken oder gar vielleicht sogar einmal Tschüss oder Ja oder Nein sagen. Das ist so die Arbeit mit den Eltern ohne die Kinder. Es gibt auch Elternstunden, da sind die Kinder mit dabei. Da frag ich einfach so, wie läuft es zu Hause, wie geht es im Kindergarten, falls die Kinder noch im Kindergarten sind oder aber auch wie geht es in der Schule. Und ja, schau mir die Familiensituation an, oft gibt es ja noch andere Geschwister, die mit dabei sind, die dann auch so, da geht es eher so drum, was mögen sie in der Familie, was finden sie gut, was würden sie gerne anders haben.

Haben sie Wünsche aneinander. Also eher typisch so familientherapeutische Elemente, die ich da mit einbaue und nicht allein fokussiere auf den Mutismus des einen Kindes. Oder in einer Familie gab es drei mutistische Kinder. Das waren sechs Kinder.

7. I: Die waren alle drei bei ihnen

8. TH.D: Nein, nur eines. Und da, wenn die in die Schule gehen, nehme ich auch Kontakt mit den Schulen auf. Wie gehen die Schulen damit um? Eine war bereits im Gymnasium, in der 7. Klasse und ist von der Schule komplett geschont worden. Die hat die Möglichkeit gehabt immer an die Tafel zu gehen und hinzuschreiben die Antwort, musste niemals wirklich was sagen und hat auch keine Noten gekriegt für ihre mündlichen Nichtleistungen. Und die anderen Freundinnen sind für sie in die Presche gesprungen, wenn eine neue Lehrerin kam und die nach den Namen der Kinder gefragt hat und es ist ihr dieses Kind aufgefallen und wie heißt du, dann stellte sich die Nachbarin neben das Kind, und sagt „wissen sie nicht, die spricht nicht“. Also dieses Mädchen hat ganz arg viel profitiert von ihrem Nichtsprechen in der Schule. Und da haben wir dann versucht mit der Schule zu verhandeln, was kann die Schule mit beitragen, um den Kindern die Möglichkeit zu geben, auch da sich langfristig zu trauen, was zu sagen. Auch da ging es immer wieder bei ihr darum, sie könnte irgendwas falsch machen, weil die war komplett perfekt, die hat nur Einsen gehabt in der schriftlichen Leistungen. Bei mündlich hat sie die Sorge gehabt, sie könnte irgendeinen Fehler machen, deswegen hat sie gar nichts gesprochen.

9. I: Und noch mal kurz zurück zu den Eltern, Familientherapie, ist es etwas was sie auch anwenden oder nicht? Mit mutistischen Kindern oder überhaupt.

10. TH.D: Das kommt immer ein bisschen auf die Familie an, ich kann nicht sagen, ich mache es grundsätzlich so oder so. Sondern das ist, das ist verschieden. Das ist nicht typisch bei mutistischen Kindern.

11. I: Wenn sie jetzt eben sagen, dass sie schauen wie das Umfeld, die Familie, die Schule damit umgeht, was ist da ihr Standpunkt, wie man damit umgehen sollte? Also so die Grenze zwischen gewähren lassen aber nicht krankheitsfördernd sein.

12. TH.D: Ja, genau, das ist aus meiner Sicht genau diese Kunst und das kann man nie vorher wissen, wie es denn jetzt Sinn macht. Wie viel versucht man die Kinder zu fördern, in dem man ihnen schon Anregungen gibt und auch fast verhaltenstherapeutisch schon vielleicht einen Plan macht, was könntest du dir vorstellen, was könntest du dir als allererstes zutrauen, mit der besten Freundin zu reden, einige Kinder sprechen ja mit Gleichaltrigen, andere sprechen überhaupt nicht. Und sind aber wohl sehr integriert in Gleichaltrigen Gruppen, oder aber sind sehr einsam. Da gibt es alle Variationen. Und je nachdem da so mit den Kindern gemeinsam überlegen, wenn die selber was verändern wollen an ihrer Situation, wie es bei dieser eher älteren war, die schon so lange in der Schule war, dass ich mit ihr gemeinsam überlegt habe, was könnte sich als allererstes vorstellen, wozu hätte sie genügend Mut. Und da haben wir dann einen Plan aufgestellt, also mit der ersten besten Freundin ein Spiel spielen und da was sagen. Und ich habe sie selber bestimmen lassen, in welchem Zeitraum sie das angehen möchte und was genau sie machen will. Also da schon sehr planerisch sind wir da vorgegangen. Aber ich habe ihr nicht gesagt, so oder so muss sie es machen, sondern ich habe es mit ihr gemeinsam erarbeitet.

13. I: Und was glauben sie, wäre, und hat sie dann begonnen zu sprechen

- 14.TH.D: Ja, mit den gleichaltrigen und meine erste Idee war, also sie hat mit mir zu dem Zeitpunkt überhaupt gar nicht gesprochen, sondern wir haben das alles schriftlich gemacht. Und mein erster Versuch war mit ihr, also das ich von ihr überhaupt was hören könnte, das ich mit ihr mit einem Hund spazieren gegangen bin. Und sie den Hund an die Leine genommen hat und offensichtlich war, dass der Hund weg will von der Leine und ich mit ihr vereinbart hatte, sie darf ihn loslassen, aber sie muss ihn auch wieder herrufen. Nach einem bestimmten Zeitpunkt, weil er nicht alleine kommt. Und das hat sie dann die ersten paar Male gemacht, in dem ich weit weg war und sie den Hund zu sich gerufen hat, also so das es hörbar für den Hund und später dann auch für mich. Und dann konnte ich näher herkommen und so hat sie so die ersten Worte in meiner Anwesenheit von sich gegeben.
- 15.I: Und was glauben sie wäre passiert, wenn sie irgendwie geschaut hätten, das sie solche Verträge oder so ausgemachte Sachen nicht gemacht hätten? Glauben sie, sie wäre dann nicht aus diesem Schweigen herausgekommen
- 16.TH.D: Glaube ich genauso, da hätte ich mit ihr überlegt, was ist es, dass sie es sich erst vorgenommen hat und es dann nicht hingekriegt hat. Wo braucht sie mehr Mut oder was muss sich verändern oder ist es der falsche Schritt gewesen, braucht sie einen anderen. Das ich dann von den Verträgen oder Vereinbarungen einfach abrücke und einfach was neues überlege, weil es muss einen Grund geben, warum sie es in der Weise nicht machen kann.
- 17.I: Aber sie glauben schon, dass es wichtig ist, bei manchen mutistischen Kindern irgendwie so einen Plan aufzustellen
- 18.TH.D: Ja, und zwar so Schritte, Perspektiven, die für die Kinder absehbar sind, die sie sich vorstellen können, und ganz, was ganz kleine Schritte sind. Weil einfach glaube ich abwarten, ob sich irgendwas tut, kann bei sehr kleinen Kindern glaube ich funktionieren, aber bei den älteren die glaube ich brauchen konkrete Ideen, wie sie es anpacken können. Weil auf einmal plötzlich reden anfangen, das geht nicht. Sondern das müssen kleine Schritte sein. Und da meine ich, da fehlt ihnen die Idee, wo könnten sie beginnen. Und wenn sie von mir so kleine Ideen kriegen, dann können sie selber was weiterentwickeln. Und dann können wir gemeinsam gucken, was kann ihr Weg sein aus diesem Schweigen raus zu finden. Ja. Also es ist dauerndes Lavieren und das war ja ihre Frage, zwischen wo lasse ich die Kinder einfach sich entwickeln, wo kann ich mehr Mut fördern, mehr Selbstvertrauen, um diese Angst kleiner werden zu lassen. Was auch immer für eine Angst genau das ist. Wo kann ich Vertrauen in diese eigenen Kräfte, das sie irgendwann anfangen zu reden und wo aber brauchen sie wirklich Ideen, wie können sie es anpacken. Aus ihrem Schweigen rauszukommen. Vielleicht auch in der Schule, sie haben ja auch nach der Schule gefragt. Wie geht es da mit den Aufgaben oder Anforderungen, wie kann man das machen. Also bisher hatte ich das Glück, dass die mutistischen Kinder eher immer Kindergartenkinder waren. Und nur zwei Schulkinder. Und bei den Schulkindern war es so, dass die Schule sehr motiviert war, die Fachlehrer als auch die Direktorin, das Kind zu unterstützen, so wie ich gedacht habe, das man es vielleicht anpacken könnte. Und das ist natürlich ein riesen Vorteil. Und da haben wir auch gemeinsam überlegt, also welche Lehrkraft kann was machen. Wo haben wir auch teilweise mit den Mädel zusammen überlegt, wo kann sie sich zutrauen in welchem Fach, als allererstes was zu sagen oder wie kann sie das machen. Vielleicht vor oder nach dem Unterricht, nur mit der Lehrerin. Weil auch alle Mitschüler ja völlig baff wären, wenn die plötzlich was sagt und genau davor hatte sie ja Angst. Das sie sagen „Du sprichst ja“. Und das hat sie natürlich vermeiden wollen. Also wie kann sie das schrittweise aufbauen, was traut sie sich da zu. Das sie unter Umständen mit einzelnen Lehrern oder einzelnen Kindern erstmal mit Worten Kontakt aufnimmt. Genau.
- 19.I: Jetzt würde mich interessieren, wie ich mir das vorstellen kann, wenn ein mutistisches Kind

zu ihnen kommt, wie ist da so der Beginn der Therapieablauf, und die Kontaktaufnahme und so.

20.TH.D: Also ich glaube ich kann fast verallgemeinernd sagen, dass diese Kontaktaufnahme am Anfang für die Kinder ganz ganz schwierig ist, weil die sich, also die können mir so eigentlich gar nicht in die Augen gucken. Und können eigentlich gar nicht wirklich in Kontakt mit mir treten. Sind sehr schüchtern, sehr zurückhaltend, es gab Anfänge in der Therapie, da kamen die Mütter mit. In den ersten Stunden und es gab auch Kindergartenkinder, auch jetzt gerade wieder ist eine da, die kam die ersten Stunde mit Mutter und kleinem Bruder gemeinsam. Eine Idee, die da mit dabei ist, ist, dass die sich im Spiel so verlieren, mit ihrer, also wenn die Mama mitspielt oder auch wenn ein Geschwisterkind mitspielt, das die anfangen zu reden aus Versehen. Und das ist meiner Anwesenheit. Also mit Mutter und Geschwisterkind reden sie ja eh, mit der Familie, aber ich bin plötzlich jemand fremdes und es wäre ein erster Entwicklungsschritt, dass sie in meiner Anwesenheit aus Versehen sozusagen zum Plappern anfangen. Das ist einfach so eine Idee, die ich habe, das man da am Anfang was anstupsen kann, einfach so nebenher. Dann ist es am Anfang immer so, dass ich der personenzentrierte Ansatz geht ja davon aus, dass die Kinder selber bestimmen, was sie machen möchten in der Stunde und selber auswählen und dafür braucht es aber ein gewisses Selbstvertrauen und eine gewisse Ich-Stärke, das ich mich als kleines Kind überhaupt traue, irgendwas anzufassen und irgendwas zu machen, sogar wenn ich nicht mal was reden will und kann. Und ich da sehr die Initiative übernehme und Ideen und die Kinder aus meiner Erfahrung heraus da sehr froh drum sind, wenn ich da erstmal die Initiative übernehme. Und dann kann es sein, das ich so sag, „oh hast du Lust, das wir eine Höhle bauen“. Höhle bauen mache ich eigentlich mit allen Kindern, mit den kleinen. Weil eine Idee davon ist, das die sich dann in die Höhle zurückziehen können, da in einem geschützten Raum sind, ich außerhalb der Höhle bin und wir darüber den ersten Wortkontakt knüpfen können, weil sie nicht gesehen werden und in Sicherheit sind, an einem sicheren Ort sind und da leichter mit mir mit Worten kommunizieren können. Also da kann es dann sein, das wir eine Bärenhöhle bauen, die bauen wir gemeinsam auf. Da machen sie eigentlich immer mit und haben immer Lust das zu machen. Und dann frag ich, ach und der Bär, ob der wohl hungrig ist und ob das Kind Lust hat, mal in die Bärenhöhle reinzugucken und was es da vielleicht noch braucht, braucht es eine Taschenlampe oder braucht es vielleicht was zu knabbern. Bären mögen Honig oder vielleicht Schokolade. Und dann gehen die in der Regel eigentlich immer in Kontakt zumindest in den Augenkontakt und nicken oder schütteln den Kopf. Und dann bringe ich natürlich, also sind dann die mutistischen Kinder, die da sehr im Vorteil sind, weil dann gibt es natürlich irgendwelche Süßigkeiten in die Bärenhöhle. Und dann, je nachdem, kann es sein, dass diese Kinder in der nächsten Stunde wieder kommen und in irgendeiner Weise da hindeuten und dann klar wird, sie wollen wieder die Bärenhöhle aufbauen und dann ist bei mir so der nächste Schritt, ob ich der Wächter von der Bärenhöhle sein soll, falls da irgendein gefährliches anderes Tier kommt oder so. Und fang an viel Geräusche zu machen. Entweder, das ich ein Tierwächter bin oder das ich ein Menschwächter bin und das andere Tiere kommen könnten und dann frag ich die Kinder ab, was könnten da jetzt für Tiere kommen, sollte es ein Hund sein, sollte es ein Löwe sein oder was könnte es denn sein. Da gucken sie meistens vor und machen es so oder so. Und dann versuche ich mit Geräuschen, mir fällt jetzt ein, meistens bin erstmal der Hundewächter, weil dann bell ich. Und dann frag ich die Kinder, ob sie mir helfen könnten. Meine Stimme ist nicht stark genug und das ist so eine erste Idee, wo ich so versuche, das die überhaupt Töne von sich geben. Das ist eine Idee, das ich am Anfang entgegen des personenzentrierten Ansatz schon sehr aktiv bin. Oder ich probiere es mit Instrumenten. Das ich, ich hab so Lautinstrumente, also ich hab auch ein Klavier, sie können nachher den Raum noch anschauen, wo ich arbeite. Das wir so verschiedene Instrumente ausprobieren. Und das ist auch immer so, hast Lust mal die anzugucken und dann nicken oder schütteln mit dem Kopf oder wenden sich ab, dann weiß ich, nein, das ist es nicht. Aber ich probier es aus. Und dann trommeln sie und dann mach ich

irgendwelche Trommelgeräusche mit und dann kann es sein, dass die Kinder darauf einsteigen mit den Geräuschen. Das sind so Ideen, die ich einfach ausprobiere und entweder sie fallen auf fruchtbaren Boden oder aber es funktioniert nicht und dann geh ich halt zum nächsten. Dann kann es sein, das wir einfach im Sandkasten gucken und irgendwas spielen. Dann lassen die manchmal nur den Sand durch das Sieb durchsausen und dann riesel, riesel, riesel, ach könnte das Schnee sein und mach viel mit Akustik und zwar nicht mit Worten, sondern eher mit verschiedenen Lauten. Und versuche da mit einzubeziehen. Und probier es einfach. Und die Kinder bestimmen, und das ist wieder voll der personenzentrierte Ansatz, oder spüren, wo können sie einsteigen und wo sind sie einfach noch lang schweigsam. Mit dem letzten Kind, die ist 5, hab ich all diese Sachen auch gemacht und gespielt und die hat geturnt und ich hab ihr immer verbalisiert, oh, du hüpfst. Und in der siebenten oder achten Stunde kommt die völlig überraschend mit einem Foto, kommt die bei mir ins Therapiezimmer rein, setzt sich auf den Stuhl und sagt, schau, gestern waren im Zoo. Schau das ist der Papa und das ist der Elefant und erzählt mir die einzelnen Bilder auf ihrem Foto, die sie da gemacht hat. Vorher kein Wort und kein Pieps und kein gar nichts. Aber diese Sachen hab ich alle, also Bärenhöhle haben wir gebaut und im Sandkasten waren wir und Spiele haben wir gespielt, völlig schweigsam und dann kommt die da her, hat ihr Foto dabei und fängt an zu quasseln.

21.I: Hat sie offensichtlich eine Beziehung aufgebaut, die irgendwie vertraut war

22.TH.D: Ja, und dann hat sie auch in der darauffolgenden Stunde oder vielleicht sogar in der, müsste ich nochmal nachgucken, hat sie gefragt, ob wir wieder die Bärenhöhle bauen könnten. Die hat, während ich die Bärenhöhle gebaut habe, kein Mucks von sich gegeben, sondern hat nur groß geschaut und hat höchstens so gemacht, wie ich gefragt habe, ob der Bär vielleicht eine Schokolade braucht. Aber die hat überhaupt nichts von sich gegeben. Bis dahin. Und was auch noch interessant ist bei der, also die quasselt jetzt, das war jetzt, ich glaube sie ist jetzt die 10. oder 11. Stunde da. Diese Stunden ist sie alleine gekommen, immer gequasselt. Also sie hat geredet, als wenn es kein Problem mehr wäre. Und sobald die Mutter, also wenn die Mutter sie gebracht hat und wenn sie sie abgeholt hat, ist sie verstummt. Und jetzt ist mein nächster Schritt, jetzt mit dem Kind, dass die Mama wieder mit kommt und der kleine Bruder ist da auch mit dabei. Weil die Mama für den kleinen Bruder niemanden hat. Und das war jetzt heute witzigerweise, heut früh. Und da hat sie angefangen vielleicht in der ganzen Stunde 15 Worte zu sagen, in Anwesenheit der Mutter. Und die Mutter hat erzählt, ihr fällt auf, als Entwicklungsschritt, das wenn sie zu Hause, wenn sie Besuch am Wochenende Verwandte, wenn die Mutter aus dem Zimmer draußen war, hat sie angefangen mit den Verwandten zu reden, was sie bisher kaum gemacht hat und sobald die Mutter wieder das Wohnzimmer betreten hat, ist sie verstummt. Und jetzt fang ich an, das sie anfängt in Anwesenheit der Mama trotzdem zu reden. Und es ist schon nicht schlecht gelungen.

23.I: Wie fangen sie das an

24.TH.D: Wie fang ich das an, die kam heut und dann drückt die sich an die Mama hin und wird ganz scheu, zurückhaltend, schüchtern, traut sich nichts zu, klein und sonst ist die schon so ein Mädchen. Jetzt gewesen, alleine in den Stunden. Und ich hab sie gefragt, wie war das, ob sie ein Spiel spielen will. Und dann ist sie an das Regal gegangen und was auffällig war bei dem Mädchen in den allerersten Stunden, dass sie sich immer neue Spiele rausgesucht hat, die sie noch nicht gekannt hat, was ich völlig überraschend fand. Ich hab ihr erklärt, wie die Spiele gehen und dann haben wir miteinander gespielt. Und auch heute sie wieder ein neues fremdes Spiel rausgesucht, völlig schweigsam, hat es sich rausgezogen, hat es angeschaut und dann hab ich sie gefragt, und wer soll alles mitspielen, soll die Mama mitspielen, dann schüttelt sie den Kopf, soll der Bruder mitspielen, schüttelt sie den Kopf, soll ich mitspielen, macht sie so. Okay, dann haben wir angefangen zu spielen, haben das Spiel zu Ende gespielt, schweigsam, kein

einziges Wort. Und dann hab ich sie gefragt, ob sie ein anderes Spiel spielen will. Dann nickt sie mit dem Kopf, sucht sich ein anderes Spiel raus und dann hat sie Sagaland, ich weiß nicht, ob sie das kennen, das sind so Bäume mit Märchenbilder drunter und die muss man suchen und wiedererkennen. Da hat sie dann erlaubt mit so, die Mama darf mitspielen. Das war vielleicht 20 Minuten nach Stundenbeginn. Und dann haben wir die Bäume angeschaut, was da für Symbole drunter sind und dann hat die Mama sie gefragt, was ist das. Dann hat sie gesagt, ihr ins Ohr geflüstert irgendwas und dann hat die Mama gesagt, du kannst es ja auch laut sagen. Und dann hat sie es laut gesagt, war das erste Wort Goldtaler. Und dann haben wir das mit jedem Baum so gemacht, dann hat sie anschließend für jeden Baum das Symbol genannt, also einzelne Wörter. Und da hatte die Mutter, mit der Mutter vorher schonmal eine Einzelstunde, so geguckt, wann traut sie es ihrer Tochter zu, ihr so viel zuzumuten, dass sie laut sagen soll was sie sagen will, ohne dass sie es der Mama ins Ohr flüstert. Und dass die Mama einfach von sich aus immer wieder von Situation zu Situation entscheiden kann, wann ist es okay für sie, die Tochter flüstert es ihr ins Ohr, was weiß ich in der Stadt, beim Semmeln kaufen oder so, dass sie sich das nicht traut beim Bäcker, kann man akzeptieren, aber dass es vielleicht Situationen gibt, wo sie ihr sagen kann, hey, du kannst es auch laut sagen. Hat funktioniert.

