

Von Erfolg und Misserfolg in der logopädischen Mutismus-Therapie



Die Autorin:

Tina Oppermann
Baumhofstraße 120
37520 Osterode am Harz
logopaedie.oppermann@web.de

ABSTRACTS

Es ist allgemein üblich, eine Therapie in den Kategorien „erfolgreich“ oder „nicht erfolgreich“ zu bewerten. Doch was macht einen solchen Erfolg bzw. Misserfolg eigentlich aus? Und wer sagt denn, dass Letzteres immer etwas Schlechtes ist? In diesem Artikel wird davon berichtet, dass Erfolg und Misserfolg von Patienten, Angehörigen und Therapeuten ganz unterschiedlich wahrgenommen werden können. Darüber hinaus wird erläutert, wie befreiend es sein kann, sich nicht in der Bewertung der Therapie zu verlieren, sondern einfach immer sein Bestes zu geben.

Schlüsselwörter: selektiver Mutismus – Therapie bewerten – Erfolg – Misserfolg – individuelle Sichtweise

It is common practice to evaluate a therapy in terms of “success” or “failure”. But what actually constitutes such success or a failure? And who says that the latter is always a bad thing? This article reports that success and failure can be perceived quite differently by patients, relatives and therapists. In addition, it explains how liberating it can be not to get lost in the evaluation of the therapy, but simply to always do one’s best.

Keywords: selective mutism – therapy evaluation – success – failure – individual point of view

1 Einleitung/Ausgangspunkt

Erfolg und Misserfolg sind zwei Kategorien, die unser Leben von Kindesbeinen an begleiten. Sehr früh merken wir, wie befriedigend es ist, erfolgreich zu sein, und gegenteilig auch, wie negativ es sich anfühlt, einen Misserfolg zu erleiden. In allen Lebensbereichen versuchen wir, unsere selbstgesteckten und auferlegten Ziele nach bestem Wissen und Gewissen zu erreichen. Dies beginnt schon in der frühesten Kindheit und zieht sich von da an durch das ganze Leben. Erreichen wir unsere persönlichen Vorgaben, werden wir mit einem Gefühl des Stolzes belohnt, und auch die Anerkennung der Gesellschaft führt zu einer positiven Bewertung des Erreichten. Dass es wichtig ist, im Leben Erfolg zu haben, wird mit hoher Wahrscheinlichkeit jeder bejahen. Was genau einen solchen für jeden Einzelnen ausmacht, kann jedoch höchst unterschiedlich sein. Diese Erkenntnis ist bei der Bewertung eines Erfolgs bzw. Misserfolgs zu berücksichtigen. Es gibt keinen Menschen auf der Welt, der nicht schon einmal eine Niederlage erlebt hat. Ist es denn in Wahrheit nicht auch so, dass ein Erfolg oft erst dann entstehen kann, wenn ihm ein oder mehrere Fehlversuche vorausgehen? So lernt beispielsweise kein Kind das Laufen, ohne zuvor hingefallen zu sein und es erneut versucht zu haben. In meinen Augen ist dieser Aspekt auch auf die Therapie und deren Verlauf übertragbar. So bin ich fest davon überzeugt, dass es gewinnbringend und zielführend sein kann, wenn einmal etwas nicht rundläuft und sowohl Patient als auch Therapeut sich hinsichtlich der Inhalte der Therapie, ihrer Gestaltung und der entsprechenden Ziele neu orientieren müssen.

Im Folgenden möchte ich davon berichten, wie ich in meiner therapeutischen Arbeit zu der Erkenntnis gekommen bin, dass in jedem noch so kleinen Erfolg etwas Großes stecken kann. Und jedes vermeintliche Gelingen, jedes Scheitern durch andere Personen unterschiedlich bewertet wird. Ich möchte davon erzählen, wie außerordentlich wichtig und befreiend es für mich war, meine Therapien nicht mehr mit der Bewertung „erfolgreich“ oder „nicht erfolgreich“ zu versehen, sondern einfach nach bestem Wissen und Gewissen zu handeln. Ob es reicht oder nicht, kann zu Beginn einer Therapie niemand vorhersehen, da nicht der Therapeut allein für den Verlauf und den Erfolg einer Behandlung verantwortlich ist.

