The Sound of Silence

Selektiver Mutismus:
Prozessgestaltung in der Ergotherapie

BACHELORARBEIT

Autoren: Ann Christin Dankert und Jeannette Osterhagen
1876678 / 1874586

Bachelorstudiengang der Zuyd Hogeschool in Heerlen (NL)
Fachbereich Gezondheidszorg Ergotherapie
Bachelorbegleiterin: Cornelie Zillhardt

Oktober 2020

SCHWEIGEN KANN SO LAUT SEIN,
DASS ES NICHT ZU ÜBERHÖREN IST.

(Johann Wolfgang von Goethe)

DANKSAGUNG

Unser besonderer Dank richtet sich an Sie, liebe Studienteilnehmerinnen! Ohne ihre Auskunftsbereitschaft wäre es uns nicht möglich gewesen, diese Untersuchung durchzuführen. Trotz der Umstände und Widrigkeiten, die die CORONA-Krise für uns alle mit sich brachte, haben Sie durch ihr Engagement dazu beigetragen, dass wir die Ergebnisse unserer Forschungsarbeit heute interessierten Leserinnen und Lesern präsentieren können.

Wir danken ebenfalls allen weiteren Personen, die uns bei unserem Vorhaben auf unterschiedliche Art und Weise unterstützt haben. Dies gilt insbesondere für unsere Dozentin, Cornelie Zillhardt, die uns während des gesamten Forschungsprozesses begleitet und mit ihrer kompetenten, fröhlichen Art immer wieder bestärkt und motiviert hat.

Zuletzt danken wir unseren Partnern, Jan-Tobias und Frank, für ihre fortwährende Unterstützung und die sensationelle kulinarische Versorgung in dieser, für uns sehr arbeitsintensiven Zeit.

Ann Christin Dankert

Jeannette Osterhagen

VERMERK

Im März 2020 brach in Deutschland und den Niederlanden das *COVID-19 Virus* aus. Dies hatte auch Einfluss auf die Bachelorarbeiten des Studiengangs Ergotherapie. Der Zugang zur Hochschule, zu diversen Versorgungseinrichtungen und unterschiedlichen Zielgruppen war nicht mehr möglich und erforderte Anpassungen in der Gestaltung des methodischen Vorgehens der vorliegenden Bachelorarbeit sowie deren Planung und Umsetzung, die bereits in vollem Gang war. Hierdurch wurde die Online-Datenerhebung notwendige Norm (anstatt face-to-face Kontakt) und in einigen Fällen musste auf andere Zielgruppen oder Literaturstudien zurückgegriffen werden, weil der direkte Kontakt mit Klienten/-innen und Professionals nicht möglich war. Alle methodischen Veränderungen sind mit der Begleiterin der Bachelorarbeit abgestimmt. Insofern möchten wir Sie darauf hinweisen, dass die methodische Gestaltung vorliegender Arbeit aufgrund der aktuellen Situation während des Entstehungsprozesses nicht immer den optimalen Bedingungen entspricht.

LESEHINWEISE

Die vorliegende Bachelorarbeit wird im Verlauf als Studie oder Forschungsarbeit, die Erstellerinnen als Forscherinnen oder Autorinnen bezeichnet. Darüber hinaus werden die Leserinnen und Leser auf Folgendes aufmerksam gemacht:

- Bei den Studienteilnehmerinnen handelte es sich ausnahmslos um weibliche Personen. Aus diesem Grund wird von ihnen ausschließlich in der weiblichen Person gesprochen. Sie werden synonym auch als „Befragte“ betitelt.
- Zitate aus Interviews sind im Text kursiv gestellt und eingerückt.
- Abkürzungen sind im entsprechenden Verzeichnis ausgeschrieben aufgeführt.
- Im Text kursiv gedruckte Worte werden im Glossar unter Angabe von Literaturquellen erläutert.
- Englische Texte wurden übersetzt und in den Worten der Autorinnen wiedergeben.
- Direktzitate in englischer Sprache wurden in der Ursprungsfassung belassen, um ihren Sinn nicht zu verfälschen.
- Literaturquellen wurden in Anlehnung an die Richtlinien der American Psychologie Association Version 6 (American Psychological Association, 2013) formatiert und dargestellt.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AAL	Active and Assisted Living Association
ACIS	Assessment of Communication and Interaction Skills
ATCH	Adrenokortikotropes Hormon
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BOT	Bruininks-Oseretzky Test der motorischen Fähigkeiten
COPM	Canadian Occupational Performance Measure
CRH	Corticotropin-Releasing-Hormon
COSA	Child Occupational Self Assessment
DGKJP	Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DNA	Desoxyribonukleinsäure
DortMuT	Dortmunder-Mutismus-Therapie
DSGVO	Datenschutzgrundverordnung
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten/-innen

