

Studiengang Psychomotoriktherapie
Bachelorarbeit

Psychomotoriktherapie und Kinder mit selektivem Mutismus

Eine Literatarbeit zu Therapiemethoden des
selektiven Mutismus



Eingereicht von: Jana Furrer

Begleitperson: Dr. rer. soc. Iris Bräuninger

Zweite Fachperson: Lic. phil. Livia Suter

Datum der Abgabe: 17.05.2023

Abstract

Der selektive Mutismus ist eine seltene Angststörung, welche sich in sozialen Situationen (z.B. Schule) durch Schweigen äussert und sich einschränkend auf die Partizipation und Teilhabe auswirkt. Diese Literatarbeit untersucht, ob Kinder mit selektivem Mutismus von der Psychomotoriktherapie profitieren und inwiefern sie als Behandlungsmethode, neben weiteren Angeboten, geeignet ist. Die systematische Literaturrecherche wird nach dem *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses-Flussdiagramm* durchgeführt. Die ursprünglichen 1'116 Suchergebnisse reduzieren sich auf 18 Studien und Textstellen, welche tabellarisch und narrativ zusammengefasst werden. Eine Studie erzielt signifikante Verbesserungen der verhaltensbezogenen Symptomatik durch die Förderung der Psychomotoriktherapie. Die kreativen, spielerischen und bewegungsorientierten Interventionen lösen mentale und körperliche Spannungen und führen zu einer günstigen Persönlichkeitsentwicklung. Die Psychomotoriktherapie reiht sich in die beträchtliche Anzahl der Therapieangebote des selektiven Mutismus ein. Neben evidenzbasierten und vorgefertigten Behandlungsverfahren, zeigt die Psychomotoriktherapie positive Ansätze in der Behandlung des selektiven Mutismus, da sie die Individualität des Betroffenen anspricht. Weiter wird die Sprache mit Bewegung kombiniert, was zu zur impliziten Verbesserung der Symptome führt. Diese Bachelorarbeit konstruiert erste Vorschläge für die psychomotorische Behandlung des selektiven Mutismus, zeigt deren Relevanz auf und gibt mögliche Ausblicke zur weiteren Vertiefung oder Evidenzbasierung von psychomotorischen Interventionen.

Schlagwörter: Kinder, selektiver Mutismus, Psychomotorik, Therapie, Intervention

Dank

Die Vervollständigung dieser Arbeit hat die Verfasserin und weitere Personen über den Zeitraum eines Jahres begleitet. Die kompetente, fachliche und begleitende Zusammenarbeit mit Dr. rer. soc. Iris Bräuninger hat den Entstehungsvorgang dieser Arbeit besonders unterstützt. Ihr gilt ein besonderer Dank. Für das Sichten und die bereichernden Rückmeldungen geht ein weiterer Dank an die Lektorin Margrit Landtwing. Schliesslich wird Freunden, Mitstudierenden, der Familie wie dem Partner für die stetige Bestärkung und die wegweisenden Ratschläge gedankt. All diese Unterstützungen haben zur jetzigen Form der vorliegenden Arbeit verholfen.

Inhaltsverzeichnis

1	<u>EINLEITUNG.....</u>	6
1.1	AUSGANGSLAGE UND PROBLEMSTELLUNG	6
1.2	FORSCHUNGSFRAGEN	7
1.3	ZIELSETZUNG	7
1.4	AUFBAU DER ARBEIT	8
1.5	ABGRENZUNG	8
2	<u>THEORETISCHER HINTERGRUND</u>	9
2.1	PSYCHOMOTORIKTHERAPIE	9
2.1.1	DEFINITION	9
2.1.2	ZIELE DER PSYCHOMOTORIKTHERAPIE	10
2.1.3	PSYCHOMOTORISCHE PERSPEKTIVEN UND ANSÄTZE	11
2.1.4	RAHMENBEDINGUNGEN DER PSYCHOMOTORIKTHERAPIE	14
2.1.5	PSYCHOMOTORISCHE SICHTWEISE.....	15
2.2	SELEKTIVER MUTISMUS.....	16
2.2.1	BEGRIFFSBESTIMMUNG	16
2.2.2	KLASSIFIKATION	17
2.2.3	DIAGNOSEKRITERIEN UND SYMPTOMATIK.....	17
2.2.4	MUTISMUSFORMEN	21
2.2.5	ÄTIOLOGIE	21
2.2.6	PRÄVALENZ	24
2.2.7	KOMORBIDITÄTEN	24
2.2.8	VERLAUF.....	25
2.2.9	THERAPEUTISCHE BEHANDLUNGSMETHODEN.....	26
3	<u>METHODE</u>	31
3.1	VORGEHEN.....	31

3.1.1	ERARBEITUNG UND DURCHFÜHRUNG DER HAND- UND DATENBANKSUCHE	31
3.1.2	ENTWICKLUNG VON SUCHSTRATEGIEN	32
3.1.3	EINGRENZUNG DER SUCHERGEBNISSE	35
4	<u>ERGEBNISSE</u>	36
4.1	ZUSAMMENFÜHRUNG DER ERGEBNISSE	36
4.2	BEANTWORTUNG DER FORSCHUNGSFRAGEN	43
5	<u>DISKUSSION</u>	50
5.1	ANALYSE UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE	50
5.2	RELEVANZ FÜR DIE PRAXIS	54
5.3	KRITISCHE REFLEXION	55
6	<u>ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK</u>	58
7	<u>LITERATURVERZEICHNIS</u>	60
8	<u>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</u>	66
9	<u>TABELLENVERZEICHNIS</u>	67
10	<u>ANHANG</u>	68
10.1	RECHERCHEPROTOKOLL	68
10.2	SELBSTSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG	84

1 Einleitung

Viele Menschen blicken auf eine unbeschwerte Schulzeit zurück. Freundschaften werden geschlossen, Erfahrungen werden gesammelt und lehrreiche Gespräche werden geführt. Nicht alle Kinder erleben eine sorglose Schulkarriere. Stellen Sie sich vor: Sie kommen im Klassenzimmer an und erstarren, wenn Sie jemand begrüßt. Sie können keinen Ton herausbringen, auch wenn Sie dies gerne möchten. Gedanken schwirren in Ihrem Kopf und können nicht geteilt werden. Dies schränkt Ihre Partizipation und Teilhabe ein. Ihre Augen meiden die der Anderen und orientieren sich am Boden. Die Atmung flacht ab, der Puls schnell in die Höhe, der Körper reagiert mit Schweiß und alle Reize der Umwelt drohen Ihren Körper und Leib zu umhüllen. Dies spiegelt den Alltag von Kindern mit selektivem Mutismus.

1.1 Ausgangslage und Problemstellung

Mit der elften Revidierung des Klassifikationssystems ICD-GM (*siehe Kapitel 2.2.2*) ist das Störungsbild des selektiven Mutismus fortan unter den Angststörungen enumeriert (World Health Organisation, 2022). Dies bringt mögliche Umstrukturierungen und Neuorientierungen der bisherigen Behandlungsmöglichkeiten mit sich. Trotz wichtiger Übersichtsarbeiten fehlen bisweilen spezifische Ergebnisse über eine wirksame und allgemeingültige Behandlungsmethode (Cohan et al., 2006; Zakszeski & DuPaul, 2017). Die Forschung des selektiven Mutismus bewegt sich in Richtung multimodaler Therapieansätze. Es stellt sich hiermit die Frage der konkreten Zuständigkeit. Die Psychomotoriktherapie, welche sich aufgrund ihrer späten Gründung noch in ihren evidenzbasierten Anfangszügen befindet, kann aufgrund ihrer Schulnähe, Vielfältigkeit, therapeutischen Haltung, systemischen Arbeitsweise und spiel- wie bewegungsspezifischen Vertiefungen durchaus als Behandlungsmethode betrachtet werden. Das Schulwesen verzeichnet die häufigsten Beobachtungen vom Störungsbild selektiver Mutismus (Dumit et al., 1997) welche meistens erst mit dem Schuleintritt ersichtlich werden (American Psychiatric Association, 2013). Somit ist die Psychomotoriktherapie am Brennpunkt und kann mit ihrer Ressourcenorientiertheit und Ganzheitlichkeit das Kind mit selektivem Mutismus betrachten, begleiten und fördern. Obwohl die

zentrale Symptomatik des selektiven Mutismus das Schweigen in bestimmten Situationen beinhaltet (American Psychiatric Association, 2013), findet Kommunikation nebst der verbalen Ebene häufig in non-verbalen Bereichen statt. Sei es die Gestik, Mimik, der Abstand zwischen zwei Gesprächspartner:innen oder physiologische Indikatoren wie das Schwitzen in Stresssituationen, bei welchen kommuniziert wird. Die Kommunikation ist durchlaufend sicht-, hör-, oder spürbar. Aus diesen genannten Punkten ist zu schliessen, dass die Psychomotoriktherapie eine mögliche Therapiemethode darstellt. In der vorliegenden Arbeit soll die bislang diesbezüglich erhobene Literatur vorgestellt werden.

1.2 Forschungsfragen

Aus den vorhergehenden Gedankengängen entwickeln sich folgende Forschungsfragen und Teilfragen für die Arbeit:

Forschungsfrage 1

Profitieren Kinder mit selektivem Mutismus von der Psychomotoriktherapie?

Teilfragen. Was ermöglicht die Psychomotoriktherapie? Welche Förderbereiche werden angesprochen?

Forschungsfrage 2

Ist die Psychomotoriktherapie in Verbindung mit anderen herkömmlichen Behandlungsmethoden eine geeignete Therapieform für Kinder mit selektivem Mutismus?

Teilfragen. Welche Fachdisziplin trägt die Zuständigkeit zur Behandlung des selektiven Mutismus? Wann ist es sinnvoll eine Psychomotoriktherapie zu indizieren?

1.3 Zielsetzung

Diese Arbeit soll das Aufgabenfeld der Psychomotoriktherapie im Störungsbereich des selektiven Mutismus bestätigen und die Reichweite der Behandlungsmöglichkeiten der Psychomotorik ausbauen. Durch eine umfassende systematische Literaturrecherche wird der aktuelle Forschungsstand und die Einreihung der Psychomotorik neben weiteren Therapieansätzen ersichtlich. Neben der Einstufung werden Vergleiche der anderen Therapiefeldern zur

psychomotorischen Arbeitsweise gezogen und abgewogen, welche Interventionen auf die Psychomotorik zutreffen, anwendbar sind oder als nicht geeignet erscheinen.

1.4 Aufbau der Arbeit

Diese Literaturarbeit ist in fünf wegweisende Kapitel unterteilt. Zunächst werden theoretische Konzepte, Begriffe und Methoden beschrieben, welche das Fachwissen für den Ergebnis- und Diskussionsteil fundieren. Anschliessend wird das methodische Vorgehen vorgestellt und im Ergebnisteil durch unterschiedliche Darstellungsvarianten präsentiert. Der Kernteil dieser Arbeit bildet sich aus der Diskussion und der abschliessenden Zusammenfassung mit Ausblick für die Zukunft. Wichtige Erkenntnisse aus dem Ergebnisteil werden verglichen, analysiert und debattiert.

1.5 Abgrenzung

Der Inhalt dieser Arbeit beschränkt sich bei der Thematik des selektiven Mutismus auf das Kindesalter, welches auch der Klientel der Psychomotoriktherapie entspricht. Obwohl Jugendliche und Erwachsene ebenfalls vom selektiven Mutismus betroffen sein können, wird dies in der vorliegenden Arbeit nicht diskutiert.

Unter dem Begriff Psychomotoriktherapie wird ausschliesslich der Ausbildungsstandard der Interkantonalen Hochschule der Heilpädagogik (HfH) und die Arbeitsweise in der Deutschschweiz verstanden.

Diese Arbeit richtet sich nach dem Leitfaden *Gender und Diversity in der Kommunikation* der HfH. Können Formulierungen nicht Genderneutral verfasst werden, wird der Doppelpunkt als Genderzeichen verwendet.

2 Theoretischer Hintergrund

Dieser Teil setzt sich mit der Psychomotoriktherapie und dem selektiven Mutismus theoretisch auseinander.

2.1 Psychomotoriktherapie

Der erste Theorieteil widmet sich der Psychomotoriktherapie. Neben Definitionen werden Ziele, Perspektiven, Ansätze, Rahmendbedingungen und Sichtweisen aufgeführt.

2.1.1 Definition

Bislang gibt es keine allgemeingültige Definition für den Begriff *Psychomotorik* (Reichenbach, 2010). Weiter gibt eine Fülle an ähnlich bedeutsamen Begriffen, wie Motologie, Mototherapie, Motopädagogik oder psychomotorische Entwicklungsförderung, welche für Verwirrung sorgen können (Kuhlenkamp, 2017; Reichenbach, 2010). Daher werden folgend verschiedene Ausführungen von relevanten Autor:innen aufgeführt, welche das Verständnis des Begriffs klären sollen:

«Das Konzept der Psychomotorik bezeichnet eine ganzheitliche, humanistische, pädagogische oder therapeutische Methode der Entwicklungsförderung über die Lebensspanne durch Bewegung/Körperlichkeit. Die Einheit von Bewegung, Wahrnehmen und Erleben beschreibt das Grundkonzept der Psychomotorik.» (Krus, 2015, S. 53)

Der Berufsverband der Psychomotorik Schweiz (2023) verweist auf die Bandbreite der Psychomotorik. Menschen vom Kleinkind- bis hin zum Erwachsenenalter, welche unter Auffälligkeiten des Verhaltens, der Motorik, der Wahrnehmung, der Kognition und des sozio-emotionalen Erlebens leiden, können von einer ressourcengestützten Psychomotoriktherapie profitieren. Zentral ist der Körper, welcher sich durch die Bewegung ausdrückt.

Zimmer (2019, S. 22) verwendet den Terminus Psychomotorik, welcher «die funktionelle Einheit psychischer und motorischer Vorgänge, die enge Verknüpfung des Körperlich-Motorischen mit dem Geistig-Seelischen» verbindet. So sollen mittels Bewegungserfahrungen Anhaltspunkte zur Weiterentwicklung der Persönlichkeit angestrebt werden, also Teile des Selbstkonzepts ansprechen und somit positiv beeinflussen. Neben der psychischen Komponente, die das Wahrnehmen, die

Gefühle, die Kognition und das Mitteilen des Selbst beinhalten, werden Auffälligkeiten und Verzögerungen in der Bewegungsentwicklung durch die motorische Komponente angesprochen und abgedeckt.

Kuhlenkamp (2017, S. 24) beschreibt die elementaren Bestandteile der Psychomotorik: «Über den Körper erfährt das Kind etwas über sich, seine materielle sowie personelle Umwelt. Gleichzeitig drückt es sich über seinen Körper aus und wirkt aktiv auf seine soziale und materielle Umwelt, die wiederum auf das Kind wirkt.»

Werden die Erkenntnisse der vier Autorinnen zusammengefasst, kann die psychomotorische Sichtweise als Wechselwirkung zwischen den Bereichen Motorik, Leib, Wahrnehmung, Kognition, Emotionen und sozialer Kompetenz gesehen werden. Die ganzheitliche Betrachtung fördert die Persönlichkeitsentwicklung des Menschen.

2.1.2 Ziele der Psychomotoriktherapie

Zimmer (2019) schliesst aus ihrer Definition folgende Ziele für die Psychomotorik:

Das Kind soll eigenwillig dazu animiert werden, in Beziehung mit der Umwelt zu treten, um essentielle Erfahrungen für ihre Interaktionsfähigkeit und ihren Handlungsraum sammeln zu können.

Die Komponente des Selbst soll ressourcengeleitet unterstützt werden, damit sich das Kind dessen selbst bewusst werden kann und sich als handlungsfähig und selbstwirksam fühlt.

Weiter vereint die Psychomotorik die Bereiche der medizinischen und psychotherapeutischen Arbeitsweisen mit dem Medium Bewegung. Die Bereiche «Bewegung, Wahrnehmung, Verhalten und Selbsterleben» werden mit einer pädagogisch-therapeutischen Haltung holistisch gefördert (Zimmer, 2019, S. 22).

Kuhlenkamp (2017) spricht von einer Individualisierung der Ziele, da jedes Ziel in der Psychomotorik von dem Faktor Mensch abhängig ist. Fischer (2019) teilt die Ansicht von Kuhlenkamp (2017). Daher lassen sich die Zielbereiche wie folgt aufzählen: Sie bestehen aus der universalen Persönlichkeitsentwicklung, der Handlungskompetenz und den Erfahrungen aus dem Sozialen, mit

dem Material, durch den Körper und dem Selbst. Diese Bereiche werden in 2 Kategorien geteilt, welche die Innenwelt und die Aussenwelt des Kindes anspricht.

2.1.3 Psychomotorische Perspektiven und Ansätze

Es lassen sich fünf massgebende Ansätze und vier dazugehörige Perspektiven in der Laufbahn der Psychomotorik verzeichnen und werden kurz angeschnitten. Sie werden in ihrer chronologischen Entstehungsreihenfolge aufgeführt. Zur weiteren Vertiefung ist auf die Werke der Autor:innen zurückzugreifen.

Die funktional-physiologische Perspektive. Die funktional-physiologische Perspektive bildet mit dem Ansatz der psychomotorischen Übungsbehandlung nach Kiphard, Begründer der Psychomotorik in Deutschland, das Fundament der psychomotorischen Arbeitsweise (Fischer, 2019). Im Mittelpunkt dieser Übungsbehandlung steht die Förderung der Persönlichkeit, welche mittels Übungen in der Wahrnehmung wie im sozio-emotionalen und motorischen Bereich unterstützt wird (Zimmer, 2019). Obwohl Kiphard den Terminus Übung in sein Konzept einführt, rät er davon ab, trockene und starr wiederholende Abläufe, welche keine kindgerechten Alternativen anbieten, zu trainieren (Zimmer, 2019). Vielmehr sollen die Übungen Anstosspunkte für die Weiterentwicklung und Förderung des Selbstvertrauens, der Kommunikationsfähigkeit, Kreativität, Bewegungssteuerung und Selbstwirksamkeit darstellen (Fischer, 2019; Zimmer, 2019). Das Kind wird ganzheitlich, losgelöst von seinen Defiziten betrachtet und erhält spezifische Spielangebote (Fischer, 2019). Durch das Medium Spiel kann Kiphard die Interessen und Erkundungsfreudigkeit der Kinder wecken und Förderschwerpunkte optimal verpacken (Fischer, 2019).

Die erkenntnisstrukturierende, kompetenztheoretische selbstkonzeptorientierte Perspektive. Die erkenntnisstrukturierende, kompetenztheoretische selbstkonzeptorientierte Perspektive umfasst zwei Ansätze. Zum einen den handlungsorientierten Ansatz nach Schilling und zum anderen den kindzentrierten Ansatz nach Zimmer.

Der handlungsorientierte Ansatz beruht auf den Prinzipien der psychomotorischen Übungsbehandlung und geniesst einige neue Entwicklungsvorgänge (Zimmer, 2019). Schilling setzt

sich mit der Wechselwirkung von Motorik und Persönlichkeit auseinander, welche als primäre Faktoren angeschaut werden (Fischer, 2019). Diese Wechselwirkung führt zu einer Weiterentwicklung der vorherig genannten Komponenten und unterstützt das Zusammenspiel zwischen Kind und Umwelt (Fischer, 2019; Zimmer, 2019). Weiter werden Sekundärstörungen als Ergebnisse von sozio-emotionalen Themen durch motorische Defizite beschrieben (Fischer, 2019). Ziel des Ansatzes ist es, durch bewegungsorientierte, individuell stärkende und variierende Angebote, primäre und sekundäre Widerstände aufzulösen (Fischer, 2019). Hierfür werden entwicklungsorientierte Interventionen angewendet, welche sich vom direktiven Auseinandersetzen, abwechselnder Einbringung von Ideen bis hin zu einer vollständig kindgeleiteten Sequenz erstrecken (Fischer, 2019). Somit ist das Üben, auf spielerische Art und Weise, weiterhin Teil der psychomotorischen Methodik.

Der kindzentrierte Ansatz weist Parallelen zur nicht-direktiven Spieltherapie nach Axline, welcher Teil der Psychotherapie (*siehe Kapitel 2.2.9*) ist, auf (Zimmer, 2019). Dies bedeutet, dass sich Therapeut:in und Kind auf Augenhöhe begegnen und die Sequenzen von den Ressourcen und Interessen des Kindes ausgehen (Fischer, 2019).

Psychomotorische Förderung wird hier im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe gesehen. Es geht weniger um eine Verbesserung motorischer Funktionen und den Abbau von Bewegungsbeeinträchtigungen, sondern um eine Veränderung der Selbstwahrnehmung des betroffenen Kindes. Durch eine Stärkung des Selbstwertgefühls soll es in die Lage versetzt werden, selbst an der Bearbeitung seiner Schwächen mitzuarbeiten oder ... angemessener damit umzugehen. (Zimmer, 2019, S. 44)

Durch die Fokussierung des Selbstwertgefühls wird die Persönlichkeit klar angesprochen, was das Kind mit der empathischen und wertschätzenden Haltung, dem wertefreien Loben und dem Setzen von wenigen essenziellen Regeln der Fachkraft zur intensiven Auseinandersetzung und schliesslich zur Weiterentwicklung anregt (Fischer, 2019; Zimmer, 2019).

Die sinnverstehende Perspektive. Die sinnverstehende Perspektive richtet sich nach dem verstehenden Ansatz nach Seewald und unterscheidet sich massgebend von den bisherigen Ansätzen. Die Bewegung und das Spiel haben keinen funktionalen Charakter, sondern dienen zur Bedeutungszuschreibung des bewussten und unbewussten Zustandes und den Lebensthemen des Kindes (Fischer, 2019). Seewald stützt sich neben Entwicklungspsychologen, wie Piaget, auf die Psychoanalytik und ist sich der Individualität der Kinder bewusst (Fischer, 2019). Aufgabe des Therapeuten ist es, Wissen zur kindlichen Entwicklung zu erlernen, dem Kind die Zügel zu überlassen, die impliziten und expliziten Bedürfnisse des Kindes abzuholen und durch das Angebot als Spielpartnerin und passendem Material bestmöglich abzudecken (Fischer, 2019; Seewald, 1997). Weiter ist eine fundamentale Beziehung zwischen Kind und Therapeut:in ausschlaggebend für den Therapieerfolg (Fischer, 2019).