2 Der Fall *Hanni*¹ – wie ein vermeintlicher Misserfolg mir die Augen öffnete

Es gibt Patienten, die bleiben im Gedächtnis. Weil ein Fall spannend ist, weil er eine therapeutische Herausforderung ist, an welcher der Therapeut wächst und reift oder weil er einfach etwas Besonderes mit sich bringt. Denke ich an meine kleinen und großen mutistischen Weggefährten in der logopädischen Praxis zurück, erinnere ich mich an die Zusammenarbeit mit *Hanni* und ihrer Familie, als wäre es gestern gewesen. Denn dies war für mich so eine Besonderheit. Warum? Weil ich in diesem Fall eine wichtige Erkenntnis erlangt habe, die mir bis heute die Arbeit mit meinen Patienten erleichtert. Doch fangen wir von vorne an ...

¹ Name geändert

2.1 Anamnese/Elterngespräch

Hanni wurde im Frühjahr 2015 im Alter von 9 Jahren bei mir in der Praxis vorgestellt. Ihr selektiver Mutismus wurde im Herbst 2014 durch Dr. Boris Hartmann diagnostiziert und besteht seit dem 4. Lebensjahr. *Hanni* war ein aktives Mädchen, das trotz der Kommunikationsprobleme zweimal pro Woche Vereinssport betrieb. Beim Sport, in der Schule und gegenüber Fremden kommunizierte sie kaum oder gar nicht. Hinsichtlich des Sozialverhaltens zeigte *Hanni* in der Vergangenheit Auffälligkeiten (u. a. Treten anderer Kinder), die aber zum Zeitpunkt des Erstkontaktes nicht mehr vorlagen. Eine starke soziale Zurückhaltung war im Alltag deutlich spürbar. Die Eltern berichteten von vielen gut gemeinten Ratschlägen des Umfeldes und von spürbarem Druck.

Hanni befand sich ein Jahr lang in psychotherapeutischer Behandlung, die jedoch keinerlei Besserung brachte und daher abgebrochen wurde. Kurz vor dem Therapiebeginn bei mir erhielt das Mädchen zwei Verordnungen Logopädie in einer knapp 90 km entfernten Praxis. Dort wurden kleine Fortschritte erzielt, die Distanz zum Wohnort war jedoch eine große Belastung, sodass die Therapie nun bei mir, wohnortnah, erfolgen sollte.

Hannis Eltern waren sehr gut aufgeklärt, vermieden das Einnehmen der Sprachrohrfunktion und zeigten sich ausgesprochen engagiert. Sowohl die Mutter als auch der Vater sind zurückhaltende, ruhigere Typen. *Hannis* Bruder zeigt ein normales Kommunikationsverhalten.

Gründe für den Praxiswechsel:

- Der lange Anfahrtsweg zur bisherigen Logopädin war sehr zeitaufwendig und führte zu Stress. *Hanni* war dadurch an den Therapietagen oft erschöpft.
- Es erfolgte kein Transfer bisheriger Erfolge auf das schulische Umfeld; *Hanni* war zwar beliebt und sprach mit allen Schülern, jedoch mit keinem Lehrer.
- Ein bestehender Nachteilsausgleich führte zu keiner nennenswerten Besserung der mündlichen Leistungen.
- *Hanni* las anderen Kindern vor, aber nicht vor der ganzen Klasse.

2.2 Diagnose/Methodik der Diagnostik

Bevor ich *Hanni* persönlich kennenlernte, erfolgte ein Elterngespräch, das uns ermöglichen sollte, ohne das betroffene Kind offen zu sprechen. *Hannis* Vater und Mutter hatten in diesem Gespräch die Möglichkeit, zu erzählen, Fragen zu stellen und Sorgen und Ängste anzusprechen, die gegenüber der Tochter nicht zur Sprache kommen sollten. Ebenfalls konnten diagnostische bzw. differenzialdiagnostische Fragen meinerseits geklärt werden.