et. al.	et alii
FEW-2	Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung
HHNA	Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-rinden-Achse
HNO-ärztliche Untersuchung	Hals-Nasen-Ohren-ärztliche Untersuchung
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICD-10-GM	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10 Revision, German-Modification
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICF-CY	International Classification of Functioning, Disability and Health Children and Youth
IGBT-Group	Intensive Group Behavioral Treatment
IMF	Interdisziplinäres Mutismusforum
k. A.	keine Angaben
KoMuT	Kooperative Mutismustherapie
LOS KF	Lincoln-Oseretzky-Skala Kurzform
MOHO	Model of Human Occupation
MOT	Motoriktest
SM	Selektiver Mutimus
SMA	Selective Mutism Assosication
SSI	School Setting Interview

SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibitor/ Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Inhibitoren
SYMUT	Systemische Mutismustherapie
TEACCH®-Ansatz	Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children (Häußler, 2005)
TU Dortmund	Technische Universität Dortmund
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WFOT	Weltverband der Ergotherapeuten/-innen
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WN-FBG	Fragebogen zur Wahrnehmungsentwicklung

ABSTRACT. *Das Phänomen „Selektiver Mutismus“ gilt noch immer als wenig erforscht. Kennzeichnend für dieses Störungsbild ist, dass Betroffene trotz abgeschlossenem Spracherwerb nur mit ausgewählten Personen sprechen. Für das Erlangen von Bildung stellt die Fähigkeit zu sprechen, heute mehr denn je eine unerlässliche Bedingung dar. Sie ist Voraussetzung, um gesellschaftlich teilzuhaben und später ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Therapiert werden Kinder und Jugendliche von Psychotherapeuten/-innen, Sprachtherapeuten/-innen und von Ergotherapeuten/-innen. Wissenschaftliche Erkenntnisse über die Gestaltung der ergotherapeutischen Behandlung lagen bislang kaum vor. Ziel dieser Studie ist es, diese Forschungslücke zu schließen. Acht Ergotherapeutinnen wurden zu ihrem Vorgehen in den Therapien befragt. Die Ergebnisse der anschließend durchgeführten qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring zeigen, dass die individuellen Bedürfnisse und Lebensbedingungen der Kinder und Jugendlichen in der Ergotherapie berücksichtigt und die Behandlungen jeweils maßgeschneidert geplant und durchgeführt werden. Dieses Vorgehen, verbunden mit der Anwendung professionseigener Methoden, führt in der Summe zu guten Behandlungserfolgen.*

Schlüsselwörter: *SM, Angststörung, Sprachstörung, Behandlung, Ergotherapie, Evidenzbasiert, Psychologische Faktoren, Kindheit*

ABSTRACT. *The phenomenon of "selective mutism" is still considered to be little explored. Characteristic for this disturbance picture is that affected persons speak only with selected persons despite completed language acquisition. The ability to speak is now more than ever an indispensable condition for attaining an education. It is a prerequisite for participating in society and later leading a self-determined life. Children and young people are treated by psychotherapists, speech therapists and occupational therapists. Up to now, there was hardly any scientific knowledge about the design of occupational therapy treatment. The aim of this study is to close this research gap. Eight occupational therapists were asked about their approach to therapy. The results of the qualitative content analysis carried out afterwards according to Philipp Mayring show that the individual needs and living conditions of the children and adolescents are taken into account in occupational therapy and that the treatments are planned and carried out in a tailor-made manner. This approach, combined with the use of professional methods, leads to good treatment success overall.*

Keywords: *Selective mutism, anxiety disorder, speech disorder, treatment, occupational therapy, Evidence-based, psychological factors, childhood*