25.I: Es ist interessant, was sich da für eine Familiendynamik entwickelt hat eigentlich.

26.TH.D: Total interessant.

27.I: Da ist ja sozusagen, gibt es ja mehrere Systemhalter wahrscheinlich. In dieser Konstellation.

28.TH.D: Und halt da auch zweisprachig. Ist das Problem ein bisschen. Und dass auch die Eltern sich uneins sind, welche Sprache im Vordergrund stehen sollte, so als Hintergrundinformation ist da, ist sehr interessant.

29.I: Das ist interessant, ja, wie das dann aufgefallen ist, haben sie da mit der Mutter auch Einzelstunden gemacht, wo sie einfach darüber gesprochen haben, was es für die Mutter bedeutet, wenn das Kind nicht spricht.

30.TH.D: Ja.

31.I: Das kann ja auch angenehm sein.

32.TH.D: Das kann angenehm sein, aber für die Mutter ist es eher eine Katastrophe. Weil sie die Erziehungsverantwortung hat und das so quasi sie will es ganz gut machen und ihre Kinder sind ihr ein und alles und das ist so eine Scham und so eine Kränkung, dass ihre Tochter nicht normal spricht wie alle anderen Kinder auch. Das ist für sie ganz arg und weil das so ein Misserfolg ist, in ihrer Erziehung. Und sie vor allem auch noch von ihrem Mann den Vorwurf kriegt, dass sie ihre, dass sie es eben nicht so gut macht, dass das Kind ganz normal in den Kindergarten spricht. Also das ist in dem Fall jetzt für die Mama ganz arg. Nicht eine Erleichterung dass die Tochter nichts spricht, sondern eher ganz furchtbar.

33.I: Wenn sie, also ist es ihnen auch schon mal passiert, dass sie nicht Kontakt aufbauen konnten zu einem Kind. Zu einem mutistischen.

34.TH.D: Ich glaube, das ist mir nicht passiert, dass ich gar keinen Kontakt hab aufbauen können, was passiert ist, dass die Kinder nicht unbedingt bei mir großartig zum Reden anfangen aber außerhalb der Stunden. Also und das find ich ganz okay. Also das muss ja bei mir nicht reden, Hauptsache es kommt draußen klar. Aber ich glaub ich hab bisher Glück gehabt und es ist mir

immer gelungen, irgendeinen Weg zu finden zu den Kindern.

- 35.I: Und ist es für sie sozusagen in der therapeutischen Arbeit das Hauptziel, das die Kinder wieder sprechen
- 36.TH.D: Nein. Also was heißt nicht sprechen. Mein Hauptziel ist, das Ziel in ihrem Umfeld gut klar kommen. Also so lang die im Kindergarten sind und sprachlos irgendwie klar kommen, finde ich das nicht tragisch erstmal. Wenn die Kindergarten sitzen und in die Hose machen, weil sie sich nicht trauen zu sagen, ich muss auf das Klo oder nicht wissen, wo das Klo ist, da ist für mich ein Punkt, wo ich denke, meine Güte es wäre toll, wir würden es hinkriegen, dass sie sich so bemerkbar machen können, das die sehr wohl auf das Klo gehen können. Muss ja nicht mit der Sprache sein, kann ja anders sein. Aber bis Mittags um 12 sitzen auf dem Stuhl, das ist mir bei einem Mädchen passiert, weil sie in die Hose gemacht hat, das finde ich einfach so schrecklich für das Kind, da muss man gucken, wie kann es sich anders melden. Also mein einziges Ziel ist es sicher nicht, das sie zum Sprechen anfangen, aber sie zu Recht kommen in ihrem Alltag. Zumeist sprechen können in winzigen Dosen dazu.
- 37.I: Gibt es irgendwelche Probleme oder Grenzen, die ganz typisch sind bei der Arbeit mit mutistischen Kindern? Also sie haben schon angesprochen, zum einen die Schwierigkeit einmal das die Kinder sich trauen den Kontakt aufzubauen. Und dann das sie meistens dann oder oft ängstlich sind, so das sie quasi ein Angebot machen müssen. Aber es gibt außer diesen zwei Charaktereigenschaften noch irgendwas anderes, wo sie sagen, das sind ganz typische Probleme und auch Grenzen, an die ich komm mit mutistischen Kindern? Auch so von ihren Erwartungen an sich selber.
- 38.TH.D: Ich glaube das schwierigste ist diese Gradwanderung zwischen einerseits sehr gut gucken, wo kann man das Kind locken, selber in ein Spiel zu kommen. Wie viel Angebot braucht das Kind, wie viel Vorbereitung, wie viel Einladung, Bärenhöhle Stichwort oder Hängematte ist ein super Medium. Die legen sich in die Hängematte, verkriechen ist und das erste ist, das sie so machen. Erste Kontaktaufnahme. Und dann irgendwann, und ich kommentierte das wieder wie vorher mit Lauten. Und lade die ein und ich glaube diese Gradwanderung, wie viel Einladung brauchen die und welche Idee hab ich für dieses Kind, welche Einladung zum Aufmachen, zum Vertrauen kriegen, zum Kontakt herstellen, brauchen die. Welches Medium ist da gut. Sind es die Töne mit den Instrumenten, ist es die Bärenhöhle, ist es eher der Sand, ist das malen. Mit einem Kind hab ich mal ganz viel gemalt. Das Kind hat gemalt und hat mir dann gesagt, was ich malen soll. Erst nur mit zeigen und deuten und irgendwann dann mit einzelnen Worten. Also da rausfinden, was könnte die locken aufzumachen.
- 39.I: Und gibt es so Kinder, die gar nichts, oder Stunden überhaupt wo die Kinder überhaupt nichts machen? So schweigsam und schüchtern sind, das sie sich vielleicht nur da sitzen.
- 40.TH.D: Ja, das eine Mädchen, die ist nur da gesessen. Und hat irgendwo hingeschaut. Das ist schon lang her. Und die hab ich gelockt, in dem ich sie gefragt habe, ob sie ihre Katze mitbringt. Und die kam dann mit einem Katzenkoffer und der Katze. Und da haben wir dann angefangen gemeinsam mit der Katze zu spielen. Das war sehr mühsam. Vor allem weil die Katze dann, sich in dem Moment irgendwie versteckt hat und wir zum Schluss der Stunde die Katze nicht mehr gefunden haben. Und dann ging es irgendwie darum, das wir die eigentlich haben rufen müssen. Und ich erst gedacht habe, ja prima, vielleicht unterstützt sie mich jetzt, in dem sie ihre Katze ruft. Das hat sie aber nicht gemacht, sondern da war sie völlig stumm. Das war die, mit der ich dann auch mit dem Hund spazieren gegangen bin. Da ging es dann mit dem Hund. Aber die ist die ganze Zeit schweigsam dageessen und ich konnte die

Schweigsamkeit nur beschäftigen über die Katze. Oder Schweigsamkeit nur insofern durchbrechen, das ein Kontakt zwischen uns beiden möglich wurde. In dem wir mit der Katze irgendwie rumgespielt haben.

41.I: Und wie so nach wie vielen Stunden haben sie die Katze dazu geholt

42.TH.D: Sieben, acht Stunden hat das schon gedauert.

43.I: Sieben acht Stunden davor ist die einfach da gesessen

44.TH.D: Ist die einfach da gesessen.

45.I: Und sie haben mit ihr geredet

46.TH.D: Ich hab mit ihr geredet, ich hab so verschiedene Sachen gefragt. Was sie für Freundinnen hat, wie die heißen, hab mir das aufschreiben lassen von ihr. Welche sie am liebsten hat, so ein Soziogramm mit ihr gemacht. So Sachen, die man halt irgendwie malmäßig machen kann.

47.I: Sie hat schon mit ihnen kommuniziert

48.TH.D: Zumindest hat sie wahrgenommen, was ich zu ihr gesagt habe und hat dann so minimal mit Schreiben kommuniziert, aber hat mich kaum angeschaut. Und es hat sehr lange gedauert, bis sie sich hat aufrufen können zB dann was aufzuschreiben. Also schon 5-10 Minuten.

49.I: Und aber so ein Kind das gar nicht kommuniziert

50.TH.D: Nein, das ist mir nicht passiert bisher. Das kann ja noch kommen.

51.I: Und haben sie auch für sich persönlich irgendwelche, wo sie sagen, das fällt mir mit mutistischen Kindern auch schwerer, am Ball zu bleiben, zuversichtlich zu bleiben, nicht die Motivation zu verlieren

52.TH.D: Ich finde es eher eine tolle Herausforderung und das es eher so ist, ach mir muss doch irgendwas einfallen, mit dem ich das Kind locken kann. Es ist eher die Herausforderung und schon teilweise, wenn die Zuversicht so ein bisschen weg geht, natürlich Verzweiflung. Meine Güte, mir fällt nichts ein. Was könnte denn eine gute Idee sein. Also bis hin zu, das ich bei der einen angefangen habe, so Kritzelkratzel zu machen und das man dann miteinander schauen, was finden wir denn, ist da ein Hut versteckt oder ein Boot. Ich weiß nicht, ob sie das kennen, diese Möglichkeiten mit Kindern in Kontakt zu treten. Da hab ich viel probiert. Es ist nicht, das es mir schwer fällt, ich finde es eher bis jetzt als eine tolle Herausforderung. Das reizt mich total. Mir fällt es viel schwerer mit ADS Kindern zuversichtlich zu bleiben, neugierig zu bleiben, den besten Rahmen zu geben, das finde ich mit ADS Kinder viel schwieriger als mit mutistischen Kindern. Das spüre ich mehr bisher als Herausforderung.

53.I: Und gibt es irgendwas, wo sie sagen, das ist so ganz speziell für ihre Arbeit oder die Gruppe der mutistischen Kindern

54.TH.D: Ich glaube schon, dass diese Zuversicht, dieser Optimismus, diese Wertschätzung, die wir den Kindern entgegen bringen, das es da am nötigsten ist vielleicht und am schwierigsten ist aufrecht zu erhalten. Und das das vielleicht bei den mutistischen Kindern mit die

Herausforderung auch ist.

- 55.I: Das heißt eine Beziehungsangebot zu machen, wo sie sagen, das Kind empfindet auch dieses Vertrauen, diese Wertschätzung
- 56.TH.D: Genau, Wertschätzung akzeptieren, es ist in Ordnung das du nichts sprichst, so ungefähr. Wir finden einen Weg miteinander und das aufrecht zu erhalten, ist besonders bei den mutistischen Kindern. Weil es viel schwerer ist in Kontakt zu treten, weil die Sprache fehlt. Es muss anders passieren. Und das meine ich fordert mich und macht mir gleichzeitig Spaß. Das rauszufinden. Was brauchen die oder was braucht dieses einzelne Kind.
- 57.I: Dann hab ich noch eine Frage auch zum Therapieablauf. Zum Beispiel das mit der Höhle, oder haben sie so bestimmte Spiele, wo sie sagen, es kommt ein mutistisches Kind, da mach ich jetzt das so und so, das sie einfach aufgrund ihrer Erfahrung schon wissen, welche Dinge mehr Sinn haben, welche weniger und das sie dann vielleicht da teilweise ähnliche Schritte setzen bei den Kindern
- 58.TH.D: Ja, oder zumindest ähnliche Versuche mache, weil die schon mal früher funktioniert haben. Und das probier ich einfach wieder auf, wenn sich nicht was anders ergibt. Also wenn ein Kind am Anfang zumindest so mutig ist und sich was weiß ich, den Obstgarten raussucht als Spiel, und wir Obstgarten spielen und der Rabe gewinnt und ich dann immer, wenn der Rabe eine Karte kriegt, krächzt, krächzt sag, und das Kind geht da darauf ein, wunderbar, braucht es keine Bärenhöhle. Die Bärenhöhle benutze ich immer, wenn sich bis in den ersten drei, vier, fünf Stunden nicht irgendwas anderes ergibt, was vom Kind kommt, was ich einfach aufgreifen kann. Dann probier ich einmal die Bärenhöhle.
- 59.I: Und die Geräusche die sie dazu machen ist etwas, was sie bei allen Kindern verwenden
- 60.TH.D: Das mache ich speziell bei den mutistischen Kindern. Meine Lautäußerungen mehr einsetze und oft weniger sprachlich mache. Wie wenn ich mich einschwingen würde auf die Kommunikation mit den Kindern, nicht unbedingt mit Worten, sondern eher mit Lauten anfangen. Weil es leichter ist Laute zu äußern, als Worte zu sagen, wenn man nicht gewohnt ist bei Fremden Worte zu nutzen.
- 61.I: Und bauen sie auch so, arbeiten sie auch mit dem Körper und Motorik und
- 62.TH.D: Ja, die eine jetzt da, wenn die irgendwie nur zufällig weiß nicht, warum irgendwie so macht, dann sag ich so, hüpf, dann hüpfen sie wahrscheinlich noch mal. Und dann sag ich, du kannst ja riesige Hüpfen machen und dann ist es fast wie wenn ich das so ausbaue. Dann kann es sein, das sie beim nächsten Mal irgendwie so hüpfen. Dann sag ich, Känguruhhüpfen machst du, kann es sein, dass du ein Känguruh bist. Vielleicht hast du noch ein Beutel dabei, wo noch irgendwie was drinnen ist. Fang sofort an, das irgendwie mit aufzugreifen. Das sie, ich glaube ich versuche auch vieles den Kindern, die Erfahrung von Selbstwirksamkeit zu vermitteln: Ah, das mach ich jetzt einfach so. Und versuche da alles, was ich spontan irgendwie sehe, sofort zu verbalisieren und so mit Optimismus und Spaß und dann ist es meistens die Einladung für die Kinder, es nochmal auszuprobieren. Es besser zu machen, weiter zu machen. Oder es kann sein, das die aus weiß nicht welchem Grund hat die ab und an irgendwas mal weggeworfen, einen Würfel oder so was. Und daraus hat sich dann ein Schmeißspiel entwickelt, mit dann, mit den Handpuppen und mit den Kissen und ich formuliere dann, „hast du eine Kraft“, mach Körperarbeit. Das die sich spüren, das die Selbstvertrauen kriegen. Ja, ich kann weit werfen. Oder weit hüpfen oder so. Ja, das ist so Körperarbeit.

63.I: Irgendwie alles hat so seine Wirkung.

64.TH.D: Genau, es hat alles seine Wirkung und meine Idee ist und das ist glaube ich so das personenzentrierte, wir müssen rausfinden, was genau braucht dieses Kind um sich weiterentwickeln zu können. Um diese Angst zu verlieren, um mutig zu werden, um Vertrauen zu kriegen, um zu merken, das es bei mir alles machen kann. Kann Sachen durch die Gegend werfen, in bestimmten Grenzen und es ist völlig okay.

65.I: Ich hab jetzt hier noch die Frage: Was sind aus ihrer Sicht die Besonderheiten bei einer Therapie mit einem mutistischen Kind? Das haben sie eigentlich eh schon irgendwie beantwortet. Kontaktaufbau...

66.TH.D: Kontaktaufbau und die Grenze, Gradwanderung zwischen Angebot und Rausspüren und finden was das Kind braucht. Wie immer personenzentriert. Aber da ein Hauch mehr Angebot. Und trotzdem da eine Gradwanderung zu finden. Nichts zu übersehen, was vom Kind aus kommt und das sofort aufgreifen.

67.I: Und ist es für sie wichtig oder auch, jetzt am Anfang, sie haben offensichtlich schon sehr viel mit mutistischen Kindern gearbeitet.

68.TH.D: Sehr viel ist übertrieben, aber 10 vielleicht.

69.I: Sind eh schon einige. Das sie was darüber wissen, das hier auch darüber gelesen haben oder war das irgendwie wesentlich für sie oder Nebensache? Oder hätten sie, wenn sie das Angebot bekommen hätten, das zu lesen, hätten oder haben sie es dann gelesen oder eh nicht?

70.TH.D: Ja klar, ja klar. Also ich muss ja andere Gutachten für die Psychotherapie, das die genehmigt wird von der Krankenkasse. Oder dafür, muss ich einfach fachlich fundiert irgendwas schreiben können. Und dafür hab ich natürlich gelesen und ich mache immer wieder Seminare und Fortbildungen und hab da auch ein Bereich war Zwangsstörungen und Mutismus und da versuche ich natürlich mich auf den neuesten Stand zu bringen, da lese ich natürlich.

71.I: Und das hilft ihnen auch in der Arbeit weiter?

72.TH.D: Ja, weil es einfach neue Ideen sind und ich selber gucken kann, meine eigenen überprüfen kann und schauen kann, ahja okay, an das hab ich noch gar nicht gedacht oder, oh das finde ich jetzt aber gar nicht. Genau, um selber einfach den Standpunkt zu finden und dann in der Arbeit das eine oder andere zu übernehmen oder das eigene noch deutlicher rausarbeiten.

73.I: Welche Rolle spielen die Erziehungsberechtigten? Das haben wir eigentlich eh schon auch, das haben sie schon erklärt.

74.TH.D: Die sind wichtig.

75.I: Wichtiger als bei anderen Kindern?

76.TH.D: Nein. Genauso wichtig. Die Zusammenarbeit ist wichtig und mir ist immer ganz wichtig, dass die Eltern ganz viel Wertschätzung von mir erfahren als Eltern. Und die nicht die Sorge haben müssen, ich könnte eine bessere Beziehung zu ihrem Kind haben als sie selber.

Also so diese Eifersucht, dieses Eifersuchtsthema der Mütter. Das sie da ganz gut darauf achte, und ich ihnen immer wieder sage, sie kennen ihr Kind am allerbesten, sie sind 24 Stunden mit ihrem Kind zusammen und ich brauch die Eltern für ganz viel Informationen, die nur sie haben können, um mit dem Kind gut arbeiten zu können. Also das ist mir total wichtig. Das die Eltern mit einbezogen werden.

77.I: Aber das ist ihnen einfach generell bei allen wichtig

78.TH.D: Das ist bei allen wichtig und das macht bei mutistischen Kindern keinen Unterschied. Bei der mutistischen Kindern der einzige Unterschied der da ist, passiert es, das öfter die Mütter, was ich vorher schon gesagt habe, in den ersten Stunden mit dabei sind, weil die Kinder sich gar nicht lösen von den Müttern oder sich verweigern. Und ich es gut finde, die sind am Anfang auch teilweise mit dabei, weil manchmal leichter diese Sprachgrenze überlaufend kann, rein zufällig, wenn die Mütter mit dabei sind. Oder eben auch die kleinen Geschwister.

79.I: Jetzt hab ich noch so Fragen zur Kinderspieltherapie. Und zwar, in wie weit mussten sie von personenzentrierten Vorgehensweisen abweichen bzw Vorgehensweisen von anderen Therapierichtungen integrieren, um irgendwie erfolgreich zu sein Sie haben da schon ein bisschen eben so erwähnt, das sie auch so...