Ich beobachtete nicht nur die Interaktion zwischen Eltern und Kind, sondern achtete auch auf *Hannis* (Kommunikations-)Verhalten und ihre Symptomatik, um mir einen ersten Eindruck zu verschaffen. Im Spiel nahm ich Kontakt zu ihr auf, sodass die Triangulation und der Augenkontakt eingeschätzt werden konnten. Hinsichtlich der Diagnostik plante ich zunächst kein normiertes Testverfahren ein, da ich einen Einstieg ohne viel Druck wählen wollte. Eine schriftliche Befragung von *Hanni* wurde ihrerseits verweigert. Das Sprachverständnis und die Artikulation wurden nicht getestet, da die Eltern diesbezüglich Symptome glaubwürdig ver-

neinten und eine Testung zu diesem Zeitpunkt, aufgrund der fehlenden verbalen Kommunikation, nicht möglich war.

Des Weiteren wurden folgende Punkte erhoben:

- Erhebung von Sprechsituationen/Analyse des Schweigens
- Hierarchie von Situationen, in denen *Hanni* spricht bzw. nicht spricht
- Form der Kommunikation (z. B. verbal, nonverbal)
- empfundener Belastungsgrad
- Abhängigkeiten von Personen, Räumlichkeiten, Themen
- Erkennen der von *Hanni* genutzten kommunikativen Zugangswege (u. a. Gestik und Schriftsprache)

Zum Therapiestart stellte sich *Hannis* Situation folgendermaßen dar:

- normales/freies Kommunikationsverhalten mit Familienmitgliedern
- normales/freies Kommunikationsverhalten mit engen Freunden und Mitschülern
- keine bzw. verhaltene nonverbale Kommunikation bei Lehrern, Fremden und Personen, mit denen *Hanni* nur selten Kontakt hatte
- keine eigenständige Essensbestellung im Restaurant
- Verstummen in unvorhersehbaren Situationen (auch gegenüber Personen, mit denen eigentlich gesprochen wird)
- nächtliches Einnässen → Leidensdruck
- maskenhafte Mimik in mutistischen Phasen
- Schwierigkeiten bei der Entscheidungsfindung
- Vermeidung von Gefühlsäußerungen (z. B. Weinen, Husten)
- häufiges Überspielen des bestehenden Leidensdrucks
- geduldig agierende Eltern, die *Hanni* in einem angemessenen Rahmen forderten

2.3 Therapieinhalte

Aus den Ergebnissen der Diagnostik ergaben sich folgende Therapieinhalte, die sowohl mit den Eltern als auch mit *Hanni* besprochen wurden. Alle beteiligten Personen stimmten diesem Vorgehen zu:

- regelmäßige, ausführliche Elternberatung
- Aufbau einer Patient-Therapeut-Beziehung und Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen allen Beteiligten
- Abbau des empfundenen verbal-kommunikativen Drucks durch Desensibilisierung
- Initiierung/Auslösung von Kommunikation gegenüber der Therapeutin und allen weiteren Personen, mit denen nicht gesprochen wird
- Triangulation
- desensibilisierende Übungen zum schrittweisen Auslösen nonverbaler Kommunikation
- desensibilisierende Übungen zum schrittweisen Auslösen verbaler Kommunikation
- häusliches Üben
 - Wochenplan mit Punktesystem
- interdisziplinärer Austausch mit der Schule (Klassenlehrerin)
 - Informationsgespräche
 - Kommunikationsübungen (u. a. Erledigung von schulischen Aufgaben über das Mitbringen von Tonaufnahmen)

- In-vivo-Therapie (lebensnahe/alltagsrelevante Therapiesettings und Übungen)
 - Begrüßung und Verabschiedung
 - Einkäufe erledigen
 - Bestellungen durchführen
 - Kommunikationsübungen in der Schule

2.4 Therapiemethoden

Beginnend ...

- Dortmunder Mutismus-Therapie (Subellok et al., 2012)
 - therapeutische Beziehung im Mittelpunkt (Subellok et al., 2012, S. 87 ff.)
 - anfängliche Akzeptanz des Schweigens als sinnvolle Strategie (Subellok et al., 2012)

Dann, zum späteren Zeitpunkt ...