ABSTRACT. *Het fenomeen van "selectief mutisme" wordt nog als weinig onderzocht. Kenmerkend voor deze aandoening is dat de getroffenen slechts met geselecteerde personen spreken, ondanks het feit dat zij de taalverwerving hebben voltooid. Het vermogen om te spreken is nu meer dan ooit een onmisbare voorwaarde voor het behalen van een opleiding. Kinderen en jongeren worden behandeld door psychotherapeuten, logopedisten en Ergotherapeuten/-innen. Tot nu toe was er nauwelijks wetenschappelijke kennis over de opzet van ergotherapiebehandelingen. Het doel van deze studie is om deze onderzoekskloof te dichten. Aan acht Ergotherapeuten/-innen werd gevraagd naar hun benadering van therapie. De resultaten van de achteraf uitgevoerde kwalitatieve inhoudsanalyse volgens Philipp Mayring laten zien dat bij ergotherapie rekening wordt gehouden met de individuele behoeften en leefomstandigheden van de kinderen en adolescenten en dat de behandelingen op maat worden gepland en uitgevoerd. Deze aanpak, gecombineerd met het gebruik van professionele methoden, leidt tot een algemeen succes van de behandeling.*

Trefwoorden: *Selectief mutisme, angststoornis, taalstoornis, behandeling, ergotherapie, evidence based, psychologische factoren, kindertijd*

ZUSAMMENFASSUNG

Individuen, die in der Lage sind, für sie bedeutungsvollen Betätigungen nachzugehen, erleben Wohlbefinden und Lebensfreude in ihrem Alltag. Die Möglichkeit, entsprechende Betätigungen auszuwählen und auszuführen ist erheblich eingeschränkt, wenn die Fähigkeit, mit anderen Menschen über Sprache in Kontakt zu treten und zu interagieren, nicht oder nur teilweise vorhanden ist. Sprache und Sprechen nehmen erheblichen Einfluss auf das Betätigungsverhalten und damit auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Leiden diese unter dem Störungsbild „SM“, ist ihre gesellschaftliche Teilhabe stark eingeschränkt und ihre Lebensläufe sind in erheblichem Maße von Betätigungsungerechtigkeit bedroht. Die Teilhabesicherung dieser Kinder und Jugendlichen am gesellschaftlichen Leben -in der Gegenwart und in der Zukunft- ist erklärtes Ziel der Ergotherapie.

Während Sprachtherapeuten/-innen und Logopäden/-innen ihren Fokus auf Probleme in der sprachlichen Entwicklung Betroffener richten und Psychotherapeuten/-innen seelische Ursachen beleuchten, folgen Ergotherapeuten/-innen der These, dass das Ermöglichen von Betätigung sowohl Mittel als auch Ziel darstellt, um das Störungsbild und seine Folgen abzumildern oder gar zu überwinden. Über die Vorgehensweise in der Ergotherapie bei der Gestaltung des Therapieprozesses und den Umgang mit betroffenen Kindern und Jugendlichen ist bislang wenig bekannt. Diese Forschungsarbeit geht daher der Frage nach, wie Ergotherapeuten/-innen den Therapieprozess bei Betroffenen mit der Diagnose „SM“ gestalten und welche Faktoren den Prozess beeinflussen.

Acht Ergotherapeutinnen, die in Deutschland entweder in ambulanten Praxen oder im klinischen Setting tätig sind, wurden zu ihrem Vorgehen und ihren Erfahrungen befragt. Ihre Angaben wurden in Form einer zusammenfassenden *qualitativen Inhaltsanalyse* nach Philipp Mayring ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen Unterschiede zwischen Behandlungen im ambulanten und im klinischen Setting auf. So werden Ergotherapeuten/-innen im klinischen Setting in den Diagnostik- und Anamneseprozess weniger einbezogen. Sie treten häufig erst im Rahmen der *Interventionen* in Kontakt zum/zur Klienten/-in. Im ambulanten Setting gelangen Kinder häufig ohne eindeutige Diagnose in die Therapie. Ergotherapeuten/-innen nutzen *professionelles Reasoning*, indem sie entscheidende Faktoren wie die Lebensgeschichte, das soziale Umfeld, die kulturellen Hintergründe sowie die Lebensumstände jeder betroffenen Person berücksichtigen. Im Zentrum ihres Handelns stehen zunächst der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung sowie das Auffangen und Abmildern bestehender Ängste. Die befragten Ergotherapeutinnen orientieren sich an den Ressourcen ihrer Klienten/-innen, agieren vorwiegend non-direktiv, stellen jedoch durchaus Anforderungen an ihre Klienten/-innen. Sie arbeiten häufig tiergestützt und setzen bei Bedarf im Rahmen der Interventionen auch Smartphones und Messenger-Dienste ein. Insgesamt wird ersichtlich, dass für die Behandlung des Störungsbildes umfangreiches Fachwissen sowie hoch komplexes und anspruchsvolles therapeutisches Denken und Handeln erforderlich sind.

