

# Psychomotorische Förderung in der (s)elektiven Mutismustherapie

Kerstin Voß

## 1. Einleitung

Der (s)elektive Mutismus<sup>1)</sup> ist ein noch junges Thema in der Psychomotorik. Aus diesem Grund soll in diesem Artikel anhand eines Fallbeispiels gezeigt werden, wie die psychomotorische Förderung bei (s)elektivem Mutismus gestaltet werden kann.

Der elektive Mutismus (F94.0) ist im Klassifikationssystem nach ICD 10<sup>2)</sup> durch eine deutliche, emotional bedingte Selektivität des Sprechens gekennzeichnet, sodass eine Konsistenz und Voraussagbarkeit des Sprechverhaltens vorliegt. Somit zeigt sich bei dieser angstbedingten Kommunikationsstörung ein typisches Sprechmuster: Das Kind spricht in einigen Situationen, in anderen definierbaren Situationen jedoch nicht.

Infolgedessen spricht das Kind zu Hause, innerhalb der Familie, ungemindert, jedoch im öffentlichen Leben, wie zum Beispiel im Kindergarten, in der Schule oder in Geschäften, überhaupt nicht. Auch geht der (s)elektive Mutismus mit Persönlichkeitsbesonderheiten wie Sozialangst, Rückzug, Empfindsamkeit oder Widerstand einher.

Die Psychomotorik findet ihre Anwendungsbereiche in der Motopädie und Motherapie. Dabei bildet die enge Wechselwirkung zwischen motorischer Aktivität einerseits und sozialer bzw. kommunikativer Öffnung andererseits einen wichtigen Ausgangspunkt. Die Motherapie soll hierbei als wichtiger Baustein betrachtet werden, der es ermöglichen kann, die mu-

tismusspezifische Symptomatik systematisch und evident zu behandeln.

In der mototherapeutischen Stunden-gestaltung bildet der Spiel- und Bewegungsprozess den Schwerpunkt, sodass die darüber gewonnenen Bewegungs- und Wahrnehmungserfahrungen einen wichtigen Indikator für die Persönlichkeitsentwicklung und Handlungsfähigkeit des Kindes darstellen. Jeder einzelne Entwicklungsbereich der Sprache, Motorik, Kognitionen, Emotionen und Sozialverhalten wird dabei ganzheitlich in die therapeutische Arbeit einbezogen und gefördert. Nachfolgend wird näher auf die mototherapeutische Arbeit eingegangen.

## 2. Fallbeispiel

Martina (Name anonymisiert) war zum Zeitpunkt des Therapiebeginns 6;9 Jahre alt. Nach eingehender Dia-

gnostik wurde der elektive Mutismus (F94.0) mit Komorbider Diagnose, eine umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen (F.82), diagnostiziert.

Im Rahmen der Motodiagnostik wurde bei Martina der „Motoriktest für Kinder im Alter von 4–6 Jahren“ (MOT 4–6) von R. ZIMMER und M. VOLKAMER eingesetzt. Mit diesem standardisierten Leistungstest konnte ein Entwicklungsrückstand von 2;0 Jahren ermittelt werden. Die Auswertung der Testung lässt die Schlussfolgerung zu, dass Martina durchaus bessere motorische Leistungen erzielen kann durch eine Verbesserung ihres unsicheren und ängstlichen Bewegungsverhaltens.

Tab. 1 und Tab. 2 verdeutlichen Martinas Handlungsprofil (durch Motoskopische Verfahren erfasst) mit den dazugehörigen Förderzielen.

### Entwicklungsbereiche

<b>Sprache:</b>	Deutliche emotionale Selektivität der Sprachkompetenz
<b>Sozialverhalten/ Soziale Interaktion:</b>	Ambivalent, häufig Verweigerung bei direkter Interaktion
<b>Kognition:</b>	Kaum losgelöste Bewegungshandlungen
<b>Emotionen:</b>	Angstbesetzung dominiert
<b>Motorik:</b>	Motorische Entwicklungsverzögerung besonders der Grobmotorik

Tab. 1: Martinas Handlungsprofil

<sup>1)</sup> Beide Begrifflichkeiten selektiver sowie elektiver Mutismus werden parallel verwendet. Daher die Kennzeichnung (s)elektiver Mutismus im Text.

<sup>2)</sup> International Classification of Diseases – Internationale Klassifikation der Krankheiten

#### Förderziele im Bereich: SOZIAL-Kompetenz → Gefördert durch Sozialerfahrungen

- Förderung der Kommunikation  
→ Erweiterung des Sprechverhaltens
- Förderung der sozialen Interaktion  
→ Reduzierte Angstbesetzung  
→ Durch unterschiedliche Interaktionspartner sowie abwechselnde Therapiesituationen (Einzel- und/oder Gruppenstunden)

#### Förderziele im Bereich: ICH-Kompetenz → Gefördert durch Körpererfahrungen

- Förderung des positiven Selbstkonzepts  
→ Durch verschiedene Bewegungsaufgaben mit greifbaren Erfolgserlebnissen  
→ Folge: Selbstwirksamkeitserleben wird gestärkt!
- Förderung der Grobmotorik  
→ Durch differenzierte Bewegungs- und Wahrnehmungserfahrungen

Tab. 2: Martinas Förderziele

### 3. Therapieeinstieg

Anhand von verschiedenen Auszügen aus dem dreimonatigen Therapieverlauf soll die mototherapeutische Stundengestaltung verdeutlicht werden.