- Systemische Mutismus-Therapie (Hartmann, 2013)
 - direktives/konfrontatives Vorgehen (Hartmann, 2013, S. 265 f.)
 - Leidensdruck als Basis für die Therapiemotivation (Hartmann, 2013)

2.5 Therapieverlauf

In der ersten Therapieeinheit, beim Kennenlernen, zeigte sich *Hanni* sehr zurückhaltend, eine Triangulation fand nicht statt. Sie vermied den Augenkontakt und anderweitige Formen der Kommunikation (verbal und nonverbal). Doch bereits in der zweiten Therapiestunde zeigte sich *Hanni* aufgeschlossener und begann, nonverbal über Nicken oder Schulterzucken mit mir zu kommunizieren. Diese Kommunikationswege wurden von der vorherigen Logopädin erarbeitet und konnten erfreulicherweise von *Hanni* schnell bei mir umgesetzt werden. Darauf aufbauend kamen schnell Kopfschütteln, Zeigen und Grinsen als nonverbale Kommunikationsmittel hinzu. Nach einigen weiteren Therapieeinheiten war ein flüchtiger Augenkontakt möglich, der allerdings nicht lange gehalten werden konnte.

Verbale Kommunikation fand in den ersten Einheiten der ersten Verordnung nicht statt. *Hannis* Stimme hörte ich zum ersten Mal durch ein hörbares Lachen während einer Spielsequenz. Nach weiteren Therapieeinheiten kamen Geräusche wie stimmhaftes Piepsen und Summen dazu. Wir begannen, mit einer Geräuschliste zu arbeiten, die in jede erdenkliche Übungssituation integriert werden konnte. Diese umfasste unter anderem Stampfen, Klatschen, Klopfen, Summen, hörbares Gähnen und Pfeifen.

In den Übungssituationen Entscheidungen zu treffen, fiel *Hanni* durchgehend sehr schwer. Um im Therapiegeschehen eine Auswahl möglich zu machen, nutzten wir ein Lossystem sowie Unterstellungen meinerseits („Ich sehe, du schaust das Spiel an. Ich nehme an, du möchtest dieses Spiel spielen.“). Schritt für Schritt konnte so die Entscheidungsfindung verbessert werden, sodass die eben genannten Hilfen langsam abgebaut werden konnten.

Mit Einverständnis von *Hanni* und ihren Eltern wurde ein interdisziplinärer Austausch mit der Klassenlehrerin initiiert. Dieser diente als Brücke zwischen Therapiesetting und Klassenraum bzw. der Schule, da gerade die fehlende verbale Kommunikation im schulischen Umfeld eine große Belastung darstellte. So konnte im Rahmen des In-vivo-Trainings der Lebensbereich Schule mit

aufgenommen werden. In Zusammenarbeit mit der Klassenlehrerin sollten so zukünftig desensibilisierende (kommunikative) Aufgaben im Klassenraum bzw. generell in der Schule bewältigt werden. Die Aufgaben wurden durch einen intensiven Austausch mit der Kindsmutter, der Klassenlehrerin und mir generiert.

Nach einer 10er-Verordnung flüsterte *Hanni* in meiner Gegenwart mit der Mutter. Zudem fand Kommunikation über Schreiben statt, was das Therapiegeschehen (speziell die Reflexion der Therapiestunden) vereinfachte. Weiterhin arbeiteten wir mit Tonaufnahmen, die ohne mich erstellt, aber später in meinem Beisein abgespielt wurden.

Der zunächst positiv verlaufende Trend der Therapie wurde immer wieder von Rückschritten begleitet. Es gab einige Einheiten, in denen *Hanni* und ich uns gegenseitig anschwiegen und nichts passierte. Vor allem die Stunden, in denen *Hanni* ihre Hausaufgaben entweder nicht mitbrachte oder ganz vergaß – diese zu bearbeiten, war sehr kräftezehrend für uns beide. Das Anlegen von Aufgabenheften, Plänen etc. brachte keine nennenswerte Besserung. *Hannis* Kommunikationsspektrum stagnierte mir gegenüber im Therapiesetting. In der Beratung wurde mir jedoch von *Hannis* Eltern versichert, dass außerhalb des Therapieraumes eine deutliche Besserung des Kommunikationsverhaltens eintrat.