Die ökologisch-systemische Perspektive. Die ökologisch-systemische Perspektive stützt sich auf verschiedene Autor:innen des systemisch-ökologischen Ansatzes. Es ist davon auszugehen, dass sich ein Mensch immer in Wechselwirkung zu seinen umliegenden Systemen befindet (Zimmer, 2019). Der ökologische Ansatz nach Bronfenbrenner deckt sich besonders gut mit der psychomotorischen Haltung (Fischer, 2019). Der Mensch befindet sich laut Bronfenbrenner in stetiger Beziehung zu sich selbst und den verschiedenen Lebenszweigen wie Familie, Schule, Peers und gesellschaftliche wie kulturelle Normen (Fischer, 2019; Reichenbach, 2010; Zimmer, 2019). In der Praxis kann sich dieser Ansatz durch Schulbesuche, Beratungen oder Einbezug der Eltern in die Therapiektionen durchsetzen, wodurch Familienkonstellationen sichtbar werden und sich das Verhalten des Kindes erklären lässt (Zimmer, 2019).

In der Laufbahn der Psychomotoriktherapie haben sich kontinuierlich neue, überschneidende, ergänzende und gegensätzliche Sicht- und Denkweisen etabliert. Die Ansätze können voneinander profitieren und kombiniert eingesetzt werden, um den Bedürfnissen des Kindes gerecht zu werden.

2.1.4 Rahmenbedingungen der Psychomotoriktherapie

Die Rahmenbedingungen einer psychomotorischen Förderung erfolgen durch die Gliederung in interne wie externe Faktoren und werden von Zimmer (2019) dargelegt:

Interne Rahmenbedingungen. Interne Rahmenbedingungen bestehen hauptsächlich darin, dem Kind eine sichere Basis zu schaffen, damit die intrinsische Motivation zur Bewältigung der Auffälligkeiten geweckt wird und Entwicklung stattfinden kann. Das Prinzip der Freiwilligkeit gibt dem Kind Kontrolle über eigene Entscheidungsprozesse und lässt es neben der Therapeut:in als gleichgesetzt erscheinen. Ist ein Kind nicht für eine Intervention zu begeistern, wird den Interessen des Kindes gefolgt. Das Kind sieht sich durch die Anregung der Eigenaktivität als Verursacher des Geschehens und lernt essentielle Gegebenheiten, welche für die Entwicklung von Fähig- und Fertigkeiten unabdingbar sind. Aufgabe der Fachperson ist es, das Kind durch diese Entwicklungsmomente mittels wertefreier Kommentare zu unterstützen. Die Aktivität wird beschrieben und weniger, wie das Kind diese Aufgabe gemeistert hat. Dies generiert eine wertschätzende Haltung, in welcher das Kind mit all seinen Ressourcen gesehen wird. Obwohl die Freiwilligkeit und Eigenaktivität im Zentrum der Psychomotoriktherapie stehen, gibt es Grenzen und Regeln. Sie sollen keinen eingrenzenden Charakter haben, sondern sollen die Sicherheit wahren und Orientierung vermitteln. Beispielsweise erfolgen Regeln zum Schutz von Personen oder Material.

Externe Rahmenbedingungen. Externe Rahmenbedingungen sind durch zeitliche, räumliche und materielle Elemente geprägt. Die Fördereinheiten sollen regelmässig stattfinden. Die wöchentliche Teilnahme von 45-60 Minuten wird empfohlen. Die Therapiestunden werden in Bewegungsräumen, welche die Wirkung einer kleinen Turnhalle mit vielen unterschiedlichen Materialien erwecken, durchgeführt. Der Raum soll zur grossflächigen Bewegung und zum Rückzug einladen. Es ist darauf hinzuweisen, dass die psychomotorische Arbeitsweise in allen Räumen stattfinden kann. Sei es im Wald, auf dem Spielplatz oder im Hallenbad. Das Material wird möglichst farbig, also ansprechend für die Kinder, zusammengestellt. Es ist darauf zu achten, dass Materialien

für bestimmte Bewegungsvorgänge vorhanden sind wie das Rollen, Hüpfen, Rutschen, Springen, Balancieren, Bauen, Schaukeln, Werfen, Fangen, Zeichnen oder Schreiben.

2.1.5 Psychomotorische Sichtweise

Obwohl die Psychomotorik grundlegend von den Ressourcen des Kindes ausgeht, berichtet Köckenberger (2011) von zwei oppositionären Denkweisen:

Defizitorientierung. Das Kind wird aufgrund seines mangelnden Entwicklungsstandes und der Auffälligkeiten betrachtet und dementsprechend explizit darauf trainiert, um Verbesserungen in diesen Bereichen zu erzielen und schliesslich die Problematik zu beheben. Dem Kind wird deutlich aufgezeigt, in welchen Bereichen es intensive Übung benötigt. Somit ist das Bewusstsein der Schwächen beim Kind und dem Umfeld vorhanden. Es ist äusserste Vorsicht geboten, lediglich die Problematiken des Kindes zu beobachten. Die ganzheitliche Betrachtung ist gefährdet. Durch funktionelles Training sollen Entwicklungsrückstände möglichst rasch aufgeholt werden. Diese defizitorientierte Einstellung kann zu einer Verweigerungshaltung führen, den Therapieerfolg und die Arbeitsweise der Psychomotorik beeinträchtigen.

Ressourcenorientierung. Diese Betrachtungsweise orientiert sich an den individuellen Stärken, Interessen und positiven Aspekten des Kindes und dient dazu, mögliche Verzögerungen oder Auffälligkeiten zu reduzieren. Das Überwinden und Beheben von Schwierigkeiten wird auf die Verstärkung der Positivität gesetzt. In der Praxis werden die Ressourcen des Kindes beigezogen und auf spielerische Art und Weise in die Förderbereiche integriert. So arbeiten Kinder implizit an ihren Schwächen und werden gleichzeitig durch ihre Stärken bereichert. Dies führt zu einer Verbesserung des Selbstwertes.

Zimmer (2019) führt den Gedankengang weiter, indem sie die Ressourcen in körperliche, personelle und soziale Gruppen aufteilt. Körperliche Stärken beinhalten den Bewegungsapparat, die Immunabwehr, die Körperkraft und -ausdauer. Die Förderung der Selbstwirksamkeit, des Selbstbildes, des Selbstbewusstseins und des Selbstwertgefühls führen zu einem positiven Selbstkonzept, welches die personellen Ressourcen formen. Die soziale Komponente bildet sich aus

dem Gruppenzusammengehörigkeitsgefühl, dem Aufgehoben sein und dem stetigen Beistand vom Umfeld des Kindes. Die Psychomotoriktherapie strebt bei dieser Aufteilung besonders nach personellen Ressourcen.

2.2 Selektiver Mutismus

Dieses Kapitel befasst sich mit dem Störungsbild des selektiven Mutismus. Zunächst wird erläutert, was selektiver Mutismus bedeutet. Hierfür werden die Wurzeln des Begriffs Mutismus erwähnt und in zwei Klassifikationssysteme gebettet. Anschliessend werden die Diagnosekriterien, die Symptomatik und Mutismusarten dargestellt und besprochen. Weiter wird die Ätiologie des Mutismus anhand des Bio-Psycho-Sozialen-Modells nach Engel (1976) aufgezeigt. Die Prävalenz und Komorbiditäten werden in den darauffolgenden Unterkapiteln aufgeführt. Ein Umriss des «typischen» Verlaufs soll das Störungsbild weiter ausdifferenzieren und von Differentialdiagnosen abgrenzen. Abschliessend werden diverse Behandlungsmethoden skizziert.

2.2.1 Begriffsbestimmung

Der Begriff *Mutismus* hat seinen Ursprung im lateinischen *mutus* und bedeutet übersetzt *stumm*. Er wird im Duden als «meist psychisch bedingte, länger andauernde [selektive] Sprechhemmung trotz intakten Sprachvermögens u. ohne organischen Defekt» (Dudenredaktion, 2020) beschrieben. Seit vielen Jahren setzt sich nun der selektive Mutismus als Begriffszusammenstellung in der Fachliteratur durch, obschon er bereits viele unterschiedliche Bezeichnungen mit dem Lauf der Zeit erhalten hat. Ende des 19. Jahrhunderts taucht das Störungsbild zum ersten Mal unter dem Namen *aphasia Voluntaria* auf (Kussmaul, 1877). Einige Jahre später wird von *freiwilliger Stummheit* gesprochen (Gutzmann, 1893). Die Bezeichnung *elektiver Mutismus* lässt sich auf den Schweizer Kinder- und Jugendpsychiater Tramer (1934) zurückführen, welcher in seinem Fallbericht davon Gebrauch macht. Diese damals neue Bezeichnung weitet sich international aus und wird in der Fachliteratur konsequent verwendet. Doch der *elektive Mutismus* setzt sich nicht längerfristig durch. Grund dafür ist der Widerspruch zwischen der Symptomatik der Betroffenen und Bedeutungszuschreibung des Wortes. Bahr (2012) berichtet, dass

elektiv der Freiwilligkeit zugeschrieben wird. Somit dürfte ein Kind mit *elektivem Mutismus* entscheiden können, wann es sprechen möchte und wann es sich dem Schweigen zuwendet. Diese Ansicht gilt als überholt und verschwindet allmählich aus dem Sprachgebrauch der Fachliteratur. Hesselmann (1983) empfiehlt daher, dass die Bezeichnung *selektiver Mutismus* für die vorliegende Symptomatik passender ist. Die Klassifizierungssysteme ICD-11-GM und DSM-V (*siehe Kapitel 2.2.2*) sind sich ebenfalls einig und beschränken sich auf den Terminus *selektiver Mutismus*.

2.2.2 Klassifikation

Der selektive Mutismus hat in den verschiedenen Klassifizierungssystemen einige Veränderungen erlebt. So ist das Krankheitsbild des selektiven Mutismus seit der elften Revidierung der *internationalen statistischen Klassifikation, der German Modifikation* (ICD-11-GM) nicht mehr in den «Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend» (ICD-10-GM) (World Health Organisation, 2023) sondern unter den «Angst- oder furchtbezogenen Störungen» (ICD-11-GM) aufgeführt (World Health Organisation, 2022). Die ICD-11-GM folgt der fünften Auflage des amerikanischen Klassifikationssystems *Diagnostik and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V), welche den selektiven Mutismus bereits seit 2013 den Angststörungen zuordnet (American Psychiatric Association, 2013). Die Einordnung des selektiven Mutismus soll die Zuständigkeit der verschiedenen Fachgruppen klären, um effektive Behandlungsmethoden zur Minderung der Symptomatik zu definieren.

2.2.3 Diagnosekriterien und Symptomatik

Die ICD-11-GM und das DSM-V sind sich einig bezüglich der Einordnung in die Kategorie der Angststörungen. Die Diagnosekriterien decken sich ebenfalls grösstenteils und werden zusammenfassend dargestellt:

Tabelle 1

Diagnosekriterien der ICD-11-GM und DSM-V

Diagnosekriterien	Klassifizierungssystem	
	ICD-11-GM	DSM-V
Anhaltende Selektivität des Sprechens in spezifisch sozialen Situationen, obwohl dies erwartet wird (z.B. Schweigen in der Schule, Sprechen Zuhause)	Ja	Ja
Die schulischen oder beruflichen Leistungen und die soziale Interaktion werden beeinträchtigt	Ja	Ja
Der Zeitraum der Störung erstreckt sich mindestens über einen Monat und ist nicht auf den ersten Monat des Schulbesuchs beschränkt	Ja	Ja
Es besteht keine Sprachbarriere zwischen der gesprochenen Sprache des Betroffenen und der geforderten Sprache in den sozialen Situationen	Ja	Ja
Die Störung lässt sich nicht anhand einer Kommunikationsstörung erklären (z.B. Störung des Redeflusses)	Nein	Ja
Die Störung tritt nicht im Verlauf einer Autismus-Spektrum-Störung oder einer Schizophrenie auf	Ja	Ja
Der Ursprung der Störung lässt sich nicht auf eine psychotische Störung zurückführen	Nein	Ja
Vorübergehender Mutismus aufgrund Trennungsangst bei jungen Kindern ist von dem Störungsbild auszuschliessen	Ja	Nein

(Übersetzt aus American Psychiatric Association, 2013, S. 195; World Health Organisation, 2022)

Wie in der Tabelle 1 ersichtlich, wird im DSM-V keine Diagnose gegeben, wenn eine vorherrschende Schüchternheit infolge einer Kommunikationsstörung wie das Stottern auftritt.

Neben diesen klar definierten Kriterien werden individuelle Charakterzüge, Umfeldumstände und das Verhalten von selektiv mutistischen Kindern beschrieben, welche zum ganzheitlichen Bild der Diagnose beitragen.

Melfsen et al. (2019) erwähnen, dass Betroffene mit selektivem Mutismus unzählige Symptome zeigen, welche sich vom Kontext her unterscheiden und beeinflussen. Des Weiteren werden verschiedene Verhaltensmerkmale des mutistischen Verhaltens erwähnt. Erstarrendes oder einfrierendes Verhalten kann die Folge haben. Die Gestik und Mimik wird reduziert oder ganz

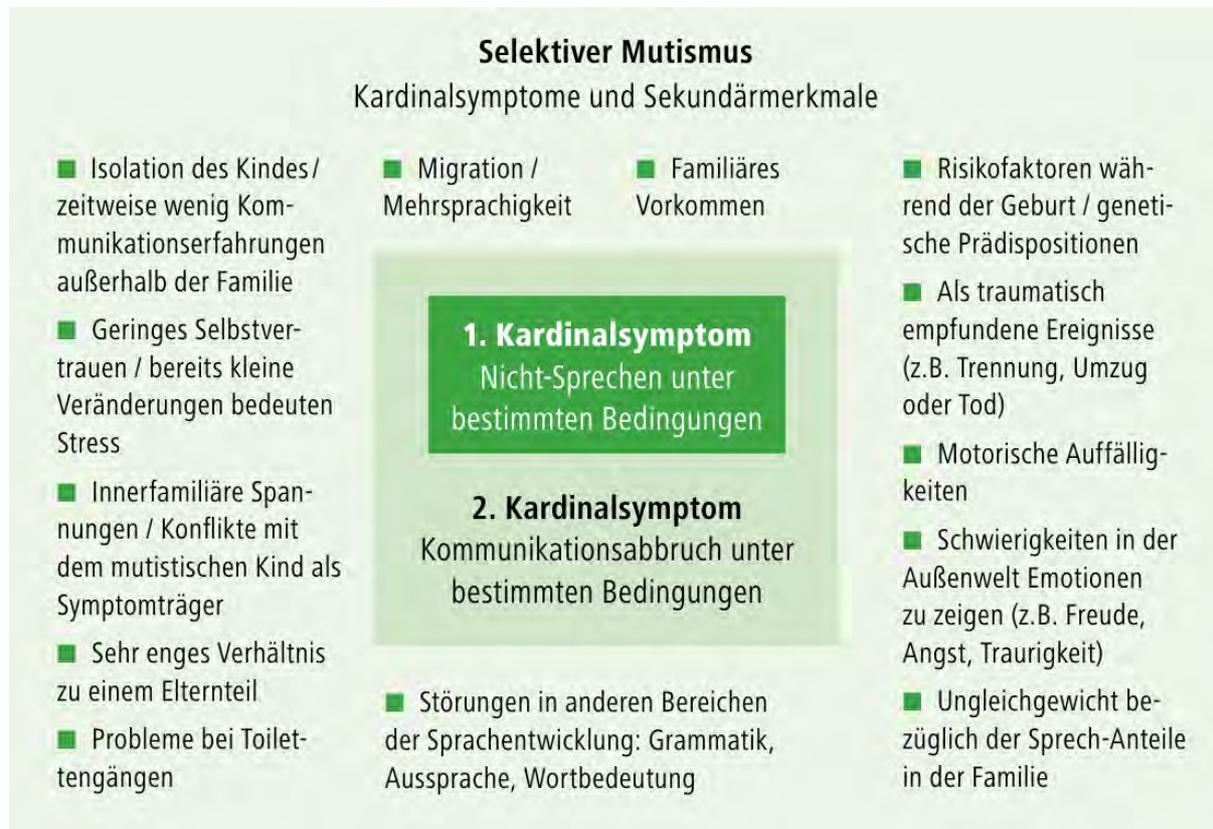
ausgelassen. Die Körperhaltung wirkt angespannt und der Bewegungsraum wird minimiert. Der Augenkontakt wird gemieden, um keine direkte Konfrontation mit dem Gegenüber einzugehen. Neben den körperlich beobachtbaren Merkmalen wird eine Hochsensibilität gegenüber Anfragen, Meinungsäußerungen oder Kritik festgestellt.

Das DSM-V beschreibt im Kapitel *Associated Features Supporting Diagnosis* verschiedene Charakterzüge des Mutismus, wie übermässige Schüchternheit, Angst vor sozialer Demütigung, soziale Isolation, Rückzug, Klammern, zwanghaftes Handeln, Negativität, Wutausbrüche und/oder mildes oppositionelles Verhalten (Übersetzt aus American Psychiatric Association, 2013, S. 195). Cunningham et al. (2004) postulieren, dass Kinder mit Mutismus dazu neigen, in der Entwicklung ihrer sozialen Fähigkeiten eingeschränkt zu sein. Da sie soziale Situationen im Vergleich zu ihren Peers eher vermeiden, können sie weniger Erfahrungen im sozialen Umgang sammeln. Eltern von mutistischen Kindern berichten über massive Wutausbrüche und multiple Auseinandersetzungen unter Geschwistern (Melfsen et al., 2019). So verschieden, wie Kinder sind, sind Kinder mit selektivem Mutismus einzigartig in ihrer Symptomatik. So berichtet Dobsiaff (2013), dass sich mutistisches Verhalten ebenfalls in motorischer Unruhe, besonders die der Handmotorik äussern kann.

Kramer (2004) ordnet die Symptomatik des selektiven Mutismus in zwei Kardinalsymptome und 13 Sekundärmerkmale.

Abbildung 1

Das Krankheitsbild des selektiven Mutismus (Kramer, 2004, zitiert nach Feldmann et al., 2012, S. 14)



Neben bereits diskutierten Punkten wie das Nicht-Sprechen in bestimmten Situationen, der minimierte Emotionsausdruck oder die motorischen Auffälligkeiten (American Psychiatric Association, 2013; Melfsen et al., 2019; World Health Organisation, 2022) kommen neue Bereiche hinzu, welche die Symptomatik erweitern. Sind oder waren Eltern vom selektiven Mutismus betroffen, so vergrößert sich die Wahrscheinlichkeit, dass ihre Kinder ebenfalls davon betroffen sind (Melfsen et al., 2019). Melfsen et al. (2019) bestärken die Ansicht von Kramer (2004), dass Bilingualität und Migration mögliche Risikofaktoren darstellen. Bei Mehrsprachigkeit treffen vielfach mehrere Kulturen aufeinander, welche als belastend empfunden werden können und somit zum Schweigen führen (Melfsen et al., 2019).

Zusammenfassend lässt sich erörtern, dass viele unterschiedliche Faktoren zu einem selektiven Mutismus führen können. Sind die ausschlaggebenden Symptome gegeben, soll die

Diagnose selektiver Mutismus gegeben werden. Ergänzende Verhaltensweisen, Charakterzüge oder Umfeldumstände lassen das Erscheinungsbild zu einem komplexen Konstrukt formen.

2.2.4 Mutismusformen

In der Fachliteratur kursieren überaus viele unterschiedliche Arten, welche dem Mutismus zugeordnet werden. Um den selektiven Mutismus von weiteren Formen abgrenzen zu können, wird der *elektive* und *totale* Mutismus kurz beschrieben. Verweis: Zur Vertiefung gibt Katz-Bernstein (2019, S. 28–30) in ihrem Buch eine kurze Zusammenfassung zu allen bekannten Mutismusformen.

Hartmann (2007) spricht beim *elektiven Mutismus* von einem Meiden der verbalen Kommunikation gegenüber bestimmten, vom Kind ausgewählten Personengruppen, dies nach abgeschlossenem, entwicklungstypischem Spracherwerb. (*weitere Ausführungen Kapitel 2.2.1*)

Äusserst selten kommt es vor, dass jegliche Lautäusserung oder non-verbale Kommunikation in jeder Situation und mit allen Menschen verweigert wird (Katz-Bernstein, 2019; Sallat, 2017a). Diese Form von Mutismus nennt sich *totaler Mutismus*. Hier sind klare Unterschiede zum selektiven Mutismus erkennbar.

2.2.5 Ätiologie

Die Ursache für selektiven Mutismus kann nicht von einem Bereich gedeckt werden. In der Literatur wird von einer mehrdimensionalen Bedingungskonstellation, multifaktorieller Zusammenstellung oder psycho-sozialen Faktoren gesprochen. Sie werden von verschiedenen Gesichtspunkten zusammengefügt, welche das Störungsbild auslösen und mitverantworten. (Dobslaff, 2013; Sallat, 2017a; Steinhausen, 2019)

Jüngere Forschungen weisen auf eine mögliche genetische Disposition hin (Hartmann & Lange, 2007). Somit werden die Ursachen in das Bio-Psycho-Soziale-Modell nach George L. Engel (1976) eingefügt und entsprechend gegliedert. Dies verbildlicht die Komplexität und Vernetztheit der verschiedenen Faktoren. Es ist anzufügen, dass die Vielfalt der Ätiologie durch die unterschiedliche Gewichtung zum Störungsbild des selektiven Mutismus beiträgt und individuell formt.