In den nachfolgenden Kapiteln „Ansatzpunkte finden“ sowie „Sicherheit und Vertrauen schaffen“ werden einige Hauptmerkmale des psychomotorischen Vorgehens verdeutlicht und es wird aufgezeigt, wie diese in die mototherapeutische Therapiestundengestaltung eingebettet wurden. Um die aufgestellten Zielstellungen zu erreichen, wurden insbesondere *Kindgemäßheit*, *Offenheit*, *Freiwilligkeit*, *Entscheidungsmöglichkeiten*, *Selbsttätigkeit* sowie *Erlebnisorientiertheit* zu wichtigen Eckpfeilern im therapeutischen Vorgehen.

#### 3.1 Ansatzpunkte finden

Um erste Ansatzpunkte im Therapieprozess zu finden, war es zu Beginn wichtig, von den Stärken der Patientin auszugehen, um so die Vorlieben von Martina zu erkennen.

Dadurch, dass in jeder Therapiestunde unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt wurden, zeigte sich, dass Martina ihr beschriebenes Verhaltensmuster schlagartig änderte, wenn „diffuse“ Bewegungsangebote, in denen gesamtkörperlich agiert werden konnte, durchgeführt wurden.

Diese Bewegungsangebote wurden als „Chaos-Bewegungsspiele“ bezeichnet. Dabei wurden verschiedene Materialien, wie zum Beispiel Zeitungspapier, kreuz und quer durch den Raum geworfen und sollten nur kurzzeitig Bodenkontakt haben.

Aufgrund der freudvollen und hemmungslosen Umsetzung von Martina wurden diese Chaos-Bewegungsangebote zum zentralen Ausgangspunkt der Therapiestundengestaltung, sodass darüber insbesondere die *Kindgemäßheit*: „am Kind orientiert, verstehend, einführend und geduldig“ (KÖCKENBERGER/HAMMER 2004, S. 31) berücksichtigt wurde.

Infolge des hohen Aufforderungscharakters konnte eine freudvolle Atmosphäre geschaffen werden, die mit positiven Erlebnissen assoziiert war und somit in diesem Moment nicht angstbesetzt sein konnte. Dabei spielte die *Offenheit*: „situative Offenheit, statt einengender Normen und Vorschriften“ (KÖCKENBERGER/HAMMER 2004, S. 31) eine wichtige Rolle, um darüber einen ersten Weg zu schaffen, der auch eine weitergehende Öffnung im sprachlichen Bereich positiv beeinflussen konnte.

Zusätzlich wurde Martina dabei selbst zum Akteur ihrer Bewegungshandlung. Durch das unkontrollierte

Hochwerfen kam es zu keiner zielgerichteten Interaktion, folglich musste zwangsläufig kein Blickkontakt aufgenommen oder sprachliche Reproduktion geleistet werden. Genau diese *Freiwilligkeit*: „weitgehende Selbstbestimmung im Handeln, statt Fremdbestimmung“ (KÖCKENBERGER/HAMMER 2004, S. 31) ist gerade zu Therapiebeginn sehr wichtig!

Außerdem wurde auch keine zielgerichtete Mobilität gefordert, die vorhergehend Martinas motorische Aktivität gehemmt hatte. Auch Nähe sowie Distanz zur Stundenleitung waren situativ möglich und konnten von ihr aktiv beeinflusst werden. Insbesondere die *Entscheidungsmöglichkeiten*: „vielfältige Möglichkeiten zu eigenen Erfolgserlebnissen“ (KÖCKENBERGER/HAMMER 2004, S. 31) eröffneten Martina neue Wahlmöglichkeiten in der Therapiestunde, woraus wiederum weitere therapeutische Ansatzpunkte abgeleitet werden konnten.

Durch die gesteigerte motorische Aktivität konnte Martina einerseits im grobmotorischen Bereich lust- und freudbetont weitere Bewegungserfahrungen gewinnen und darüber ihre motorischen Grundformen, wie z.B. Werfen, Fangen, Laufen, Hüpfen, infolge des wiederholten Einsetzens des Bewegungsangebots festigen. Andererseits wurde damit ein Anreiz geschaffen, der es ihr ermöglichte, eigene Erfolgserlebnisse zu sammeln und dadurch ihre Angst zu reduzieren.

Durch die vermehrte *Selbsttätigkeit* im Bewegungshandeln konnte Martinas positives Selbstkonzept weiter gefestigt werden, da sie verschiedene Erfolgserlebnisse sammelte. Zum Beispiel war sie sichtlich stolz, als sie es endlich schaffte, die Zeitung bis an die Decke zu werfen. Folglich versuchte sie es beim nächsten Mal mit einem Ball, den sie nach kurzer Zeit auch wieder auffangen konnte.

#### 3.2 Sicherheit und Vertrauen schaffen

Auch in den nächsten Therapieeinheiten zeigte sich, dass Martina durch