Die Autorinnen möchten Kolleginnen und Kollegen ermutigen, die in dieser Studie zusammengefassten Ergebnisse als Anregungen zu nutzen, um das eigene Methodenrepertoire zu erweitern und sich in der praktischen Arbeit neuen Lösungsansätzen zuzuwenden.

Inhalt

LESEHINWEISE 5
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS 6
ZUSAMMENFASSUNG 12
1 EINLEITUNG 18
1.1 Aufbau dieser Arbeit 18
1.2 Motivation zur Auseinandersetzung mit der Thematik 19
„Selektiver Mutismus“ 19
1.3 Die Bedeutung von Sprache zur Anbahnung von Betätigungen, sozialer Interaktion und gesellschaftlicher Teilhabe 20
2 WAS IST „SELEKTIVER MUTISMUS“? 24
2.1 Mutismus und seine Erscheinungsformen 25
2.1.1 Epidemiologie 26
2.1.2 Ätiologie 28
2.1.3 Diagnostik 29
2.1.4 Klassifizierung: *ICD-10* versus *ICD-11* 31
2.1.5 Klassifizierung: *ICF* und *ICF-CY* 32
2.1.6 Abgrenzungen zu ähnlichen Krankheitsbildern 33
2.1.7 Verlauf und Prognose 33
2.2 Leitlinien und etablierte Behandlungskonzepte 34
2.2.1 Leitlinienempfehlungen der AWMF 34
2.2.2 Leitlinienempfehlungen des IMF (Interdisziplinäres Mutismusforum) 35
2.2.3 International angewandte Behandlungskonzepte und Methoden 36
2.2.4 In Deutschland etablierte Behandlungskonzepte 37
2.2.4.1 *SYMUT – Die systemische Mutismustherapie* 37
2.2.4.2 *KoMut – Die Kooperative Mutismustherapie* 38
2.2.4.3 *DortMuT – Die Dortmunder-Mutismus-Therapie* 38
2.3 Zugänge behandelnder Professionen 39
2.3.1 Psychologischer und entwicklungspsychologischer Zugang 39
2.3.2 Bio-Medizinischer Zugang 44
2.3.3 Ergotherapeutischer Zugang 45
2.3.3.1 Ziele der Ergotherapie 47
2.3.3.2 Wie arbeiten Ergotherapeuten/-innen? 48

2.3.3.3 Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung 51
2.3.3.4 Wer ist der Klient? 52
2.3.3.5 Klientenzentrierung 53
2.3.3.6 Professionelles Reasoning 54
2.3.4 Allgemeines zum Model of Human Occupation (MOHO) 54
2.3.5 Menschliche Komponenten 55
2.3.6 Komponente Umwelt und ihre Dimensionen 56
2.3.7 Betätigungsebenen: Partizipation, Performanz und Fertigkeiten 59
2.3.8 Betätigungskompetenzen und Betätigungsidentität 60
2.3.9 Methodisches Handeln nach dem Prozessmodell: 61
Therapeutic Reasoning Process 61
2.4 Fazit 64
3 METHODIK 66
3.1 Forschungsethik 67
3.1.1 Europarecht 67
3.1.2 Ethikkodex des DVE und des WFOT 68
3.1.3 Umsetzung 68
3.2 Hintergründe und Ziele dieser Forschungsarbeit 69
3.3 Allgemeines zum Forschungsprozess 70
3.4 Zeitplan 72
3.5 Literaturrecherche 73
3.6 Forschungsfrage und Leitfragen 75
3.7 Studiendesign 76
3.8 Die Entwicklung des Interviewleitfadens 76
3.9 Rekrutierung von Studienteilnehmern 77
3.10 Pretest 79
3.11 Hauptstudie 80
3.11.1 Durchführung der Interviews und Entstehungssituation 80
3.11.2 Charakteristika des Materials und Transkription 81
3.11.3 Der Analyseprozess 82
3.12 Gütekriterien 86
3.12.1 Verfahrensdokumentation 86
3.12.2 Argumentative Interpretationsabsicherung 86
3.12.3 Regelgeleitetheit 87