80.TH.D: Schritte formulieren, also mit den Kindern zusammen rausfinden, das ist eher verhaltenstherapeutisch. Um mit den Kindern, ich mache es mit den Kindern gemeinsam. Das mache ich aber auch bei Angst- und Zwangskindern. Das ich das nicht rein verhaltenstherapeutisch mache, sondern die Ideen der Verhaltenstherapie nutze, und versuche personenzentriert anzuwenden. Genau so das systemische, wie wir vorhin schon kurz gesagt haben, dass es einfach im System eine Bedeutung hat, wenn ein Kind nicht spricht außerhalb der Familie. Was heißt das eigentlich Gibt es ein Familiengeheimnis Oder welche Botschaften geben die Eltern möglicherweise dem Kind mit Oder was nutzt es der Mutter oder dem Vater, wenn das Kind nicht spricht außerhalb der Familie Also so denke ich ist der systemische Ansatz auch ganz wichtig. Dann Musiktherapie benutze ich Elemente davon. Wie bei den Geräuschen und mit den verschiedenen Instrumenten, die wir benutzen, um dann das Kind unter Umständen mal Dirigent ist und ich die verschiedenen Instrumente, die das Kind mir deutet, spielen muss oder aber wir gemeinsam in Kontakt und in Kommunikation treten über die Spielinstrumente, die das Kind bestimmt und raussucht und wir miteinander quasi uns unterhalten. Mit Instrumenten. Oder so. Also da spielt die Musiktherapie eine Rolle. Dann natürlich, also Bewegungssachen. Ich versuche eigentlich ziemlich viel zu integrieren, vor allem auch die Gestalttherapie. Also alles was so über Figur, Hintergrund, was ist bedeutsamer, was ist weniger bedeutsam. Also die Violet, was sagt, die hat viele tolle Ideen. Was man ganz praktisch und konkret mit Kindern machen kann, mit Jugendlichen. In der Gestaltung. Also das kann auch sein, das ich eine Holzkiste mit denen säge und bohre. Eine Geheimniskiste. Und die sind begeistert und spüren Selbstwirksamkeit, die dürfen bei mir mit der Stichsäge sägen. Also gemeinsam mit mir, aber das machen wir und das erfordert sehr viel Mut, mit so einer Stichsäge was zu sägen oder Löcher zu bohren oder zu schleifen oder so. Das ist nicht bei jedem Kind, aber das taucht immer wieder auf. Ich schaue einfach, was....

81.I: Sie haben da keine Grenzen sozusagen

82.TH.D: Nein, ich schaue einfach, was passt und was ich halt für Ideen hab, was für das Kind was sein könnte. Oder das Kind kommt und sagt, ich will jetzt mal. Und dann guck ich, ob ich das bewerkstelligen kann, wenn es spricht.

- 83.I: Haben sie eine Vorstellung dann nach einer Weile von der Ursache des Schweigens und reagieren sie oder agieren sie dann aufgrund dieser Vorstellung in irgendeiner Art und Weise anders
- 84.TH.D: Ich glaube nicht, dass ich anders agiere oder reagiere, in der Therapiestunde, aber es hilft mir oft besser vielleicht zu verstehen, warum dieses Kind beschlossen hat in Anführungszeichen zu schweigen. Oder weil es nicht in der Lage ist außerhalb der Familie zu sprechen. Es hilft mir, es besser zu verstehen, aber in der Art und Weise wie ich arbeite, verändert sich nichts, glaube ich.
- 85.I: Spielt der Aspekt der Nichtreaktivität bei der Therapie eine wichtige RolleIch würde sagen, das ist eh klar.
- 86.TH.D: Damit es rauskommt aus seiner versteckten Hülle, wo es sich zurückzieht, aus meiner Sicht aus Angst, sich was zuzutrauen.
- 87.I: Was würden sie sagen ist jetzt das personenzentrierte von der Art und Weise, wie sie arbeiten
- 88.TH.D: Es fängt an, wenn die Kinder bei der Tür reinkommen.
- 89.I: Also es geht einfach auch um die Haltung die sie haben in dieser ganzen Sache
- 90.TH.D: Ja, jede Person die da steht und zu mir kommt, ist einfach eine Person. Und es gibt in der Stunde, in der diese Person da ist nichts anderes für mich. Und da bin ich froh darum, dass mir das ziemlich gut gelingt. Mich so zu konzentrieren, dass alles andere aus meinem Leben einfach verschwindet. Und auch die anderen Kinder und das Telefon, und was es da sonst noch alles gibt. Das gelingt mir glaube ich mittlerweile sehr sehr gut. Da ist einfach die Person da und wenn ich gucke, was ich diese Stunde mit dieser Person anstelle. Anstellen kann, um zu fördern, zu entwickeln, das sie mit einem guten Gefühl wieder weg gehen.
- 91.I: Ich hab dann noch so ein paar Abschlussfragen. Ob sie jetzt immer quasi erfolgreich waren, wenn man das so sehen will, also das die Kinder geredet haben
- 92.TH.D: Nein, also der wenigste Erfolg könnte man vielleicht sagen ist, wenn die Kinder bei mir gar nicht sprechen oder nur ganz wenig. Paar Worte. Und außerhalb der Familie, also mit Gleichaltrigen mehr reden oder sogar mit Gleichaltrigen ganz gut in Kontakt treten. Aber in der Schule nach wie vor extrem zurückhaltend sind und versuchen sich so durchzuschlängeln mit möglichst wenig mündlichen Beiträgen und viel schriftlichen.
- 93.I: Und wird dann oft die Therapie abgebrochen von den Eltern, weil sie finden es geht zu langsam
- 94.TH.D: Ist mir bis jetzt noch nicht passiert.
- 95.I: Das heißt, die Kinder, die hören die dann trotzdem die Therapie auf
- 96.TH.D: Ja, das kann sein, dass wir beschließen, das ist so jetzt in Ordnung und wir machen eine Abschiedsstunde und falls das Kind nochmal kommen möchte, nach Alter oder die Eltern nochmal Bedarf haben, später irgendwann, dann können sie sich jederzeit wieder an uns wenden. Das überlegen wir gemeinsam. Also die Eltern und ich als auch das Kind und ich. Also nach einer Weile, das wir sagen, du kriegst das jetzt schon ganz gut hin in deinem Leben,

oder aber dir wird es vielleicht immer langweiliger hier und du wunderst dich oder fragst dich, was willst du hier überhaupt noch oder was auch immer. Ach wie wär, was meinst du denn, vielleicht noch dreimal oder vielleicht noch bis zu den großen Ferien oder vielleicht noch bis Weihnachten und dann machen wir eine Abschiedsstunde.

97.I: Das ist aber nicht abhängig davon, ob die Kinder jetzt schon alle reden. Sondern sie entscheiden das nach dem Gefühl, ob da noch was weitergeht oder nicht.

98.TH.D: Ja, genau. Und nicht nur eben mein Gefühl, sondern einfach in Kontakt mit den Kindern und auch mit den Eltern. Die Eltern sagen oft eher länger, weil sie sagen, es tut den Kindern so gut und die kommen immer so gut gestimmt aus der Stunde und sie glaube ich wollen sich manchmal nicht wieder abnabeln, weil sie das Gefühl haben, das tut den Kindern so gut. Und ich dann eher so sag, ach das ist jetzt ganz gut, wenn die mal eine Pause machen und mal gucken, wie es ohne mich geht. Und so alleine zu Recht kommen. Dann können sie sich eh immer nochmal melden. Abbruch gab es glücklicherweise bisher keinen. Sondern eher, wenn man merkt, es taugt nicht mehr, das man halt dann, wenn man dann überlegt, okay, man macht einen Abschluss.

99.I: Das ist ja gut.

100.TH.D: Ja, das ist irgendwie glücklich.

101.I: Es wird schon nämlich oft abgebrochen.

102.TH.D: Das ist mir witzigerweise bisher noch nicht passiert. Letztes Jahr war ein Mädchen da, die war auch letztes Jahr Kindergarten und die hat mir dann im Kindergarten gesprochen, nicht wahnsinnig, aber viel genug und dann haben wir gesagt, die schauen jetzt mal, die kam dann in die Schule im September, und wenn es irgendwie schwierig werden sollte, dann würden sie sich nochmal melden. Aber sie denkt es passt jetzt erstmal so die Mutter. Und sie hören zum Sommer auf. Und dann haben wir aufgehört, haben Abschiedsstunde gemacht und dann hab ich sie irgendwann glaube ich im Februar oder März, also ein halbes später in der Bücherei wieder getroffen, die Mutter mit dem Mädchen als auch mit der kleineren Schwester und da hat sie gesagt, es ist alles in Ordnung, sie redet nicht viel in der Schule, aber was sie reden muss, macht sie. Ist okay. Sie müssen ja nicht zu den Plappertanten werden.

103.I: Was würden sie sagen ist, warum ist die personenzentrierte Psychotherapieform eine geeignete Therapieform für die Behandlung von mutistischen Kindern?

104.TH.D: Weil sie die Kinder da abholt wo sie stehen, mit viel Wertschätzung, mit viel Akzeptanz, mit ich lass mich ganz auf dich ein und wir bauen eine Beziehung miteinander auf und dann gucken wir, wie es in deinem Leben weitergeht. Ich meine es geht am besten so.

105.I: Vielen Dank für das Interview.

Therapeutin E

1. I: Okay. I'll start with the main question. How would you think can mutism be explained? What is it for you?
2. TH.E: Well, I mean, obviously, it's a child who is for whatever reason not using words, having already had words, so some internal process by which the child ceases to use words with others to communicate. And sometimes it's very situation-specific, like some kids will become selectively mute at school, but they speak at home or vice-versa. And so in terms of looking at what might cause that, I think it's very child-specific, and I think that, yes, there are situations I think where kids perhaps are feeling some kind of helplessness in their life experience, and so this becomes something that they can control. I think sometimes there may be an issue of getting certain kinds of attention from those around them who become interested in their not speaking all of a sudden. I think sometimes there may be trauma factors involved where a child simply shuts down and becomes regressed. And I think there are times when those kinds of traumatic experiences can also lead to a child developing an internal world in which they are much safer or feel much safer with themselves than they do with others. I think there could be attachment issues where the child hasn't really been, I guess, properly stimulated to communicate, may not feel a need to do that, may not have found it rewarding to do so. So when I start thinking and I am going to meet a new child, I think to myself, "Well, there's all kinds of possibilities here – single incidents, patterns of care-giving behaviors." Again, something that's going on, a feeling that the child can't manage, some way that the child has gotten something from this particular symptom that is important to him or her. So I kind of approach it in that particular way, and as a play therapist, to me, I don't experience the same frustration other people do because often it feels to me like everyone is so frustrated with these kids, and they're just tearing their hair out. And they're just saying, "I don't know what to do," or "I don't where to get help for him." And people seem to get very kind of invested in making the child talk. Well, as a nondirective play therapist, for me, it's the opposite. So I never expect kids to be using verbal language primarily. It's not a pressure point for me. I find it very relaxing to work with a child who doesn't use words because I feel that play therapy is a much broader type of communication. And so I just pretty much proceed the way I would with any child, and that is giving them the space they need and the time they need, and letting them with toys and symbols kinda communicate what might be on their mind. And so it's a very different kind of approach. I am not someone who believes that pressuring kids to do something or insisting on it, or punishing them for it, or anything like that is going to have any positive outcomes. So – and by the way, usually by the time I get kids, people have already tried all those things – bribing them, and punishing them, and forcing them, and whatever. So I already have this sense that that's not working, which is why they've come here. So that was probably very long-winded, but that's basically how I think about it that there's something important going on for the child, and my job is really to try to understand what that might be.
3. I: Um huh. And would you think that it's a social phobia or anxiety disorder?
4. TH.E: Well, I think sometimes. I think there could be those things involved as well, I mean, especially when the kids are going to school for the first time and that's where the situational problem comes up. So they're speaking at home perfectly normally, but school becomes something overwhelming to them. Yes, then I do think their social phobias could be a possibility, some anxiety, some way in which they can't manage the demands of the environment for whatever reason. So those are all things we need to kind of check out slowly but surely without putting more pressure to build more anxiety in the child.

5. I: True. Okay. Thank you.
6. TH.E: Um huh.
7. I: And how would you explain the course of therapy with a selectively mute child
8. TH.E: And say again the cause of therapy. What does that mean
9. I: So the child comes in, and he or she doesn't talk, and how –
10. TH.E: Oh, the course of the therapy
11. I: Yeah.
12. TH.E: I'm sorry. Yeah, the course of therapy would be primarily nondirective play therapy. And what I would do is basically say to the child when I meet them, "So I understand that you're not using words right now, and I want you to know this is a place where you won't need to use words. You won't need to speak. There's lots of different things that you can do in here, so let me show you around." And then I would kinda walk them through the play therapy room and show them the various things that they can do, and say to them that they are in charge basically of how they spend the time in this room, what they do. I am there basically to accompany them, to be with them. If they need any help, I'm there. If they wanna speak, obviously they can, but it's nothing that is necessary and then that I'll just be there with them, and we'll get to know each other a little bit that way. And then, when they come in, I basically will do nondirective play therapy and just watch what they do. So –
13. I: Okay. So you don't interact in the playing.
14. TH.E: In terms of interacting, basically, I will do initially very client-centered type of things where I might do a little bit of a statement where I say, "Oh, so I see that you've decided you wanna play with that." Something that is basically non-interpretative but descriptive of what I'm seeing. Or they'll complete a picture, and I'll say something like, "So you found exactly the colors you were looking for." It's very non-evaluative, as the child-centered approach is, and basically designed to have the child understand that you're there. You're observing, but not to be intrusive in any way.
15. I: Um huh. Okay.
16. TH.E: People who don't do nondirective play therapy find it so hard to understand exactly what you're doing and why it's called therapy. But there is something so therapeutic for children about taking the lead and picking the things they wanna do. And I believe firmly that whatever is going on internally with the child that they will externalize through play. And so for me, it's a question of really giving them opportunities, making sure that the symbols are present as they should be. In other words, it's a well-organized play therapy office, and that, therefore, they can access those materials to externalize whatever might be on their minds. So because I believe that to be true, for me, it's a question of just allowing that process to unfold without pressuring it.
17. I: That's perfect because I believe in all these things as well. And are there any limits or problems that you have, especially with autistic children

18.TH.E:I would say that primarily with the children, themselves, no.I think it's with the expectations of their parents and/or the school system or whoever might be involved.There seems to be a lot of pressure about getting this problem resolved.I think people view it as more distressing than I think they need to. For the most part in my experience, it's time limited.It will eventually resolve itself.But for parents, I can – I mean – and I certainly understand it that it's distressing to have this – what they view as some kind of a regressive movement backwards and not understanding exactly what they need to say or do.So I mean – but that's where the difficulty comes in is in the pressure. And sometimes, for example, I've had situations where the kids can't return to school or can't participate in certain activities.Or if they're in childcare, some issues come up there.And so, again, it's more of the external pressures than it would be with the child him or herself.

19.I:And how can you cope with that pressure

20.TH.E:Well, what I try to do, basically, is do a little bit of coaching with the parents and help them to understand that this is something that I understand causes them distress, but at the same time, that's it really important to give the child the freedom to sort of show in some way or another what may be going on internally, so that we can help him with that. And my feeling is that if whatever is at the root of this particular way of coping with something can be identified, that then you can begin to provide some other alternative ways of dealing with that particular issue, whether it's anxiety or phobia or just difficult feelings that the child feels overwhelmed by or witnessing some things. So I did have one of these cases where the parent – there was a lot of domestic violence going on, but the parents weren't willing to communicate that for months.And actually the child kept playing it out, playing it out.And I kept talking to the parents about – I wondered whether there was any way that the child was watching them fighting, or was there any way in which their fighting had at times become – gone beyond what they wanted it to look likeAnd I gave them all kinds of opportunities to tell me, and they wouldn't bring it up.I mean they wouldn't confide.They kept protecting – he was a very – a person who had a very high-powered job, and he felt that this would lead to him losing his job.And she was protecting him at the point at which she had an incident where she came in with a black eye, and she came in alone.I basically, again, reiterated that there were many reasons why children would choose to do this sometimes because sometimes I think it's a way that they choose to cope with things, and that sometimes there are no choices involved for children if they're feeling overwhelmed by their feelings. Anyway, we had a conversation about it, and she finally said what was going on.And I told her that I felt that that was the first step towards really seeing her child deal with the environment and the stressors in the environment in a different way than he had been able to do that. And I said it's interesting to me – I said to her, "It's interesting to me that he is reflecting your system of not speaking the truth because you've spent so many months with me and have not been able to speak – use the words to say what was going on, and your son is actually reflecting that system as well."So I thought it was pretty interesting.

21.I:Yeah.And did you then – if you find out or if you assume what the problem could be, and you have all these information about the environment, are you doing something different then in the therapy or are you just still playing with the child

22.TH.E:Well, it was interesting in that particular situation.What needed to happen was family therapy, and so we had – I asked them to come in for a session where they basically spoke out loud about the things that were going on at home and the fact that he was in the periphery – as much as they tried to keep him away from actually seeing what was going on – that he heard the noises, and he was aware, and he saw his mom crying, and sometimes she had bruises, and things like that. And so we did the family therapy where the child just kind of

was playing but kind of listening to his parents, and that actually was the beginning of him really moving into a different place where he felt differently about things at home. And then, he – the dad – got into an anger management program for domestic violence, and the mother did also. And there hadn't been any direct abuse to this child, so it wasn't a "reportable situation" at that time. I think the laws have changed now, so it might actually be a little bit different had I been working with them now in terms of just witnessing domestic violence being seen as potentially traumatic. And obviously it was traumatic for that child. But the family was receptive and that began to work, and then slowly but surely he began speaking to them. It took a while because I think he needed to know that the environment was gonna be safe. He had developed so many sort of hyper-vigilant behaviors. And there was a period where the father stayed out of the home for a while, too, while he got – initially while he was involved in treatment. So – but eventually the child began speaking and communicating with words. And a little bit of what had to happen was for him to put voice to the play. So I remember that when he was acting out the dad hitting the mom, and the dad pushing her – I think he would push her under the bed and mattress and cover her up, and things like that – eventually the language became available to him. So the little boy who was watching would say, "Dad, don't do that. Stop, don't do that." And sometimes he would look up and say, "Dad doesn't do that anymore." But it took, I'd say, about six months for that to occur after that initial family therapy session.

23.I: It's great to see that development.

24.TH.E: Yeah. Yeah. It's pretty exciting. And also it's done with the child's pace in mind. So it took him the time it needed to take, and it wasn't on my clock. Some of the real benefit of working in an environment like this is that I have the time to do that. There are some places now – you probably know – where people are told you have ten sessions with a child, and you'd have to fix him in ten sessions is the idea. And of course, there's just no way with kids who have severe trauma and just other situational kinds of things where you can actually make that kind of headway in that kind of a time frame because that's, again, externally mandated time frame, which the child has no way of working within. It really has to be on the child's clock. And so that, just the privilege to do that – because I now think of it as privilege that we're able to take the time we need with kids – I think that's a really critical piece of therapy, and most nondirective play therapists know that. And they know that it's going to take the child some time to bring the material up and then do what they need to do with it. And so we, by definition, I think are a lot more patient than, for example, behaviorists who want to change the behavior. And you know that's – they get into trying to reinforce what they want and overlook what they don't and change the behavior by those kinds of interventions and also the homework and all of that. So it's a different framework.

25.I: Yeah. Totally different. And how does it work here? Just for my interest, does the state pay for the sessions?

26.TH.E: We have multiple payers. So, for example, we do have a contract with the county, so they will pay for the therapy for children. We also have a state grant for victims of crime. We also have a scholarship fund, so if we end up with a situation where someone needs – we will draw from the scholarship fund. And then we have interns. So we have, I think, right now six full-time staff and we have about four interns. And because they're interns, we can't charge for them right now. And so those services are done free, but they're done under our supervision.

27.I: Okay. That's great.

28.TH.E: So we have lots of different ways that we can make things work for people.

29.I:Um huh.That's very good.

30.TH.E:Yes.