Biologische Faktoren. Hartmann und Lange (2007) berichten von einer genetischen Veranlagung zu Gehemmtheit und Ängstlichkeit bei Kindern mit Mutismus. Die Ursache für diese Disposition scheint in der geringeren Reizschwelle der Amygdala, das Angstzentrum des Hirns, zu sitzen. Somit empfinden Kinder mit Mutismus in diversen Situationen, wie sozialen Interaktionen, viel schneller extreme Angst und erstarren, obwohl dies gar nicht angebracht wäre.

Neben der genetischen Disposition wird in der Studie von Dobszlaff (2013) eine genetische Vererbung zwischen Familienmitgliedern vermutet. Bei einer Stichprobe von 24 mutistischen Schüler:innen waren zwei Drittel der Eltern ebenfalls im Kindesalter von Mutismus betroffen oder zeigten klare mutistische Verhaltensweisen. Bislang wird von diversen vererbbaaren Persönlichkeitsmerkmalen gesprochen, welche das Temperament der Kinder formen und die Anfälligkeit, in mutistisches Verhalten zu geraten, vulnerabel oder resilient gestalten. Steinhausen (2019, S. 193) deklariert die Hemmung des Sprechens, das Schweigen und die soziale Unsicherheit als mögliche Risikofaktoren. Diese Persönlichkeitsmerkmale können sich verstärken und in mutistischem Verhalten manifestieren. Daher spricht das DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) von möglichen Überlappungen der genetischen Veranlagung zwischen dem selektiven Mutismus und einer sozialen Angststörung.

Psychische Faktoren. Das Verstummen beim Wechsel der sozialen Konstellationen deutet laut Katz-Bernstein (2019) auf eine Überforderung oder Mängel bestimmter Kompetenzen hin. Dies ist in den Bereichen Dialog, Kommunikation, Linguistik und Sprache klar sichtbar. Das Kind erfährt wiederkehrende Muster und erlernt Fähig- und Fertigkeiten wie Verunsicherung oder Demütigung, welche deutliche Risikofaktoren darstellen. «Das bedeutet, dass die sozial-kommunikativen Defizite, die ein mutistisches Kind «kultiviert», seine gesamte Identität durchdringen, so dass der mutistische Umgang mit Fremden eine prägende Konditionierung erfährt.» (Katz-Bernstein, 2019, S. 38). All diese negativ geprägten Erfahrungen während einer sozialen Interaktion können bei den Betroffenen zu einem Mangel an inneren Repräsentationen von Konversationsregeln führen (Hartmann, 2007; Katz-Bernstein, 2019). Diese beinhalten den Blickkontakt, das Begrüßungs- und Abschiedsritual oder den

Wechsel von Zuhören und Sprechen. Neben den unzureichend entwickelten Fertig- und Fähigkeiten von Bewältigungsstrategien, kann Mutismus infolge eines Traumatums entstehen (Sallat, 2017a). Somit kann das Schweigen, welches typisch für Mutismus ist, «eine Bewältigungsreaktion auf ein Trauma sein.» (Melfsen et al., 2019, S. 613).

Soziale Faktoren. Melfsen et al. (2019) postulieren, dass die kulturellen Bedingungen besonders begutachtet werden sollen. Weiter wird ausgeführt, dass Kinder weitere Sprachen ohne grössere Zwischenfälle erwerben, jedoch die Divergenz der Kulturen nicht bewältigen können (*weitere Ausführungen Kapitel 2.2.3*). Kinder mit Migrationshintergrund sind kulturellen Differenzen besonders stark ausgesetzt und durchaus häufiger von einem Mutismus betroffen, als Kinder ohne Migrationshintergrund (Steinhausen, 2019).

Sallat (2017a) fügt an, dass neben Migrationshintergrund auch sozial isolierte Familien Mutismus bei ihren Kindern begünstigen können. Vertraute und fremde Situationen werden hier in extremen Mustern erlebt und ausgedrückt. Das Vertraute erhält einen entwicklungsentsprechenden und teils klammernden Charakter. Das Fremde manifestiert sich in Schweigen, Meiden, Rückzug und Abschirmung.

Neben den kulturellen und gesellschaftlichen Begebenheiten spielt die Familie eine wichtige Rolle, welche das Verhaltensmuster des Mutismus begünstigen kann. Das DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) berichtet von Eltern mit einem überbehütenden und kontrollierenden Verhalten zu ihren Kindern, dies im Gegensatz zu Eltern von Kindern mit anderen oder keinen Angststörungen. Der soziale Rückzug oder die ungünstigen Kommunikationsarten der Eltern wie Meiden, Ausweichen oder seltenes Sprechen, kann bei Kindern mit Mutismus als Modell-Lernen verstanden werden (Garbani Ballnik, 2009; Sallat, 2017a). Das bedeutet demnach, wenn die Eltern nur wenig Kontakt zum sozialen Umkreis pflegen, empfinden dies die Kinder mit Mutismus als normal und ziehen sich ebenfalls in ihrem sozialen Umfeld zurück.

Steinhausen (2019) bezieht sich bei den familiären Ursachen auf die Bindung zwischen Eltern-Kind, die Schuldzuschreibung des Kindes bei Beziehungskrisen wie auch auf körperliche

Misshandlungen und Übergriffe. Diese verschiedenen sozialen Faktoren sind äusserst sorgfältig zu betrachten und zu gewichten. Steinhausen (2019, S. 194) fügt an, dass «vor einer vorschnellen Pathologisierung der Familie» abgeraten werden soll. Wie bereits erwähnt, unterscheiden sich die Ursachen und deren Intensität individuell von betroffener zu betroffener Person.

2.2.6 Prävalenz

Fachpersonen sind sich bezüglich der Prävalenz des selektiven Mutismus uneinig. Bahr (2012) berichtet, dass die bereits existierenden Zahlen unzuverlässig seien. Er berichtet von statistisch schwankenden Werten zwischen 1 bis 7 betroffenen Kindern auf 1000 Schulkinder.

Das DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) berichtet von einer Prävalenz von 0.03% bis 1%. Jedoch sind diese Zahlen von dem Setting und dem Alter der Stichprobentestung abhängig. Die Zahlen werden aus der Bevölkerungspopulation, der Schule und der Klinik erhoben. Zudem lässt sich nicht klären, welches Geschlecht häufiger von Mutismus betroffen ist. Neben dem Geschlecht wird beschrieben, dass sich das Störungsbild wahrscheinlicher in den jungen Jahren manifestiert als im Jugend- oder Erwachsenenalter.

Bahr (2002, zitiert nach Bahr, 2012) setzt sich dieser Aussage entgegen und belegt, dass Mädchen eineinhalbmal so oft vom selektiven Mutismus betroffen sind wie Jungen. Sie seien stressanfälliger und besitzen Charakterzüge, welche ein gehemmttes Verhalten unterstützen (Bahr, 2012). Steinhausen (2019) spricht sich für eine relativ ausgeglichene Geschlechterverteilung aus.

2.2.7 Komorbiditäten

Da der selektive Mutismus in den Klassifizierungssystemen DSM-V und ICD-11-GM in der Kategorie der Angststörungen zu finden ist, ist naheliegend, dass der selektive Mutismus eine hohe Komorbidität mit weiteren Angststörungen aufweist (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organisation, 2022). Die meisten Parallelen werden mit der sozialen Angststörung, gefolgt von Trennungsangst und spezifischer Phobie gezogen (American Psychiatric Association, 2013).

Weiterführend ist im DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) zu entnehmen, dass Komorbiditäten im Bereich des ängstlichen Verhaltens mit oppositionellem Verhalten in Verbindung

mit selektivem Mutismus gesetzt werden. Jedoch kann das oppositionelle Verhalten auf Situationen beschränkt sein, welche das Sprechen beinhalten. Bei einigen Kindern mit Mutismus können Entwicklungsstörungen wie Kommunikationsverzögerungen oder -störungen beobachtet werden.

Weitere komorbide Entwicklungsstörungen sind im Bereich der Wahrnehmung und Motorik zu beobachten. Neben der statomotorischen Retardierung wird die Linkshändigkeit und die visuomotorische Integration aufgeführt (Rösler, 1981, zitiert nach Katz-Bernstein, 2019). Melfsen et al. (2019) und Steinhausen (2019) berichten von weiteren selten anzutreffenden Störungsbildern wie Depressionen, nichtorganische Schlafstörungen, nichtorganische Enuresis/Enkopresis, Essstörungen, Hyperaktivität, Ticstörungen und übermässiges Kontrollverhalten.

2.2.8 Verlauf

Viele Kinder mit selektivem Mutismus verweilen mit den Charakterzügen des Störungsbildes, ohne eine Diagnose zu erhalten (Bork et al., 2014). Obwohl der Mutismus meistens vor dem fünften Lebensjahr beginnt, fällt er in vielen Fällen erst nach dem Schuleintritt auf (American Psychiatric Association, 2013). Je länger das Störungsbild nicht erkannt wird und keine Behandlungsmöglichkeiten in Anspruch genommen werden, persistiert das Verhalten des Mutismus (Bork et al., 2014). Daher ist es naheliegend, den Verlauf, insbesondere deren erste Anzeichen, zu kennen.

Melfsen et al. (2019) beschreiben einen typischen Verlauf von dem ersten Eintritt möglicher Frühsymptome bis zum Beginn des Störungsbildes. Sie äussern sich in unterschiedlichen Formen und dringen zu immer extremeren Symptomen, bis die Störung klar ersichtlich ist. Das Störungsbild kann sich durch ein unsicheres Kommunizieren äussern. Dies ist besonders gut zu beobachten, wenn das Kind auf neue soziale Situationen prallt und unzureichende Sicherheit der Bezugsperson erhält. Ein weiteres Indiz für einen anbahnenden selektiven Mutismus kann ein zurückhaltendes Verhalten oder eine temporäre Verweigerung der Sprache sein. Diese Rejektion führt dazu, dass eigene Bedürfnisse vermieden werden, um nicht sprechen zu müssen. Betroffene beginnen sich mehr und mehr zurückzuziehen. Noch wechselt das Kind von Schweigen, Flüstern und Sprechen. Es hat sich noch

keine definitive Verhaltensweise angeeignet. Was beim Kommunizieren auffällt, ist die zunehmende Abnahme von Ausdrucksmöglichkeiten. Beispielsweise ist weniger Mimik in Gesprächen oder ein Erstarren zu beobachten, obwohl Emotionen klar in der Thematik des Gesprächs enthalten sind. Die Freiwilligkeit der Spontansprache nimmt ab, Stockungen des Redeflusses häufen sich und die Sprechmelodie wird als monoton eingeschätzt. Das Kind spricht immer leiser, bis es schliesslich beginnt zu schweigen. Sind die Kriterien der Klassifikationssysteme DSM-V oder ICD-11-GM erfüllt, wird von einem selektiven Mutismus gesprochen (*siehe Kapitel 2.2.3*).

«Im weiteren Verlauf der Störung stagniert die psychosoziale Entwicklung. Typisch ist eine Einengung der kognitiven und sozialen Entwicklung; dies führt zu einer massiven Verunsicherung bei Gleichaltrigen, bei denen Hilflosigkeit und Unverständnis, Ablehnung oder Wut provoziert wird.» (Melfsen et al., 2019, S. 610).

Das DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) berichtet, dass Betroffene aus dem selektiven Mutismus herauswachsen. Jedoch gibt es bislang unzureichende klinische Berichte, welche den Längsschnittverlauf der Störung schildern. Anhand von einzelnen Fällen wird sichtbar, dass die Symptome des selektiven Mutismus verschwinden können, jedoch jene der sozialen Angststörung weiterhin bestehen bleiben.

2.2.9 Therapeutische Behandlungsmethoden

Es hat sich in der Forschung des selektiven Mutismus bislang keine eindeutige Therapiemethode durchgesetzt (Melfsen et al., 2019). Daher gibt es eine Vielzahl an möglichen Behandlungsmethoden (Garbani Ballnik, 2009; Steinhausen, 2019). Obwohl sich die verschiedenen Fachrichtungen unterscheiden, haben alle das Ziel, die Symptomatik mit auserwählten Methoden und Interventionen zu mindern und zu beheben. Multimodale Therapieinterventionen werden ebenfalls als förderlich erachtet (Cohan et al., 2006; Garbani Ballnik, 2009). Schmidt-Traub (2019) spricht von einem multiprofessionellem Austausch, so dass die Therapie individuell auf das Kind mit Mutismus angepasst wird.

Psychotherapeutische Behandlung. In der Fachliteratur trifft man bei den möglichen Behandlungsmöglichkeiten auf verschiedene Bereiche der Psychotherapie. Darin enthalten sind die kognitive Verhaltenstherapie, die Kinderpsychotherapie, die (psychodynamische) Spieltherapie und die Musiktherapie (Fernandez & Sugay, 2016; Garbani Ballnik, 2009, 2012; Katz-Bernstein & Subellok, 2009; Melfsen et al., 2019; Sallat, 2017a; Steinhausen, 2019; Zakszeski & DuPaul, 2017).

Laut Steinhausen (2019) sind die Methoden der Verhaltenstherapie am gründlichsten geprüft und lehnen sich an die lerntheoretischen Ansätzen der operanten Konditionierung an. Das Ziel der Verhaltenstherapie bei selektiv mutistischen Kindern ist es, das Vermeidungsverhalten der entsprechenden Situationen mit Expositionsinterventionen zu durchbrechen (Melfsen et al., 2019). Das Kind wird zum Sprechen aufgefordert, jedoch auf einer Ebene, welche nicht zur Überforderung führt. Demnach werden die Betroffenen leicht aus der Komfort Zone gezogen, welche nach positiver Bewältigung erweitert wird und die Symptome schrittweise überwinden.

Weitere Interventionsmethoden bei selektiven Mutismus ist die Psychoedukation, Kontingenzmanagement, Stimulus-Fading, Modellernen, Verhaltensformung oder die Löschung (Melfsen et al., 2019; Steinhausen, 2019).

Garbani Ballnik (2009, 2012) umschreibt in ihren Büchern die Kinderpsychotherapie als möglichen Therapieansatz. Die kreativen und spielorientierten Interventionen setzen an der sozio-emotionalen Entwicklung sowie dem Selbst des Kindes an und verhelfen, dass sich das Kind in einem neutralen und wertefreien Raum öffnen und erfahren kann. Die Rolle der Fachperson besteht darin, das Kind in seinem Handeln mit einem tiefenpsychologischen und sinnverstehenden Blick zu unterstützen. Indem sich das Kind mit seinen Emotionen und seinem Erleben auseinandersetzt und bewusst wahrnimmt, können innere Blockaden, Traumata, Ängste, Verhaltensmuster und Entwicklungsverzögerungen aufgebrochen und überwunden werden. Die zunehmend bewusst wahrgenommenen Gefühle werden in die stärkende Lebenswelt, den Selbstwert und das Selbstbewusstsein des Kindes eingefügt, sodass das Kind beginnt, Ausdrucks- und Kommunikationsmittel zu achten und einzusetzen. Neben der Förderung des Kindes, betreuen die

Fachpersonen das familiäre Umfeld. Dabei werden Unsicherheiten des Erziehungsverhaltens oder hemmende Kommunikationsmuster analysiert. Mittels Gespräche werden neue Betrachtungsweisen beleuchtet, um das Störungsbild des Kindes mit systemischem Ansatz breit zu fördern.

Psychodynamische Spieltherapie wird besonders bei jüngeren Betroffenen gerne eingesetzt (Fernandez & Sugay, 2016). Die Therapiemethoden zielen darauf ab, die Bedeutung des Mutismus und seine Ursprünge im Unbewussten zu verstehen (Cohan et al., 2006). Der Hauptteil der Spieltherapie besteht aus einem unstrukturierten Spiel, welche die Gefühle des Kindes hervorheben und zu dessen Bewusstmachung verhelfen soll. Die Kunsttherapie bildet eine weitere Spalte der Psychodynamik. Dabei werden Kunstmaterialien wie Ton, Zeichnungen oder Farben für den Gefühlsausdruck verwendet. Die therapeutische Fachperson fixiert sich nicht explizit auf die typischen Symptome des Mutismus und lässt somit das Kind im Glauben, einfach mit ihm zu spielen. Stattdessen wird der Fokus auf die Art und Weise des Spiels und die Verwendung des Spielmaterials gelegt, um auf symbolischer Ebene den Mutismus des Kindes zu erklären. Das Kind kann ungehemmt seine innere Lebenswelt ausdrücken und das Schweigen überwinden.

Die Musiktherapie bietet laut Sallat (2017a) viele Möglichkeiten in der Behandlung der Symptomatik des Mutismus. Es werden Erfahrungen im Bereich der Kommunikation und dem Dialog gesammelt, ohne verbale Sprache zu verwenden. Sie wird anhand von musikorientierten Interventionen angeboten. Ziel der Therapie ist der Übertrag des musikalischen Kommunizierens ins Verbale.

Moreau (2005, zitiert nach Sallat, 2017a) beschreibt diverse erprobte Interventionsideen der Musiktherapie bei Mutismus: Bongos, Pauken oder anderweitige rhythmische Instrumente verwenden, stimmverzerrende Mikrofone, diverse Blasinstrumente (Schlauchposaune, Kazoo, Lotusflöten etc.) Obwohl die Musiktherapie versprechende Indizien zur Förderung von Mutismus bereithält, ist die Forschung auf diesem Gebiet noch in den Startlöchern (Sallat, 2017a).

Zusammenfassend wird dargelegt, dass Psychotherapeutische Ansätze auf impliziten und expliziten Ebenen arbeiten. Jedoch verfolgen alle Teilbereiche das gleiche Ziel: Die Symptomatik des Mutismus mindern und beheben.

Familientherapeutische Behandlung. Garbani Ballnik (2009, 2012) gibt folgende Bedeutungserklärungen zur Familientherapie bekannt: Während den Sitzungen ist die gesamte Familie anwesend, da das Störungsbild die gesamte Familie betrifft und dementsprechend belasten kann. Die Therapeut:in erarbeitet mit der Familie neue Kommunikationswege und versucht das System Familie wieder in das Gleichgewicht zu bringen. Beispielsweise werden Strategien des Turn-Taking oder des Mentalisierens unter fachlicher Kontrolle geübt und anschliessend in den Familienalltag übertragen. Die Sitzungen sind hauptsächlich aus Gesprächen aufgebaut. Weitere Methoden wie Spielen, Malen oder Basteln können ebenfalls einen Teil der Therapie in Anspruch nehmen.

Die Relevanz einer Familientherapie ist jedoch von Fall zu Fall neu abzuwägen, da die Ätiologie individuell variiert (Steinhausen, 2019).

Psychiatrische Behandlung. Ist, laut Hartmann und Lange (2007) eine psychische Pathologie Ursache für den selektiven Mutismus, so wird teil- oder stationär vorgegangen. Meist wird die psychotherapeutische Behandlung mit einer Medikation gekoppelt.

Medikamentöse Behandlung. In einigen Fällen wird auf die Medikation mittels selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) (Steinhausen, 2019), welche den Antidepressiva angehören, zurückgegriffen. Jedoch gibt es in der Wissenschaft bislang keine eindeutigen Belege, welche für eine pharmakologische Behandlung von selektivem Mutismus sprechen (Manassis et al., 2016). Die Behandlung mittels SSRI «ist insbesondere bei komorbiden Angststörungen oder depressiven Störungen indiziert» (Melfsen et al., 2019, S. 618).

Sprachtherapeutische und logopädische Behandlung. Garbani Ballnik (2012) beschreibt die Therapiemethode wie folgt:

Eine sprachtherapeutische Behandlung bei selektivem Mutismus kommt, sowohl mit oder ohne Sprachentwicklungsstörung in Frage. Die Fachpersonen sind meist speziell auf dieses Störungsbild ausgebildet. Die Kommunikationsfähigkeiten und -fertigkeiten werden in der Logopädie durch spielerisches und kreatives Angebot gefördert. Dabei unterstützt die Fachperson mittels unterschiedlichen Kommunikationsangeboten das Kind mit mutistischen Symptomen. Es lernt schrittweise zu kommunizieren und sich entsprechend auszudrücken.

Im Laufe der Zeit haben diverse Fachpersonen aus Deutschland sprachtherapeutisch-orientierte Therapieprogramme geformt. Sie umfassen die *systemische Mutismus Therapie* nach Hartmann, die *Dortmunder Mutismus Therapie* nach Subellok und Bahrfeck und die *kooperative Mutismus Therapie* nach Kramer (Melfsen & Walitza, 2017).

Psychomotoriktherapeutische Behandlung. Garbani Ballnik (2009) deutet auf die Förderung von Mutismus mittels Psychomotorik hin. Mit der Grundlage, das Kind durch Bewegung, Spiel und Wahrnehmung zu fördern, gerät der Bereich der verbalen Sprache bei dem Kind in Vergessenheit. Sie fügt an, dass die sprachlichen Anforderungen gerade durch die bewegungsorientierten Ausdrucksweisen implizit angesprochen und gefördert werden. Somit lernt das Kind mit selektivem Mutismus sich in und mit seinem Körper besser wahrzunehmen, reduziert Unsicherheiten und wird ressourcen- und entwicklungsorientiert unterstützt.

3 Methode

Im nachfolgenden Teil wird die verwendete Methodik beschrieben, dargestellt und der Vorgang der systematischen Literaturrecherche erläutert.

3.1 Vorgehen

Das Vorgehen dieser systematischen Literaturrecherche wird in Anlehnung an die überarbeitete 16-Item-Checkliste des *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses Statment* (PRISMA-S) erarbeitet, geplant und durchgeführt. Sie dient als Erweiterung des *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses-Flussdiagramms* (PRISMA) (Moher et al., 2009), welches die aus der Checkliste resultierenden Datenbankergebnissen grafisch darstellt und zusammenfasst (*siehe Kapitel 4*).