Anfang 2016 war ein deutlicher Abwärtstrend im therapeutischen Setting erkennbar, der es nötig machte, ein Elterngespräch zur Klärung der Verschlechterung zu führen. In diesem Gespräch wurden folgende Punkte thematisiert:

- Die fehlende verbale Kommunikation mir gegenüber erschwerte die therapeutische Arbeit zusehends.
- Klärung der Therapiemotivation
 - Mutter berichtete von allgemeiner emotionaler Labilität, erneutem nächtlichen Einnässen
 - Rückschritte in der Schule: *Hanni* wurde von einer Lehrerin vorgeführt
 - Schulwechsel im Sommer
 - Pubertät?!
 - Therapiepause vs. Fortführung

In dem Gespräch konnte trotz aller Verschlechterungen im Therapiesetting eine Entscheidung zur Fortführung der Therapie vereinbart werden, da sich *Hannis* Kommunikationsfähigkeit zusehends in vielen Lebensbereichen (ausgenommen der Schule) positiv veränderte. Die zwischen der Mutter und mir getroffene Entscheidung, die Therapie fortzuführen, wurde dann mit *Hanni* besprochen. Sie wünschte ebenfalls keine Unterbrechung. Zu diesem Zeitpunkt war *Hanni* ein Dreivierteljahr bei mir in logopädischer Behandlung. Gemeinsam überlegten wir, wie wir die Therapie umgestalten könnten, sodass für alle Seiten ein positives Gefühl vorherrscht. Da zu dem Zeitpunkt ein weiteres mutistisches Mädchen bei mir in Behandlung war, das im gleichen Alter wie *Hanni* war, begannen wir eine Gruppentherapie nach Tatjana Pavlov-West (2011), in der wir fortan gemeinsam, vorwiegend mit digitalen Medien wie Tonaufnahmen und Sprachnachrichten, arbeiteten.

Nachdem die Gruppentherapie neue Motivation für die Behandlung in *Hanni* geweckt hatte, schlichen sich bereits nach kurzer

Zeit die alten Probleme in den Therapieverlauf ein. Aufgaben für das häusliche und schulische Umfeld wurden entweder gar nicht bearbeitet oder zu Hause vergessen. Des Weiteren wirkte *Hanni* sehr desinteressiert.

2.6 Das Therapieende

Gerade als ein weiteres Beratungsgespräch mit *Hannis* Eltern erfolgen sollte, musste ich unvorhergesehen für einen längeren Zeitraum meine Arbeit in der logopädischen Praxis niederlegen. Die Weiterführung der Therapie durch eine andere Therapeutin der Praxis war nicht erwünscht – die Behandlung wurde in beiderseitigem Einverständnis pausiert. Eine Wiederaufnahme sollte bei meiner Rückkehr in die Praxistätigkeit erfolgen.

Während meiner Abwesenheit in der Praxis fand ich dennoch einen kommunikativen Weg, um mit *Hanni* wenigstens etwas in Kontakt zu bleiben. Mit Erlaubnis der Eltern schickten *Hanni* und ich uns per WhatsApp Sprachnachrichten. Diese einzelnen Nachrichten wurden von mir dann zusammengefügt und in einer Datei abgespeichert, die *Hanni* und ihren Eltern jeweils zur Verfügung gestellt wurde. Und auch wenn die einzelnen Sprachnachrichten nicht immer in Echtzeit entstanden sind, so konnten durch das technische Zusammenführen der einzelnen Beiträge, zumindest in einer Audiodatei, ganze Dialoge zwischen *Hanni* und mir entstehen. Das Thema Smartphone in der Mutismus-Therapie kann bei Interesse in dem Artikel „Das Smartphone in der Mutismus-Therapie – Rahmenbedingungen, Einsatzmöglichkeiten und Transfer“ (Frießnegg & Oppermann, 2017) nachgelesen werden.

Nach meinem Wiedereintritt in die Praxis kristallisierte sich schnell heraus, dass seitens *Hanni* keine ausreichende Motivation zur Fortführung der Therapie vorlag. Das endgültige Behandlungsende war besiegelt. Durch den gemeinsam besuchten Mutismus-Stammtisch (Oppermann, 2020) blieben die Mutter und ich jedoch noch längere Zeit in Kontakt.

2.7 Die Bewertung des Therapieerfolgs

Da war es also, das Therapieende ohne nennenswerten Erfolg. Denn das Endziel war natürlich für alle Beteiligten, dass *Hanni* in allen Lebenslagen normal kommunizieren kann. Ein sehr hohes Ziel, das ganz sicher. Aber seien wir doch mal ehrlich: Es ist das Endergebnis, das sich alle Beteiligten wünschen, wenn sie eine Mutismus-Therapie beginnen. Oder etwa nicht?