31.I:Okay.Would you say that there are any particularities in the treatment of a selective mute child

32.TH.E:Well, again, as a nondirective play therapist primarily – because I also do integrated play therapy but that's with a different population, but it's pretty – it follows the same course it does with many other children just, again, because I don't have the expectation for verbal communication. So what I'm trying to do is to create a safe enough environment for kids to utilize the symbolic language that's available through art, through play, through sand.And then I really pay attention to the work that they do, and I try to watch patterns of it over time and thematic material that gets brought up constantly, and then try to come to some kind of an understanding of what it is that's going on. But, again, I also believe that kids not only bring things up – externalize things that are on their mind – I also believe that they can resolve those things with some of their natural capacities, so I want the opportunity for that to exist as well. And it's only when I think kids get really stuck, that I may begin to be a little bit more directive.If I really feel that they need something more because whatever those natural capacities are, there is some blockage to them getting them.And at that point, I go – there's two steps I'll take:one is tickling the defenses and just kind of trying to introduce something or maybe stimulate something in a less than directive way. But then the last approach will be – if, in fact, I feel like they really need me to do or say something much more directive, then that would be the last approach I would take.And even then, I might be more inclined to do something with the metaphor that the child has provided, in other words, to enter it that way than to do something like much more based in sort of real life. So, for example, if a child was telling me stories, and in that story, there was some kind of animal that was frightened all the time, I would probably go that way in terms of, "You know I wanted to talk today about that little squirrel that has been hiding and you know that you say feels really uncomfortable and just kind of wanted to understand a little more what's going on with him," and like that.I might be more inclined to do that than to say, "So I hear you're really feeling scared to go to school "And that's just a different kind of way of sort of maneuvering into whatever the problem area might be because, again, I just think that's more fruitful because you run the risk when you go into the direct, "I hear you're having – feeling scared at school."The child may say, "No, I'm not."And then you're done. But if they're talking about a squirrel who's needing to hide, then I've actually got something I can work with there.But it may be that prior to that the story is being told, but nothing is moving.And so then entering the story might be a way to begin to move it a little bit.But I really wanna wait long enough for the child to come up with that movement on his own.So –

33.I:And have you ever been in the situation that you didn't get to the situation where the child is starting to talk

34.TH.E:Yeah.I do think that – and, again, that's not the goal for me.The goal isn't that they start to talk.It's more that something moves.But every now and then, I've seen kids do post-trauma play.Now, that's a very kind of a unique type of play where they seem to be literally reenacting the things that are on their mind. And every now and then – I mean, I believe that the goal, the intent of that play is mastery, and it's kind of like a gradual exposure that's more natural to the child.So it isn't something I'm doing to them.It's something they're doing for themselves.And every now and then, it gets stuck and won't move, and you have to wait long enough to let it move. But let's say you feel like you've waited long enough.It hasn't moved.The

symptoms maybe are getting worse. The parents are reporting that the kids are not doing very well. At that point, I may think about how do I help this particular play that's repetitive but also feels stuck. How do I help it move. And in those cases, I will become a little bit more actively involved in trying to see what the potential solutions might be. So sometimes what I find is that this play is – that they've created out here is too close to them, and for some reason, they get sort of retraumatized actually when they're going through it. It feels like as if it's happening, not as if it's being remembered. And so sometimes – so that's my understanding of it is that that safety cushion that play provides has not been made available here. And so what I try to do are things like I may actually take a real mirror and put the mirror where the play is – a dollhouse or a sand tray – and then have them look over here. And sometimes that's one step removed from here, and sometimes I may actually videotape it. And again, it's a way to get it far enough away because for whatever reason for these kids, the actual touching it and being with it is too close for them. And see that's what we hope play actually does is give kids a way to use projection and to have the materials at a safe enough distance for them so that it doesn't hurt them. But somehow this post-trauma play presents kids with challenges, I guess, because it is a reenactment of something that's actually occurred that's painful to them. So most of the time, the post-trauma play results in kids moving it on their own and feeling better as a result. But every now and then, when they get stuck, I think then we need to make some interventions into it. Does that seem –

35.I: Yeah.

36.TH.E: Yeah. Okay.

37.I: And if you videotape them, then they can watch themselves in the –

38.TH.E: On the screen.

39.I: – on the screen. All right.

40.TH.E: And it's once removed again. So it's just this whole notion that here is too close, and so it's trying to – when I didn't have a camera, I would draw pictures of it like a cartoon, and I'd say, "Oh, so here's what you've told me so far, but it's out here," and then trying to see how they react to dealing with it out here. And most of the time, the kids really – you can see that there's some shift that goes on. And you might have to do it more than once. But anyway, so – but that's a very particular kind of play, I think where that tends to come up more than not.

41.I: Yeah, which is probably not only with autistic children.

42.TH.E: Exactly.

43.I: All sorts of children.

44.TH.E: Exactly.

45.I: Okay. Do you think there's a specific description for the relationship with a autistic child that is different from other children, or is there nothing that you can see different

46.TH.E: I know that I pay a lot more attention to being connected to that child just because I think that one of the ways that we do get connected to people is by talking and listening and the back and forth, and so – and eye contact is another way. And my experience with these children is that often there isn't a lot of eye contact, and there isn't a lot of verbal

communication, so kind of – I know for myself. I'm more aware of trying to make sure that we stay connected in some way and that they know I'm there and that I'm – my proximity is present and noninvasive at the same time. But I seem to come in with that on my mind a little bit more with these children than I would with others. And the other thing is paying a lot of attention to what they do in the play, what they avoid, what they play with, what they select, patterns, repetitions. I pay a lot of attention, not that I don't with other children, but I think when I'm working with these children, it's much more constant in my mind. So then if I had to describe myself, I think I'm probably more vigilant to them. And, again, on the continuum because I'm vigilant, I think, to most kids, but I'm really trying to pay attention here and stay somehow connected. So, for example, I've noticed things like – I sometimes make more sounds than I ordinarily would. And another thing that comes up with me is that I end up humming, and I don't know why. Now, I've thought about that quite a bit, and I only can imagine that humming is one of those nurturing things you do with babies, and that there's something nurturing in that that I'm trying to project, but it's not a conscious thing.

47.I: All right, very interesting.

48.TH.E: And I just notice it. And it's been interesting for me to – I had a grandchild about seven months ago, and I spent the first two weeks of her life with her, and I just noticed how I hummed all the time. It's just what I do around babies, and so there's something I guess that that feeling that child sort of in that state of distress because that's what it feels like a little bit, caused me to just do that. Now, when I do that with other kids, they tend to say to me just, "You're humming," or "Stop doing that," or whatever.

49.I: Okay.

50.TH.E: But when I'm with a child who's not speaking to me, I don't often get those cues. So I just noticed that because I actually began to pay attention. I would stop myself from doing it. It was just funny.

51.I: Interesting.

52.TH.E: Yeah.

53.I: And do they sometimes – because they are often very shy – not play

54.TH.E: No, they always play. Their play sometimes initially looks pretty constricted. Their movements are a little bit more constricted I've noticed so – you're right. I don't think of them so much as shy as I do as still. There's a stillness to them and kind of a – yeah, kind of a stillness and a quietness to them. Partly because they're not speaking, but it's also they're quiet with their bodies. And then – so that's initially. What I'm looking for is some change in that. So as soon as they start clanging, clanking things together, or dropping things or – all of that to me, I think, is a positive thing. It's just that ability to tolerate sounds in the environment.

55.I: Okay. And have you got certain books or material that you would offer a mutistic child in specific, or it's just your room and –

56.TH.E: No, it's the room as it is for every child, and they get to pick and choose. So there are some books in there, and some of them are picture books with no words in them. But it hasn't been my experience that there's a lot of that that goes on. I mean, I think – I'll show you a play therapy office, but I think when you go in there, there's just very little interest in reading to be honest with you even though some books are there. Every now and then, when I'm doing more

directive work, there may be something that I wanna bring out and read with a child. The places where I become a little bit more directive are when kids have behavioral problems that are hurting others, so kids who are biting and kicking and punching, or kids who are sexually aggressive towards others. And at that point, we do become more directive. And in those cases, we may bring out a book and say, "You know today, we're gonna read this for a while." So when we do the directive work, it's always with, "We have to do a piece of this on the problem that you're having, and then the rest of the time, you can decide what to do." So that's kind of how we work it.

57.I: Okay. Because there are some therapists, they have certain books about a silent cat or something –

58.TH.E: Yeah, I haven't done that.

59.I: – and I just wanted to know if that's something you would use or –

60.TH.E: Yeah. I haven't done that. I mean, I remember purposely bringing books that didn't have words, that were just picture books, just because I thought that was a way to kind of acknowledge and make comfortable the fact that we don't have to do words in here. But they don't seem to use them very much has been my experience so far.

61.I: Okay. And how would you describe the role of the parents or the child's guardians in the therapy process

62.TH.E: Well, initially what I try to do is coach the parents and speak with them about what's going – I need to know what's going on at home. I need to know how things are going and if there are changes. So I like to be in contact with the parents, and there may be times – let's say with that parent I mentioned earlier. We come to a place where it's pretty clear that we have to do family therapy. Then I invite them to come in. Every now and then, I may also have parents who wanna observe, or I ask them to observe through a one-way mirror and just take notes on what they see their child doing in the hopes that they can begin to see how ample their communication is without using words. Sometimes I'll do filial therapy where I'll teach the parent how to be a nondirective play therapist and come into the room and do that him or herself. So – but it just depends. It's on a case-by-case basis. And it really has to do mostly with the child and what's going on with the child and what needs they have and whether the relationship with the parent seems to be going fairly well or not or needs assistance or not. So all of those are things we kind of look at and make reasonable treatment plans about that.

63.I: But there's no general experience that you, for instance, use filial therapy with most of your mute children.

64.TH.E: I think that just in terms of looking back, that's probably been the case in most of the families that I've worked with because I think it's something that gives them something to do, that teaches them a skill, and that takes the pressure off the child. And so the only times we didn't do that are when the kids were in foster care and had foster parents that maybe weren't as involved or lots of placements where the parental figure really wasn't consistent enough. And in those cases, I did the coaching with them, but I hesitated to do anything beyond that because it was also possible that they were gonna be leaving that environment and going into another one. I don't know. It just seemed like it wasn't really as helpful to do that with them, and sometimes they weren't really invested enough to take the time to come to learn to do that.

65.I:And would you say that specifically with mute children that it's very important to get the parents to understand the communication – the ways of communication with their children

66.TH.E:Yes.I think, again, in terms of that coaching piece, it's really important for them to know that chances are there's nothing really horribly wrong with their child.Chances are this is not a permanent thing, assuming they've done all the ruling out of other causes for this that may be medically involved, which I don't think come up that often, but assuming that they've done that piece of it. But, yeah.Then there's that whole concept that there's something that obviously is going on that we need to understand, something that the child is communicating now just by not using words that we need to understand on a deeper level.And that's something that I'm gonna try to do, and I need your help to do together. But for right now, just because it seems like this is really important for the child, and the actual involvement that has already occurred hasn't really gotten you the outcome that you need, it's probably better just to cease insisting and make sure that the schools are on that bandwagon as well.And sometimes they cooperate. You see that's the other piece of the puzzle is the schools if they're old enough to be in school.It's that whole issue of what kind of issues are coming up there, and how do we get the teachers on board and provide sort of a unified approach where everyone agrees to let go of the pressures for a while and to give the therapy piece a chance and to give the child a chance so we could figure out what's underneath this as it were. Because I really do think that every symptom that a child comes up with is a way that they're helping themselves with something, and we just need to understand what that is.And once we do and if we can understand this helps them feel less helpless or less angry or more in control or get more attention or get their needs met or whatever it may be, then it's looking at how do we do that in a different way.How do you begin interjecting that so that the child doesn't need this particular symptom to get that

67.I:Okay.And is it hard for the parents to work with their children

68.TH.E:I think it's hard just because they get so much external pressure, and even socially, there are other parents who'll say, "What's wrong with your kid "And parents are always worried that they're doing something wrong.So I think for all those reasons that it gets pretty difficult for parents.There's a kind of a stigma to it as it were, so we try to do the best we can to kind of just normalize it for a while. And, again, I really do honestly believe it's not a permanent condition.At least it hasn't been in the cases I've seen, and that there's something that the child is trying to reconcile to help themselves with.So it's a question of finding out what that is. So I sometimes say it's kind of like having a puzzle, and you've got this corner figured out, but you haven't got the rest of it figured out.So you have to keep putting the puzzle pieces together, and each little piece of information gives you a better whole picture to get.And that's probably the best thing we can do.

69.I:Okay.Okay then – actually most of the things are answered.

70.TH.E:Getting through it pretty quick

71.I:Yeah.

72.TH.E:How many people are you interviewing

73.I:In America, four.

74.TH.E:Okay.

75.I: Okay. There's just one last question. Were you – did it ever happen that a child left the therapy and wasn't able to talk

76.TH.E: It has happened that a child has left the therapy and not talked to me. However, most of the time – I'm gonna say probably in all the cases – something changed. In other words, they were either talking more at home or more at school, or somehow it just began being less of a problem, and the focus was taken away from that, and then it grew. The verbal stuff just began to come forward, so – But I have had some kids who will not speak to me. And I think that's fine. I think that is a kind of an interesting thing. It's almost like our unspoken contract is that we don't need to use words, and so they don't.

77.I: Yeah.

78.TH.E: And so the parents report to me, "Oh, he started talking," or "She started talking. She's saying more words now. She's actually talking to her siblings," or "She went to school today and talked to a friend," or whatever it may be. But nothing is happening in terms of verbal language in the therapy because, again, my goal isn't really to get them to talk. My goal is just really to understand what it is that's going on that's causing them whatever difficulties, so that this becomes a way that they're helping themselves in some way. And so I just kinda want to understand what the bigger picture is. Now, let's say we identified them – what the bigger picture is – then I'll work with external variables. Like I'll work with the family, or I'll work with family therapy or domestic violence or whatever it is. I'll coach the parents, and then – but the idea is that then they'll go and implement those things, so that the work is happening from their point of view as well. But in the therapy, it's more of a – I don't know it becomes – it feels to me almost like a sacred place where there are no pressures, and there are no demands. So I think with these kids in particular, I would be really – a kind of the shift to saying to them, "Well, I hear you're talking now, so I'd love for you to say goodbye to me" or something. It would be for me and it wouldn't be for them, and I don't have that need.

79.I: That's very good.

80.TH.E: It's different than if you're a teacher in a school. You might have that need. Like, "I need to know that they know that four and four is eight, even though they've written it down. They gotta say it." People get really – I think there's sort of an overreliance on verbal communication sometimes, too.

TH.E: And it is part of, again, what I was talking to you about the things I notice about my participation. That is a way we connect. We talk, and that's how we connect. And so when that's not present, how do you connect. And, of course, again as a nondirective play therapist, it's a pretty easy thing for us to do because we're connecting on all kinds of different levels with kids. But when there's absolutely no language involved, then it's kind of interesting because even when you're working with little kids – the zero to three – but if you're working with a one and a half or two or whatever, they don't have a lot of language, but they're very communicative. They're using sign language, and that's what's missing in the child. It's almost like some need to really be contained within himself for whatever reason to not interact. And that's kind of what we need to understand a little better. And, again, it could be some something that's overwhelming to the child, some traumatic event, some family issues, some attachment issues, some issue around social phobia or anxiety, but something is usually there. So if we can try to figure out what that is and try to address that a little bit better – and I think the parents are in the best position to do that.

81.I: Okay. And does it ever – did it ever happen that the parents were stressed that the child is not talking yet

82.TH.E: Um huh.

83.I: And then they went to another therapist

84.TH.E: Usually it's actually been the other way around. They've gone to other therapists, and they come just really frustrated, like, "Well, nothing seems to be working." And it's partly because every other therapist has really been focused on making the child speak. So I say that from the outset to parents that that's not my goal. I understand that that's important to them, but my goal is really to – because really as a nondirective play therapist, you're not there to fix the child. You're just there to be with the child with whatever the child presents at that moment in time. So it's a different goal. So as long as they understand and understand that what I'm there to do is really to understand their child on a deeper level or try to figure out what might be underneath this particular symptom because – and I explain to them I think of symptoms as a way that kids help themselves with something that somehow they can't manage really well. And so – I mean a kid could develop a symptom of cutting his skin open. I need to understand what that's about, and once I understand it and I know a little bit about it, then maybe we can give the child some other kind of opportunity to achieve whatever the outcome of this is. Like, "Well, I feel calm when I do that." Okay. Let's figure out ways – other ways to be calm. But I do think this is the way they've figured out on their own so far, and it works for them. So if you say to them, "Stop doing it," they basically can't and won't because this is what's helping them. So it's a different way of thinking I think about symptoms, but if you do that then – and I understand, "Oh, gee, it appears that what this child needs is for his parents to voice the fact that one of them is hitting the other." And maybe if they voice that, maybe this child won't need this particular symptom to reflect the family or whatever else might be going on. I had a child that – actually I'm just going to write this case up because it was just amazing about a selectively mute child. And again, the family – the child witnessed one brother kill another brother, and the family decided – so that child died. But the family decided to handle death in such a way that they basically took everything away. You know, they took his pictures away. They redid his room. It was as if he'd never existed. And that four-year-old was left with that. And so he stopped speaking. And it wasn't until the family could really speak about the death and tell him about the burial and take him to where the brother had been buried – it wasn't until all that happened that he could regain the use of his words. So it's interesting. In many ways, in my experience anyway, it's really connected. It's anchored in something that's going on in the family. And, again, that could also be – you brought up the school thing. I mean that is also something that happens. For whatever reason, some kids experience school as overwhelming. It leaves them helpless in some way, and in the face of really pervasive sense of helplessness, there's very little little kids can do. And so one of the things or one of the ways that they cope is really to basically take that action of not speaking.

85.I: Okay. And I would like to sum up a little bit now what you said just to be sure that I put it in my thesis right.

86.TH.E: Okay.

87.I: So I would say now that persons or clients in psychotherapy qualifies for mutistic children because it gives them the time they need, and it's not necessary to pressure these children in particular, and they can use all sorts of ways to communicate with the therapist or with themselves as well in the playroom. Yes, that's what I would say why it's a good therapy.

88.TH.E: Yeah, and I think – I'll just back up to this thing about not fixing them – that child-centered play therapy is all about unconditional acceptance for that person as that person is. So that's a huge tenet of that type of treatment, and so basically, I'm accepting the child as he or she is right now with no words. And that's the thing – that's the reason they're being brought because someone is not accepting them as they are with no words at that moment in time because there's external demand. So just being in this environment versus the other environments where there's a lot of pressure and demands in it of itself has to be for the child a sort of a reparative experience. So – but yes, you said that perfectly.

89.I: Okay. And I'll just pop in a new question.

90.TH.E: Yes.

91.I: What about pharmacological treatment

92.TH.E: Well, again, I mean from my point of view, we need to see how kids can progress on their own. There are occasions – there was one occasion where the child had so much anxiety – it just was huge anxiety it seemed about everything that it impaired his functioning. He couldn't sleep. He couldn't eat. And so I referred to a psychiatrist for an anti-anxiety medication. So he was on anti-anxiety medication for about four to five months early in the treatment, and eventually he started doing better, and the medication was – he was weaned off the medication over a period of time. So there may be some cases where – because you do the best assessment you can, and you listen to parents, and you get them to report to you what kinds of things are going on. And in some cases, if there are things going on that really seem extreme, and it just seems like the child really needs to stabilize, then it may be possible to look at that. But that's my last resort. And I probably – I think it's very valuable, but I also think that it's really important to see the child naturally because some of what medication can do is numb the symptoms, so you're not really seeing the child sort of fully. And then as the medications wear off, then you begin to get more of a picture of the child. But in this particular case, it was just very extreme, and the child really needed some help and got the help from the medication. So every now and then, we definitely will look at that, but we try lots of other things first.

93.I: Um huh. And is it common in America to use it

94.TH.E: Unfortunately.

95.I: Okay.

96.TH.E: Unfortunately, what happens right now is that – just to go no further – with the problem of ADHD. Typically what will happen is a teacher identifies a child's behavior as sort of out of control and says to the parent, "I think your child may have ADHD. You need to take him to a doctor." The parent then takes him to a pediatrician and the pediatrician just writes a prescription for Adderall or something. And that's how it happens. And then these kids are on this medication. Well, I happen to think that we really need to pay a little bit more attention to diagnosing this because it's true that that particular child taking Adderall may go to school and may behave a little differently, but that doesn't mean that the child has ADHD. And so I think that the identification of a child that has some hyperactivity in a classroom has to be understood in the context in which it happens that it's disruptive for the teacher and maybe they are gonna look at that or be disposed to look at that as a little bit more extreme than it is. So there's that piece of it to do good history-taking and then to refer to someone who specializes in ADHD, a psychologist who can do the testing that is state of the art to do the differential

diagnosis. And then, at that point, if the psychologist believes, "Yes, in fact, we do have ADHD," then it goes to a psychiatrist who will then do the medication management and make sure that this child is being monitored. And that's not the way it usually happens here. And the other thing is with some of our kids in particular when they go to hospitals, when they leave the hospital – even kids 5 years old – they're put on a cocktail of medications, and then they're dismissed from the hospital. And often the parents give the kids some of the medication, or they keep them on meds, but they're not really sure how long they should or – it's just not a very good system right now.

97.I: Okay.

98.TH.E: So I just think great care has to be exercised particularly in prescribing very young children medication because we don't know what the long-term effects are really well yet. So I'm a little bit more cautious about all that, I think, than maybe some others might be.

99.I: Okay. That's good as well. So for you the nondirective activity is absolutely important in the therapy.