3.1.1 Erarbeitung und Durchführung der Hand- und Datenbanksuche

Die von der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik (HfH) zur Verfügung gestellten Fachdatenbanken und E-Ressourcen werden auf die Relevanz der Fragestellungen durchkämmt. Daraus heben sich folgende fünf Datenbanken hervor: APA PsycInfo, Education Source, ERIC, Fachportal Pädagogik und Pubmed. Diese Datenbanken werden im März 2023 aufgerufen und mit festgelegten Suchstrings, Ein- und Ausschlusskriterien wie das Setzen von Filter auf geeignete Literatur systematisch gesucht. Die Anzahl der Treffer und der relevanten Treffer werden im Rechercheprotokoll eingetragen. Wichtige Anhaltspunkte wie Suchstring, Filter, Datenbank oder das entsprechende Recherchedatum sind ebenfalls im Rechercheprotokoll (*siehe Kapitel 10.1*) enthalten. In einem weiteren Dokument wird eine Literaturliste mit allen Treffern manuell zusammengetragen, welche zur Bestimmung von Duplikaten dient. Der Verlauf der Identifikation von Literatur, das Treffen einer Vorauswahl, die Überprüfung auf die Eignung der Literatur und die eingeschlossenen Studien und Werke für den Ergebnisteil werden mittels PRISMA-Flussdiagramm (Moher et al., 2009) (*siehe Abbildung 2*) ausdifferenziert (*siehe Kapitel 3.1.3*).

Die Fachdatenbanken APA-PsycInfo, Education Source, ERIC werden in der Rechercheplattform EBSCOhost auf relevante Treffer revidiert. Die Suche in den zwei restlichen

Datenbanken (Pubmed und Fachportal Pädagogik) wird direkt in der jeweiligen Suchplattform realisiert.

Vor der Datenbankrecherche wird mittels Suchstring *Psychomotorik AND selektiver Mutismus* auf Google nach möglicher grauer Literatur und ersten möglichen Ergebnissen gesucht (Stand: Februar 2022). Zwei möglich relevante Beiträge werden mittels Google-Suche für die PRISMA-Kategorie *Zusätzlich gefunden in anderen Quellen* (Moher et al., 2009) hinzugefügt. Die Google-Suche wird im März 2023 wiederholt und in die Handsuche integriert, welche zusätzlich zur Datenbanksuche relevante Treffer ergibt. Neben der Suche auf Google wird die Schneeballsuche in der lizenzierten Onlinebibliothek Swisscovery ergänzt. Mittels Suchstrings (*siehe Tabelle 2*) wird nach aussagekräftigen Artikeln, Büchern und elektronischen Medien gesucht. Die Verfügbarkeit der physischen Werke wird auf den Bibliotheksstandort der HfH und der Universität Luzern beschränkt.

Literaturlisten der Studien, welche als relevant erachtet werden, werden manuell durchgekämmt. Beiträge von bisher unbekanntem Autor:innen werden auf die Verfügbarkeit und Relevanz überprüft. Die Übersichtsarbeit von Zakszeski und DuPaul (2017) wird hiermit für die Ergebnisliste hinzugezogen.

3.1.2 Entwicklung von Suchstrategien

Für die Entwicklung der unten ersichtlichen Suchstrings werden zuerst Schlüsselwörter und zentrale Begriffe aus den Fragestellungen entnommen, kombiniert und nach passenden Synonymen gesucht. Anschliessend werden die deutschen Begriffe ins Englische übersetzt. Mit einer ersten groben Suche in den Datenbanken des EBSCOhost (*siehe Kapitel 3.1.1*) werden Suchstrings zusammengeführt und optimiert. Um die Suche weiter zu verfeinern, werden die Booleschen Operatoren 'AND', 'OR' und 'NOT' hinzugezogen. Für Trunkierungen wird das Symbol '*' verwendet. Somit entstehen neun verschiedene Suchstrings (*siehe Tabelle 2*), welche je nach Datenbank in Deutsch (Fachportal Pädagogik) oder in Englisch (APA PsycInfo, Education Source, ERIC, Pubmed) verwendet werden.

Tabelle 2*Suchstrings der Datenbankrecherche*

Suchstrings Deutsch	Suchstrings Englisch
Psychomot* AND selektiver Mutismus	Psychomot* AND selective mutism
Psychomot* AND Mutismus	Psychomot* AND mutism
Psychomot* AND Schweigen	Psychomot* AND silence
Psychomot* AND Angst*	Psychomot* AND anxiety OR fear
Mototherapie AND Mutismus	Mototherapy AND mutism
Spiel AND Mutismus	Mutism AND play OR game
Bewegung AND Mutismus	Mutism AND movement
Therapie AND Mutismus	Mutism AND therapy
Mutismus AND Intervention OR Behandlung	Mutism AND treatment OR intervention

Während der Datenbankrecherche wird wiederholt auf verschiedene Differentialdiagnosen, für die Fragestellung nicht relevante-medizinische Begriffe oder für die Psychomotoriktherapie unwichtige Interventionsmethoden gestossen. Daher werden folgende Begriffe während der Suche sporadisch mit dem Operator 'NOT' eingesetzt: ADHS/ADHD, Autismus/Autism, Katatonie/Catatonia, Kleinhirn bedingt/Cerebellar und Medikation/Medication. Die Trefferquoten werden spezifischer, welche das Sichten von vielen unwichtigen Studien und Artikeln minimiert. Die genauen Suchkombinationen sind dem Rechercheprotokoll zu entnehmen (*siehe Kapitel 10.1*).

Neben der Erarbeitung von sinnvollen Suchstrings werden zeitgleich Ein- und Ausschlusskriterien definiert, welche tabellarisch gegliedert zu entnehmen sind.

Tabelle 3*Übersicht der definierten Ein- und Ausschlusskriterien*

Kategorien	Ein- und Ausschlusskriterium
Population	Mensch
Alter	4-12 Jahre
Zeitraum	2003-2023 (Zeitspanne von 20 Jahren)
Sprache	Deutsch, Englisch
Publikationstyp	Alle
Setting	Therapie, Prävention, Einzel- und Gruppensetting
Suchmodus	Alle Suchbegriffe finden/Find all my search terms

Diese Arbeit beschäftigt sich mit Psychomotoriktherapie und Kindern, welche von selektivem Mutismus betroffen sind. Deshalb wird die Altersgrenze gemäss dem Alter der Klientel der Psychomotoriktherapie und dem Eintritt der Symptome gezogen. Um wichtige Literatur der letzten Jahre in der Ergebnisliste zu finden und die Sorge nach geringen wissenschaftlichen Studien besteht, wird der Zeitraum der Suchergebnisse auf die letzten 20 Jahre eingegrenzt. Deutsch- und englischsprachige Studien werden aufgrund der Sprachkenntnisse der Autorin eingeschlossen. Ebenfalls werden alle Publikationstypen und Suchbegriffe für die Recherche akzeptiert.

Neben den festgesetzten Ein- und Ausschlusskriterien, verwendet jede Datenbank unterschiedliche Filter, welche die Suche konkretisieren soll. APA PsycInfo verfügt über viele Filter, welche mit den Ein- und Ausschlusskriterien übereinstimmen. Ähnliches gilt für Education Source und Pubmed. Da ERIC eine Datenbank mit pädagogischen Themen ist, wird das Alter in Schulstufen umgewandelt. Demnach werden die Filter 'Early Childhood Education', 'Elementary Education', 'Kindergarten' und 'Primary Education' verwendet. Die Datenquellen 'BFF 1945-1993', 'ERIC – Institute of Education Sciences', EBSCOhost ebooks' und 'BASE' des Fachportal Pädagogik werden durch Doppelung oder Irrelevanz von der Suche subtrahiert.

3.1.3 Eingrenzung der Suchergebnisse

Das PRISMA-Flussdiagramm nach Moher et al. (2009) wird in der Erarbeitung von wissenschaftlichen Reviews für die Darstellung des Such- und Eingrenzungsvorgangs verwendet. Durch seine klar gegliederte und anschauliche Struktur gibt das Diagramm der Betrachter:in einen raschen Überblick über die getätigte Recherche und deren Ausschlussverfahren.

Die Suche in den fünf Datenbanken ergibt eine Trefferzahl von 1'108 Artikeln. Die Trefferzahl der einzelnen Datenbanken wird chronologisch (von gross nach klein) aufgeführt: APA PsycInfo (399 Treffer), Pubmed (381 Treffer), Education Source (205 Treffer), Fachportal Pädagogik (95 Treffer), ERIC (28 Treffer). Durch die Schneeballsuche werden acht möglich relevante Werke gefunden. Nachdem 417 Duplikate manuell von der Trefferquote subtrahiert werden, werden die daraus resultierenden 699 Studien in die Vorauswahl integriert. Davon werden 619 Studien ausgeschlossen, da nach Einsicht des Titels und des Abstracts deren Irrelevanz für die Fragestellungen gegeben sind. Somit kommen 80 Studien für die Beantwortung der Fragestellungen in Frage. Diese werden auf ihre mögliche Eignung überprüft, indem nach ihrer Verfügbarkeit gesucht wird und der Volltext den Voraussetzungen entspricht. Hierbei werden weitere 62 Studien mit Begründung (*siehe Abbildung 2*) ausgeschlossen. Die 1'116 Treffer reduzieren sich auf finale 18 Treffer. Davon werden elf Studien der qualitativen Synthese und sieben der quantitativen Synthese zugeordnet.

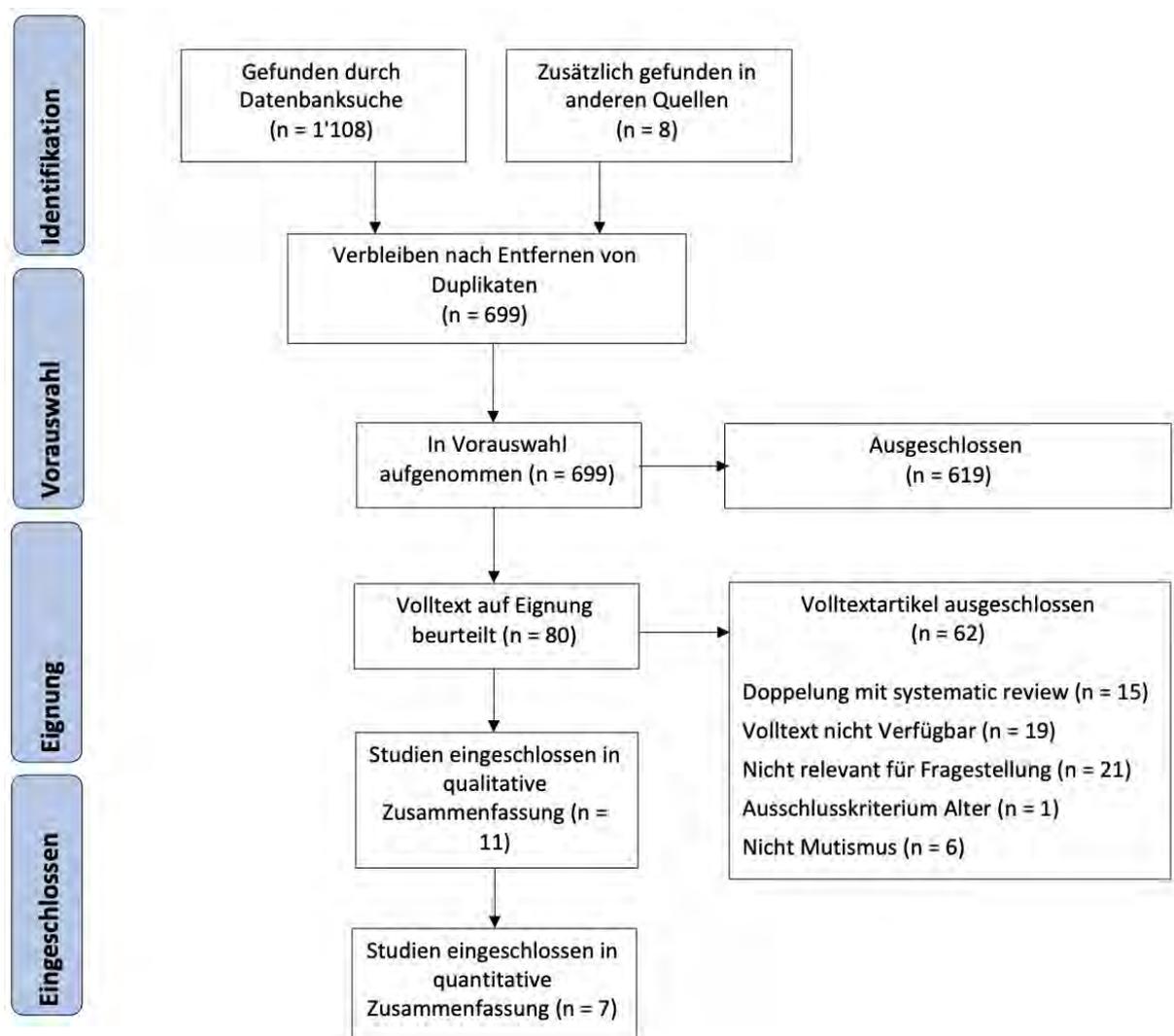
4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Forschungsergebnisse aufgeführt und mittels verschiedener Darstellungsformen präsentiert. Weiterführend werden die Ergebnisse den zwei Fragestellungen zugeordnet und beantwortet.

Die Herleitung der Forschungsergebnisse mittels des PRISMA-Flussdiagramms (Moher et al., 2009) ist in der folgenden Abbildung zu entnehmen.

Abbildung 2

Ergebnisse dargestellt im PRISMA-Flussdiagramm nach Moher et al. (2009)



4.1 Zusammenführung der Ergebnisse

Von den 18 Ergebnissen können vier aufgrund des fehlenden Studiendesigns nicht in die Tabelle integriert werden und sind schriftlich aufgeführt:

Bahr (2012) berichtet in seinem Praxisbuch neben theoretischen Grundlagen und Erkennungszeichen des selektiven Mutismus auch von Anhaltspunkten, wie betroffene Kinder dieses Schweigen ablegen können. Die Interventionsideen lassen sich kombinieren, variieren und passen sich jedem Kind mit Mutismus individuell an. Er empfiehlt neben einem achtsamen Umgang und einer personenzentrierten therapeutischen Haltung die Motorik bei schweigenden Kindern hinzuzuziehen. Er hebt die Psychomotorik mit all ihrer kreativen und vielfältig einsetzbaren Methoden als mögliche Behandlung hervor.

Bork et al. (2014) verweisen in ihrem Artikel auf die Wichtigkeit des Spiels und deren möglichen positiven Effekte in der Behandlung von Kindern mit selektivem Mutismus. Durch das Medium Spiel können sich Kinder ausleben, Erlebtes verarbeiten, Neues erfahren, Strategien ausprobieren, Fertig- und Fähigkeiten aneignen und somit die Entwicklung umfangreich vorantreiben. Russ (2003, zitiert nach Bork et al., 2014) betrachtet das Spiel als ein Spiegel, welches die momentane Entwicklungsstufe des Kindes aufzeigt. Weiter wird die ressourcenorientierte Beziehung zwischen Therapeut:in und Kind akzentuiert. Da spielt das gegenseitige Vertrauen eine grosse Rolle, um mögliche positive Bewältigungsschritte ermöglichen zu können.

Garbani Ballnik (2009) informiert in ihrem Buch *Schweigende Kinder. Formen des Mutismus in der pädagogischen und Therapeutischen Praxis* von theoretischen Grundlagen über mögliche Interventionen bis hin zu möglichen Therapien, welche die Symptomatik von selektivem Mutismus minimieren sollen. Der Psychomotoriktherapie wird ein eigener Abschnitt gewidmet (*siehe Kapitel 2.2.9*), welche betroffenen Kindern durch das Spiel, Sinnes- und Bewegungserfahrungen wertvolle Anhaltspunkte zum verbalen Ausdruck vermittelt.

Sallat (2017b) legt in seinem Bericht über die *Potenziale der Musik für die Sprachförderung und Sprachtherapie* dar, dass Musiktherapie durchaus ein möglicher Behandlungsansatz für den selektiven Mutismus sein kann. Er soll bei einem multimodalen Verfahren hinzugezogen werden. Durch die Rarität an Forschung in diesem Gebiet, scheinen Betroffene und Angehörige äusserst selten mit dieser Therapieform in Kontakt zu geraten. Neben der non-verbalen Kommunikation durch

das Musizieren werden weitere Bereiche wie das Selbstkonzept, die sozio-emotionale Kompetenz oder die exekutiven Funktionen positiv beeinflusst.

In einer Tabelle werden die weiteren 14 Ergebnisse übersichtlich dargestellt und anschliessend narrativ zusammengefasst.

Tabelle 4

Ergebnisse der Studien für die Forschungsfragen 1 und 2 im Überblick

Autor:in (Jahr)	Forschungsdesign	Therapieansatz	N (Alter)	Intervention/Methode	Setting	Interventionsdauer	Ergebnis
Bork & Bennet (2020)	Nicht-experimentelle Fallstudie	Verhaltenstherapeutischer Ansatz	N = 3 (8 Jahre)	Video-Self-Modeling, Stimulus Fading, Verstärkung	Therapie zweimal wöchentlich vor Schulstart in der Schule (leeres Klassenzimmer), Einzelsetting, Wöchentliche Treffen mit den Eltern	Bis zu 8 Wochen (exkl. 1-Monat Follow-Up), insgesamt 65-130 Minuten	Signifikante Verbesserungen des Kommunikationsverhaltens. Bestätigt nach 1-Monat Follow-Up.
Catchpole et al. (2019)	Prä-Post-Design	Multimodaler Ansatz (Verhaltens- und systemische Therapieeinheiten)	N = 31 (4-9;75 Jahre)	Drei Behandlungskomponenten: Kindgeleitete Interaktion (Spiegeln, Ressourcenorientiert, Kindzentriertheit, Frageausweichmöglichkeiten), Verbal-gerichtete-Interaktionen (Auswahlfrage, offene Frage, Reflektieren) Expositionstherapie (Belohnung des Sprechens) Elterngesteuerte Expositionsverfahren im öffentlichen Umfeld	13-Mal in einer psychiatrischen Klinik, 3-Mal Schulbesuche, erste Stunde Therapeut:in und Elternteil, anschließend Therapeut:in, Kind und Elternteil	16 wöchentliche Therapieeinheiten à 60 min (Zeitraum über 22 Wochen)	Signifikanter Zuwachs des Kommunikationsverhalten in verschiedenen Settings (Vergleich Pre- und Post-Behandlung), hohe Zufriedenheit der Behandlung seitens Eltern, Kinder in medikamentöser Behandlung zeigen keine signifikanten Unterschiede zu Kindern ohne Pharmakotherapie, PCIT-SM erweist sich als überaus effektive Behandlungsmethode.
Cohan et al. (2006)	Systematische Übersichtstudie (1990-2005)	Multimodaler Ansatz (Verhaltens-, systemische und psychodynamische Therapieeinheiten)	N = 69 (3-13 Jahre)	Kontingenzmanagement, stimulus-fading, Verhaltensformung, gezielte Desensibilisierung, Training sozialer Kompetenzen, Spiegeln Familientherapiesitzungen, Aufbrechen von hinderlichen Kommunikationsmustern Kunst- und Spieltherapie (freie Spielsituation, Kindzentriertheit)	-	7 Tage bis 42 Monate	Das Kombinieren von Verhaltensinterventionen, erweist sich als wirksam. Jeder Fall muss individuell betrachtet werden und passende Interventionen gewählt werden. Kognitive Verhaltensansätze sind ebenfalls wirksam, doch weitere Forschung wird benötigt. Multimodale Interventionen erweisen sich als wirksam. Es fehlen evidenzbasierte Interventionen.

N = Anzahl Teilnehmer:innen

Tabelle 4 - weiterführend

Autor:in (Jahr)	Forschungsdesign	Therapieansätze	N (Alter)	Intervention/Methode	Setting	Interventionsdauer	Ergebnisse
Fernandez et al. (2014)	Nicht-experimentelle Fallstudie	Psychodynamischer Ansatz (Kunst- und Ausdruckstherapieeinheiten)	N = 1 (10 Jahre)	Kindzentriertheit, Angebote machen, Freiwilligkeit, strukturierte Spiele (Regelspiele), Exploration, Spiegeln, Aufbau Therapeut:in-Kind-Beziehung, Spiel mit Ton	Einzelsetting	-	Verbesserung der Symptome. Vermeidungsverhalten und Ängste wurden minimiert. Kind begann mit der Therapeut:in verbal zu kommunizieren.
Fernandez & Sugay (2016)	Nicht-experimentelle Fallstudie	Psychodynamischer, spieltherapeutischer Ansatz	N = 1 (9 Jahre)	Rollenspiel mit Puppen, Familienaufstellung, freie Spielsituation, Spielen mit Ton, Safe Place	Einzelsetting	-	Kind lernt Emotionen zu regulieren, stärkt das Selbstkonzept, zeigt, dass psychodynamische Interventionen eine heilende Wirkung haben können.
Hung et al. (2012)	Nicht-experimentelle Fallstudie	Multimodaler Ansatz (Verhaltens-, Spiel- und systemische Therapieeinheiten)	N = 1 (4 Jahre)	Desensibilisierung, Verhaltensformung, Stimulus Fading Über Handpuppe kommunizieren, freie Spielsituation, Rollenspiel mit Puppen, Musizieren, Spiegeln, Doppeln, Exploration, Safe Place, Empathie, Mentalisieren Zusammenarbeit mit Umfeld (Eltern, Lehrpersonen), Beobachtungen	Im Schulzimmer, Leseraum oder auf dem Schulareal, Einzelsetting (inkl. 3 Gruppenstunden)	Mehr als 7 Therapiesitzungen, einmal wöchentlich	Beginnende spieltherapeutische Interventionen bilden Grundlage für Vertrauen, welche durch Interventionen der Verhaltenstherapie ersetzt werden. Kind beginnt Schrittweise ihr Kommunikationsverhalten zu öffnen. Follow-Up nach einigen Monaten zeigt, dass die Sprechhäufigkeit als normal eingeschätzt wird.
Khan & Renk (2018)	Nicht-experimentelle Fallstudie	Multimodaler Ansatz (systemische und Verhaltenstherapieeinheiten)	N = 1 (5 Jahre)	Zusammenarbeit mit Eltern, Aneignung von Expositionsinterventionen, Kontingenzmanagement, kreative Interventionen (Malen, Spiele), Ressourcenorientiertheit, Emotionserkennung, Psychoedukation	Einzelsetting in psychologischer Ausbildungsklinik (Kind-Therapeut:in (in Ausbildung) - Supervisorin	35 Therapiesitzungen à 60 min	Erhöhung des Selbstkonzeptes, der Einbezug des Umfeldes und die Individualisierung der Therapiemethoden erweisen sich als sehr gewinnbringend.