Ich bin eine Therapeutin, die ihr Handeln regelmäßig reflektiert. Gerne nehme ich Kritik an, um mich weiterzuentwickeln. Also nahm ich den Fall *Hanni* nach dem Therapieende genauer unter die Lupe. Ich kam mit einem so schlechten Gefühl aus dieser Therapie, dass ich meine Arbeit unbedingt reflektieren musste. Zunächst arbeitete ich die positiven Aspekte des Therapiegeschehens heraus. Denn *Hanni* hatte es geschafft, ihr Kommunikationsverhalten in vielen Lebensbereichen zu verbessern, was zumindest einen Teilerfolg darstellte. Was also führte dazu, dass dieser Fall von mir als so unbefriedigend empfunden wurde? Zum einen, dass ausgerechnet in einem so wichtigen Lebensbereich wie der Schule keine nennenswerte positive Veränderung eintrat. Hier konnte man sogar von einer leichten Verschlechterung sprechen. Der interdisziplinäre Austausch mit der Schule und die In-vivo-Aufgaben hatten keine Verbesserung gebracht. Die Lehrerschaft

hatte teilweise gegen uns gearbeitet, indem *Hanni* im Unterricht vorgeführt worden war. Und dann war da noch ein Punkt, der mich im Nachgang sehr beschäftigte. *Hanni* hatte niemals mit mir in einer echten Kommunikationssituation gesprochen. Als ich das für mich so hervorhob, wurde mir klar, dass ich an diesem Punkt einen großen Teil meines Therapieerfolgs festmachte und dadurch die kleinen erreichten Ziele nicht mehr wahrnahm.

Da ich mit der Mutter von *Hanni* durch den Mutismus-Stammtisch immer noch Kontakt hatte, ergab sich nach einiger Zeit ein Gespräch, in dem wir uns über die Therapie von *Hanni* austauschten. Dabei stellte sich zu meiner Verwunderung heraus, dass die Familie von *Hanni* das Ergebnis der Therapie keinesfalls als negativ wahrnahm. Ganz gegenteilig war es so, dass sich durch die Behandlung viele positive Veränderungen im Leben der Familie etablierten. Das große Endziel – ein normales Kommunikationsverhalten – stand gar nicht mehr so stark im Fokus wie zu Beginn der Therapie. Der Familie wurde bewusst, dass der Weg zu einer freien Kommunikation lang ist und viele kleine Teilziele diesen Weg ebneten. In diesem Gespräch bemerkte ich, dass ich den Therapieerfolg völlig falsch bewertet hatte. Denn wie heißt es so schön? Der Weg ist das Ziel. Und letztendlich hatten *Hanni*, die Familie und ich gemeinsam mit kleinsten Veränderungen schon viel erreicht.

Während ich diese Zeilen schreibe, muss ich schmunzeln bei dem Gedanken, dass *Hanni* sehr wahrscheinlich nicht mit mir sprechen würde, wenn wir uns auf der Straße zufällig begegnen würden. Aber vielleicht mag ich mich da auch irren.

Und was ist aus *Hanni* geworden? Von ihrer Mutter weiß ich, dass *Hanni* einen Schulabschluss geschafft und gerade eine Ausbildung beendet hat. In der Ausbildung hat sie mit den Lehrern gesprochen, auch wenn sie sich im Unterricht wenig bis gar nicht mündlich beteiligte. Zukünftig plant *Hanni* sogar eine weitere Qualifikation in einem kommunikativ herausfordernden Beruf.

3 Fazit und Schlussfolgerungen

Der Fall *Hanni* wird mir immer im Gedächtnis bleiben. Er hat mich gelehrt, dass Erfolg und Misserfolg von Person zu Person unterschiedlich wahrgenommen werden, dass beides sehr eng beieinanderliegt und sich sogar oft gegenseitig bedingt. So wird das große Endziel über kleine Teilschritte erreicht. Diese Teilziele sollten bei Erreichung auch als etwas Positives wahrgenommen werden. Denn es sind eben nicht nur Teilziele. Es sind die erforderlichen Schritte, die den Weg zum Endziel ebneten. Und wenn dieses immer noch in weiter Ferne ist und der Prozess von manchem Misserfolg begleitet wird, so lohnt es sich doch, immer weiterzumachen. Das sangen schon die Toten Hosen in einem ihrer Songs: „Steh auf, wenn du am Boden bist! Steh auf, auch wenn du unten liegst! Steh auf, es wird schon irgendwie weitergehn.“ (Die Toten Hosen, 2002). Den Mut nicht verlieren, sein Bestes geben, nach einem Misserfolg gemeinsam weiter an einem Strang ziehen, so kann es funktionieren.