100.TH.E: Nondirective play therapy and then the family involvement.

101.I: All right.

102.TH.E: Yeah.

103.I: Which can also be filial therapy

104.TH.E: Yes.

105.I: There are more or less no other procedural methods you take in

106.TH.E: I don't think so.

107.I: Okay. And from a client-centered theory perspective, how would you describe mutism, or could you or would you say it's all you said before there are so many different things –

108.TH.E: That's how I think of it. Um huh.

109.I: Is it – has it something to do with – how do you call it in English – actuality tendency

110.TH.E: Huh

111.I: You know that – how would you call that in English No. It doesn't matter.

112.TH.E: Okay.

113.I: It's probably not that important.

114.TH.E: Yeah.

115.I: Okay. Thank you very much.

116.TH.E:Sure, and one other thing I'll just say is that you were talking about procedures.The assessment piece is pretty important.So the parents do fill out several assessment instruments. So, for example, "The Child Behavior Checklist" is one of those, which is a very standard kind of instrument that parents can kind of report on the children's behavior.And if we think there's been any kind of traumatic events, we'll use something called the "Trauma Symptom Checklist for Young Children," and this is something that the parents fill out again to report if there's been any kind of potential traumas in the child's recent past.And so those are things that we do as well. And then I'll show you the play therapy office because we use sand therapy and art therapy and play therapy so that it's a kind of accommodation.Some people who do play therapy don't have sand therapy, and some of them don't necessarily use art.So we have the three of them as sort of the expressive therapies.

117.I:That's the integrated approach of it

118.TH.E:Yeah.

119.I:Okay.

120.TH.E:So – but I'll show you the room.

121.I:Okay.Where is the sand.

Therapeutin F

1. I: I would like to know how you would explain mutism from your perspective.
2. TH.F: I would say – I've worked with a lot of kids with a lot of reasons why they've had selective mutism. So it ranged from kids who just have a really severe anxiety in talking to their parents. In talking to the parents, their parents have also had a history of pretty significant anxiety and not speaking when they were young – especially when they were entered in the school system – not speaking in kindergarten or first grade if that's what they did first. And then I also have children who have selective mutism probably partly as a result of some anxiety already that's more part of who they are. But then also, they've had some trauma with significant loss. Like they're children who've been removed from the home of their birth parents. Or I've also had kids who were adopted internationally, which there may be some language involved as well as just feeling very anxious and overwhelmed by the whole situation, traumatized from the experience of being brought to this country. And so each child that I work with, I like to take a look at what are the things that bring this child to me, and what's their experience of feeling anxious, or what is it that's – trying to figure out what it is that's keeping them from wanting to talk. Is it a fear of actually hearing their voice? Or is it that they're so anxious, their mind just can't wrap around words – that they're just going to that primitive part of the brain, and the words just aren't coming, and then that exacerbates the anxiety as well.
3. I: So you would say it's an anxiety disorder
4. TH.F: Yes. That's how I would – primarily.
5. I: Does sometimes attachment problems occur – that you see that there are attachment problems with the mother or father
6. TH.F: Occasionally. Yeah, definitely. And I – a lot of times work with parents – if it's a child who has a lot of anxiety, and there's anxiety in the family, one of the things that I also like to look at really closely is separation anxiety and helping parents to figure out – so what piece of this is the child's worries and phobia about speaking and separating from the parents because there usually is an element of not wanting to separate from the parents, or not being able to access what they need in terms of support from the parents. I also do work with a lot of children who are adopted or in foster care. And so there are significant attachment issues to begin with. And I think that that plays a part in the selective mutism and creates challenges. So I think that there – I have seen a lot of kids who have a lot of anxiety. And so they have a difficult time balancing out that attachment relationship. So it's a very intricately woven relationship between the primary care giver or care givers and that child. So there's a lot of – from my experience, I do a lot of working with the family to try to figure that out and create some shifts where they can to help the child make the steps towards individuating and independence that they developmentally need to do.
7. I: So you involve the parents in the therapy as well
8. TH.F: Not so much in the therapy. In fact, I would say that I've done very little of involving parents in the therapy with the child with selective mutism as much as making sure that I'm checking in with them to get an understanding of their relationship – the dynamics that are playing out in their relationship. And I think part of that, for me, is developing the relationship of the child with me so that I can get a sense of what they're capable of and then helping the

parents to see how they can shift. So I'm giving the child experience of having a different kind of a relationship with someone who they connect with deeply and helping to make that shift for them in their relationship that they're developing with me, but then also help to transfer that over to the parents and get the parents to see that there's another way to help support the child while also pushing them to go a little bit father and put themselves out there a little bit more and create a little bit more space between the two so that there isn't that anxiety going on between the child and the parents so much. And then I also work with parents around their own anxiety if I'm seeing a lot of anxiety with them, then – not necessarily me, specifically, but I might refer them to someone who could help them address their anxiety or at least help them to see how it might be contributing and give them some skills for lessening that anxiety and noticing how they might be contributing. So if, say, if I have a child who's got selective mutism, and they're starting to say to their parents – after we've been working together, and they're feeling more comfortable going to school and things – they're saying they want to try to ride the school bus. And the mom is saying, "I don't think she's ready. I don't think she's ready. I don't think she's ready." But the child is saying, "I want to ride the school bus." Then I sit down with the parent and I say, "Look, whose anxiety is this And how can we make it so – yes, it might be really hard for her, but how can we make it doable." So, okay, she's got a sister riding the bus with her, so you know that she's gonna be there. And how can you give her that opportunity to get to try and know that she may not succeed, but to totally believe that she can do it because she believes she can do it. And then once they let go of their anxiety about it, in this particular case, the child was able to do it because there was a piece that they were playing into that the child was ready to take the step forward, and so I was able to point out, "Now this is a time where your anxiety, your worries about what might happen, are contributing to how far she's able to go and what steps she's able to take." And then they were able to say, "Oh, yeah, I can see now that I'm – this is really about my worry, and that she can do it. We do believe she can do it." But we've gotta really put that message out there rather than being concerned that this is gonna be something that's gonna be too hard – too big for her.

9. I: So is that – is it particularly for your work with mutistic children that you guide the parents, but you don't let them participate in the therapy Or is there something you just do like that

10. TH.F: That's what I typically do. Occasionally when there's dynamics between the parent and the child, then I might invite the parent, but that's more if they're having a difficult time connecting. And then I might bring the parent in and do some work with the child and the parent. For the most part, though, I work with the child and then do consulting with the parents and working with them around what I notice, what I see, making recommendations about how they might address things differently, or finding out more from them what their experiences with the child so that I have that other piece to add to what I'm learning about the child. I also really try when I – I find that one thing that parents notice when they're working with me that I guess is – I don't know if it's necessarily unique. I think it's unique to – I think that not all therapists think or work with children from the perspective of really trying to come at it from the child. I think a lot of people have parenting information, and they have child development and things like that, and then they place that mold onto the child and try to understand the child from there, whereas I attempt to try to go from the child's perspective. And it may be that I come up with a completely different version of what the child is saying or experiencing in the world because I'm really looking at how the child plays, what the child's saying. And that may not sometimes match what the parent expects particularly when I'm working with adopted and foster care children who maybe they haven't been raised with the parent that whole time. So it selectively mutes the kids. And sometimes with kids with selective mutism, I'm also doing that because they have had such a hard time expressing it clearly what's going on for them. So I may notice some things that are going on for them that the parents haven't noticed because they haven't been able to verbalize it or where their anxiety is

so big, they're just melting down or exploding. And I'm taking a step back and saying, "Well, wait a minute. Where did that explosion come from? Where did that meltdown come from?" and giving them a different sense of their child I guess.

11.I: How would you describe the course of therapy for the selective mute child?

12.TH.F: I go at it from several – it's so different for every child, too, because I'm always trying to make it – design it specifically for what I see. So I've had a range from children who – one child who I met with 16 sessions – not a word from her. So we sat. And we did a variety of things. I actually wrote it up for a conference that I did with Jolene, so I might give that to you so you can take a look at it. It kinda gives a little bit more detail about what I did with her. But really there, I just was there. I was present. And I didn't expect that she speak so much. Every now and then I'd sort of start pushing it more than – then I'd have to take a step back and say, "Wait a minute. This isn't your job to make her talk. Your job is to help her feel safe, and then eventually she probably will talk." And so I did a lot of just reading to her and giving her opportunities to just hear her voice. So at the point that I felt like she – first of all, what I did was – and always do with kids, all the kids that I work with – particularly with kids with selective mutism – is noticing what's going on in their body. "I notice that you've got your head down. I notice you're feeling really tight." If they'll hold their hand out, I may notice their hands. And sometimes I'll – this one girl – I held her hand. I said, "It's very sweaty. Let me blow on it and get the sweat off." And giving them different strategies for just slowing their body down, getting their anxiety – their reactions from the anxiety to slow by noticing and by giving them suggestions about breathing into their stomach. "Oh, I notice that you're holding it up in your throat. So I wonder if you blew really hard or blowing bubbles," or something like that to get their bodies reacting in a more typical fashion as opposed to the anxiety reaction which is to tense up, to sweat, to get the heartbeat moving. So I do a lot of that – reflecting on the physical piece.

13.I: And how do the children respond to that?

14.TH.F: They listen and eventually they sometimes will ask for me to do things like blow on their hand, or I'll notice that they're taking a deep breath when they are feeling really tense. And a lot of it I think is – they don't always – they're not always sort of going, "Ah hah. Oh, that helps so much." But they do remember it. And they do – it seems to be a way that I'm able to enter into their world a little bit so they develop a relationship with me. They know that I'm gonna notice and that it's not gonna be scary for me to notice who they are and what their body's doing or what their voice might be doing down the road or that then once they do start talking that I'm a person that it's safe to be fully present with. And so then they start loosening up, and they start sharing more. And then I've also had kids who there's been more kind of a dynamic of kind of that stubbornness. Like, "I'm just gonna do this because I wanna do this." And so in that case, I do do a little bit more directive work with them where I might set up some sort of a reward if they participate more actively rather than sitting on the couch and moping after I've developed a relationship with them. I have a little girl now, who's working with Jolene as well, who – and it's more trauma-based as well. She was removed from her birth mom's home and has recently been adopted or be in the process of being adopted. And so there's a lot of anxiety, but also trauma there and attachment stuff because she was removed very early for the first couple months of her life and then lived with a mom who had some significant mental health issues and then was removed at 4 or 3 years old. So she had significant trauma but also I believe significant anxiety to begin with. Her mother struggles with anxiety as well. And so I've been – now that I've worked with her for a significant amount of time, I've started putting the pressure on a little bit more for her to participate somehow and give her a reward at the end if she has for the time being just to kind of get her. And she seems to be

really happy with the fact that she's talking. And that's one thing that I find with all the kids that I've worked with is that when they – there's such a sense of relief when they do – are able to participate in play therapy and talk and be engaged in the play that is just more who they are because they're doing so much holding themselves back. And so once they reach a point where they are able to be expressive and have a relationship – because they've limited – really limited the number of relationships they can have. They might only be close to their mom or their mom and their dad or maybe a sibling that they'll talk when they're around, but that's it. And so when they develop another relationship, which again, is another relationship that doesn't have the same family dynamics that may carry a lot of anxiety in it, it's a real relief to them, too. So I don't know that I would have a set strategy. I do encourage kids to get in the sand. And I do a lot of having them to feel the sand. That's another way I bring them into understanding how their body feels is maybe drizzling the sand over their hand or noticing when it's cold or noticing the warm water if I put warm water in the wet tray or just – I might do finger painting and noticing the feelings of the paints or getting them to notice textures because I think that they're kids that are either really highly sensitive which is where the occupational therapists have been really helpful for me, giving me more information about kids' sensory experiences. And I think that these are kids who are overloaded with sensory input. And so their response is to shut down, close it out as best they can. But they're also kids that will fall apart at the drop of a hat because they're so hypersensitive to not only emotional reactions, but the noises drive them crazy. The textures of clothes drive them crazy. They're very highly sensitive, so helping them to figure out – notice it and figure out ways to be more conscious of it I guess in a way. So sometimes I start with not just noticing how sweaty the hands are and things like that. I might not even start with that. I might just start with noticing how the sand feels on her hand which is something more predictable. I know that that's what they're feeling is the sand on their hand or the feel of a feather on their face or the wetness of the wet sand, something like that. And then it gives them more of a vocabulary to talk about how their body is feeling, too, that we can follow up on later. I'm trying to think of the play stuff, too, because I am – in some ways – a little more directive with kids with selective mutism, partly because I've had so many who really completely will just shut down for many, many – I mean 16 sessions would've been 50 sessions if I hadn't sort of figured out a way to develop a relationship that was not necessarily about me forcing myself on the child, but offering who I am a little bit. I began with a child who took a really long time to get her to open up. I did a bit more sharing myself with her, too. I would tell her stories about my dog or the drive over or whatever I had to pull up that I thought might entice her a little bit that was kid-friendly, kid-related. And then we started making up stories, too. I started drawing and making up stories for her. And that's where she started eventually – that's my 12-year-old – that's where she started talking is where I would make up a story and I knew she could read. But she's in kindergarten – or first grade. And I knew she could read simple words. So I started writing really simple words and practiced sort of blowing and relaxing the muscles first and pretending she was blowing bubbles and then just blurt out the word. "Whenever you're ready. Floor it up." What that says. And then eventually – because she didn't have to think through what to say or how to respond or anything. It was all black and white – the word. She was able to start reading the words to me. And then eventually she started sharing more about – like I might have written a story about a dog or drawn a picture about a dog, and then started asking her about her dog. At first we started off with concrete answers that I knew. Her dog was black. "What color is your dog?" "Black."

15. Things like that. And then I started asking her more general things that she could add to. She also began using medication for a while.

16. I: What would the medication be here in [inaudible]

17.TH.F:She used Zoloft.They used it a lot for her.And the doctor was very hesitant because she had to use a medical doctor.She didn't have – it's complicated how we access psychiatrists in private practice here, so that was an issue for us.So she just had – her medical doctor ended up prescribing it, knowing that we were communicating closely, and that I was gonna let her know if I had any concerns and things. But she started off with a really low dose of Zoloft, and they noticed a little bit of difference but not much, and then increased it a little bit.But then the doctor wanted to get her off of it as soon as possible.So four or five months later, she wanted to take her off of it.She got her off of it, and the child started having intense anxiety, could not go to school, was really – looked scared.Mom would say things like, "I look in her eyes, and I know she's terrified again." And so we asked the doctor to continue for a little longer, and she said – this was a very creative doctor – she said, "Try one thing for me first.I'm happy to help out if we really need to, but try this.Go to the pharmacist and get," it was a liquid medication that she was taking, "get a liquid vitamin from the pharmacy.Have them put a label on it that looks like a medical label.It doesn't have to say 'Zoloft.'"She wasn't reading that.But it just had to look like a pharmacy label."And try that for a little while.See if that does the trick."And it did.

18.I:Really

19.TH.F:Yeah.Just the placebo of thinking that she was taking this medicine that had helped her so much.I think that the withdrawal from the medication was so significant, she felt it in her body, and then she also emotionally knew that she wasn't taking it, and that that was helping her before – that she just – the combination, she couldn't handle. But then when she took the vitamin, there wasn't that physical reaction as well when she came off.So she was able to be weaned off of the vitamin much more easily after she got used to being able to handle it while she was taking the vitamin. Then, when they took her off the vitamin, the transition was smooth because there wasn't that physical response to the medication as well. She still deals with a lot of anxiety, but it's definitely – she's speaking at school and participating, and I don't believe she's – I don't see her right now, but I don't believe she's taking medication or vitamins.

20.I:Yeah, that's good.So the children – they would come here.Could they decide what they want to take or play with

21.TH.F:Um huh.I invite them in, and if I can get them to come in – and usually I can get them to come in without the parent – and I invite them to put their hands in the sand.And I show them around.I show them the sand.And I tell them that one of the sand trays, they can put water in as much as they want.The other one always stays dry.And that's basically my only rule.I would ask them not to break toys and things like, but basically they can do whatever they want. They can put whatever they want in the sand other than a couple of little things that might get destroyed because they're paper in the wet sand.But they can put the other stuff in either one. And a lot of times – now I'm trying to think – I have had a couple of kids who really did not want to deal with the figures at all.It was too overwhelming. And at times, I find that with kids who have a lot of anxiety.The sand figures are too much.There's too much to choose from, and it means they have to really say something about themselves. So a lot of times they'll just maybe hide jewels in the sand or play with it with their hands or build things with the wet sand.And I do a lot of noticing.I may not say anything.Or I may – if they're a child who wants to engage a little bit more, then I will.But usually – it's like the selectively mute child – they're not asking for a whole lot.But they may appear ner – I watch their reactions a lot. And so if they feel like they're standing there, and I'm watching them, and they're getting a little anxious about that, then I'll usually try to participate a little bit more.And I might drizzle the sand on their hands.I might ask them to draw something if they're having a hard time figuring out what to do. Younger kids usually don't have much

trouble figuring out what to do. They might go to the dollhouse and play completely quiet. And they might – usually don't invite me too much, especially in the beginning. I don't necessarily push that.

22.I: So you would just sit next to the dollhouse Or do you talk

23.TH.F: Um huh. I might make a couple of comments. I mostly watch what they were doing and maybe notice every now and then what they were doing. And with the younger ones, it usually doesn't take too long before they're passing me things and wanting to have you engage a little bit whether they're talking or not. And sometimes I will whisper to give them the thought that it's okay to whisper if you wanna start there. Or finding ways for them to make noise pounding clay or giving them opportunities to make noise even without it being verbal just because I think that sometimes they're so timid, they're not even doing that, or they're not having figures interact. But if they can show me that they're doing something together, then I figure that's the first step. That's where they're starting to communicate or if they're wanting to dress me up with the dress-ups or something like that. It's an interaction that they're having with me, so we start there. But again, it's really different. Some kids don't wanna have anything to do with the sand. And some kids – like one child didn't wanna do anything. I did puzzles with her, too, for a little while, and that, she would engage in but – And now I have a little girl – she came to me initially with selective mutism, and now she doesn't stop talking.

24.I: Really Other direction now.

25.TH.F: Yeah. I mean at least when she's here. I think she's appropriate in school. She maybe has a little more energy than – but she's also got some stuff going on at home that's creating a lot of tension so she's got a lot of – it's just getting her to come down a little bit in all realms just because she's being charged up so much by emotional stuff at home. But she initially was a child who wouldn't talk at all. But she would direct you. She would make you sit someplace. But she wouldn't say anything. She'd interact with you in that way.

26.I: That's interesting as well. Why do you think sand play is an important part in the play therapy

27.TH.F: Well, I feel that there's a lot that gets expressed in the sand, partly because there's so many options. It's also a non – I think that there's a lot to be expressed and to – because it's – I don't know that I necessarily value it more than play or art. It's one of the modalities that I feel most confident in because – and feel like I have the most skill in because I've received the most training, and I also have received a lot of training because I think there's so much possibility. There's the sand – the dry sand and the wet sand. And I think that really there's something very grounding about that for kids – for anyone. I use it with adults as well. So it's very – it's something very grounding – and then having the option – the opportunity to choose from a wide range of things that can express something – express – it's hard to say what it is they're expressing because you're always taking guesses. They put something – my son asked me the other day when he walked in here and there was a sand scene still in the tray, and it was one that was pretty basic. It had a bunch of houses in it and that was about it. He came in, and he said, "Mom, how do you know they're saying anything How do you know that there's anything to it What if it's nothing "

28.I: That's true.

29.TH.F: Sometimes I think that. And sometimes I think kids do do nothing tray – or not that deep a tray because they need a break just like when we participate in therapy. There might

be some weeks that you're just [inaudible] hang out and other weeks, you're like, "I'm okay. Everything's fine." You put a smile on, and you're just not gonna do much. Or you don't have a need to do much. And that's true for kids, too. So there are times when I think that happens. But I've also seen times where kids have – I can feel energetically that something significant has happened – that they've expressed something that just feels so right to them. So – and I think for kids to have that experience of being able to express something totally and completely, genuinely, and have it warmly received is important – especially for a child who has so much anxiety about expressing who they are and what they want. I have children who get into the mud, wet, goo, muddy stuff, and play bad guys. And like, "We're gonna really mess up the bedroom." And they're kids that have parents who are sort of rigid about what they can and can't do, but they – here, they can play like they're – they can be really gross and dirty and disgusting. Or they can create a beautiful princess picture. And that feels right to them. And then they get – they have that experience of expressing themselves in whatever way they want, whether it's a very deep, transformative experience or light and fluffy. They have the opportunity to express it in the sand, and that I witness it, and to some extent, exchange conversation about it, but mostly it's about the child expressing it and me noticing and observing and being a part of it with them without intervening.