3.12.4 Nähe zum Gegenstand ... 88
3.12.5 Kommunikative Validierung ... 88
3.12.6 Triangulation ... 89
4 RESULTATE ... 90
4.1 Beantwortung der Forschungsfrage und der Leitfragen ... 91
4.1.1 Leitfrage 1: Wie gestaltet sich der ergotherapeutische Prozess in seinen einzelnen Schritten? ... 91
4.1.1.1 Erstkontakt ... 91
4.1.1.2 Anamnese ... 92
4.1.1.3 Inventarisieren und Analysieren im Rahmen der ergotherapeutischen Diagnostik ... 96
4.1.1.4 Ziele ... 98
4.1.1.5 Interventionen ... 99
4.1.1.6 Beratung und Psychoedukation ... 103
4.1.1.7 Professionelles Reasoning ... 105
4.1.1.8 Outcome ... 106
4.1.2 Leitfrage 2: Wie gestaltet sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit? ... 109
4.1.3 Leitfrage 3: Wodurch wird die ergotherapeutische Behandlung beeinflusst? ... 113
4.1.3.1 Einflüsse der unmittelbaren Umwelt ... 113
4.1.3.2 Einflüsse der lokalen Umwelt ... 116
4.1.3.3 Einflüsse der globalen Umwelt ... 118
4.1.3.4 Folgen hemmender Faktoren ... 120
5 DISKUSSION ... 121
6 SCHLUSSFOLGERUNGEN ... 128
6.1 Handlungsempfehlungen ... 129
6.1.1 Diagnostik ... 129
6.1.1.1 Beurteilung der Symptomatiken ... 129
6.1.1.2 Einsatz von Assessments ... 129
6.1.2 Methodenauswahl ... 131
6.1.2.1 Nondirektives versus direktives Vorgehen ... 131
6.1.2.2 Technologieeinsatz ... 132
6.1.2.3 Tiergestütztes Vorgehen ... 133
6.1.3 Beratungen und Psychoedukation ... 134
6.1.4 Interventionen für Kindergärten und Schulen ... 136

6.1.5 Physische Umweltanpassungen 139
6.1.6 Fortbildungen und interdisziplinärer Austausch 139
6.2 Ausblick 140
6.3 Stärken und Limitationen dieser Studie 141
Literaturverzeichnis 142
Glossar 151
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis 158
ANLAGE 1 Klassifikationsbeispiel nach ICF-CY 159
ANLAGE 2 Fragebogen Pretest 162
ANLAGE 3 Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem Interview 163
ANLAGE 4 Vorbereitende Fragen zum Experteninterview 164
ANLAGE 5 Interviewleitfaden 165
ANLAGE 6 Rekrutierungsaufruf 168
ANLAGE 7 Persönliches Anschreiben per Brief 169
ANLAGE 8 Anschreiben per Email 170
ANLAGE 9 Beispiele für Vorgehen im Rahmen der Interventionen 171
Eigenständigkeitserklärung 173

1 EINLEITUNG

1.1 Aufbau dieser Arbeit

Das Dokument gliedert sich in folgende sechs Kapitel:

KAPITEL 1 führt in die Thematik „SM“ ein. Es wird erläutert, wie Sprache das Betätigungsverhalten von Individuen beeinflusst. Das Störungsbild und seine Folgen werden abschließend im Kontext zu den Zukunftswünschen und Zielen der heutigen Jugend betrachtet.

KAPITEL 2 beschreibt ausführlich das Störungsbild „SM“, erläutert anhand recherchierter Literatur bekannte Behandlungskonzepte sowie die Zugänge und Sichtweisen der unterschiedlichen behandelnden Professionen. Anschließend werden das Störungsbild „SM“ und die daraus resultierenden Folgen anhand des Model of Human Occupation (MOHO) als ergotherapeutische Modelltheorie erläutert.