N = Anzahl Teilnehmer:innen

Tabelle 4 – weiterführend

Autor:in (Jahr)	Forschungsdesign	Therapieansätze	N (Alter)	Intervention/Methode	Setting	Interventionsdauer	Ergebnisse
Klein et al. (2017)	Pilotstudie	Multimodaler Ansatz (systemische, Verhaltens- und kindzentrierte Therapieeinheiten)	N = 40 (5-12 Jahre)	Psychoedukation der Eltern, regelmässiger Austausch Social Communication Anxiety Treatment (S-CAT), Expositionsinterventionen Kongruentes therapeutisches Verhalten, Spiegeln	3-Mal Einzelsetting alle 3 Wochen im Spielraum (inkl. Versteckter Kamera) Wöchentliche Telefonate/Mailkontakt Eltern und Therapeut:in	9 Wochen	Signifikante Steigerung der Sprechhäufigkeit und Anhalten nach Follow-Up (6 Wochen nach Beenden der Intervention)
Kramer (2004)	Nicht-experimentelle Fallstudie	Psychomotoriktherapeutischer Ansatz (systemische, psychodynamische Therapieeinheiten)	N = 1 (5;6 Jahre)	Familienorientierte Interventionen, offene Beziehungsangebote Safe Place, Förderung der Selbstwirksamkeit, Spiegeln, Orientierung und Kontrolle ermöglichen, Rollenspiele (mit Puppen), Sprache nicht ins Zentrum rücken, über Bewegung und Musik zur Sprache gelangen	Einzelsetting	-	Keine klaren Ergebnisse, Interventions- und Therapievorschläge. Psychomotoriktherapie scheint sich bei diesem Fall besonders gut anzubieten.
Oerbeck et al. (2018)	Randomisierte kontrollierte Studie (5 Jahr Follow-Up)	Multimodaler Ansatz (Verhaltens- und systemische Therapieeinheiten)	N = 30 (8-14 Jahre)	Kontingenzmanagement, defocused communication, Zielsetzung, Verhaltensformung, stimulus fading, Belohnung für Sprechen Psychoedukation, Kompetenztraining von Eltern/Lehrpersonen	3-Mal wöchentliches Gruppensetting zuhause (mit Eltern) und 18-Mal Einzelsetting im Schulzimmer 2-Mal pro Woche	12 Wochen à 60 Min	Signifikanter Zuwachs der Sprachproduktion bei Durchführung der RCT-Studie. 1-Jahr Follow-Up: keine signifikanten Verschlechterungen, sondern signifikante Verbesserungen. 5-Jahr Follow-Up: 21 Kinder sind störungsfrei, 5 zeigen teils ein gehemmtes Sprechverhalten und 4 erfüllen weiterhin die Diagnosekriterien. Es ist ein kontinuierlicher individueller Fortschritt sichtbar.

N = Anzahl Teilnehmer:innen

Tabelle 4 - weiterführend

Autor:in (Jahr)	Forschungsdesign	Therapieansätze	N (Alter)	Intervention/Methode	Setting	Interventionsdauer	Ergebnisse
Oon (2010)	Nicht-experimentelle Fallstudie	Multimodaler Ansatz (psychodrama-, Verhaltens- und systemische Therapieeinheiten)	N = 1 (5 Jahre)	Freie Spielsituation, Rollenspiel, Safe Place, Exploration, Rollenübertragung, Spiegeln Verhaltensformung Multiprofessioneller Austausch	Wöchentliche Einzeltherapie in Therapieraum	18 Wochen über 5 Monate	Integrierte Verhaltensformung im Spiel erweist sich als förderlich. Vergrößerung des Selbstwertgefühls und der Spontanität, spontane Lautäußerungen in Therapie, positive Persönlichkeitsentwicklung. 1-Jahr Follow-Up: Störungsfreies Verhalten.
Steains et al. (2021)	Meta-Analyse (2013-2019)	Multimodaler Ansatz (Verhaltens-, psychodynamische, und systemische Therapieeinheiten)	N = 233 (3-12 Jahre)	Verhaltensformung, Kontingenzmanagement, Expositionsintervention, verhaltensorientierte Spieltherapie (Psychomotorik) Emotionen ausdrücken durch Spiel und Kunst Psychoedukation, Kompetenztraining, Kollaboration	Therapie in Klinik, Schule oder zuhause, 5-72 Therapiesitzungen	1-24 Wochen	Psychologische Interventionen sind effektiver als keine Therapie. Alle Studien verzeichnen signifikante Verbesserungen zur Kontrollgruppe. Esposito et al. (2017) verzeichnen immense positive Ergebnisse mit der grossen Teilnehmerzahl.
Voss (2011)	Nicht-experimentelle Fallstudie	Psychomotorischer Ansatz (inkl. Verhaltenstherapieeinheiten)	N = 1 (6;9 Jahre)	Kindzentriertheit, Ressourcenorientiert, freie Spielsituation, Wiederholung, Rituale, Bewegungsparcours, spielerische Verbindung von Sprache und Bewegung Belohnung nach Sprechen	Einzelsetting im Therapieraum	3 Monate	Verbesserung in allen Förderbereichen (Motorik, Sprache, Kognition, sozio-emotionales Verhalten) und Sicherung der Persönlichkeitsentwicklung
Zakszeski & DuPaul (2017)	Systematische Übersichtsstudie (2005-2015)	Multimodaler Ansatz (Verhaltens-, psychodynamische und systemische Therapieeinheiten)	N = 129 (3-12 Jahre)	Kontingenzmanagement, Verhaltensformung, Expositionsintervention, stimulus fading, Zielsetzung, Training der Sozial-Kompetenz, defocused communication freie Spielsituation, Rollenspiel Kompetenztraining, Psychoedukation, Konsultationen	Schule, Klinik, zuhause (1-3 Settings)	-	12 der 21 Studien verfolgen mehr als ein Therapieansatz. Verhaltenstherapeutisch-orientierte Studien dominieren über psychodynamischen Studien, durch ihre Überlegenheit in der Forschung. Alle Studien erzielen ein positives Ergebnis.

N = Anzahl Teilnehmer:innen

Von den 14 untersuchten Studien sind acht Fallstudien, zwei systematische Übersichtsarbeiten und je eine, welche dem Forschungsdesign der Meta-Analyse, der randomisierten kontrollierten Studie, dem Prä-Post-Design und der Pilotstudie zugeordnet wird. Wie Cohan et al. (2006) und Zakszeski und DuPaul (2017) in ihren systematischen Übersichtsarbeiten bereits erkennen, können aufgrund der tiefen Prävalenz (*siehe Kapitel 2.1.6*) selten genügend Teilnehmer:innen für eine Studie rekrutiert werden. Somit überwiegen Einzelfallstudien in den Reviews.

Neun Studien verwenden einen multimodalen, zwei einen psychodynamischen und eine einen verhaltenstherapeutischen Ansatz. Die zwei verbleibenden Studien gründen auf diversen Ansätzen, welche in der Psychomotorik praktiziert werden (*siehe Kapitel 2.2.9*).

Die verwendeten Interventionen und deren Kombination variieren von Studie zu Studie. Sie können von einer expliziten Verhaltensformung über einem regelmässigen Austausch zwischen den betroffenen Systemen bis hin zu einer kindzentrierten und offen gestalteten Spielsequenz zusammengesetzt werden.

Die grosse Variabilität ist weiter in der Zusammensetzung des Settings zu beobachten. Neben einem Therapieraum, der Klinik oder zu Hause werden Therapieeinheiten überwiegend in der Schule und vorzugsweise in einem Einzelsetting gehalten. Die Intensität verläuft von ein bis drei wöchentlichen Therapiestunden, welche sich von einem Monat bis zu 42 Monaten erstrecken. Der Durchschnitt der Interventionsdauer zieht sich über einen Zeitraum von 3-5 Monaten hin.

Der positive Effekt nach einer Therapie erstreckt sich über sämtliche Studien. Vier Studien berichten von signifikanten Ergebnissen, wie der Zuwachs an der Sprechhäufigkeit und des Sprechverhaltens. Weitere zehn Studien verzeichnen wirksame Resultate, welche sich von Verbesserungen der Symptome bis hin zu einem störungsfreiem Verhalten erstrecken.

4.2 Beantwortung der Forschungsfragen

Die Ergebnisse aus dem methodischen Vorgehen werden zur Beantwortung der Forschungsfragen gegenübergestellt und zugeordnet.

Forschungsfrage 1

Profitieren Kinder mit selektivem Mutismus von der Psychomotoriktherapie?

Teilfragen. Was ermöglicht die Psychomotoriktherapie? Welche Förderbereiche werden angesprochen?

Kinder teilen ihren emotionalen Zustand nicht nur durch verbale Äusserungen, sondern zeigen ihr Befinden durch ihre Körperhaltung, ihr Bewegungsverhalten, ihre Mimik oder die eingeschränkte Einnahme des Bewegungsraumes (Garbani Ballnik, 2009; Kramer, 2004). Die Psychomotorik kann laut Bahr (2012) und Voss (2011) physische und psychische Spannungen und Ängste, welche Kinder mit selektivem Mutismus aufweisen, durch das Medium Bewegung lockern, reduzieren, lösen und wichtige Erfolgserlebnisse ermöglichen. Gabani Ballnik (2009) schliesst sich ebenfalls der Aussage von Bahr an und ergänzt, dass die Psychomotoriktherapie für eine geeignete Therapieform für Kinder mit Mutismus durchaus in Frage kommt. Voss (2011, S. 212) erweitert diesen Gedanken um die «systematisch und evident» behandelbare Symptomatik des selektiven Mutismus durch eine Psychomotoriktherapie. Im Zentrum der Therapie soll demnach der Leib wie die Selbstwahrnehmung und -sicherheit stehen, welche durch kreative und spielerische Interventionen erweitert werden und somit zu einer Besserung der Symptomatik führt.

Kramer (2004) äussert sich ebenfalls positiv zur Behandlung von selektiven Mutismus durch eine Psychomotoriktherapie. Die Psychomotoriktherapie erreicht durch ihre bewegungs- und spielbasierenden Arbeitsmethoden eine Basis für eine günstige Persönlichkeitsentwicklung, welche die kommunikative Handlungsfähigkeit beinhaltet. Weiter stimmt sie sich individuell an Lebensalter und Symptomatik ab, was Einfluss auf die Interventionswahl, Methodik und Arbeitsweise nimmt.

Da der Fokus nicht auf die Sprache liegt, gerät dieser Aspekt bei den Kindern in Vergessenheit und kann kindgerecht durch die Fachperson und entsprechende Methoden unterstützt und begleitet werden (Garbani Ballnik, 2009; Kramer, 2004).

Steains et al. (2021) erwähnen in ihrer Meta-Analyse eine Studie, in welcher die Behandlungsmethode mit einer Psychomotoriktherapie impliziert. Diese erste Studie im Bereich

selektiver Mutismus und Psychomotoriktherapie ist die erste ihrer Art, so die Verfasser:innen (Esposito et al., 2017):

Die intensive Psychomotoriktherapieeinheit, welche drei Mal in der Woche über 6 Monate indiziert wird, legt signifikante Verbesserungen der verhaltensbezogenen Symptomatik des selektiven Mutismus dar. Durch die Generierung eines Safe Place in der Therapie und dem Hauptmedium Spiel zeigen sich klare positive Fortschritte in den Bereichen der sozialen Kompetenz und Interaktion, emotionalen Ausgeglichenheit und der Bewegungsfreude.

Die aussagekräftige randomisiert-kontrollierte Studie von Esposito et al. (2017), die Einzelfallstudie von Voss (2011) und Kramer (2004), wie die Textstellen aus den Büchern von Bahr (2012) und Galbani Ballnik (2009) befürworten die erste Forschungsfrage: *Profitieren Kinder mit selektivem Mutismus von der Psychomotoriktherapie?*

Forschungsfrage 2

Ist die Psychomotoriktherapie in Verbindung mit anderen herkömmlichen Behandlungsmethoden eine geeignete Therapieform für Kinder mit selektivem Mutismus?

Teilfragen. Welche Fachdisziplin trägt die Zuständigkeit zur Behandlung des selektiven Mutismus?
Wann ist es sinnvoll eine Psychomotoriktherapie zu indizieren?

Studien mit einem verhaltenstherapeutischen Ansatz verzeichnen signifikante Ergebnisse des Interaktionsverhaltens in unterschiedlichen sozialen Situationen und deutliche positive Entwicklungen des Selbstkonzeptes (Bork & Bennett, 2020; Catchpole et al., 2019; Cohan et al., 2006; Oerbeck et al., 2018; Khan & Renk, 2018). Die Resultate werden mittels Follow-Up Erhebungen weiter bestätigt (Bork & Bennett, 2020; Klein et al., 2017; Oerbeck et al., 2018). Die führende Forschung auf diesem Gebiet verzeichnet klar die Verhaltenstherapie, so die Autor:innen der systematischen Übersichtsarbeiten (Cohan et al., 2006; Zakszeski & DuPaul, 2017). Catchpole et al. (2019) kombinieren die verhaltenstherapeutische Sichtweise mit ressourcenorientierten und kindzentrierten Interventionen und entwickeln ihre wirksame *Parent-Child-Interaction-Therapie*, welche sich insbesondere auf die Interaktion zwischen Elternteil und Kind bezieht.

Weiter konstruieren Klein et al. (2017) mit Grundlage der Verhaltenstherapie und einem systemischen und kindzentrierten Ansatz das *Social-Communication-Anxiety-Treatment*. Ihr Ziel gründet auf der Angstreduktion, welche durch ein liberales therapeutisches Handeln und die Verwendung der intrinsischen Motivation der Kinder erreicht wird.

Die passende Kombination an Interventionen und Therapien ist bislang nicht entwickelt und bedarf weitere vertiefende Forschung (Catchpole et al., 2019; Oerbeck et al., 2018). Interventionen der Verhaltenstherapie, wie das Kontingenzmanagement, die Verhaltensformung, das Stimulus Fading, die Selbstmodulierung oder das Training der sozialen Kompetenzen sind durch ihre hohe Wirksamkeit verheissungsvoll (Cohan et al., 2006).

Hung et al. (2012) kombinieren Interventionen aus der Spiel- und Verhaltenstherapie. Die Therapie setzt sich beginnend durch spieltherapeutische Interventionen und Methoden wie das Rollenspiel mit Puppen, das Spiegeln, die Freiwilligkeit, das empathische Handeln oder der freien Spielsituation zusammen. Fortlaufend ergänzen verhaltenstherapeutische Interventionen die Therapieeinheiten.

Oon (2010) setzt in ihrer Einzelfallstudie auf eine Spieltherapie mit Ergänzung durch die verhaltenstherapeutischen Intervention der Verhaltensformung und erzielt nach einem Follow-Up ein störungsfreies Verhalten.

Kreative Therapien, wie die der Spiel-, Musik- oder Kunsttherapie zeigen wünschenswerte Ergebnisse (Bork et al., 2014; Cohan et al., 2006; Sallat, 2017b). Die Musiktherapie eröffnet den Kindern mit selektivem Mutismus Augenblicke, um in einer Umgebung, losgelöst von sprachlichen Komponenten, durch das Musizieren in einen Dialog zu treten und Gefühle auszutauschen (Sallat, 2017b). Das Medium Spiel spricht mit ihrem international verbreiteten Charakter besonders junge Kinder an, da die Verknüpfung von motorischen und wahrnehmungsorientierten Elementen ein ideales Werkzeug bildet, um Spannungen abzubauen und hilft, herausfordernde Situationen zu verarbeiten und bewältigen (Bork et al., 2014; Cohan et al., 2006; Fernandez et al., 2014; Fernandez & Sugay, 2016). Durch Rollenspiele können neue Verhaltensweisen erprobt und internalisiert werden

(Oon, 2010). Klare Verbesserungen des Diagnosebildes des selektiven Mutismus sind durch ein gestärktes Selbstkonzept, eine ausgeglichene Emotionsregulierung, reduzierendem Vermeidungsverhalten, einer Steigerung des Kommunikationsverhaltens und der Weiterentwicklung der Persönlichkeit zu verzeichnen (Hung et al., 2012; Fernandez et al., 2014; Fernandez & Sugay, 2016). Die Resultate nach einer Spieltherapie sind nicht nur beim Kind selbst, sondern auch im Umfeld zu verzeichnen (Oon, 2010).

«Festzuhalten ist, die Psychomotorik ist ein Ansatz in der Mutismustherapie.» (Voß, 2011, S. 216) Die Studie von Esposito et al. (2017), welche Steains et al. (2021) in ihrer Meta-Analyse einschliessen, lässt die Psychomotoriktherapie erstmalig repräsentativ im Behandlungsfeld des selektiven Mutismus auftauchen. Die Psychomotoriktherapie ist, laut Voss (2011), eine neuere Therapiemethode des selektiven Mutismus. Das Spielen unterstützt die gesamte kindliche Entwicklung (Esposito et al., 2017). Kinder mit Mutismus lernen logische Rückschlüsse vorzunehmen, setzen ihren Körper bewusst ein, entwickeln Problemlösestrategien, verfeinern ihre soziale Kompetenz, lernen Emotionen wahrzunehmen und auszuleben, gehen Bindungen mit Mitmenschen ein, werden implizit in ihren Ressourcen gestärkt und nehmen wichtige Schritte in ihrer Persönlichkeitsentwicklung wahr (Esposito et al., 2017; Voß, 2011). Weiter bietet die Psychomotoriktherapie eine Verknüpfung und begleitende Förderung von Motorik und Sprache (Kramer, 2004; Voß, 2011). Die Orientierung an den persönlichen Ressourcen des Kindes, die kindzentrierte therapeutische Haltung, die Wiederholung und Variierung der Sequenzen während der Therapie bieten dem Kind die Möglichkeit, Sicherheit zu gewinnen (Voß, 2011).

Multimodale Interventionen wirken auf Cohan et al. (2006) vielversprechend und vermehren sich in den letzten Jahren vergleichend zu monomodalen Therapien (Zakszeski & DuPaul, 2017). Voss betont die multimodale Therapie als ein massgebender Ansatz in der Behandlung des selektiven Mutismus. Wegweisend akzentuieren Zakszeski und DuPaul (2017) den Zusammenschluss unterschiedlicher Interventionen als ertragreicher, als einzelnen Interventionen nachzugehen.

Die Rolle des Therapeuten soll einen mitspielenden und positiv bestärkenden Charakter haben, um die Bedürfnisse abdecken zu können (Bork et al., 2014). Sie soll dem Kind eine offene und anregende Auswahl an Kommunikationsmöglichkeiten anbieten und sich auf die Ebene der momentanen Entwicklung begeben, um die Selbstwirksamkeit des Kindes zu unterstützen (Bork et al., 2014; Fernandez et al., 2014; Oon, 2010). Hung et al. (2012) fügen die Komponenten des Safe Place und die Wichtigkeit des Experimentierens in die therapeutische Haltung an.

Die Therapiemethoden des selektiven Mutismus muss je nach Alter neu zusammengestellt werden und bedarf somit einer Individualisierung (Khan & Renk, 2018; Zakszeski & DuPaul, 2017). Junge Kinder benötigen mehr Begleitung durch eine Fachperson und ältere Kinder profitieren von einer kindorientierten Zielsetzung (Zakszeski & DuPaul, 2017). Die umliegenden Systeme des Kindes müssen beigezogen werden, um erfreuliche Therapieergebnisse erzielen zu können (Khan & Renk, 2018).

Je früher Kinder mit selektivem Mutismus Förderung durch Interventionen oder Therapie erhalten, desto eher stehen die Erfolgsaussichten auf eine nachhaltige und symptom mindernde Entwicklung (Oerbeck et al., 2018). Steains et al. (2021) erhalten bestätigende Resultate und verzeichnen, lieber eine Therapie anzusetzen, als keine und dies unabhängig vom Therapieansatz (Zakszeski & DuPaul, 2017).

Bahr (2012, S. 131) spricht von Sprach-, Ergotherapeuten wie Kinderpsychologen als geeignete Fachleute für die Behandlung von selektivem Mutismus. Garbani Ballnik (2009) ergänzt die Zuständigkeit durch Familientherapeuten und fügt an, dass die Kombination von unterschiedlichen Fachleuten und Therapierichtungen möglich ist. In den englischsprachigen Studien werden Therapien meist im System Schule durch explizit ausgebildete Fachleute oder Forscherinnen realisiert (Zakszeski & DuPaul, 2017).

Die zweite Forschungsfrage - *Ist die Psychomotoriktherapie in Verbindung mit anderen herkömmlichen Behandlungsmethoden eine geeignete Therapieform für Kinder mit selektivem Mutismus?* - kann positiv beantwortet werden. Voss (2011) berichtet von einem möglichen Ansatz

der Behandlung durch die Psychomotoriktherapie. Viele Interventionsstrategien der benachbarten Therapiefeldern können der psychomotorischen Arbeitsweise zugeordnet werden. Es ist zu beachten, dass viele weitere Therapiemethoden existieren und ebenfalls für eine Behandlung des selektiven Mutismus geeignet sind.