30.I: Are there any limits or problems that have occurred during the therapy specifically with selective mute children

31.TH.F: I think the thing I struggle the most with is – and I see it as being the thing that children struggle with the most on all fronts with selective mutism – and that is making that shift from the habit that, "This is a place I don't talk," to "This is a place that it's safe to talk," is really hard to make that call and make that transition. And so there are times where you're like going, "You know me already. Come on. Why can't you talk?" I mean this is in my head I'm saying that. But you want them to make that shift and kinda helping them to know when it's time to push a little bit harder or not. And making that call is hard. And it's hard to be patient with that. That would be the hardest thing – and just sorta starting to feel like, "I know this child – I feel that this child is comfortable with me. They express themselves in so many ways," and that feeling that it's more about it being a habit than a real fear, a real worry. That's I think the biggest challenge, but it's unique I think to selective mutism.

32.I: Would you say that whether if you're directive or nondirective really is individual on the child

33.TH.F: It's individual with the child, and it's individual to the place that they're at. So initially, I would be pretty nondirective. And then also, probably where I'm more directive is not necessarily with the child as I am with the people that I'm collaborating with. So what I try to do is provide an opportunity here where I'm not as directive, providing lots of opportunities for them to talk without sort of saying, "Okay, this is if you speak or if you participate, you'll get this or this," and try not to – because I – first of all, I think the research doesn't show that telling a child they need to talk doesn't work, and that that's not helpful. That pushes them back more than it does forward, and to let them have an opportunity to build up to being able to speak is more important. But anyway, when I work with the parents and the schools, though, I work with them to make miniscule steps towards participating more effectively. So like I explained about the bus situation, I also might work with the teacher and the parent to figure out – and hopefully this is done without a whole lot of – so the child's not sort of seeing me as a person who's instigating all of these expectations of them because I want them to feel like this is a safe and protected space that they can really have a genuine relationship with me that isn't going to be impacting the rest of their life where people are going to start pushing them. But to work with the parents and work with the schools to figure out how they can

make these little incremental steps. And they really are really teeny steps compared to what – you go into a school, and you have a kid with ADHD, and they’ve got a behavior plan that goes A, B, C, and this is what you’ll get – the behavior plan that’s very clear what behaviors can and can’t happen. With a child with selective mutism, it might be that the expectation is going to be that rather than having Mom walk them into their desk, that she’s gonna stop at the doorway, and the teacher’s gonna walk over and say, “Good morning,” and walk her over to the desk. And then the next week, they’re gonna have the teacher sitting close to the door, and the child’s gonna walk in to the teacher and then to the desk. So really setting up very, very small steps, but that everyone’s on the same page around what the edge of expectation is so that if a child is starting to feel more comfortable that you don’t stop there because they get really used to that comfort zone. So you have to go to the next step pretty quickly as soon as they’re ready rather than accommodating for too long. And actually that’s been one of the trickiest things for me is when schools and parents have accommodated for so long and so significantly, feeling like this was the best thing for the child. And it was better than forcing them to participate and talk and things like that that are terrifying to these kids. But on the other side, I’ve also seen kids who just are like, “Hey, are you kidding I don’t wanna talk. This is really easy. I like this.” And they will verbally say, “No, I have no desire to talk because why? Why do I need to talk? It’s fine.” So getting teachers and parents to see that it’s not really about being afraid. It’s about – I mean at some point it would be. But in the settings that they’re comfortable, it’s not really about being afraid anymore. It’s about – that this works for them, and they’re not having to put too much effort into it. So it’s – and they’re not having to take on their worries and their fears. But they’ve got enough – they’re putting an awful lot into making sure that it’s maintained this way. So let’s get them to see the value in shifting it a little bit at the rate that they can manage it.

34.I: So you said that depending on what child, you try to be really nondirective, but sometimes you have the feeling that the reason why a child doesn’t speak is misunderstood, you would try to – how would you call that – if the child that you told me before that actually – that it’s not a question of being fearful, how would you then have a different approach? Or would you have a different approach?

35.TH.F: Well, I guess then, I’m a little more proactive in facilitating it as best I can. So where I initially wouldn’t be working towards getting them to talk, I might start doing things like having them make different kinds of sounds or blowing or whispering or something that might encourage them to speak or like giving them – writing – with that one little girl that I wrote words that I knew she could read, and she said that word that she knew. She didn’t have to think about what she was gonna say. It was just reading the word so she could have that experience of, “Yes, I’ve heard her voice. I know what it sounds like, and it’s not shocking.” So in that way – I consider that more directive, but I try to keep it open to what their interests are or things that I think might draw them in, kind of help them to feel connected to, “It’s really a possibility. It’s really okay,” rather than being – I guess one thing – one of the big reasons that I try to be nondirective as much as I can with all of my kids that I work with is that I see kids getting more anxious as a result – I mean I see people putting in place behavior plans and figuring out ways to get a child to change their behavior, and it creates an incredible amount of anxiety for the child as well as the parents. And then we’re looking at a child with an anxiety disorder. So as much as I can, I want it to be on their terms. But I also know that my job is to help them find a way to express themselves. And sometimes they’re stuck. So that’s when I – I guess it’s when I’m feeling like they’re stuck, and they need a little something to help them move forward. The other thing that I’ve done which isn’t – I wouldn’t call it “directive” as much as trying a different activity is the little girl that Jolene and I have that we share – one of them. I started having her – she would sit on my lap, or she would play with me with the Play Dough, or we would play out with little animals nonverbally. And I might verbalize a script a

little bit – those kinds of things. But she wasn't talking very much. But I knew that she did a lot of laughing and giggling, and she enjoyed playful activity with her birth mom, and that she enjoyed the physical environment of working with the occupational therapist. So I started having her jump on the couch which she thought was great. And she started smiling and laughing and jumping up and down and jumping off and jumping into my arms and so that physical piece – I started getting her – because she was littler, and I could do that. And that was probably more meaningful to her than noticing the moistness on her hand or how she was holding tense or whatever. I might work with her more if she was shutting down, I'd work with her with one of the play animals to get her to interact with that rather than being more cognitive about pointing out how her body was. But we could do this very active play of jumping up and down. And then she would start saying, "Do it again," or, "I want more." It's things like that because we were so engaged in the activity, she began to speak more. So that – I always am trying to think of things to offer to them. But if they don't wanna do it, then it's up to them. I just don't want them to feel stuck. So if they're sitting there doing nothing and looking and feeling stuck, then I'll always try to put something out there as a possibility.

36.I: Do you think that when you work with mutistic children you have a different focus if you – compared to if you worked with a child that doesn't have mutism

37.TH.F: Not so much. There may be a little bit more intentionality around making them aware of ways that they're expressing themselves. So if they're expressing themselves through – I would say that it's not terribly different other than I'm aware that they're not speaking and that we're working towards that. And when I look at the selectively mute kids that I've worked with, I've worked with each of them so differently from each other that I tend to work with the kids based on what their interests are and what their – how they present themselves. So if there's a child that is way out of control and needing me to help bring them down and slow them down, it's gonna be very different from the way that I'm working with a child who's having a really hard time putting themselves out there, but that I've had children who have selective mutism who are like that and I have children who are somewhere else on the anxiety spectrum or kids who have autism who have a difficult time expressing themselves appropriately. So I would focus – I have a lot of kids at Easter Seals that also are somewhere on the autism spectrum, and so a lot of that is about getting kids to identify what it is they really are feeling and how to express it appropriately as opposed to inappropriately in ways that are not necessarily getting the reactions of the other people.

38.I: We talked about the role of the guardians. Is there anything specifically different for mutistic children

39.TH.F: Only in that I like to give parents a really good understanding of anxiety. And I would with anyone whose child is struggling with anxiety of any kind. But I find that a lot of people don't really have a lot of information about anxiety within their own family even or in their own experience. And usually with – through lots of discussions about what anxiety looks like and how children express it a little differently from adults and how adults are expressing it, usually – I think that it's often helpful for parents to have a better understanding of how anxiety plays a role in the family so that they can better address what other people are putting out there as well as what their child is experiencing.

40.I: Did you ever have a child that didn't start to speak

41.TH.F: Only my very first experience years ago, but I didn't see the child for very long, and she was pretty traumatized. I had no experience. But I definitely have kids that I – it's very limited

what they're doing, especially when they're out and about, and kids that I've worked with for a long time that are still not speaking very much.

42.I:Okay. That's all actually. Thank you very much.

43.TH.F:Sure.

44.I:Okay, so I have some questions I wanted to ask you. What do you think is the difference of a behavioralistic approach and your approach that you would consider as a more child-centered non-directive approach

45.TH.F:Actually, I was thinking about that this morning. I was thinking, I don't know that I really answered that. I think that a non-directive play therapy approach or sand play really gets at trusting that there's an inherent desire in the child or in the child's psyche to heal, and to function well in society, and have successful social interactions. I think that non-directive play therapists trust that that's gonna happen, and that that comes from where the child is at, at the moment and if you join the child where they're at, as opposed to coming at them with what you expect of them, or what you expect the outcome to be. That inherent desire to heal, to grow, and to move forward and be more successful is there, they just need someone to hold it with them, witness it with them, and give them opportunity to notice different options, different ways of addressing their struggles. So that's – I think that's the big difference, whereas I think that a behavioral approach is much more about the behaviors, seeing the child before their behaviors, and behaviors that you want to change and that you want to effect. You know, I guess for me, when I'm working directly with the child or with the child and their parents, my approach is more non-directive, but then I think, specifically with selective mutism, all the kids, I try to work with as much as possible with the family and schools to try to help shift things, but I see my role as a therapist to be non-directive, and to join them wherever they are, but I also see what families are often looking for is help. They want an answer; they want it fixed, so I try to work with them to create programs that get at where the child's at. Not necessarily forcing behaviors on them, but trying to start where they're at and go at their pace so that they're doing the healing process and working with me to figure out who they are and how they're gonna move forward from their own perspective. But then, I like to help the school and the families figure out a plan that pays attention that. What are other micro-steps that they can take that are based on where the child is really at, not what you want them to do.

46.I:All right, okay. Do you think it's harder if you work with mutistic children to have no expectations, to really stand back and say, all right, it's not about talking, it's about the child

47.TH.F:It's very hard, yeah. I think that it's – I would say that it is harder because you are – particularly if the child is really not speaking at all with you, which it's very rare that I have a child go too long without speaking at all. I mean, after a while, most children do make a connection with someone who's one-on-one with them for any period of time that is fun and interesting to play with. So eventually, they will talk, but yeah, you have pressure from school, you have pressure from the families if they're not talking, they're supposed to be talking, so that's one thing, but then also, I like to practice not needing to talk a lot, so that my being with the child in silence sometimes is what needs to happen. That's often a hard thing to do. I think that it's hard for people when you think of yourself as interacting with this other person in verbal way usually, and to be comfortable with silence for extended periods of time and show them that you trust that that's really okay, and then move forward at their pace. It's hard because you want to be talking and you want to be interacting more, so you have to kind of

keep reminding yourself that hopefully they're interacting in some way. You have to keep reminding yourself that that's an interaction as well that should be valued, supported, and enhanced so that if they're playing with a little plastic figure over with one of your plastic figures, that's a huge thing. They're interacting and they're initiating play, and you can respond to that, sometimes verbally, but sometimes it's appropriate to be non-verbal. I think that's hard.

48.I: Okay. I can understand that. It sounds hard. I think that's why a lot of therapists start to use a little bit directive approaches because, as you said, at the point you feel stuck you think you should do something.

49.TH.F: Yeah, and sometimes it's hard – I think I talked yesterday about when I see the child being stuck, you know, and it's hard to know if they're not verbal sometimes, it's hard to know where to go with their stuckness too. You're feeling stuck, they're feeling stuck, and I guess one of the things that the sand play therapy has taught me is that sometimes when you take a minute to just really check in with your own body and your psyche, and how are you feeling in this space and slow your own response, that that often shifts things in the room. So I think that I find myself doing that more probably with kids with selective mutism, of like, okay, what is this that I'm feeling a lot of tension about, this needs to be different, or I'm feeling stuck or they're feeling stuck, and what do I do next. You have to kind of trust in your own ability too to slow things and know that things will evolve without too much intervention. Sometimes, I find it slowed when I tried to do too much, especially if I'm using sand. If I get too involved in what's going on in the play in the sand, or try to set something up a little bit, or feeling a little bit stuck and I want them to sort of move forward quicker than they're ready to. I can always tell when I've done that because things slow rather than move forward. It's almost like they want to put forward whatever it is that I want them to do, as opposed to what's really an internal expression of where they're at and where they need to go with the experience. It's always good to have a reminder to take a step back because if you're gonna take the non-directive approach, I think you have to really embrace it. You can't, kind of – it's difficult, I think, to do both because that non-directive approach is really about trusting that by holding it in a really – trusting that things will move forward and trusting that the psyche wants to heal and wants to participate in society more effectively, it's hard to do that and say change or do this, do that.

50.I: True. Would you say that there are some children with other problems where it's easier to be really non-directive, like, doing nothing

51.TH.F: Well, yeah. I think that it really ranges because there certainly have been kids that I've worked with, with selective mutism, who are so comfortable with silence that it's easy to – it can be easy to sit with them. Not most of them; most kids, their anxiety builds as we're sitting there, we're trying to interact, and they know when people expect them to talk, and things like that, and they know that they're there because they're not talking. Sometimes, it's not so hard and then there's some – it really depends because some children – like, I work with a lot of kids who have more ADHD kind of behaviors, and so sometimes that also can be really hard not to direct it because you want them to shift those behaviors too, so sometimes that's also the other extreme of where society expects you to get a plan in place and change behaviors based on strategy, have an outcome, and things like that. I find that hard too.

52.I: Okay. Do you think working with selective mutistic children – how do you say that Is it important to know about selective mutism, what it is, and what other people have thought about it, if you work with such a child, or is that not – what is your personal opinion

53.TH.F:I think it's helpful, but I certainly started working with kids with selective mutism without a whole lot of training and information about it. But I certainly started doing a bit of research and figuring out what was going on related to selective mutism. However, I have to say that the stuff I read was all behavior modification stuff, setting up plans and things like that, and that was helpful in terms of working with the families and schools because I do find it helpful to have something to give them to use in those settings where the child really does need to – you can't set up a safe and protected space in school and accommodate too much for the child in the school. You want to accommodate where they're at as best you can, so I think that my feedback is helpful. But you can't – I mean, it often takes years for a child to start talking in school, so it does seemingly take a long time, but I think that you have to do something to try to address it as possible, otherwise they have the habits of not interacting socially, and not interacting in relationship to their academics. So it is good to have those tools to share with the schools and the family, and I think that the thing that helped me to get the information, or the reason that it helped me to get that information was to feel like I had something to validate going at the child's pace. Because the research shows that you really do need to go at a really slow pace. You push hard to get a child to speak, or expect a child to speak too much, and they withdrawal more because it's so frightening for them. So you really have to take it slow, and so I have some information to back-up what I'm saying, which is, all right, we have to keep moving forward but we have to also – it's gonna look really different from the child who you've got this behavior plan that you stay in your seat until recess and you get a sticker. It's not those big concrete things that you're gonna change; you're gonna do it much more incrementally and work together as a team so that everyone's working at reading a child because they can't – you're not getting really good messages out there about what's going on for the child, so you kind of have to – you know, they're the kids who often are sitting somewhere in the room very quietly, and they're being viewed as a really well-behaved child by the teacher. They don't ever raise their hand, and that at some point becomes an issue where they don't talk, but often times, I think there's kids who are really just overlooked as just shy. Nobody's noticing that they're not talking at all to anyone.

54.I: Yeah, that's interesting.

55.TH.F: And they tend to be fairly – you know, they're not kids that – a lot of times, aren't kids that struggle a whole lot in school, so somehow they manage to get the information, it's just they can't do the output.

56.I: Which often shows that it's not a cognitive problem.

57.TH.F: Right, exactly, and I think that's the other piece that always has to be taken into consideration is when you're looking at diagnosis of selective mutism, there's a whole range of possible contributing factors, and so you have to piece together, what are the contributing factors for this child, and how do we address those contributing factors. Is it a hereditary thing that is so big and overwhelming that medication might be helpful, or is it going to be more intensive. Are we gonna have to do some family work to get everyone addressing your anxiety. Is it something that was related to a trauma, is it related to language development of delays, English as a second language, or having a second language.

58.I: I don't know if it's the same, but in Austria, or in Germany, you can only call somebody selective mute if all other options like brain damage or any physical damage is – how do you call that.

59.TH.F: Eliminated.

60.I: Eliminated, yes.

61.TH.F: Yeah, that's true here too.

62.I: So it's only when you don't talk and it's a mental problem.

63.TH.F: Um-hum.

64.I: Okay, so you have the same guidelines and criteria.

65.TH.F: Yeah, it sounds like it's the same; it's probably the same. I mean, you can have hereditary factors, and in terms of trauma, I'm talking about more of an emotional response to a trauma not a physical brain injury or anything like that. And there's, you know, a lot of times – I know Joleen has found some kids who they've been diagnosed with autism because they showed very similar behaviors early on, but then it became clear that cognitively they were connecting with people – they were able to take in information, process it, and connect with people and things like that. But if a child's got a diagnosis of autism, you can't give them a diagnosis of selective mutism, even if they're not speaking.

66.I: Okay, so it's the same I think. Okay. So I would say that you're having a non-directive approach, but if you feel stuck, or if you feel the child is stuck, you would consider other approaches like focusing on their body and their body language, which is something that I would say is something you put in the therapy, and focusing on noticing textures or you would offer or develop a relationship from your point of view, like, you would talk about yourself a little bit, talk about your dog, or you would put yourself more into the therapy than probably a non-directive therapist or a strict one would do. You would also, or would you also consider medication by yourself, or is that something that – would you go to the parents and say, okay, listen, I think medication would be good starting with the therapy, or is that something that always comes from the parents, from the doctors

67.TH.F: Well, I can't prescribe, and I can't – it would always be a recommendation that they check in with a psychiatrist to have them consider medication. I will often mention it as a – if the child isn't making progress, they're really feeling stuck, the parents are just feeling overwhelmed with it, or the child seems to really be in agony trying to figure out how to – if they're just terrorized by the thought of going to school and things like that, then I might say it would be really great to have a psychiatrist give their opinions on whether they think medication might be a direction to head. But that's always prefaced with it's really up to the family to figure out what they need and these are all the resources. But I don't jump to that until we've had a good chunk of time to try to develop a relationship and I get a sense of whether or not the child is really struggling so hard that it might be a direction to go.

68.I: Okay –

69.TH.F: But certainly, I offer it as an option to families because I have seen quite significant shifts in kids not having to take medication for very long. I think selective mutism seems to be pretty quick for a child. I think the average is 4 to 6 or 4 to 7 months that they're on medication, and that that just is enough time for them to learn a different response, along with therapy, to develop a different response, a different way of taking in information and then they seem to be able to maybe still experience some anxiety, but have gotten through the worst of not being able to speak.