Ich persönlich habe aus diesem Fall gelernt, dass es für mich und meine Arbeit nicht förderlich ist, Therapieereignisse in Erfolge und Misserfolge zu unterteilen. Beide gehören zu einem normalen Therapieprozess dazu und das kommuniziere ich in den Beratungen ►

inzwischen auch ganz offen. Denn es wird die Momente geben, in denen sich anscheinend nichts bewegt. Momente, in denen die Enttäuschung für kurze Zeit die Oberhand gewinnt. Momente, in denen ein kleiner Teilerfolg nicht befriedigend genug ist.

Ich gebe in der therapeutischen Arbeit immer mein Bestes und glaube ganz fest daran, dass jede noch so kleine Veränderung etwas Großes für den Patienten und sein (familiäres) Umfeld bedeuten kann. ■

Literatur

- Die Toten Hosen, (2002): Songtext. Steh auf, wenn Du am Boden bist. Abgerufen am 06.08.2023, von: <https://www.dietotenhosen.de/diskographie/songs/steh-auf-wenn-du-am-boden-bist?track=8630>
- Frießnegg, P. & Oppermann, T. (2017): Das Smartphone in der Mutismus-Therapie – Rahmenbedingungen, Einsatzmöglichkeiten und Transfer. Mutismus.de 9/18, 13–16.
- Hartmann, B. (2013): Die Systemische Mutismus-Therapie/SYMUT als Therapiealternative. In B. Hartmann (Hrsg.), Gesichter des Schweigens. Die Systemische Mutismus-Therapie/SYMUT als Therapiealternative. 4. überarbeitete und ergänzte Auflage. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Oppermann, T. (2020): „Und ich dachte, wir wären damit allein!“ – Über die Entstehung eines Mutismus-Stammtisches für Betroffene und deren Angehörige. Mutismus.de, 12/22, 31–33.
- Pavlov-West, T. (2011): Wenn Theorie auf Praxis trifft. Ambulante Gruppentherapie für selektiv mutistische Jugendliche – Anke Krabbe und Tatjana Pavlov-West über die Schulter geschaut. Mutismus.de, 3/5, 16–19.
- Subellok, K.; Katz-Bernstein, N.; Bahrfeck-Wichitill, K. & Starke, A. (2012): DortMuT (Dortmunder Mutismus-Therapie): eine (sprach)therapeutische Konzeption für Kinder und Jugendliche mit selektivem Mutismus. L.O.G.O.S. interdisziplinär, 20/2.

Bilderbücher zum Thema Mutismus – zur Förderung und Therapie von schweigenden Kindern



Anne Gauß
Der Junge in der Nusschale:
 Eine Geschichte, die schweigenden, stotternden und schüchternen Kindern Mut macht
 3. Auflage 2019,
 Iskopress Verlag, Salzhausen,
 ISBN 978-3894033675,
 14,50 €



Karin Birchler Hofbauer
Anna und Obur
 Eine Mutmach-Geschichte für schweigende Kinder
 2. Auflage 2023,
 Schulz-Kirchner Verlag, Idstein,
 ISBN 978-3824812684,
 25,00 €



Babette Bürgi Wirth, Stefanie Kolb
Mila spricht! Ein Bilderbuch zum selektiven Mutismus
 2. Auflage 2021,
 Ernst Reinhardt Verlag, München,
 ISBN 978-3497030460,
 22,00 €



Karen-Susan Fessel, Rosa Linke
Selina Stummfisch: Wenn Kinder schweigen
 1. Auflage 2019,
 BALANCE Buch + Medien Verlag,
 ISBN 978-3867391771,
 17,00 €



Janne Jesse
Aurelia sagt nie Danke
 1. Auflage 2015
 Books on Demand, Norderstedt,
 ISBN 978-3734749568,
 9,99 €