5 Diskussion

In diesem Teil werden die Fragestellungen erneut aufgenommen, mit einem interpretierenden Charakter beantwortet und für die Relevanz der Berufspraxis gewichtet. Abschliessend wird eine Zusammenfassung generiert und mögliche weiterführende Gedanken werden angefügt.

5.1 Analyse und Interpretation der Ergebnisse

Aufgrund der Themenüberschneidung der beiden Forschungsfragen, werden sie weiterführend nicht mehr getrennt.

Die 18 Ergebnisse weisen eine grosse Bandbreite an Behandlungsmethoden und -ansätzen des selektiven Mutismus auf. Sie reichen von Verhaltenstherapie zu Kreativtherapien wie die Spiel-, Kunst- und Musiktherapie, über Sprach-, Ergo- und Familientherapie bis hin zur Psychomotoriktherapie. Dies verzerrt die Zuständigkeit und gestaltet Hürden in der Behandlung von selektivem Mutismus. Alle Studien berichten von möglichen erfolgreichen und effizienten Behandlungsmethoden, jedoch gibt es keine Erwähnung, welche die Behandlung von selektivem Mutismus klar einer Therapieform zuordnet. Einige Autor:innen der Studien heben die multimodale Therapie als möglichen und vielversprechenden Ansatz in der Mutismustherapie hervor (Cohan et al., 2006; Voß, 2011; Zakszeski & DuPaul, 2017), welches unterschiedliche Vor- und Nachteile generiert.

Mögliche Vorteile einer multimodalen Therapie stecken in der Anpassung an die individuelle Symptomatik. Somit können Fachpersonen fallbezogen entscheiden, welche Interventionen oder therapeutischen Methoden sie als geeignet erachten. Durch die Fülle an relevanten Studien soll eine multimodale Therapie als mögliche und effiziente Behandlungsmethode in Betracht gezogen werden (Cohan et al., 2006; Hung et al., 2012; Klein et al., 2017; Oon, 2010; Steains et al., 2021; Zakszeski & DuPaul, 2017).

Weiter kann die Psychomotoriktherapie einen wichtigen Beitrag zu dem multimodalen Ansatz leisten (Voß, 2011) und ihre kindzentrierten und ressourcenorientierten Förderbereiche kompetent vertreten und ergänzend zu weiteren Therapien einsetzen.

Nachteile sind durch den unzureichenden Forschungsstand gegeben. Viele Behandlungsansätze, darunter die Psychomotoriktherapie oder die Spieltherapie, verzeichnen keine objektive Repräsentation durch ihre Einzelfallstudien und ihr Mangel an repräsentativen Studien. Jedoch kann durch die häufige Verwendung von Einzelfallstudien die Individualität des Störungsbildes hervorgehoben werden. Obwohl Esposito et al. (2017) eine der grössten Populationen rekrutieren und signifikante Ergebnisse erzielen, scheint das Ergebnis durch fehlende unterstützende Studien im Bereich der Psychomotoriktherapie nicht aussagekräftiger, als die erforschten Studien der Verhaltenstherapie. Grund für die unzureichende Forschung im Bereich der Psychomotoriktherapie und des selektiven Mutismus kann in der tiefen Prävalenz des Mutismus (Zakszeski & DuPaul, 2017) und dem jungen Beruf liegen. Die fehlende Forschung und Etablierung der Psychomotorik im Feld des selektiven Mutismus kann die Angliederung an das Schulwesen sein. Da der selektive Mutismus zu einem klinischen Störungsbild zählt (*siehe Kapitel 2.2.2*), kommen medizinisch-pädagogisch orientierte Berufsfelder wie die Psychotherapie, die Logopädie und die Ergotherapie vor dem pädagogisch-therapeutisch orientierten Aufgabenfeld der Psychomotoriktherapie in Kontakt mit den Betroffenen. So können Therapien und mögliche Kombinationen bereits vorab angesetzt werden, bevor das Schulwesen tangiert wird. Weiter nimmt die Psychomotoriktherapie in der Deutschschweiz schulpflichtige Kinder in die Therapie auf. Der Radius verkleinert sich an möglichen Fällen des selektiven Mutismus. Entgegengesetzt ist die Psychomotoriktherapie nahe am Brennpunkt Schule, bei welchem sich das Störungsbild klar zeigt (*siehe Kapitel 2.2.3*) und kann mit einem integrativen Charakter handeln.

Die Ergotherapie und die Psychomotoriktherapie (*siehe Kapitel 2.1.2 und 2.1.3*) weisen diverse Überschneidungen auf. Das Berufsprofil der Ergotherapie Schweiz teilt die Ansicht, dass sich der Mensch durch Interaktion und Handeln aktiv an seiner Entwicklung beteiligt und nehmen Gebrauch am Modell der *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz & Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Schulen für Ergotherapie, 2005). Weiter sprechen sie von einem «klientenzentrierten» Ansatz, bei welchem die

Ressourcen im Zentrum stehen und die Handlungsfähigkeit des Menschen unterstützt (ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz & Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Schulen für Ergotherapie, 2005, S. 8). Obschon viele Überschneidungen vorhanden sind, kann sich die Psychomotoriktherapie mit ihrem spielerischen Charakter neben berufsnahen Disziplinen behaupten.

Die Verhaltenstherapie ist bereits über Jahrzehnte in diesem Forschungsfeld tätig und erzielt regelmässige und vielversprechende Ergebnisse (Verweis auf Bork & Bennett, 2020; Cohan et al., 2006; Khan & Renk, 2018; Oerbeck et al., 2018; Zakszeski & DuPaul, 2017). Die Psychomotoriktherapie befindet sich in ihren Anfängen zu evidenzbasierten Interventionen. Obwohl die beschriebenen Auffälligkeiten neben dem fehlenden Interaktionsverhalten, der sozialen Kompetenz, dem Emotionserleben und dem Bewegungsverhalten (*siehe Kapitel 2.2.3*) klare Indikatoren für eine Förderung durch die Psychomotoriktherapie sind, wird sie äusserst selten in Fachbüchern oder Ratgebern empfohlen. Ursache kann die fehlende Emanzipierung im Forschungsfeld sein.

Die Entwicklung des Kindes wird stark von dem Element Bewegung begleitet (Jenni, 2021). In den Studien, welche auf die Bewegung als zentrales Medium setzen, scheinen die Symptome des selektiven Mutismus mit der Zeit zu verblassen (Verweis auf Cohan et al., 2006; Esposito et al., 2017; Fernandez et al., 2014; Fernandez & Sugay, 2016; Hung et al., 2012; Khan & Renk, 2018; Kramer, 2004; Oon, 2010; Steains et al., 2021; Voß, 2011; Zakszeski & DuPaul, 2017). Somit wird daraus geschlossen, dass das Medium Bewegung einen zentralen Charakter besitzt, welches die Entwicklung des Kindes mit selektivem Mutismus ganzheitlich begleitet. Ein möglicher Erklärungsansatz kann die Verschiebung von der verbalen Sprache zur Bewegung sein. Psychomotorik Therapeut:innen nehmen die Kommunikation durch die Motorik auf und ermöglichen eine niederschwellige und kreative Interaktion, bei welcher Augenkontakt oder verbale Gespräche nicht zwingend gegeben sind. Das Kind mit selektivem Mutismus kann demnach selbstständig entscheiden, wie es kommunizieren möchte und erlebt sich als selbstwirksam, was viele positive Effekte auf das Selbstkonzept hat (Zimmer, 2019). Die Arbeit mit dem kindzentrierten Ansatz nach Zimmer (2019) (*siehe Kapitel 2.1.3*)

kann eine entlastende Wirkung auf die Betroffenen haben und die Motivation an der Arbeit ihrer Auffälligkeiten und schliesslich die Entwicklung begünstigen. Weiter wird in der Psychomotoriktherapie viel Wert auf die Beziehungsgestaltung gelegt. Ist keine vertrauensvolle Basis gegeben, kann die Entwicklung und Förderung nicht vorangetrieben werden. Durch die Gestaltung eines Safe Place, bei welchem die Kinder auf eine wertungsfreie Umgebung und personzentrierte Haltung treffen, ihre Interessen teilen können und zur Exploration angeregt werden, werden weitere wichtige Grundbausteine für eine optimale Entwicklung und zur Symptomreduktion gesetzt.

Die Förderbereiche sozio-emotionales Verhalten, Selbstkonzept und Körpererleben können Kinder mit selektivem Mutismus in der Psychomotoriktherapie erfahren und an Selbstsicherheit gewinnen. Kramer (2004) führt aus, dass der spielerische Zugang in der Psychomotoriktherapie, beispielsweise durch Rollenspiele, die Erlebenswelt der Kinder mit selektivem Mutismus besonders gut anspricht. Die fundamentalen Ausdrucksweisen wie Spiel und Bewegung werden in der Psychomotoriktherapie angesprochen und führen dazu, dass sich ein Kind mit seinen Bedürfnissen mitteilen kann (Zimmer, 2019). Daraus wird geschlossen; die Psychomotoriktherapie kann in ihrer kindgerechten und ressourcenorientierten Form die Förderung von Kindern mit selektivem Mutismus stärken. Spieltherapeutische Interventionen lassen sich anhand ähnlicher oder gleicher Methoden, Ansätze und Interventionen mit der Psychomotoriktherapie vergleichen. Beispielsweise verwenden Hung et al. (2012), Fernandez und Sugay (2016) und Oon (2010) Methoden des Mentalisierens, des Spiegelns, der Exploration oder des Rollenspiels und generieren einen Safe Place für die Kinder.

Es ist hinzuzufügen, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Systemen rund um das betroffene Kind berücksichtigt wird und jeder Fall durch wechselnde Therapiekombinationen zu einem Erfolg führen kann (Khan & Renk, 2018; Zakszeski & DuPaul, 2017). Diese systemische Betrachtungsweise wird in der Psychomotoriktherapie als unabdingbar betrachtet (*siehe Kapitel 2.1.3*).

Abschliessend kann die Aussage bestärkt werden: Kinder mit selektivem Mutismus scheinen von einer Förderung jeglicher Art zu profitieren, besser als wenn im Gegensatz keine Therapie indiziert wird (Steains et al., 2021). Solange die Forschung auf diesem Gebiet nicht vorangetrieben wird, kann nicht davon ausgegangen werden, dass ein Therapieansatz die Heilung des selektiven Mutismus generieren kann. Die Psychomotoriktherapie wird durch den Mangel an Studien und Erfahrungsberichten als mögliche Therapieform, jedoch nicht als die Lösung, erachtet. Somit leistet jeder Therapieansatz einen förderlichen und unterstützenden Beitrag zur Behebung des Störungsbildes des selektiven Mutismus.

5.2 Relevanz für die Praxis

Mittels Literaturrecherche wird ersichtlich, dass sich die Psychomotoriktherapie in die vorhandenen Therapieansätze bei Kindern mit selektivem Mutismus einordnen kann und Profite daraus gezogen werden. Die Ziele der Psychomotorik überschneiden sich ebenfalls mit den angestrebten Zielen in den Ergebnissen. Sie zielt auf eine ganzheitliche und entwicklungsbasierte Perspektive ab, welche die Eigentätigkeit, Freiwilligkeit, Kommunikations- und Handlungskompetenzen erweitert. Die einzige Studie, welche beide Themen dieser Bachelorarbeit kombiniert, scheint sehr verheissungsvoll zu sein. Es lässt sich für die Praxis in der Deutschschweiz ein deutlicher Unterschied verzeichnen. Die Intensität der Therapieelektionen von Esposito et al. (2017), welche drei Mal wöchentlich indiziert werden, überschreitet die Rahmenbedingungen der Psychomotorik Schweiz. Daher lassen sich die signifikanten Erfolge nicht direkt auf die Arbeitsweise in der Schweiz übertragen. Demnach ist zu vermuten, dass der spielerische, bewegungsfreudige, ressourcenorientierte und nicht-direktive Zugang in der Psychomotoriktherapie (*siehe Kapitel 2.1.3*) Kindern mit selektivem Mutismus durchaus zur Symptomminderung verhilft. Neben dem gezielteren Einbinden der Förderbereiche des Kindes mit selektivem Mutismus, kann der verstehende Ansatz nach Seewald Anklang finden. Die Therapeut:in beobachtet das Kind, schliesst deren Lebensthemen daraus und bettet Angebote im Rollenspiel ein. Jeder Ansatz zielt auf die Entwicklung des Kindes ab. Somit wird die Zone der proximalen Entwicklung angestrebt und durch entwicklungsgerechte und

variationsreiche Interventionen vorangetrieben. Die Erfolgsaussichten können individuell variieren. Hier benötigt es klar mehr evidenzbasierte Studien mit passenden Methoden.

Verhaltenstherapeutische Interventionen wie das Stimulus-fading, Video-self-modeling, Expositionsverfahren oder die Verhaltensformung können durchaus in die psychomotorische Arbeitsweise integriert werden. Durch Weiterbildungen können solche Methoden angeeignet und in der Praxis umgesetzt werden.

Obwohl der selektive Mutismus im Vergleich zu weiteren Auffälligkeiten relativ selten im Schulsystem anzutreffen ist, soll sich die Psychomotoriktherapie mit dieser Diagnose vertraut machen, so dass sie Lehrpersonen oder Eltern kompetent beraten und ihren Stellenwert neben sonstigen Therapieansätzen behaupten kann. Die Psychomotoriktherapie lässt sich ebenfalls gut mit anderen Therapieformen kombinieren und ergänzen. Dies spricht für den multidimensionalen Gedanken, welche viele Studien aus den Ergebnissen der Literaturrecherche beleuchten. Das bio-psycho-soziale Modell muss bei dieser Diagnose berücksichtigt werden. Besonders in Bezug der sozialen Faktoren kann die Psychomotoriktherapie mit ihrem systemischen Ansatz das Umfeld miteinbeziehen und eine vertraute und intensive Zusammenarbeit anbieten.

Die Anzahl an effektiven Treffern von Kindern mit selektivem Mutismus und der Psychomotoriktherapie hält sich in Grenzen. Neben dem Faktor der geringen Forschung auf diesem Gebiet kann die mangelnde Behandlung im Studiengang Psychomotorik an der HfH sein. Die Relevanz des selektiven Mutismus in der Psychomotoriktherapie wird zwar in vereinzelt Modulen (2P13 Vertiefung Entwicklungsauffälligkeiten PMT und 2TB12 Entwicklungspsychopathologie) angeschnitten, jedoch nicht durch Studien (Verweis Esposito et al., 2017) oder Erfahrungsberichten (Verweis Kramer, 2004; Voß, 2011) belegt.

5.3 Kritische Reflexion

Die Erarbeitung des methodischen Vorgehens benötigt viel Klärungsbedarf und Übung. So muss die Literaturrecherche teilweise neu erarbeitet und dokumentiert werden. Hier ist zu empfehlen, vorab genügend Übungszeit und -möglichkeiten durch Angebote der Hochschule zu

nutzen. Im Bachelorstudiengang Psychomotorik wird im jetzigen Curriculum zu selten auf die methodischen Vorgehensweisen für Bachelorarbeiten eingegangen, was Unsicherheiten und zeitraubende Fehler generiert. Durch klärende Gespräche mit der Begleitperson wird die Methodik übersichtlicher und Arbeitsschritte können systematisch durchgeführt werden.

Die Auswahl an Datenbanken stellt eine Herausforderung dar. Da die Psychomotoriktherapie ein kleines Forschungsvolumen aufweist, ist beginnend unklar, in welcher Datenbank relevante Treffer zu finden sind. Dies wird anhand von Stichproben überprüft. Die Durchführung der Literaturrecherche ist durch Momente der Hoffnung und Zweifel geprägt. Einerseits wird mit Optimismus darauf vertraut, relevante Treffer zu erzielen. Andererseits werden viele Studien mit Skepsis betrachtet, welche womöglich eine Relevanz für die Arbeit darstellen oder ausgeschlossen werden. Durch das Sichten der Studien wird auf neue mögliche Treffer gestossen, wobei das Wissen fundiert und erweitert wird. Letztendlich muss der Zeitfaktor beachtet werden und die Literaturrecherche zu einem Schluss gelangen.

Weitere Eingrenzungen, wie beispielsweise nur randomisiert-kontrollierte Studien einschliessen, können dazu führen, dass sich die Trefferanzahl minimiert und an Signifikanz gewinnt. Die regelmässige Betrachtung der Forschungsfragen und der Ein- und Ausschlusskriterien helfen, wichtige Entscheidungen zu treffen. Mittels genauer Dokumentation während der Recherche wird der Überblick gewahrt und nächste Schritte werden in Gang gesetzt.

Mögliche Limitationen der geringen relevanten Trefferanzahl ist der jungen Evidenzbasierung des Berufsfeldes Psychomotorik zuzuordnen. Weiter generiert der Wechsel des selektiven Mutismus in den Klassifikationssystemen DSM-V und ICD-11-GM eine Verschiebung des Störungsbildes, welches neue Schwerpunkte in der Forschung setzen kann. Die Prävalenz des selektiven Mutismus scheint ebenfalls zur geringen Kombination mit der Psychomotoriktherapie beizutragen. Hier weisen andere Störungsbilder mit höherer Prävalenz mehr Forschungsergebnisse auf. Dies führt zur möglichen kritischen Überlegung: Muss anhand der erwähnten Punkte explizit auf mehr Forschung gedrängt werden? Hier gehen die Meinungen auseinander. Aus Sicht der Psychomotorik ist der

Zuwachs an Evidenz von besonderer Wichtigkeit und wird womöglich positiv gewertet. Dies kann Anhand des neuen Masterstudiengangs Psychomotorik an der HfH (erster Studiengang ab Herbstsemester 2023) vertieft und mit neuen Studien auf diesem Gebiet aus der Schweiz belegt werden.

Mit Verwunderung wird festgestellt, dass keine Studie der Ergebnisse den sprachtherapeutischen Zugang nutzt. Obwohl sie neben verhaltensorientierten, systemischen oder kreativen Therapieansätzen für die Förderung von selektiven Mutismus genannt wird, weist sie in den benutzten Datenbanken keine Relevanz auf. Dies kann in anderen Datenbanken, welche dem sprachtherapeutischen Ansatz folgen, nicht zutreffen. Eine weitere Limitation kann der geringe Forschungsstand sein.

Rückblickend wird die Trennschärfe der beiden Forschungsfragen kritisiert. Sie können nicht klar voneinander getrennt werden und haben somit während der Erarbeitung der Arbeit wiederholend für Unsicherheiten und Verwirrung gesorgt. Die Unterscheidung und Prägnanz soll der Verfasserin und den Leser:innen deutlich werden.

Über den Zeitraum des Verfassens der Arbeit wird der Arbeitsprozess durch das fortlaufende Studium, die Praktika, Projekte oder Prüfungsphasen gestört, was den Zeitfaktor negativ beeinflusst. Jedoch wird darauf geachtet, dass wichtige Schritte, wie die Literaturrecherche in einem Zug erfasst werden kann.

6 Zusammenfassung und Ausblick

Diese Arbeit beschäftigt sich ausführlich mit den Themen des selektiven Mutismus und der Psychomotoriktherapie. Anhand der systematischen Literaturrecherche kann der Stellenwert der Psychomotoriktherapie im Vergleich zu den umliegenden Therapiemethoden erarbeitet werden und mögliche Profite für Kinder mit selektivem Mutismus durch eine Behandlung der Psychomotoriktherapie erschlossen werden. Die Psychomotoriktherapie ist eine denkbare Behandlungsmethode für Kinder mit selektivem Mutismus und kann sich in der Fülle der Behandlungsoptionen einreihen und erfreuliche Ergebnisse erzielen. Durch ihre ressourcenorientierte Förderung mit den Medien Spiel und Bewegung können Kinder mit selektivem Mutismus wichtige Entwicklungserfahrungen erleben, welches zu einer gesteigerten Teilhabe führt. Die Psychomotoriktherapie setzt an den Stärken an und orientiert sich nicht an den Defiziten. Dies hat positive Auswirkungen auf das Selbstkonzept des Kindes. Die beiden Forschungsfragen können positiv, dennoch ohne grosse Repräsentation, beantwortet werden. Die fehlende Forschung in diesen Bereichen kann zu vorschnellen Schlüssen und Entscheidungen führen. Daher sind folgende drei Ideen zur Ergänzung und Weiterführung dieser Arbeit denkbar:

Eine empirische Arbeit durchführen, in welcher ein Kind oder mehrere Kinder mit selektivem Mutismus die Psychomotoriktherapie besuchen und deren Wirksamkeit getestet wird.

Einen Fragebogen mit den Schwerpunkten Mutismus, Berührungspunkten, Interventionsideen und Therapiezielgestaltung entwickeln, welche an Psychomotorik Therapeut:innen aus der Schweiz verschickt wird. Daraus können wichtige Schlüsse für die Relevanz und mögliche weitere Entwicklungslinien im Zusammenhang der Diagnose selektiver Mutismus und entsprechender Förderung entstehen.

Anhand einer Entwicklungsarbeit kann ein Interventionskatalog erstellt werden, welcher Interventionen zur Förderung von Kindern mit selektivem Mutismus in der Psychomotoriktherapie enthält. Denkbar wären Interventionen in den Bereichen Rollenspiel, Selbstkonzept, soziale

Kompetenz und Exploration. Weiterführend können diese Interventionen durchgeführt und auf deren Signifikanz getestet werden.

Bislang gibt es keine allumfassende Behandlungsmethode, welche die Symptome des selektiven Mutismus effektiv bewältigt, da die Individualität dieser Diagnose stets zu beachten ist und die Förderung variiert. Es gibt mittlerweile Indizien dafür, dass Therapien jeglicher Art, Kinder mit selektivem Mutismus unterstützen. Somit ist die Psychomotoriktherapie eine von möglichen Behandlungsmethoden für Kinder mit selektivem Mutismus.