In KAPITEL 3 wird dargelegt, wie der Gesamtforschungsprozess organisiert und ausgeführt wurde.

KAPITEL 4 präsentiert die ermittelten Resultate und beantwortet die Forschungsfrage sowie die Leitfragen.

KAPITEL 5 verbindet und diskutiert die Ergebnisse der Studie mit den in den Kapiteln 1 und 2 beschriebenen theoretischen Hintergründen.

KAPITEL 6 erlaubt einen Ausblick in die Zukunft und beschreibt mögliche neue Wege, die bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit „Selektivem Mutismus“ ergänzend beschritten werden können. Es zeigt Stärken und Grenzen dieser Studie auf und gibt Empfehlungen, wie an der Thematik zukünftig weiter geforscht werden kann.

1.2 Motivation zur Auseinandersetzung mit der Thematik „Selektiver Mutismus“

„NICHT SPRECHEN – NICHT HANDELN – NICHT TEILNEHMEN“ lautete der Titel der Forschungsarbeit von Rösing und Sölter aus dem Jahr 2010, die im Rahmen einer Bachelorarbeit an der Zuyd Hogeschool durchgeführt wurde und sich mit dem Thema „SM“ und der Behandlung betroffener Kinder in der Ergotherapie auseinandersetzte. Die Autorinnen gingen damals den Fragen nach, in welchen Alltagsbereichen Kinder Einschränkungen erfahren und welche Bedürfnisse sie und ihre Eltern haben. Ebenso wurde beleuchtet, welche Erfahrungen und Ansätze Ergotherapeuten/-innen bei ihrer Arbeit nutzen. Aufbauend auf den vor zehn Jahren ermittelten Ergebnissen ist es Ziel dieser neuen Untersuchung, den Forschungsstand zu aktualisieren und um die Fragen zu ergänzen, wie sich der Gesamttherapieprozess in seinen einzelnen Schritten gestaltet, durch welche Faktoren er beeinflusst und wie interdisziplinär zusammengearbeitet wird.

Die Autorinnen dieser Untersuchung sind als Ergotherapeutinnen in den Fachbereichen Pädiatrie und Psychiatrie tätig und haben dies zum Anlass genommen, die Thematik für interessierte Kolleginnen und Kollegen zu erforschen und hier zu dokumentieren.

1.3 Die Bedeutung von Sprache zur Anbahnung von Betätigungen, sozialer Interaktion und gesellschaftlicher Teilhabe

> *„Menschen zu verbinden ist die wichtigste Funktion der Sprache. Dies geschieht durch den Austausch von Informationen, Erlebnissen und Erfahrungen mit anderen Menschen.“* (Eicher, 2018, S. 3).

Die Evolution brachte Sprachen hervor und verschaffte uns damit den Vorteil, effektiver zusammenarbeiten, kooperieren und handeln zu können. Sprache wird durch das Zusammenfügen von Worten gebildet. Durch sie können Stimmungen ausgelöst oder verstärkt, Vertrauen und Selbstvertrauen geschaffen sowie Handlungen oder Vermeidungsverhalten gefördert werden. Als Waffe eingesetzt können Worte aber auch verletzen und tiefe Wunden in unserem emotionalen Gedächtnis hinterlassen. Worte, die erwartet werden, jedoch nicht fallen, lösen etwas in uns aus. Schweigen sich zwei Menschen an, kann dies zu Fehlinterpretationen führen, da Schweigen verschiedene Auslegungen zulässt. Es kann als bedrückend und beklemmend, ängstlich, als hartnäckige Verweigerungshaltung oder sogar als aggressiv verstanden werden (Eicher, 2018).

Sprache ist jedoch weitaus mehr. Weder durch Gestik noch durch Mimik können wir unsere Anliegen und unser Wissen so differenziert transportieren, wie durch den Einsatz von Sprache. Erst durch Sprache werden die Wertevorstellungen einer Gesellschaft aufgezeigt und ihre Mitglieder darin bestärkt, Handlungsentscheidungen zu treffen. Sprache stellt somit die Basis für ein zufriedenstellendes Funktionieren einer Gesellschaft auf allen Ebenen dar. Sie ist Schlüssel zum Eingehen von Beziehungen und Teilhabe, sowohl im beruflichen als auch im privaten Bereich. Doch wie handeln Menschen, die nicht mit ihrem sozialen Umfeld sprechen können? Sind sie in der Lage, Beziehungen einzugehen

und so ihren eigenen Rollen und Bedürfnissen gerecht zu werden? Wie wichtig ist es Kindern und Jugendlichen in der heutigen Zeit, Beziehungen zu anderen Menschen zu knüpfen und mit ihnen zu interagieren?