- 70.I: Yeah. Joleen explained that really well, as well like you did with all this building up a wall, and would take the medicine, then it just stops building up and maybe it's like this, and then the child can start picturing itself in a verbal world, yeah. I will definitely put that in my piece as well. I was always quite skeptical with psychopharmacological treatment, but I have some articles now, I'm going to read them, and it's good if I know your opinion as well. Okay. Would you think that if you would – that with your experience that you have with all these autistic children, if you would stay non-directive and don't interact or bring something into the therapy by yourself, that you would be successful as well, or do you take new methods or a little bit more direct of an approach because you had made the experience that you don't get anywhere if you wouldn't do that
- 71.TH.F: I think that it would work. I think that it takes longer and takes more patience, but I believe that it would eventually – I think that it would definitely have an impact. You know, it's hard to say because it's hard to – you know, how in-directive do you get If you – I'm guessing that even Axeline, there were points where it's like, well, what's in the room Let's look around the room, you know, is that non-directive still You know, which is kind of what I do a lot of is if the child is stuck and not being able to initiate because a lot of selective mutism is about initiating. You know that they're withholding initiating anything a lot of times. Mostly it's focused on verbal, but I think that I look at it from, are they initiating anything The one child that I did the presentation on that you saw, she was not even able to lift her hands. She would sit like this, all closed down, and I would ask her to lift her hand, and she couldn't even though you could tell she was trying to open her hand, so it was like not even being able to initiate a social gesture.
- 72.I: And what did you do then with her
- 73.TH.F: Well, I would pick her hand up and put it into my hands, and she would – and just pay really close attention, is this really throwing her off Try to really read her body because she wasn't saying anything. She would allow me to do it, that means she's okay, but you know – so is that directive Probably falls into the directive range, but it's also honoring where the child is at and trying to have a – I mean, it's about a relationship that you're developing. Even in non-directive play therapy, you're developing a relationship, and so where do you draw the line between directive and non-directive
- 74.I: That's absolutely true. I'm going to work on that point in my thesis as well.
- 75.TH.F: Yeah because it's – you're offering a set of toys, you're offering methodology – like, I obviously use hand play a lot. I'm offering a methodology that I feel comfortable with, and that is a very non-directive approach, but if a child feels stuck, I'm gonna offer my relationship to them in a way that I'm noticing everything I can about where they're at, and I'm offering it in a way that I hope is responsive not to my needs as much as to their needs.
- 76.I: It's really [inaudible] to me.
- 77.TH.F: And actually, the many times where I've had kids where I've been very, very, very non-directive and just reflecting, mirroring, and things like that, then kids start looking at you a little funny. They start going, what are you doing Would you play with me Like, they think it's very strange, and even in selectively mute children I've had them give me this funny look, like –
- 78.I: What are you doing now
- 79.TH.F: Yeah, what is that
- 80.I: Yeah, I can imagine.
- 81.TH.F: So I think it's more about having a relationship that is respectful of where the child's at. I grew up in a Quaker family, and the Quaker approach –
- 82.I: What is that
- 83.TH.F: It's a religious group that you – I'm sure it's in Austria somewhere. You're have – you sit in silence for worship, and people speak out of the silence, but there's a whole – you know, they're pacifists. They're very involved in world, international relations, and getting people to build relationships. Going to Ireland, Palestine, and places like that, and getting people to build

relationships peacefully and collaborate more effectively. One of the big pieces of the philosophy of Quakers is that you – there's God in every person, and that you really honor and respect children. I think that I grew up with that idea that you really honor the individuality of each person. That's where I think – that's what I think I do a lot of in therapy is that I really completely honor who this child is, problems and all, and that that's felt by the child.

84.I: And that's also the main point which can start to develop, change, or enhance, okay. Would you say there's a particularity in the therapist/child relationship that you can see specifically in your children, like, that is either harder to build up a relationship or you focus more on the relationship if you work with autistic children compared to if you work with other children. Or is it as you said, really individually and that's not something you can point out specifically for autistic children.

85.TH.F: Yeah, I would say it's – I don't know that there's anything particularly unique, other than I might pay close attention to all the range of ways that they're expressing themselves a little bit more closely. Although, I like to try to do that with all the kids that I work with, but I might, because I know that it's a specific issue that the child and family are struggling with, I might notice those ways that they're initiating more diligently because those are the things that I'm going to – those are the places where I'm going to try and meet them in our relationship where they're initiating something, or they're playing out something, or they're gesturing in a certain way. Whereas, I might not do quite as much – I might not be quite as attentive if a child's completely gregarious, chatty, and expressing themselves all over the place. I might not pay quite as close attention to the nuances of how they're expressing themselves, whereas with a child who that's the thing we're working on, I might pay – I would notice that more, pay more attention to that.

86.I: Okay, and is it harder to build up a safe relationship with these children because they have so much fear.

87.TH.F: I don't know that I would say it was harder. I always have such a hard time making a generalization because it is different.

88.I: Yeah, but that's good for me as well because it's so different.

89.TH.F: I mean, I really – it really ranges with lots of kids. I have kids who are all over the place, just totally out there with themselves, and I find it hard sometimes in developing a relationship with them because it's often not really genuine. It's just kind of out there, you know, they're projecting a lot of their struggle, their trauma, or they're loss, or whatever, into the play, which is what I want, but it's not really getting it. It takes a while to build, like, where is this child amidst all this projection and all this stuff that's sort of oozing out of them. So sometimes, that can be a challenge as well. How do I ground them, they're all over the place, you know, how do I help support them, how do I find a way to help them ground themselves. Whereas – but then, of course, a child who has selective mutism, you're kind of grasping at straws if they're not expressing much. And then, on the other hand, I've had kids who I feel like, wow, we've hardly said anything here, but there was a connection, so I would say it really ranges. It depends on the child a lot.

90.I: Okay. So what importance does the aspect of non-directivity have in the therapy of selective mute children. I think that you answered that, so – and were you able –

91.TH.F: I was just gonna say that I think on some level, it's less threatening for them. I think that the idea of interacting with someone who's trying to change their behavior based on a plan that

they're imposing on them – I think that's true for all kids. I don't do a whole lot of creating behavior plans because I think that it can be just as anxiety provoking for a child who's bouncing off the walls, to have a behavior plan in place that they're supposed to be following to the T, and for parents who have anxiety to, like, put these kids on these plans, and then it's like, there whole anxiety is focused in on creating these plans and making these plans happen. So I don't do a lot of that, but – I lost where I was going with that.

92.I: Yeah, so you think it's less threatening to have a non-directive approach

93.TH.F: Yeah, yeah. They feel honored and, yeah, I can be who I need to be and start there to build the relationship, as opposed to you have to be somebody. For me, you have to be a certain way because that's the expectation of this time that we're spending here. Instead, it's this time is here for you to grow and find how it is you want to express yourself, however that might be. It might be that you love the sand. It might be that you love doing art. It might be that you love reading stories with me and writing stories, but there's a way that we'll track down for them to express themselves.

94.I: Okay. Were you able to achieve an improvement of the symptoms in the courses of therapy I think that question is answered. Yeah, and what qualifies a person [inaudible] in play therapy as an adequate therapy for selective mute children I think that that's answered as well. Okay, thank you very much.

Therapeutin G

1. I: How can mutism be explained from your perspective
2. TH.G: Yes, selective mutism is a condition that happens to children, particularly to children who seems to be more sensitive to anxiety. But also children who have had negative experience with speaking, at an early age. Because you can find selective mutism more in children who are both bi-lingual and who have a speech problem. But, then summarizing that idea it is more when the children are to perform. But it doesn't mean perform necessarily in front of an audience, but perform in the sense that they have to speak in another language. And perform because they have to speak to people who are not from their own house. Because selective mutism children speak well with people from their house. But anything that – it's kind of a performance anxiety but nobody had call it like that and I would not call it. But it's kind of, and usually they, most selective mutism children have problem with performance anxiety anyway, in general.
3. I: And what's anxiety
4. TH.G: Performance anxiety.
5. I: What's anxiety
6. TH.G: Anxiety is when they feel afraid that people are going to be laughing at them. They feel afraid that what ever they say, the way that they sound. But then we are saying that selective mutism children are have like a speech phobia. But a speech phobia no, because they don't like the way, what they say, they don't like the way they sound. The anxiety seems to be more. Let's go back because gone through – they are anxious about the way they sound. And they also anxious about interacting with people that they don't know. It is a social anxiety also or social phobia. They are talking about two different phobias that I notice in children with selective mutism. I'm not saying that this causes this this, but I'm saying that what is always very common in them. That I find.
7. I: And what is the difference between social phobia and social anxiety
8. TH.G: Social – that's a very good question. Social phobia and social anxiety is the same. There's no. What I said, what I finding social phobia or social anxiety and speech phobia. Those are the two different phobia. But I also finding that some of the selective mutism children have what is called separation anxiety. Which doesn't have anything to do with the social anxiety and it doesn't have to do with the speech phobia, but it does. I mean —
9. I: So it's also an attachment problem
10. TH.G: It is an attachment – thank you. Then, but I also find that the children that don't have so much attachment problem are able to overcome this selective mutism faster.
11. I: And do you think it's if you work with mutistic children it's good to know about the attachment theories
12. TH.G: Yes, very helpful.
13. I: That they have all this phobia and who else is important in their life

- 14.TH.G: Yes, yes it's very important. To know about it, what happens to the children when they don't have a available, available mother, emotionally.Or the available figure to have them be constant. But I also find that the attachment can be disrupted in selective mutism because sometimes there are some selective mutism children who suffer from some sickness as baby's and that's going to because an over reaction in the caregivers.They are all the time over protecting them and that's why the attachment becomes an anxious attachment.They now know what is very particular with there being –
- 15.I: Yes, where does it –
- 16.TH.G: We don't know.It would be interesting the people who have done more research on this to know exactly what is happening because we –
- 17.I: Where it starts.
- 18.TH.G: No, but I'm finding that also, that their reaction of the parents to, oh it could be that because selective mutism children tend to be very anxious by nature, the way they are born.Then the parents also tend to over react to that.One of my jobs as a psychologist is to teach the parents how not to over react to the anxieties of the children and how to help the children to cope with their anxiety. How the parents are going to be role models for the children.They are going to show them not only be speaking but by showing what do you do when you are in social situations and what do you do with your anxiety.And then the children are going to learn that.Because we find that children from selective mutism family also tend not to socialize so much, the families.
- 19.I: Yeah, I had that inherent factor as well.
- 20.TH.G:Yes, and then when I ask the parents, if the selective mutism children if they have any of these anxieties as children they usually, one of the parents or both have the same anxiety as children.All still have the social anxiety as adults.I find also that more that, the social anxiety as adults.
- 21.I: Okay, yeah that's interesting.
- 22.TH.G:It is very interesting they are, I don't know, it's a lot of, I don't know if I answer your question, it's a lot of ~
- 23.I: There are so many factors.
- 24.TH.G: Yes but the main factor is anxiety, the temperament also.We tend to believe that they have inhibited temperament.Meaning that they are more cautious the way they interact in every thing.But I also, they have more trouble with change.When there are drastic change in their routines there are no flexible in that by temperament.In the selective mutism, but that goes more with the anxiety trait also.
- 25.I: And would you say it's also a sometimes a big trauma or sexual abuse or is that one of a lot of other reasons
- 26.TH.G: What I have, I have found that is common in some children, the trauma.But more the trauma about being sick as children.One child was diagnosed with leukemia, a two year old.I have another one who was born without a kidney.But I also have a lot of them who have a

speech problem. And that they are bi-lingual. I have all of this, but more the trauma about having a speech problem or it's a trauma about a medical condition. I don't know because it could be a trauma. It could be PTSD trauma in the sense that it meets the criteria, but it's a trauma because you speak different than everybody. And people could be, I don't know what is the experience of the child. Very difficult to tease that out because the children, you can not ask the children so much about what their experience when they were learning how to speak with a speech problem. It's not that the mother can give it to you but sometimes it's not, not that available. Because they are so, usually my selective mutism patients who come to see me are three or four years old.

27.I: Okay, so they are, they come quiet early.

28.TH.G: Quite early.

29.I: Okay that's good.

30.TH.G: Could you rephrase the question again To see I want –

31.I: Yea, you did it very well. How can mutism be explained from your perspective

32.TH.G: Okay, then but in summary we are going to say that it is more biological. The tendency to be more anxious, in the family. But also there I find there is an attachment disorder in those children more than in the living other children. Because that anxiety not to separate from the mother, that anxiety not to speak to others is more related to that. It seems that would be better to say.

33.I: Yea, but that, everything is important. Okay, so could you talk a little bit about your approach and what you feel is the best for mutistic children Or what is important, especially in the therapy with mutistic children

34.TH.G: The best for the therapies is not to fall into the pressure of the parents and the teachers. And sometimes we do, unconsciously. But then we have to review our cases all the time and see what happens when we are not making so much progress and see – first point not to pressure the child. Conscience and conscious as a therapist. And also about their actions. Then you really let the child play in a non-directed way, for that reason. That is my initial approach.

35.I: And so you would have always play therapy for children

36.TH.G: Always I would have. Good question. Thank you. I always start with play therapy. Nothing else. I'm also I say that the parents stop placing pressure on the children by saying you should talk, why you don't talk, what happens to you. Because the parents do that also. Then my second, my third point is to the teachers. I don't want the teachers to be saying why you don't talk, what happens. That pressure. Plus the play therapy that I told you. And another approach that I may do is family therapy. In the sense that I tell the parents not to put pressure, but I really want to see how the parents connect emotionally with the children. And how the parents adapt to the temperament of the children. And because a lot of times can be re-enforcement some of the temperament traits. In the way that – re-enforcing is not the word ~ they are not teaching the child how to cope with the temperament, but they are trying to teach the child how to get rid of the temperament. Then I want to see that in the interaction with the parents. Then I have to tell the parents alone without the children. What they can not do in front of the children and what happens and what are the emotional consequences of them trying to change the temperament of the child. Instead of teaching coping skills, what to do

with what the child has. But I also warn the parents about accepting the temperament of the child: which is not easy. Cause most of the times one of the parent has the same temperament. Then I may ask parents to go to individual therapy themselves.

37.I: Okay so you wouldn't do that then as well

38.TH.G: No.

39.I: And if you involve the parents in the sort of family therapy would you also, would the child play and the parents would play as well or would participate in the play

40.TH.G: Yes, because I like to, the reason approach in the non-directed therapy that is called Filio Therapy. And then what I do I observe the parents to describe everything that the child is doing, but a lot of parent have difficulty with that. They will answer for the child; especially for the selective mutism child they answer all the questions, they tell the child what to play. They tell the child what should be the next movement of the play. And then I have to train the parents not to do that thing. I advise the parents to play about twice a week at least for 20 minutes with the child using that non-directed approach at home. Do they do it all the time I'm not sure, but I review with them from time to time. And what I do I see how they play also, themselves in my office. I can not see how they play in their home. I can not. But that is another approach. How the parents play with the children, how they are non-obtrusive, especially with the selective mutistic child.

41.I: The Filio Therapy

42.TH.G: Yes, but I wouldn't use that, I'm not an expert totally. But I use it, I use that approach.

43.I: Well it's important for my thesis, that's also a new concept in clients in psychotherapy, this Filio therapy. So it's always, and you're the second one actually to tell me that you use Filio therapy with these families. And I think it's very interesting.

44.TH.G: I'm not sure, I think I would like to make a brochure saying all those things, because I'm not sure that the parents understand that I explain them very well. How important is Filio therapy for them. And for the child to feel that he not, that he doesn't have to be performing for anybody. And feeling extremely upset about the parents about the way they are and in charge of the play. I want the child to be in charge of the play. That is the word I use with the parents. And it is a very different concept. They never heard of that before. No.

45.I: Of course, yea. And have you heard, that's the sad question, have you heard about Gordon

46.TH.G: I had.

47.I: He has, he is also client centered. He has a, its called the Family Conference. Gordon's Family Conference. It's about advising parents how to cope with their children. Also, with teens when you have problems with limits, borders, where do, you're not allowed to do that or this or how do we cope with problems. And its all very client centered. You should look it up. It's really interesting.

48.TH.G: Okay, I will. I will. I will. That will be interesting because I have to put more emphasis for the parents and I do that. How not to answer the question. I think, I think one thing I am not doing in therapy myself is to have groups for parents. And to everything that I am saying with the families along with the children sometimes what I do with the parents to practice at home,

I should do it in a group. And I think it would be more helpful to the parents also. When they see an other parents doing it and they feel like they are not alone in this. To reward, because a lot of schools of teachers, how terrible this is. They even question to the children are intelligent or not, a lot of teachers. And that's when the parent's also become more anxious. Because they know that the child speaks very well at home. They know that the child is very resourceful, emotional. I mean emotionally, intellectually and the teachers are more looking at the intellectual part. And they want to put the children in a special education classes here in the United States. They may need the special education, but not real special education, but more than any thing the special education resources. I am advocate for that. I have to help the parents in that. I have to talk to the teachers about that a lot. Because then if I found if speech therapy is going to make a child less anxious, cause that is the main goal of my therapy, initially, only to make a selective mutism child less anxious about speaking. That's the main idea that I have to sell to the teachers and the parents. It's not about talking, that's not my goal.

49.I: Yea that's that would be more non-directed approach as well. That you, it's not about the symptoms it's about the child and his or her's anxiety.

50.TH.G: Exactly.

51.I: And so if you play with the child you would participate in the game, or would you just watch and interpretative what's happening Or would you put, as you said before but not in the interview, certain toys in the room or how is how can I imagine you playing with the child or this whole playing process

52.TH.G: Okay when I play in a non-directed way, what I do I play with the child but I describe the play. And if the child invites me to the play I play with the child. I usually, 99 percent of the children invite me to play. But I never say all most all the percent but it takes, but there are some children it takes a while to invite you to play. But I continue to describe it and I also do some interpretations. Do it, that's part of my psychoanalytic training. But I try not to in the beginning. I would say, when I say the beginning to be very specific, I would say two or three months I would prefer only to describe and describe and describe the play. What do I use that is most conducive of this I like to use more the sand tray. I have a sand tray here. A box where they play and they can choose what ever goes there. I also tell the children this is whatever you want it to be. This look what ever you want to look like. That's my approach also. I want them to make up in the sandbox anything that they want. But I feel that they, their anxiety especially with this person they don't know, really goes down with that approach. But I also may do some type of physical exercise that like a hide and seek. My selective mutism children love that game. But what the way I introduce it I present a tunnel that I have, I mean house and then if they want to go inside they go. But then usually what they do they count with their fingers. The first three months, but the end of the eighth month they count loudly. And that the first thing they start talking to me, counting. It's their way of breaking. But it something about being in the tunnel that I interpret it like its it still and nurturing and extremely kind of allowing them to release anxiety in front of a stranger. That I find that it is very soothing for them. But I'm not sure I would say that, they have never told me that. But their facial expressions are extremely happy. Laughing and singing spontaneous. That is the most spontaneous time. Though in the sandbox they also become spontaneous but it takes longer. Then I do a combination with the sandbox. I do other times playing with the hide and seek or they play teacher. They are the teacher and I'm the student. Because do you remember, that's the situation that caused selective the mutism children a lot of anxiety also. But, going back to your question, how do I do the play therapy I also allow them to choose and I ask them what do you want to play with me They choose a toy from the closet, from my toy closet. But I give them a tour the first day and say oh those are all the toys that I have. But especially the

building toys, with houses where there is a lot of family involved. They try to communicate things to me there. And I just describe them.

53.I: And what do you think that autistic children are sometimes have even problems starting to play, to initiate something because they are so anxious Or would they, in your experience, come in the room and would have no problem starting to play or interact with you although its non-verbal

54.TH.G: No they have problems. But one thing that they do, they don't look at me. Then I don't look at them either. But I treat them like they are as important as anybody who is talking to me, even though they are not talking. I talk to them like I imagine I have a three-month-old baby or two or one month. You talk and talk and don't expect an answer. Not because, I don't do it because I don't believe they can do it. Because I know that's the way they feel at the moment. Just to give them the sense that they don't have to answer, it's up to them to answer. I don't want to pressure them. And that works.

55.I: You would just, you would talk to them but it's fine if they don't talk and they would just communicate over signs

56.TH.G: Yes. Usually they communicate with signs. But, usually they don't say anything. I mean often they don't say anything. They don't look at me, but they continue playing. Another time they start making gestures and gestures and gestures. But then I have to be very careful as a therapist because I also can fall into the trap of the parents and the teachers, of pressuring them. Because they start showing with gestures but they don't move from that stage. But then I start adding, giving them more questions that they have to decide, is black or white. Then, in that way I pressure them when I see them that they don't have social anxiety or separation anxiety. When they don't have those two kind of symptoms then I can start pressuring them more. Then I don't know if this a contradiction, but it's a subtle pressure.

57.I: So you just try to find the way ~ that's what another therapist said, she tries to find a way to pressure, little bit so that the child is not stuck

58.TH.G: Exactly.

59.I: But not to pressure as much as the child gets stuck because of the pressure.

60.TH.G: Exactly.