7 Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* (5. Auflage).
- Bahr, R. (2012). *Wenn Kinder schweigen. Redehemmungen verstehen und behandeln. Ein Praxisbuch* (5. Auflage). Patmos Verlag.
- Bork, P., & Bennett, S. (2020). Video self-modeling, fading, and reinforcement. An effective treatment package for children with selective mutism. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(2), 446–455. <https://doi.org/10.1177/1359104519855110>
- Bork, P., Harwood, D., & Bennett, S. M. (2014). Using Play as a Key to Unlocking the Silence for Children with Selective Mutism. *Canadian Children*, 39(3), 24–33. <https://doi.org/10.18357/jcs.v39i3.15234>
- Catchpole, R., Young, A., Baer, S., & Salih, T. (2019). Examining a novel, parent child interaction therapy-informed, behavioral treatment of selective mutism. *Journal of Anxiety Disorders*, 66(3). <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102112>
- Cohan, S. L., Chavira, D. A., & Stein, M. B. (2006). Practitioner Review. Psychosocial interventions for children with selective mutism. A critical evaluation of the literature from 1990–2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(11), 1085–1097. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01662.x>
- Cunningham, C. E., McHolm, A., Boyle, M. H., & Patel, S. (2004). Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academic performance, and social relationships in children with selective mutism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(8), 1363–1372. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00327.x>
- Dobslaff, O. (2013). *Mutismus in der Schule. Erscheinung und Therapie* (Neuaufgabe der Ausgabe von 2005). Psychosozial-Verlag.
- Dudenredaktion (Hrsg.). (2020). *Duden: Das Fremdwörterbuch* (12., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Dudenverlag.

- Dumit, S. E., Klein, R. G., Tancer, N. K., Asche, B., Martin, J., & Fairbanks, J. A. (1997). Systematic Assessment of 50 Children With Selective Mutism. *Child Adolescent Psychiatry, 36*(5), 653–660. <https://doi.org/10.1097/00004583-199705000-00016>
- Engel, G. L. (1976). *Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit*. Huber.
- ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz, & Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Schulen für Ergotherapie. (2005). *Berufsprofil Ergotherapie*.
<https://www.ergotherapie.ch/download.php?cat=6JLvL2DYoAPKasSNvUf3Dw%3D%3D&id=82>
- Esposito, M., Gimigliano, F., Barillari, M. R., Precenzano, F., Ruberto, M., Sepe, J., Barillari, U., Gimigliano, R., Militerni, R., Messina, G., & Carotenuto, M. (2017). Pediatric selective mutism therapy. A randomized controlled trial. *European journal of physical and rehabilitation medicine, 53*(5), 643–650. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.16.04037-5>
- Feldmann, D., Kopf, A., & Kramer, J. (2012). Das Konzept der Kooperativen Mutismustherapie (KoMut). Eine systemisch-handlungsorientierte Therapie für Kinder mit Selektivem Mutismus. *Forum Logopädie, 26*(1), 14–21.
- Fernandez, K. T. G., Serrano, K. C. M., & Tongson, M. C. C. (2014). An Intervention in Treating Selective Mutism Using the Expressive Therapies Continuum Framework. *Journal of Creativity in Mental Health, 9*(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/15401383.2013.873706>
- Fernandez, K. T. G., & Sugay, C. O. (2016). Psychodynamic play therapy. A case of selective mutism. *International Journal of Play Therapy, 25*(4), 203–209. <https://doi.org/10.1037/pla0000034>
- Fischer, K. (2019). *Einführung in die Psychomotorik* (4. überarbeitete und erweiterte Auflage). Ernst Reinhardt Verlag.
- Garbani Ballnik, O. (2009). *Schweigende Kinder. Formen des Mutismus in der pädagogischen und therapeutischen Praxis*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Garbani Ballnik, O. (2012). *Unser Kind spricht nicht. Ratgeber für Eltern schweigender Kinder*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Gutzmann, H. (1893). *Vorlesungen über Störungen der Sprache und ihre Heilung*. Kornfeld.

Hartmann, B. (2007). *Mutismus. Zur Theorie und Kasuistik des totalen und elektiven Mutismus* (5. Auflage). Spiess Verlag.

Hartmann, B., & Lange, M. (2007). *Mutismus im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Für Angehörige, Betroffene sowie therapeutische und pädagogische Berufe* (4., überarbeitete Auflage 2007). Schulz-Kirchner Verlag.

Hesselmann, S. (1983). Eleictve mutism in children 1877-1981. A literary summary. *Acta Paedopsychiatrica*, 49, 297–310.

Hung, S.-L., Spencer, M. S., & Dronamraju, R. (2012). Selective Mutism. Practice and Intervention Strategies for Children. *Children & Schools*, 34(4), 222–230.

<https://doi.org/10.1093/cs/cds006>

Jenni, O. (2021). *Die kindliche Entwicklung verstehen. Praxiswissen über Phasen und Störungen*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-62448-7>

Katz-Bernstein, N. (2019). *Selektiver Mutismus bei Kindern. Erscheinungsbilder, Diagnostik, Therapie* (4., aktualisierte Auflage). Ernst Reinhardt Verlag.

Katz-Bernstein, N., & Subellok, K. (2009). Selektiver Mutismus bei Kindern. Ein Thema für die Sprachtherapie? *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 4, 308–320.

Khan, M., & Renk, K. (2018). Be your own superhero. A case of a young boy with selective mutism and complex comorbidities. *Clinical Case Studies*, 17(5), 348–365.

<https://doi.org/10.1177/1534650118791038>

Klein, E. R., Armstrong, S. L., Skira, K., & Gordon, J. (2017). Social Communication Anxiety Treatment (S-CAT) for children and families with selective mutism. A pilot study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(1), 90–108. <https://doi.org/10.1177/1359104516633497>

Köckenberger, H. (2011). *Vielfalt als Methode. Methodische und praktische Hilfen für lebendige Bewegungsstunden, Psychomotorik und Therapie* (2. Aufl). Borgmann-Media.

- Kramer, J. (2004). Das Nicht-Sprechen verstehen Diagnostische Anknüpfungspunkte einer bewegungsorientierten Sprachförderung für ein Kind mit selektivem Mutismus. *motorik*, 27(1), 49–54.
- Krus, A. (2015). *Psychomotorik in sozialpädagogischen Arbeitsfeldern* (C. Jasmund, Hrsg.; 1. Auflage). Verlag Kohlhammer.
- Kuhlenkamp, S. (2017). *Lehrbuch Psychomotorik*. Ernst Reinhardt Verlag.
- Kussmaul, A. (1877). *Die Störungen der Sprache*. Vogel.
- Manassis, K., Oerbeck, B., & Overgaard, K. R. (2016). The use of medication in selective mutism. A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(6), 571–578.
<https://doi.org/10.1007/s00787-015-0794-1>
- Melfsen, S., & Walitza, S. (2017). Behandlungsmethoden des selektiven Mutismus. *Sprache · Stimme · Gehör*, 41(02), 91–97. <https://doi.org/10.1055/s-0043-103489>
- Melfsen, S., Warnke, A., & Walitza, S. (2019). Selektiver Mutismus. In S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3. Psychologische Therapie bei Indikationen im Kindes- und Jugendalter* (2. Auflage, S. 607–622). Springer.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses. The PRISMA statement. *BMJ*, 339(1), 1–8.
<https://doi.org/10.1136/bmj.b2535>
- Oerbeck, B., Overgaard, K. R., Stein, M. B., Pripp, A. H., & Kristensen, H. (2018). Treatment of selective mutism. A 5-year follow-up study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(8), 997–1009. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1110-7>
- Oon, P. P. (2010). Playing with Gladys. A case study integrating drama therapy with behavioural interventions for the treatment of selective mutism. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(2), 215–230. <https://doi.org/10.1177/1359104509352892>
- Psychomotorik Schweiz. (2023, April 19). *Was ist Psychomotorik*. <https://www.psychomotorik-schweiz.ch/psychomotorik>

- Reichenbach, C. (2010). *Psychomotorik*. Ernst Reinhardt Verlag.
- Sallat, S. (2017a). *Musiktherapie bei Sprach- und Kommunikationsstörungen*. Ernst Reinhardt Verlag.
- Sallat, S. (2017b). Potenziale der Musik für Sprachförderung und Sprachtherapie. *Praxis Sprache*, 62(4), 221–226.
- Schmidt-Traub, S. (2019). *Selektiver Mutismus. Informationen für Betroffene, Angehörige, Erzieher, Lehrer und Therapeuten* (1. Auflage). Hogrefe.
- Seewald, J. (1997). Der verstehende Ansatz und seine Stellung in der Theorielandschaft der Psychomotorik. *Praxis der Psychomotorik*, 22(1), 4–15.
- Steains, S. Y., Malouff, J. M., & Schutte, N. S. (2021). Efficacy of psychological interventions for selective mutism in children. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Child: Care, Health and Development*, 47(6), 771–781. <https://doi.org/10.1111/cch.12895>
- Steinhausen, H.-C. (2019). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie* (9. Ausgabe.). Urban & Fischer.
- Tramer, M. (1934). Elektiver Mutismus bei Kindern. *Zeitschrift für Kinderpsychiatrie*, 1, 30–35.
- Voß, K. (2011). Psychomotorische Förderung in der (s)elektiven Mutismustherapie. *Praxis der Psychomotorik*, 36(4), 212–216.
- World Health Organisation. (2022). *ICD-11 für Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken* (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Hrsg.). https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html
- World Health Organisation. (2023). *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. German Modification*. (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Hrsg.). <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2023/block-f90-f98.htm>

Zakszeski, B. N., & DuPaul, G. J. (2017). Reinforce, shape, expose, and fade. A review of treatments for selective mutism (2005–2015). *School Mental Health, 9*(1), 1–15.

<https://doi.org/10.1007/s12310-016-9198-8>

Zimmer, R. (2019). *Handbuch Psychomotorik. Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung von Kindern* (1. Auflage). Herder.

8 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.....20

Abbildung 2.....36

9 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	18
Tabelle 2	33
Tabelle 3	34
Tabelle 4	39

10 Anhang

Folgend ist das Rechercheprotokoll mit detaillierten Informationen enthalten. Es dient dazu die Nachvollziehbarkeit der systematischen Literaturrecherche zu vervollständigen.

10.1 Rechercheprotokoll

Datum	Fachdatenbank	Kombinationen von Suchwörtern	Gewählte Filter	Anzahl Treffer insgesamt	Anzahl relevante Treffer	Literaturangaben
01.03.2023	APA Psycinfo	Psychomot* AND selective mutism	Zeitraum: 2003-2023 Sprache: Dt. Und Engl. Alter: 2-12 Jahre Population: Mensch	0	0	-
01.03.2023	APA Psycinfo	Psychomot* AND mutism	Zeitraum: 2003-2023 Sprache: Dt. Und Engl. Alter: 2-12 Jahre Population: Mensch	3	0	-
01.03.2023	APA Psycinfo	Psychomot* AND silence	Zeitraum: 2003-2023 Sprache: Dt. Und Engl. Alter: 2-12 Jahre Population: Mensch	1	0	-
01.03.2023	APA Psycinfo	Psychomot* AND anxiety	Zeitraum: 2003-2023 Sprache: Dt. Und Engl. Alter: 2-12 Jahre Population: Mensch	141	3	(Korsch et al., 2013; Mancini et al., 2018; Rigoli et al., 2012)
01.03.2023	APA Psycinfo	Psychomot* AND fear	Zeitraum: 2003-2023 Sprache: Dt. Und Engl. Alter: 2-12 Jahre Population: Mensch	19	0	-
01.03.2023	APA Psycinfo	Mototherapy AND mutism	Zeitraum: 2003-2023 Sprache: Dt. Und Engl. Alter: 2-12 Jahre Population: Mensch	0	0	-

01.03.2023	APA Psycinfo	Mutism AND play	Zeitraum: 2003-2023 Sprache: Dt. Und Engl. Alter: 2-12 Jahre Population: Mensch	21	10	(Drewes, 2010; Fernandez & Sugay, 2016; Glibota et al., 2018; Lang et al., 2011; Magagna, 2012; Milic et al., 2020; Oon, 2010; Ponzurick, 2012; Schaefer & Drewes, 2018; Zelinger, 2010)
01.03.2023	APA Psycinfo	Mutism AND game	Zeitraum: 2003-2023 Sprache: Dt. Und Engl. Alter: 2-12 Jahre Population: Mensch	1	0	-
01.03.2023	APA Psycinfo	Mutism AND movement	Zeitraum: 2003-2023 Sprache: Dt. Und Engl. Alter: 2-12 Jahre Population: Mensch	7	1	(Glibota et al., 2018)
01.03.2023	APA Psycinfo	Mutism AND therapy NOT autism NOT ADHD	Zeitraum: 2003-2023 Sprache: Dt. Und Engl. Alter: 2-12 Jahre Population: Mensch	79	36	(Ale et al., 2013; Beck & Warnke, 2003; Bergman et al., 2013; Bork & Bennett, 2020; Burgmayer & Jirka, 2022; Conn & Coyne, 2014; Cornacchio et al., 2019; Drewes, 2010; Fernandez et al., 2014; Fernandez & Sugay, 2016; Fisak et al., 2006; Furr et al., 2020; Gensthaler et al., 2016; Jackson et al., 2005; Jacob et al., 2013; Khan & Renk, 2018; Klein et al., 2017; Lang et al., 2011; Lorenzo et al., 2021; Milic et al., 2020; Mulligan & Christner, 2012; Oerbeck et al., 2012, 2015, 2018; Oon, 2010; O'Reilly et al., 2008; Reuther et al., 2011; Schaefer & Drewes, 2018; Sharkey et al., 2008; Sloan, 2007; Standart & Le Couteur, 2003; Vecchio & Kearney, 2009; Vogel et al., 2022; Webb, 2022; Weinstock et al., 2020; Zelinger, 2010)
01.03.2023	APA Psycinfo	Mutism AND treatment OR intervention	Zeitraum: 2003-2023 Sprache: Dt. Und Engl. Alter: 2-12 Jahre Population: Mensch	127	41	(Ale et al., 2013; Baskind, 2007; Beck & Warnke, 2003; Bergman et al., 2013; Bork & Bennett, 2020; Catchpole et al., 2019; Conn & Coyne, 2014; Cornacchio et al., 2019; Drewes, 2010; Fernandez et al., 2014; Fisak et al., 2006; Furr et al., 2020; Gensthaler et al., 2016; Glibota et al., 2018; Hung et al., 2012; Jackson et al., 2005; Jacob et al., 2013; Khan & Renk, 2018; Klein et al., 2017; Lang et al., 2011; Lorenzo et al., 2021; Magagna, 2012; Milic et al., 2020; Mulligan & Christner, 2012; Oerbeck et al., 2012, 2014, 2015, 2018; Oon, 2010; O'Reilly et al., 2008; Ponzurick, 2012; Reuther et al., 2011; Schaefer & Drewes, 2018; Sharkey et al., 2008; Sloan, 2007; Standart & Le Couteur, 2003; Vecchio & Kearney, 2009; Vogel et al., 2019, 2022; Weinstock et al., 2020; Zelinger, 2010)

02.03.2023	ERIC	Psychomot* AND selective mutism	Zeitraum: 2003-2023 Bildung: Primary Education, Kindergarten, Early Childhood Education, Elementary Education Sprache: Dt. und Engl.	0	0	-
02.03.2023	ERIC	Psychomot* AND mutism	Zeitraum: 2003-2023 Bildung: Primary Education, Kindergarten, Early Childhood Education, Elementary Education Sprache: Dt. und Engl.	0	0	-
02.03.2023	ERIC	Psychomot* AND silence	Zeitraum: 2003-2023 Bildung: Primary Education, Kindergarten, Early Childhood Education, Elementary Education Sprache: Dt. und Engl.	0	0	-
02.03.2023	ERIC	Psychomot* AND anxiety	Zeitraum: 2003-2023 Bildung: Primary Education, Kindergarten, Early Childhood Education, Elementary Education Sprache: Dt. und Engl.	8	1	(Emck et al., 2012)
02.03.2023	ERIC	Psychomot* AND fear	Zeitraum: 2003-2023 Bildung: Primary Education, Kindergarten, Early Childhood Education, Elementary Education Sprache: Dt. und Engl.	2	0	-
02.03.2023	ERIC	Mototherapy AND mutism	Zeitraum: 2003-2023 Bildung: Primary Education, Kindergarten, Early Childhood Education, Elementary Education Sprache: Dt. und Engl.	0	0	-
02.03.2023	ERIC	Play AND mutism	Zeitraum: 2003-2023 Bildung: Primary Education, Kindergarten, Early Childhood Education, Elementary Education Sprache: Dt. und Engl.	4	2	(Ponzurick, 2012; Shott & Warren, 2011)
02.03.2023	ERIC	Game AND mutism	Zeitraum: 2003-2023 Bildung: Primary Education, Kindergarten, Early Childhood Education, Elementary Education Sprache: Dt. und Engl.	1	0	-

02.03.2023	ERIC	Movement AND mutism	Zeitraum: 2003-2023 Bildung: Primary Education, Kindergarten, Early Childhood Education, Elementary Education Sprache: Dt. und Engl.	0	0	-
02.03.2023	ERIC	Therapy AND mutism	Zeitraum: 2003-2023 Bildung: Primary Education, Kindergarten, Early Childhood Education, Elementary Education Sprache: Dt. und Engl.	2	2	(Ponzurick, 2012; Shott & Warren, 2011)
02.03.2023	ERIC	Mutism AND treatment OR intervention	Zeitraum: 2003-2023 Bildung: Primary Education, Kindergarten, Early Childhood Education, Elementary Education Sprache: Dt. und Engl.	11	3	(Hung et al., 2012; Ponzurick, 2012; Shott & Warren, 2011)
02.03.2023	Education Source	Psychomot* AND selective mutism	Zeitraum: 2003-2023 Sprache: Dt. und Engl.	0	0	-
02.03.2023	Education Source	Psychomot*AND mutism	Zeitraum: 2003-2023 Sprache: Dt. und Engl.	1	0	-
02.03.2023	Education Source	Psychomot* AND silence	Zeitraum: 2003-2023 Sprache: Dt. und Engl.	2	0	-
02.03.2023	Education Source	Psychomot* AND anxiety NOT autism	Zeitraum: 2003-2023 Sprache: Dt. und Engl.	40	0	-
02.03.2023	Education Source	Psychomot* AND fear	Zeitraum: 2003-2023 Sprache: Dt. und Engl.	9	0	-
02.03.2023	Education Source	Mototherapy AND mutism	Zeitraum: 2003-2023 Sprache: Dt. und Engl.	0	0	-
02.03.2023	Education Source	Play AND mutism NOT autism	Zeitraum: 2003-2023 Sprache: Dt. und Engl.	20	5	(Bork et al., 2014; Fernandez et al., 2014; Hung et al., 2012; Lang et al., 2011; Shott & Warren, 2011)
02.03.2023	Education Source	Game AND mutism	Zeitraum: 2003-2023 Sprache: Dt. und Engl.	4	1	(Fernandez et al., 2014)
02.03.2023	Education Source	Movement AND mutism	Zeitraum: 2003-2023 Sprache: Dt. und Engl.	6	0	-
02.03.2023	Education Source	Therapy AND mutism NOT autism NOT catatonia	Zeitraum: 2003-2023 Sprache: Dt. und Engl.	45	12	(Bork et al., 2014; Carpenter et al., 2014; Cohan et al., 2006; Cornacchio et al., 2019; Fernandez et al., 2014; Hung et al., 2012; Lang et al., 2011; Monzo et al., 2015; O'Reilly et al., 2008; Reuther et al., 2011; Shott & Warren, 2011, 2011; Sloan, 2007)

02.03.2023	Education Source	Mutism AND treatment OR intervention NOT autism NOT catatonia	Zeitraum: 2003-2023 Sprache: Dt. und Engl.	78	18	(Borger et al., 2007; Carbone et al., 2010; Carpenter et al., 2014; Cohan et al., 2006, 2006; Cornacchio et al., 2019; Fernandez et al., 2014; Hung et al., 2012; Lang et al., 2011; Manassis & Tannock, 2008; Monga & Benoit, 2017; O'Reilly et al., 2008; Ponzurick, 2012; Reuther et al., 2011; Shott & Warren, 2011; Sloan, 2007; Steains et al., 2021; White & Bond, 2022)
02.03.2023	PubMed	Psychomot* AND selective Mutism NOT catatonia	Zeitraum: 2003-2023 Alter: 2-12 Jahre Spezies: Mensch Sprache: Dt. Und Engl.	1	1	(Esposito et al., 2017)
02.03.2023	PubMed	Psychomot* AND mutism NOT catatonia	Zeitraum: 2003-2023 Alter: 2-12 Jahre Spezies: Mensch Sprache: Dt. Und Engl.	5	1	(Esposito et al., 2017)
02.03.2023	PubMed	Psychomot* AND silence	Zeitraum: 2003-2023 Alter: 2-12 Jahre Spezies: Mensch Sprache: Dt. Und Engl.	4	0	-
02.03.2023	PubMed	Psychomot* AND anxiety NOT autism NOT ADHD	Zeitraum: 2003-2023 Alter: 2-12 Jahre Spezies: Mensch Sprache: Dt. Und Engl.	180	3	(Emck et al., 2009; Esposito et al., 2017; Rigoli et al., 2012)
02.03.2023	PubMed	Psychomot* AND fear NOT autism NOT ADHD NOT medication	Zeitraum: 2003-2023 Alter: 2-12 Jahre Spezies: Mensch Sprache: Dt. Und Engl.	31	0	-
02.03.2023	PubMed	Mototherapy AND mutism	Zeitraum: 2003-2023 Alter: 2-12 Jahre Spezies: Mensch Sprache: Dt. Und Engl.	0	0	-
02.03.2023	PubMed	Play AND mutism NOT autism	Zeitraum: 2003-2023 Alter: 2-12 Jahre Spezies: Mensch Sprache: Dt. Und Engl.	13	3	(Hua & Major, 2016; Lang et al., 2011; Oon, 2010)
02.03.2023	PubMed	Game AND mutism	Zeitraum: 2003-2023 Alter: 2-12 Jahre Spezies: Mensch Sprache: Dt. Und Engl.	0	0	-