In der 2019 unter Beteiligung des Markforschungsunternehmens Kantar durchgeführten Shell Jugendstudie, bei der es sich um eine Metastudie mit hohem Evidenzlevel handelt, wurden 2.572 Jugendliche im Alter zwischen 12 und 25 Jahren qualitativ und quantitativ zu ihrer Lebenssituation sowie zu ihren Werteorientierungen befragt. Dabei wurden u. a. die Bereiche Familie und Lebenswelten, Bildung und Beruf sowie Freizeit beleuchtet: Die repräsentative Stichprobe zeigte, dass 97 % der Heranwachsenden es als wichtig erachten, gute Freunde zu haben. Selbst die *Digital Natives* gaben an, Freundschaften in der Offline-Welt zu pflegen. Lediglich 5% von ihnen erklärten, mit der Hälfte ihres Freundeskreises ausschließlich über soziale Medien zu kommunizieren und nur ein gutes Drittel von ihnen ist damit zufrieden (Wolfert, Sabine; Leven, Ingo; Kantar, 2019). Sich verbal äußern zu können, ist jedoch Voraussetzung für das Knüpfen von Freundschaften. Sprache stellt auch für das Erlangen von Bildung heute mehr denn je eine unerlässliche Bedingung dar und ist Voraussetzung für *Partizipation* und selbstbestimmte Lebensführung. 83% der Jugendlichen ist es wichtig, zukünftig von anderen Menschen unabhängig zu sein (Schneekloth, Ulrich; Kantar, 2019). In den Zahlen zu angestrebten Schulabschlüssen zeigt sich, dass Bildung und Ausbildung entscheidende Rollen für die Weichenstellung der Lebensplanung spielen. Während im Jahr 2002 das Abitur von 49% aller Jugendlichen angestrebt wurde, belief sich die Quote im Jahr 2019 bereits auf 61%. Diese Zahlen unterstreichen, dass Jugendliche der eigenen Bildung, Unabhängigkeit und Teilhabe eine immer höhere Bedeutung zuschreiben (Leven, Hurrelmann, & Quenzel, 2019).

Gute mündliche Schulleistungen sind für das Erreichen eines Schulabschlusses unabdingbar und damit Voraussetzung für beruflichen Erfolg und wirtschaftliche Unabhängigkeit. Kinder und Jugendliche, die unter selektivem Mutismus leiden, sind jedoch nicht in der Lage, die an sie gestellten Erwartungen zu erfüllen. Mündliche Vorträge, Unterrichtsbeteiligung oder das Lösen von Aufgaben vor der Klassengemeinschaft sind ihnen nicht möglich, wie auch der Bericht des 15jährigen, von SM betroffenen Mike in seinem auf youtube veröffentlichten Video zeigt (Leben mit Mutismus im Schulalltag, 2018). Sie scheitern bei Bewerbungen um Praktikums- und Ausbildungsplätze, haben Schwierigkeiten am Arbeitsplatz (Hebbecker, 2016) oder tragen sich in Extremfällen mit suizidalen Gedanken (Hartmann D. , 2019).

In unserer digitalisierten Welt findet Kommunikation zunehmend über E-Mails, *WhatsApp*-Nachrichten und die Nutzung sozialer Netzwerke wie Facebook oder Twitter statt. *Assistive Technologien* unterstützen uns in unserem Alltag und in unseren Routinen. Die *AAL* Association (2020) beschreibt die Ziele dieser Technologien u. a. als Autonomie und Mobilität verstärkende Anwendungen, die auch die Verminderung der sozialen Isolation bezwecken. Die Bandbreite reicht dabei von *Low-Tech-Geräten*, wie Hörgeräte bis hin zu hochentwickelten Technologien, wie komplexe Software zur Sprachausgabe (Feiler & Unger, Digitalisierung und Professionelles Reasoning, 2019). Ergotherapeutische Behandlungskonzepte, wie die ressourcenorientierte, videogestützte Entwicklungsberatung nach *Marte Meo*, werden bereits seit einigen Jahren in den Therapien bei Kindern mit sozialer Ängstlichkeit und bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen eingesetzt, um verbale und nonverbale Signale im Interaktionsgeschehen mit Dritten zu analysieren (Schulte, 2016).