61.I: And that leads me to my next question. Do you at one point you start with a non-directed play therapy and the child plays and you look and try to figure out what's going on Do you reach a limit where you just say okay, I'm not coming far with this non-directive approach, now I'm going to be more directive I'm going to take things in – is that something that happens with all the children that you work with Or is that something specific with autistic children

62.TH.G: I do it with autism children who are not making progress like after one year. If they don't start making some progress after one year then I may start changing to directive. Meaning that I bring the topic. For example I have a family of lions and they have a child and the child, two a boy and a girl, I usually try to recreate the same family that my client has. If it is a boy with one sister, I say this a baby lion and a baby sister and both parents. But there is a problem. The child want to learn, the baby lion boy doesn't know, I mean, have difficulties talking, communicating actually. Or using words. That's what I say. That then we need to help him, what can we do. But I also, but usually I do it more like to know I know what is

happening to them. Way too, I don't want them to be, it's no important to tell them what they have but I think a certain point we have to start making them a little more conscience. In a very gently way also. Because they need to start managing their anxiety. I may introduce in a very directive way how I'm going to use the lion's metaphor and say how, what happens when we want to be relaxed. But it has to be better when the child is starting to talk. Better than, but I try to do it also when they are not talking because I think that one of the reasons they don't talk, they don't say anything is because they are extremely anxious. But it works better to be non-directive for me. To remain remain until they are contented to start talking. And then I start to do some more the directive. Did I answer your question I don't know.

63.I: Yea.

64.TH.G: The directive is better when they start talking.

65.I: Okay. Why would you say that

66.TH.G: Because then I can ask them, what's the word, re-enforce, not re-enforce, make it more, that the child has a better understanding what is happening to them. And how they can cope with the situation outside my office, because I'm going to discharge them and I want them to cope by themselves not with my help. It's like a preparation. The directive coming to prepare them that when they encounter that anxiety outside, and they are no longer with me, they are using all those techniques that I am teaching them.

67.I: And the directive part would be introducing play tools or talking to them about how they could relax or—

68.TH.G: Yes.

69.I: What other suggestions would you give them then

70.TH.G: The main suggestion that I give parents to then they are they learn that they have a safe and secure place. Where they can go themselves. But not all the children in selective mutism can do that. That they have a place that they feel happy and tranquil, calm and secure. And that is in a special place that they can use at any time in their life when they feel that way or they can practice it everyday of their life. Go to their safe place and practice that as a way to have a special place where they can calm down. Then I teach them that concept of calming down. Also in front of the parents. We do what they call a time in. Have you heard of that

71.I: No.

72.TH.G: I don't teach the parent's time out for being angry. When the children are very anxious or angry at something, especially selective mutism, I want them to learn time in. Meaning I have this feeling and I need to work with this feeling. But I don't need to destroy the feeling or I don't need to hide the feeling. That's the purpose of time in. That's again directed play therapy. And we do it playing. I teach the parent how to do it at home, but I teach the children how to do it here also. And I do it in front of them when they have a temper tantrum sometimes, because remember I told you in the beginning that some selective mutism have trouble with changes in the temperament. They get very, very angry when there are changes in the structure, in the routine. If I tell a selective mutism child its time to stop playing, I have to tell sometime 15 minute, 20 minute earlier to end the session. I have to have announcements and reminders. In that way the child doesn't get a surprise that they have to leave my room.

73.I: And then you would explain how they can take the time in or how would you introduce it to them

74.TH.G: How we introduce it to them just telling them that we stay calm, I mean that we sit down, that it's okay to be angry, or it's okay to be anxious. But what we're going to do when we have that, and that's what we're going to do. Calming down and wait, we can read a book. We can blow flowers, meaning, no blow flowers, smell flowers is the way I say to him. To the 4 years old and 3 years, we smell flowers. That's inhaling and then we are going to blow {inaudible}, that's exhaling. I'm teaching them that we have to calm down and it's okay. But I'm also teaching the parents that when the children are calming down I don't them to be telling them what to do all the time. They can be a patient with the child, they can be acknowledge the feeling. They can teach the child what to do, but they can not stay with the child the 20 minutes, 30 minutes talking and talking and talking. Like a rescue. I don't want the parents to rescue the child. Because a lot of selective mutism children, a lot of them, no all of them, are rescue the children from their emotions. Why I don't have the research. But it's had to do again with anxiety. Somehow unconsciously the parents kind of believe the children can not do it without them. Which is then answering to the own narcissism of the parents. That I wouldn't get into that because that is their own issues. But I find that the parents enter into that narcissism that they are the only ones that can rescue those children. I don't convey that as a therapist either. I believe that they can start doing that by themselves. And I think that is powerful for them. But it is an emotional type of orientation of mind that comes from the psychoanalytic –

75.I: That narcissism is a psychoanalytic term.

76.TH.G: Yea, but when the mother or the father does everything for the selective mutism even to try to make him relax when he has intense emotions, in a way its communicating to the child that he can not do it.

77.I: Yea, that will be true. So you would think that for example parents were more or less helping the child staying mutistic and not on purpose of course, but unconsciously, that they are might be narcissistic problems coming from the parents

78.TH.G: Yes.

79.I: Okay. That is interesting. Okay and if you feel that is the situation would you advise them to go to a different therapist

80.TH.G: Yes, I do.

81.I: You wouldn't announce that problem

82.TH.G: Yea I would. Yea I would. And they do accept it. But you have to be very careful. I never have a problem that the parents say no. But I have to be careful when I say it. If – not careful when I say it, I ~ they have to trust me enough enough to accept my advice. And they do.

83.I: And if you, from your experience when you work with mutistic children and they, they are so anxious that they won't do anything in your session Does that sometime happen

84.TH.G: Yes it happens some how we breaking always.

85.I: But does it take a long time or does it normally ~

86.TH.G: No, it would take – I have had children who kind of stand in the room totally immobilized. It may take 5 sessions or 10 sessions.

87.I: Okay and what would you do then

88.TH.G: No I will be with them there and try to bring them to the play room and play, show them everything and then wait and wait until they are able to talk to me. But sometimes they get immobilized and they don't do anything. You're right. But it's not that often. It's rarely that that happens.

89.I: Okay. So it's not something typical mutistic that they wouldn't play

90.TH.G: They – you know what I noticed, it is a very interesting question. I have to be careful how I answer it. It's not – they play very hesitant and anxious and very hesitant is the word. They take a toy and they make take it and give such a careful way and they may look at things very careful, they don't know what to do. But that may take only 2 or 3 sessions and then they start playing even that it is silent.

91.I: I ask that cause I think it's interesting to know if you're let say, really non-directive. If you have at one point come to limits because with mutistic children who don't talk and who are really anxious that they, they are not able to participate in the session that if you at one point have to be more directive to help them initiate the therapy process. That's why I'm asking it. If that's necessary, especially with mutistic children or if you said in your experience mutistic children at one point, they start involving themselves.

92.TH.G: But maybe - what I'm trying – I understand your point, but I guess because of my experiences as a play therapist I don't have any type of toys in my room. Because then I would lose the selective mutism child.

93.I: You wouldn't have any type

94.TH.G: Any type of toy. I have very specific therapeutic toys. And I think that's what helps. I never find that a child doesn't like my sandbox for example. This is the most quiet child in the world.

95.I: And would you have the same toys for all your children or would you have specific toys if you know a mutistic child is coming in

96.TH.G: I have the same toys. But for example I know that they like specific themes. I try to bring that into the room. Yes, some things that they like. If I see some boys that like to play more with trucks I sometimes or they are crazy about fire fighters, then I might bring a fire fighter truck. To help with the process.

97.I: And would you also choose the games that would probably initiate talking. Like a puzzle where a child has to do – I don't know – say the word that's on the puzzle or ~ Would you – is there a talking aspect in all these games or speech

98.TH.G: There is no talking in those games. They talk if they want. But lately, just recently, I just yesterday I got a work of a pair of walkie talkies. And I started using it today. But that's the

type of – I'm going to leave it for them and see what they can do. But in this case, if they don't talk they can't use it.

99.I: Yea, all right. And then you would say well, that's for talking and we could talk or do you want to try it out or

100.TH.G: Would you like – let's talk to sissy with her communiqué about what is happening to David. I mean I would try to try an indirectly. About let's see what happens this animal here in the sandbox, let's say what he have to say about it. I would try that also. Let's see what happens. The child that who I have today he didn't say anything at the end the father say tell Hilda thank you and he was able to say it with some coaching from the father. But that was at the end of the session. The session was over. But he was able to say it. Because in that way I'm trying to help the child to feel more comfortable with the stranger's voices. But I also send recorders home. I record my voice in a tape recorder and I ask them a question and they have to answer at home and bring it to me. And the reason that I'm doing that is that in that way they feel more comfortable about my voice and kind of de-sensitizing them.

101.I: Which limits did you reach and which problems have occurred to you in therapy with the selective mutism children specifically

102.TH.G: The problems that I have, I have some parents who want my therapy to be very fast. Because they have been to other therapist and they are tired. They don't want – they have been 2 years in another therapy and are coming to me as the second therapist, those are the ones who have more problems. But I also find that those parents are the ones who decide that they have to tell the child when to talk. When I told them that they can not say that they don't like it. And those are the children that they don't make any progress and they leave very early, they don't stay. The parents don't agree with my advice that they can not be telling the child what to do and when to talk.

103.I: But with the selective mute children there are no limits as you said before, at one point they start talking or playing so its not that they would sit and nothing would happen

104.TH.G: No. Usually – that's a very good question, but they usually start – you know why I know the answer. I wish had a film for you to show it. I usually do the first 2 or 3 sessions or 4 sessions with the parents. That's why. In that way –

105.I: And you would just talk or play as well

106.TH.G: Play as well. But usually the parents try to talk and don't want me to start a relationship.

107.I: Okay and the child would play on the floor next to you

108.TH.G: Next to me. Then they start being more comfortable. But if they have separation anxiety they can not do it. Then my purpose of therapy at that moment is to eliminate the separation anxiety. If I don't eliminate separation anxiety, yes they will stay quiet and they won't do anything.

109.I: But also concerning the separation anxiety, would you then particularly ask the parents not to participate in the therapy so that the child really finds his self esteem and seurness without the parents

110.TH.G: Yes, initially I will allow the parents to attend, but I have more difficulty with the parent, who are, who always want to answer for the child. They don't want to, even though I explain to them, and told them and give them example, they continue intervening in the play.

111.I: Okay, it's interesting. And have you got any other particularities with autistic children compared to other children with other disorders or problems? Is there something specific that you would say that most of the time, most of the cases with autistic children, in the therapy or in your relationship that you are more aware in your relationship or any focus you have if you work with autistic children?

112.TH.G: Yea, the focus that I have is to be very relaxed with them. And too definitely not to make them anxious about separating or speaking up with the parents, separating from the parents or speaking. I have to be very conscious about that. It's not the same when I'm doing it with other children. I'm more spontaneous because I know that anything that I said flows. With them I have to be careful that it does transpire like pressure from me. Especially in the beginning. Very careful about that.

113.I: And do you put more focus on your relationship with the child as well as without the children or is that all the same, this relationship between you and the child always a big issue.

114.TH.G: For me it is always a big issue, because of my orientation.

115.I: So it's not specific with autistic children?

116.TH.G: But I find if the parents don't leave the room I wouldn't be able to make the progress. More than anything. And they have to leave the room and I have some children, it's more important in the sense if they don't start a relationship with me they will never overcome their selective autism.

117.I: Okay, Okay that's interesting.

118.TH.G: Yes, but I don't know if that is applicable to the other ones, perhaps too. In a different way.

119.I: But does your – do you see that for autistic children it's harder to build up a relationship with you, from their point of view, than for other children?

120.TH.G: It's more hard, it's harder to build a relationship. But again, Mia, it's more harder than with the one that also have separation anxiety. It's easier for me with the selective autism who don't have separation anxiety. I have selective autism who don't have separation anxiety only speech phobia, who don't have performance anxiety. Who perform in front of a big auditorium, who can speak well at home and outside in the street, but can not talk only in school. And it depends on the child. But those children make progress faster. If they don't – maybe perhaps we have to do something about separation anxiety, like maybe a training for the parents before even the children start I don't know. But you don't know that until you see the child.

121.I: Yea, that's true.

122.TH.G: Maybe to have a psychologist. I would say that an approach that I would recommend to have 2 or 3 psychologists who work with you and you can refer parents, set of parents, and that psychologists start working on separation anxiety at the same time I'm working alone with the child. That would help the session to go better for me. That's something I have learned. It

would be interesting that somebody could do that, practice that. I would like to do it. I'm trying to do it actually. Columbia University just told me that if I have the set of parents: they will see the parents and I will continue with the children, not that I wouldn't talk with the parents.

123.I: As well yes. But additionally.

124.TH.G: Exactly. Just to help more. Go ahead.

125.I: Next question. How would you describe the role of the child's guardians in the therapy process I think you have answered that all ready.

126.TH.G: Yeah I did.

127.I: To what extent to you have to deviate from the principles of person centered procedural methods I think –

128.TH.G: I answered that.

129.I: But I would say in my thesis that you, that at one point you would be more directive or, but you try to be non-directive in the first months and then when they start talking you would become, probably more directive and focus on what really is the problem.

130.TH.G: I would say I would become almost 70 – 80 percent directed when they start talking.

131.I: Okay. Then I would say that you would sometimes take EMDR into the therapy process or you don't do that with mutistic children

132.TH.G: I do, I do, I do, but it so funny, I haven't had so much success with that.

133.I: Okay, but you would only do that with traumatic children Or with –

134.TH.G: But for me, as an EMDR therapist, trauma could be something that is very negative and very, that put a person in danger, the child in danger. It's call PTSD. Do you know what is that

135.I: PTSD, no.

136.TH.G: Post Traumatic Stress Disorder. Or I call trauma anything that effects the child the rest of their life even if it doesn't meet the criteria for PTSD. For me that's trauma also. If a teacher was screaming to the child during their whole year of kindergarten, and that is when the child started being selective mutist, have selective mutism, to me that is the trauma even though that doesn't meet the criteria of Psychiatric Association.

137.I: Then when and what criteria would you need to decide if you're trying EMDR with this child

138.TH.G: Anytime that I know that a child had a trauma, meaning a big trauma or a small trauma.

139.I: But you wouldn't immediately start with EMDR

140.TH.G: No, no, no I can't.

141.I: So it's specific child if you feel it's the right thing you would bring it in and see if it works or then you would stop if it doesn't work

142.TH.G: Because EMDR uses something that is called positive psychology. You are going to re-enforce that emotional resources, the positive emotional resources of the child. You are going to bring it up and I do it with a special method. Anything that the child can do well, I bring forth that to the EMDR. It's not only going to the negative. Then that's preparation for the final processing of the EMDR.

143.I: Okay, but you would, would you use it to with all the children

144.TH.G: No.

145.I: Just as you feel that it is needed

146.TH.G: I like, but usually I ask the mother for a time line. You know what is that Then the time line had to tell me when did she separated from the child, what were important negative events and what were positive events. And from then, I kind of ask the mother more details. For example a mother just told me recently that they never left the child alone in their life, then all the sudden I discovered that the parents went 3 weeks to another country and to them there was no separation. Then I have to be very careful in this situation who have severe separation anxiety. I still don't understand what the mother told him, the mother said she told him, the child, that she was going to a trip, but when the mother comes to me she can not tell the child she's leaving to be in my waiting room. She has to tell the child that she's going to the bathroom. But she told the child that she was going away to another country. Then I ~

147.I: Yea that's interesting.

148.TH.G: Very interesting. I still have to work with that mother about that. There are some issues about separation that I still have to work because I don't understand that contradiction to bring it to her.

149.I: And if you start with EMDR would you keep on doing it for the rest of the therapy

150.TH.G: Yes, EMDR could be for a trauma or for example the teacher is screaming. I would do it for that.

151.I: But then you would bring it into therapy for one process and then on the next session you would not do it or you would do it

152.TH.G: I wouldn't do it. I wouldn't do it usually.

153.I: You would keep on doing it or just every now and then use it as a power thing.

154.TH.G: Every now and then. But it scare me. I have to be careful what I say. Because in EMDR I have to re-evaluate that what I did in the previous sessions working. Like I would say I re-evaluate and continue with play therapy. It depends on what is the result of the re-evaluation.

155.I: Okay, Okay.

156.TH.G: But I'm doing it with a twelve-year-old and it's working.

157.I: Really

158.TH.G: It is working with a selective mutism. But with him I'm also doing assertive training. I'm not doing only psychoanalysis. I'm giving him also other skills. He needs to learn more assertive training and that doesn't have to do anything with psychoanalysis or anything. It have to do with a skill that he needs. Then we are working on that also with the play therapy. We do play therapy with a twelve-year-old. We play games. We do the EMDR and we do the assertive training.

159.I: Okay.

160.TH.G: I have got to go.

161.I: Yes and were you able to achieve an improvement of the symptoms in the course of the therapy most of the time, when you work –

162.TH.G: Most of the time. Most of the time. I wish I have a statistic, but I would say eighty, ninety, eighty percent. I remember I have the parents who don't want to work on the separation anxiety, they want to be in charge of the treatment. They don't believe in my suggestions. And those are the parents who I don't have success. And they also have phobias, those parents. Severe phobias in the present life and they don't want to receive treatment either about that. But they are very few. Count with my fingers.

163.I: Okay last question. What do you think qualifies the non-directive play therapy for selective mute children Why would you decide to be more non-directive than directive

164.TH.G: Because non-directive provide that nurturing and essential environment you, you accept the child the way it is without any values without anything, set out previously without any bias. And non-directive allow me a non-conditional love as a therapies. That's why Filio therapy does the same. The non-conditional love what I think work for them.

Lebenslauf

Ladislava Stockert

Czerningasse 8/8, 1020 Wien
+ 43 676 353 31 54
laya@trekcots.at



Schulausbildung

September 1988–Juni 1992	4 Jahre Volksschule, Albertus-Magnus-Schule
September 1992–Juni 1995	3 Jahre AHS-Unterstufe, Albertus-Magnus-Schule
September 1995–2002	7 Jahre AHS-Unterstufe und Oberstufe, Neulandschule
Dezember 1999–März 2000	3-monatiger Aufenthalt in Australien inkl. Schulbesuch
September 2002	Reifeprüfung (Matura), Neulandschule Grinzing
Oktober 2002–Mai 2003	Südamerikareise

Studienverlauf

September 2003–2012	Beginn des Diplomstudiums Pädagogik (A 297) an der Universität Wien <u>Studienschwerpunkte:</u> 1. 5.10.2 Projektstudium Personenzentrierte Psychotherapie 2. 5.7 Heil- und Integrative Pädagogik 3. 5.9 Schulpädagogik
September 2006	1. Diplomprüfungszeugnis eingereicht
Sept. 2001–Juni 2006	Praktisches Praktikum, Clara-Fey-Kinderdorf
Sept. 2006–Mai 2007	Wissenschaftliches Praktikum, Universität Wien Tagung, Mithilfe der Tagung, Bearbeitung wissenschaftlicher Texte von GastprofessorInnen für die Tagungsbuch

Weitere Ausbildungen

Seit September 2003	Psychotherapeutisches Propädeutikum, Institut: HOPP
Okt. 2006–Jän. 2007	Ausbildung zur Lerntherapeutin, Institut: APAEDO
Seit März 2007	Kurs der Österreichischen Gebärdensprache (aktuell: 11. Semester)

Sonstiges

Sprachen

Englisch (fließend), Spanisch (fortgeschritten), Französisch (mäßig), Gebärdensprache (fortgeschritten)

Berufliches

Sommer 2001–2006	Leitung und Organisation eines privaten Deutsch-Sommercamps für nicht-deutschsprachige Kinder (Anstellung, Einteilung und Organisation des Personals, Tagesabläufe, Aktivitäten, Ausflüge Nachmittagsbetreuung, Verpflegung etc.)
Sept. 2001–Juni 2006	Ehrenamtliche Tätigkeit im Clara-Fey-Kinderdorf: Pädagogische Unterstützung in der Klasse von Dr. Johanna Marboe (Unterricht, Theater am Nachmittag)
Mai 2004–Sept. 2009	10–25 h/Woche Betreuung eines Buben (7–12 J.) Schule, Freizeitgestaltung
Okt. 2009–Sept. 2010	Mitarbeit im „Verein Lernen aus der Zeitgeschichte“, Projektbetreuung und Durchführung im Migrationsprojekt projektXchange an österreichischen Schulen.
Juli 2009–Sept. 2009	300 Std. Praktikum Kinder- und Jugendpsychiatrie. Christian-Doppler-Klinik, Salzburg
September 2010	Mutterschutz