02.03.2023	PubMed	Movement AND mutism NOT medication NOT catatonia	Zeitraum: 2003-2023 Alter: 2-12 Jahre Spezies: Mensch Sprache: Dt. Und Engl.	13	0	-
02.03.2023	PubMed	Therapy AND mutism NOT autism NOT catatonia NOT ADHD NOT cerebellar NOT medication	Zeitraum: 2003-2023 Alter: 2-12 Jahre Spezies: Mensch Sprache: Dt. Und Engl.	68	18	(Bergman et al., 2013; Bork & Bennett, 2020; Carpenter et al., 2014; Cohan et al., 2006; Cornacchio et al., 2019; Klein et al., 2017; Lang et al., 2011; Melfsen & Warnke, 2007; Oerbeck et al., 2012, 2015, 2018; Oon, 2010; O'Reilly et al., 2008; Reuther et al., 2011; Sharkey et al., 2008; Steains et al., 2021; Vecchio & Kearney, 2009; Viana et al., 2009)
02.03.2023	PubMed	Intervention OR treatment AND mutism NOT autism NOT catatonia NOT ADHD NOT cerebellar NOT medication NOT tumor	Zeitraum: 2003-2023 Alter: 2-12 Jahre Spezies: Mensch Sprache: Dt. Und Engl.	66	20	(Bergman et al., 2013; Bork & Bennett, 2020; Carbone et al., 2010; Carpenter et al., 2014; Cohan et al., 2006; Cornacchio et al., 2019; Klein et al., 2017; Lang et al., 2011; Melfsen & Warnke, 2007; Oerbeck et al., 2012, 2015, 2018; Oon, 2010; O'Reilly et al., 2008; Reuther et al., 2011; Sharkey et al., 2008; Steains et al., 2021; Vecchio & Kearney, 2009; Viana et al., 2009; Vogel et al., 2019)
04.03.2023	Fachportal Pädagogik	Psychomot* AND selektiver Mutismus	Sprache: Dt. Und Engl. Datenquellen: Casalini libri, FIS Bildung, Online Contents, Library of Congress	0	0	-
04.03.2023	Fachportal Pädagogik	Psychomot* AND Mutismus	Sprache: Dt. Und Engl. Datenquellen: Casalini libri, FIS Bildung, Online Contents, Library of Congress	2	1	(Kramer, 2004)
04.03.2023	Fachportal Pädagogik	Psychomot* AND Schweigen	Sprache: Dt. Und Engl. Datenquellen: Casalini libri, FIS Bildung, Online Contents, Library of Congress	0	0	-
04.03.2023	Fachportal Pädagogik	Psychomot* AND Angst*	Sprache: Dt. Und Engl. Datenquellen: Casalini libri, FIS Bildung, Online Contents, Library of Congress	36	2	(Kreinbacher, 2009; Trommelen, 2018)
04.03.2023	Fachportal Pädagogik	Mototherapie AND Mutismus	Sprache: Dt. Und Engl. Datenquellen: Casalini libri, FIS Bildung, Online Contents, Library of Congress	0	0	-

04.03.2023	Fachportal Pädagogik	Spiel AND Mutismus	Sprache: Dt. Und Engl. Datenquellen: Casalini libri, FIS Bildung, Online Contents, Library of Congress	2	0	-
04.03.2023	Fachportal Pädagogik	Bewegung AND Mutismus	Sprache: Dt. Und Engl. Datenquellen: Casalini libri, FIS Bildung, Online Contents, Library of Congress	3	1	(Subellok & Bahrfeck-Wichitill, 2007)
04.03.2023	Fachportal Pädagogik	Therapie AND Mutismus	Sprache: Dt. Und Engl. Datenquellen: Casalini libri, FIS Bildung, Online Contents, Library of Congress	50	6	(Bahr, 2006; Dobsiaff, 2013; Katz-Bernstein & Subellok, 2009; Subellok & Bahrfeck-Wichitill, 2007; Wischnewski & Stöhle, 2016)
04.03.2023	Fachportal Pädagogik	Intervention OR Behandlung AND Mutismus	Sprache: Dt. Und Engl. Datenquellen: Casalini libri, FIS Bildung, Online Contents, Library of Congress	2	0	-

Literaturliste

Ale, C. M., Mann, A., Menzel, J., Storch, E. A., & Lewin, A. B. (2013). Two Cases of Early Childhood Selective Mutism. Variations and Treatment Complexities.

Clinical Case Studies, 12(4), 278–290. <https://doi.org/10.1177/1534650113482358>

Bahr, R. (2006). *Schweigende Kinder verstehen. Kommunikation und Bewältigung beim selektiven Mutismus* (4. Auflage). Winter - «Edition S».

Baskind, S. (2007). A behavioural intervention for selective mutism in an eight-year-old boy. *Educational and Child Psychology*, 24(1), 87–94.

<https://doi.org/10.53841/bpsecp.2007.24.1.87>

Beck, N., & Warnke, A. (2003). Teilstationäre Behandlung zweier Geschwister mit elektivem Mutismus. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 31(1), 59–68. <https://doi.org/10.1024/1422-4917.31.1.59>

Bergman, R. L., Gonzalez, A., Piacentini, J., & Keller, M. L. (2013). Integrated Behavior Therapy for Selective Mutism. A randomized controlled pilot study.

Behaviour Research and Therapy, 51(10), 680–689. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.07.003>

- Borger, G. W., Bartley, D. L., Armstrong, N., Kaatz, D., & Benson, D. (2007). The Importance of a Team Approach in Working Effectively with Selective Mutism. A Case Study. *TEACHING Exceptional Children Plus*, 4(2), 11.
- Bork, P., & Bennett, S. (2020). Video self-modeling, fading, and reinforcement. An effective treatment package for children with selective mutism. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(2), 446–455. <https://doi.org/10.1177/1359104519855110>
- Bork, P., Harwood, D., & Bennett, S. M. (2014). Using Play as a Key to Unlocking the Silence for Children with Selective Mutism. *Canadian Children*, 39(3), 24–33. <https://doi.org/10.18357/jcs.v39i3.15234>
- Burgmayer, V., & Jirka, C. (2022). Natur in der Musiktherapie. *Musiktherapeutische Umschau*, 43(1), 52–60. <https://doi.org/10.13109/muum.2022.43.1.52>
- Carbone, D., Schmidt, L. A., Cunningham, C. C., McHolm, A. E., Edison, S., St. Pierre, J., & Boyle, M. H. (2010). Behavioral and Socio-emotional Functioning in Children with Selective Mutism. A Comparison with Anxious and Typically Developing Children Across Multiple Informants. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(8), 1057–1067. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9425-y>
- Carpenter, A., Puliafico, A., Kurtz, S., Pincus, D., & Comer, J. (2014). Extending Parent-Child Interaction Therapy for Early Childhood Internalizing Problems: New Advances for an Overlooked Population. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 17(4), 340–356. Education Source. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eue&AN=99276718&site=ehost-live>
- Catchpole, R., Young, A., Baer, S., & Salih, T. (2019). Examining a novel, parent child interaction therapy-informed, behavioral treatment of selective mutism. *Journal of Anxiety Disorders*, 66(3). <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102112>
- Cohan, S. L., Chavira, D. A., & Stein, M. B. (2006). Practitioner Review. Psychosocial interventions for children with selective mutism. A critical evaluation of the literature from 1990–2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(11), 1085–1097. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01662.x>

- Conn, B. M., & Coyne, L. W. (2014). Selective Mutism in Early Childhood. Assessment and Treatment of an African American Preschool Boy. *Clinical Case Studies, 13*(6), 487–500. <https://doi.org/10.1177/1534650114522912>
- Cornacchio, D., Furr, J. M., Sanchez, A. L., Hong, N., Feinberg, L. K., Tenenbaum, R., Del Busto, C., Bry, L. J., Poznanski, B., Miguel, E., Ollendick, T. H., Kurtz, S. M. S., & Comer, J. S. (2019). Intensive group behavioral treatment (IGBT) for children with selective mutism. A preliminary randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 87*(8), 720–733. <https://doi.org/10.1037/ccp0000422>
- Dobslaff, O. (2013). *Mutismus in der Schule. Erscheinung und Therapie* (Neuaufgabe der Ausgabe von 2005). Psychosozial-Verlag.
- Drewes, A. A. (2010). The gift of time. Helping to heal through long-term treatment involving complex trauma and cultural issues. In E. Gil (Hrsg.), *Working with children to heal interpersonal trauma. The power of play*. (S. 263–287). The Guilford Press.
- Emck, C., Bosscher, R., Beek, P., & Doreleijers, T. (2009). Gross motor performance and self-perceived motor competence in children with emotional, behavioural, and pervasive developmental disorders. A review. *Developmental Medicine & Child Neurology, 51*(7), 501–517. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2009.03337.x>
- Emck, C., Bosscher, R. J., van Wieringen, P. C. W., Doreleijers, T., & Beek, P. J. (2012). Psychiatric Symptoms in Children with Gross Motor Problems. *Adapted Physical Activity Quarterly, 29*(2), 161–178. <https://doi.org/10.1123/apaq.29.2.161>
- Esposito, M., Gimigliano, F., Barillari, M. R., Precenzano, F., Ruberto, M., Sepe, J., Barillari, U., Gimigliano, R., Militerni, R., Messina, G., & Carotenuto, M. (2017). Pediatric selective mutism therapy. A randomized controlled trial. *European journal of physical and rehabilitation medicine, 53*(5), 643–650. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.16.04037-5>

- Fernandez, K. T. G., Serrano, K. C. M., & Tongson, M. C. C. (2014). An Intervention in Treating Selective Mutism Using the Expressive Therapies Continuum Framework. *Journal of Creativity in Mental Health, 9*(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/15401383.2013.873706>
- Fernandez, K. T. G., & Sugay, C. O. (2016). Psychodynamic play therapy. A case of selective mutism. *International Journal of Play Therapy, 25*(4), 203–209. <https://doi.org/10.1037/pla0000034>
- Fisak, B. J., Oliveros, A., & Ehrenreich, J. T. (2006). Assessment and Behavioral Treatment of Selective Mutism. *Clinical Case Studies, 5*(5), 382–402. <https://doi.org/10.1177/1534650104269029>
- Furr, J. M., Sanchez, A. L., Hong, N., & Comer, J. S. (2020). Exposure therapy for childhood selective mutism. Principles, practices, and procedures. In T. S. Peris, E. A. Storch, & J. F. McGuire (Hrsg.), *Exposure Therapy for Children with Anxiety and OCD* (S. 113–142). Academic Press.
- Gensthaler, A., Khalaf, S., Ligges, M., Kaess, M., Freitag, C. M., & Schwenck, C. (2016). Selective mutism and temperament. The silence and behavioral inhibition to the unfamiliar. *European Child & Adolescent Psychiatry, 25*(10), 1113–1120. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0835-4>
- Glibota, L. C., Lindaman, S., & Coleman, A. R. (2018). Theraplay as a treatment for children with selective mutism. Integrating the polyvagal theory, attachment theory, and social communication. In A. A. Drewes & C. E. Schaefer (Hrsg.), *Play-based interventions for childhood anxieties, fears, and phobias*. (S. 124–143). The Guilford Press.
- Hua, A., & Major, N. (2016). Selective mutism. *Current Opinion in Pediatrics, 28*(1), 114–120. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000300>
- Hung, S.-L., Spencer, M. S., & Dronamraju, R. (2012). Selective Mutism. Practice and Intervention Strategies for Children. *Children & Schools, 34*(4), 222–230. <https://doi.org/10.1093/cs/cds006>

Jackson, M. F., Allen, R. S., Boothe, A. B., Nava, M. L., & Coates, A. (2005). Innovative Analyses and Interventions in the Treatment of Selective Mutism.

Clinical Case Studies, 4(1), 81–112. <https://doi.org/10.1177/1534650103259676>

Jacob, M. L., Suveg, C., & Shaffer, A. (2013). Developmentally sensitive behavioral treatment of a 4-year-old, Korean girl with selective mutism. *Clinical Case*

Studies, 12(5), 335–347. <https://doi.org/10.1177/1534650113492997>

Katz-Bernstein, N., & Subellok, K. (2009). Selektiver Mutismus bei Kindern. Ein Thema für die Sprachtherapie? *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre*

Nachbargebiete, 4, 308–320.

Khan, M., & Renk, K. (2018). Be your own superhero. A case of a young boy with selective mutism and complex comorbidities. *Clinical Case Studies*, 17(5),

348–365. <https://doi.org/10.1177/1534650118791038>

Klein, E. R., Armstrong, S. L., Skira, K., & Gordon, J. (2017). Social Communication Anxiety Treatment (S-CAT) for children and families with selective mutism.

A pilot study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(1), 90–108. <https://doi.org/10.1177/1359104516633497>

Korsch, F., Petermann, U., Schmidt, S., & Petermann, F. (2013). Kognitive, sprachliche, motorische und sozial-emotionale Defizite bei verhaltensauffälligen

Schulanfängern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 62(6), 405–419. <https://doi.org/10.13109/prkk.2013.62.6.405>

Kramer, J. (2004). Das Nicht-Sprechen verstehen Diagnostische Anknüpfungspunkte einer bewegungsorientierten Sprachförderung für ein Kind mit

selektivem Mutismus. *motorik*, 27(1), 49–54.

Kreinbacher, K. (2009). *Der positive Einfluss von Bewegung und Sport auf psychische Störungen*. [Bachelorarbeit]. Pädagogische Hochschule Steiermark.

Lang, R., Regester, A., Mulloy, A., Rispoli, M., & Botout, A. (2011). Behavioral Intervention to Treat Selective Mutism Across Multiple Social Situations and

Community Settings. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 44(3), 623–628. <https://doi.org/10.1901/jaba.2011.44-623>

- Lorenzo, N. E., Cornacchio, D., Chou, T., Kurtz, S. M. S., Furr, J. M., & Comer, J. S. (2021). Expanding treatment options for children with selective mutism. Rationale, principles, and procedures for an intensive group behavioral treatment. *Cognitive and Behavioral Practice, 28*(3), 379–392.
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.06.002>
- Magagna, J. (2012). Extended family explorations using dreams, drawings, and play when the referred child does not speak. In J. Magagna (Hrsg.), *The silent child. Communication without words* (S. 117–137). Karnac Books.
- Manassis, K., & Tannock, R. (2008). Comparing Interventions for Selective Mutism. A Pilot Study. *The Canadian Journal of Psychiatry, 53*(10), 700–703.
<https://doi.org/10.1177/070674370805301010>
- Mancini, V., Rigoli, D., Roberts, L., Heritage, B., & Piek, J. (2018). The relationship between motor skills, perceived self-competence, peer problems and internalizing problems in a community sample of children. *Infant and Child Development, 27*(3), e2073. <https://doi.org/10.1002/icd.2073>
- Melfsen, S., & Warnke, A. (2007). Treatment of selective mutism. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 35*(6), 399–407.
<https://doi.org/10.1024/1422-4917.35.6.399>
- Milic, M. I., Carl, T., & Rapee, R. M. (2020). Similarities and differences between young children with selective mutism and social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 133*(3). <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103696>
- Monga, S., & Benoit, D. (2017). Taming Sneaky Fears. Evidence-Based Treatment for 4- to 7-year-old Children With Selective Mutism and/or Social Anxiety Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 56*(10), 354–355. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.07.762>
- Monzo, M. P., Micotti, S., & Rashid, S. (2015). The mutism of the mind. Child and family therapists at work with children and families suffering with selective mutism. *Journal of Child Psychotherapy, 41*(1), 1–19. <https://doi.org/10.1080/0075417X.2015.1005385>

- Mulligan, C. A., & Christner, R. W. (2012). Selective mutism. Cognitive-behavioral assessment and intervention. In R. B. Mennuti, R. W. Christner, & A. Freeman (Hrsg.), *Cognitive-behavioral interventions in educational settings. A handbook for practice*. (2. Auflage, S. 187–213). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Oerbeck, B., Johansen, J., Lundahl, K., & Kristensen, H. (2012). Selective mutism. A home-and kindergarten-based intervention for children 3–5 Years. A pilot study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *17*(3), 370–383. <https://doi.org/10.1177/1359104511415174>
- Oerbeck, B., Overgaard, K. R., Stein, M. B., Pripp, A. H., & Kristensen, H. (2018). Treatment of selective mutism. A 5-year follow-up study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *27*(8), 997–1009. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1110-7>
- Oerbeck, B., Stein, M. B., Pripp, A. H., & Kristensen, H. (2015). Selective mutism. Follow-up study 1 year after end of treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *24*(7), 757–766. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0620-1>
- Oerbeck, B., Stein, M. B., Wentzel-Larsen, T., Langsrud, Ø., & Kristensen, H. (2014). A randomized controlled trial of a home and school-based intervention for selective mutism – defocused communication and behavioural techniques. *Child and Adolescent Mental Health*, *19*(3), 192–198. <https://doi.org/10.1111/camh.12045>
- Oon, P. P. (2010). Playing with Gladys. A case study integrating drama therapy with behavioural interventions for the treatment of selective mutism. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *15*(2), 215–230. <https://doi.org/10.1177/1359104509352892>
- O'Reilly, M., McNally, D., Sigafos, J., Lancioni, G. E., Green, V., Edrisinha, C., Machalicek, W., Sorrells, A., Lang, R., & Didden, R. (2008). Examination of a social problem-solving intervention to treat selective mutism. *Behavior Modification*, *32*(2), 182–195. <https://doi.org/10.1177/0145445507309018>

Ponzurick, J. M. (2012). Selective mutism. A team approach to assessment and treatment in the school setting. *The Journal of School Nursing, 28*(1), 31–37.

<https://doi.org/10.1177/1059840511422534>

Reuther, E. T., Davis III, T. E., Moree, B. N., & Matson, J. L. (2011). Treating Selective Mutism Using Modular CBT for Child Anxiety. A Case Study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40*(1), 156–163. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.533415>

Rigoli, D., Piek, J. P., & Kane, R. (2012). Motor coordination and psychosocial correlates in a normative adolescent sample. *Pediatrics, 129*(4), 892–900.

<https://doi.org/10.1542/peds.2011-1237>

Schaefer, C. E., & Drewes, A. A. (2018). Play-based approaches for treating childhood anxieties. Basic concepts and practices. In A. A. Drewes & C. E. Schaefer (Hrsg.), *Play-based interventions for childhood anxieties, fears, and phobias*. (S. 3–12). The Guilford Press.

Sharkey, L., Mc Nicholas, F., Barry, E., Begley, M., & Ahern, S. (2008). Group therapy for selective mutism – A parents’ and children’s treatment group.

Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 39(4), 538–545. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.12.002>

Shott, E. F., & Warren, M. E. (2011). Selective Mutism. Treating the Silent Child. *Zero to Three Journal, 31*(6), 15–19.

Sloan, T. L. (2007). Family therapy with selectively mute children. A case study. *Journal of Marital and Family Therapy, 33*(1), 94–105.

<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2007.00008.x>

Standart, S., & Le Couteur, A. (2003). The quiet child. A literature review of selective mutism. *Child and Adolescent Mental Health, 8*(4), 154–160.

<https://doi.org/10.1111/1475-3588.00065>

Steains, S. Y., Malouff, J. M., & Schutte, N. S. (2021). Efficacy of psychological interventions for selective mutism in children. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Child: Care, Health and Development, 47*(6), 771–781. <https://doi.org/10.1111/cch.12895>

- Subellok, K., & Bahrfeck-Wichitill, K. (2007). Schweigen—Spritzen—Sprechen. Ein selektiv mutistisches Kind kommt in Bewegung. Eine Einzelfallanalyse. *Die Sprachheilarbeit*, 52(3), 96–106.
- Trommelen, S. (2018). Ressourcenorientierter Umgang mit Ängsten in der Psychomotorik. *Praxis der Psychomotorik*, 43(1), 32–41.
- Vecchio, J., & Kearney, C. A. (2009). Treating youths with selective mutism with an alternating design of exposure-based practice and contingency management. *Behavior Therapy*, 40(4), 380–392. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.10.005>
- Viana, A. G., Beidel, D. C., & Rabian, B. (2009). Selective mutism. A review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review*, 29(1), 57–67. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.09.009>
- Vogel, F., Gensthaler, A., & Schwenck, C. (2022). Frozen with fear? Attentional mechanisms in children with selective mutism. *Cognitive Therapy and Research*, 46(3), 629–645. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10289-3>
- Vogel, F., Gensthaler, A., Stahl, J., & Schwenck, C. (2019). Fears and fear-related cognitions in children with selective mutism. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(9), 1169–1181. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01281-0>
- Webb, L. (2022). *Evaluating intensive group behavioral treatment for selective mutism* [Dissertation]. Hofstra University.
- Weinstock, R., Caporino, N., Crowell McQuarrie, S., Ronkin, E., Wright, L. A., Ludwig, N. N., & Tone, E. B. (2020). Behavioral Assessment and Treatment of Selective Mutism in Identical Twins. *Clinical Case Studies*, 19(6), 418–437. <https://doi.org/10.1177/1534650120950526>
- White, J., & Bond, C. (2022). The role that schools hold in supporting young people with selective mutism. A systematic literature review. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 22(3), 232–242. <https://doi.org/10.1111/1471-3802.12561>
- Wischnewski, J., & Stöhle, A. (2016). Angststörungen und selektiver Mutismus bei Kindern und Jugendlichen. *Praxis Sprache*, 61(3), 195–199.

Zelinger, L. (2010). Understanding and generalizing communication patterns in children with selective mutism. In A. A. Drewes & C. E. Schaefer (Hrsg.),

School-based play therapy (2. Auflage, S. 359–377). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118269701.ch17>