Kommunikation über soziale Medien kann helfen, Isolation aufgrund bestehender Sprachbarrieren zu mildern. So berichtet die von SM betroffene Teresa Hebbecker in ihrem veröffentlichten Artikel (2016) davon, dass sie mit Klassenkameradinnen in der Schule über Handynachrichten kommunizierte. Die Ergebnisse einer im Jahr 2018 veröffentlichten qualitativen Befragung von sieben Jugendlichen und jungen Erwachsenen legen dar, wie das kommunikative Geschehen in sozialen Medien und durch Selfies die Rollenmuster und Identitätsausbildung junger Menschen beeinflusst (Völcker & Bruns, 2016). Auch wenn es sich um eine Gruppenstudie mit nur wenigen Teilnehmer/-innen und damit einem niedrigen *Evidenzlevel* handelte, zeigen die Ergebnisse, dass Selfies für die Erstellenden eine entwicklungs- und identitätsbezogene Bedeutung im Kommunikationsgeschehen, besonders in der Beziehungsgestaltung zu einer Gruppe oder Gleichaltrigen haben. Es wurde dargelegt, dass sie als spezifisches Mittel in Kommunikations- und Interaktionssituationen fungieren. Sie fordern zur Kommentierung auf und sind relevant für unterschiedliche Anschlusskontakte, deren Grundvoraussetzung die Kommunikation mit einer Öffentlichkeit ist. Dass auch das Kommunizieren in sozialen Netzwerken durch SM eingeschränkt sein kann, wird in dem Bericht einer betroffenen Schülerin deutlich, die in ihrem youtube-Video über ihre Ängste, auf Nachrichten Dritter in facebook zu antworten, berichtet (BurningPumpkinLady, 2013).

Diese Beispiele zeigen, wie eng Sprache und Kommunikation mit dem Betätigungsverhalten von Menschen verbunden sind. Aufgabe unserer Gesellschaft im Sinne der Inklusion ist es, SM-Betroffene zu unterstützen, ihnen Teilhabe zu ermöglichen und somit Betätigungsungerechtigkeiten entgegenzuwirken.

2 WAS IST „SELEKTIVER MUTISMUS“?

ALLES, WAS UNS BEGEGNET,
LÄSST SPUREN ZURÜCK;
ALLES TRÄGT UNMERKLICH
ZU UNSERER BILDUNG BEI.

(Johann Wolfgang von Goethe)

2.1 Mutismus und seine Erscheinungsformen

> ***„Mutismus*** *(lat. mutus stumm) m: (engl.) mutism; Sprechunfähigkeit (Stummheit, Nicht-Sprechen) bei intaktem Sprachvermögen und intakten Sprechorganen"* (Pschyrembel, 2014).

Als „*Aphasia voluntaria*" wurde der selektive Mutismus im Jahr 1877 erstmalig von Adolf Kussmaul beschrieben. Der Beginn der Störung liegt i. d. R. im Kindes- und Jugendalter. In der Vergangenheit wurde in Fachkreisen überwiegend vom „elektivem Mutismus" gesprochen. Elektiv impliziert, dass Betroffene frei wählen können, wann, wo und mit wem sie sprechen oder schweigen, was einer Verharmlosung gleichkäme. Um dem entgegenzuwirken, einigte man sich in Fachkreisen auf die Verwendung des Begriffs „selektiv" (Rogoll, Petzold, & Ströhle, 2018).

Mutismus ist im Wesentlichen durch zwei Kardinalsymptome gekennzeichnet:

1. Nicht-Sprechen unter bestimmten Bedingungen („Sprache im engeren Sinne")
2. Kommunikationsabbruch unter bestimmten Bedingungen („Sprache im weiteren Sinne") (Stilleben e. V. Hannover, 2020).

In der Fachliteratur werden zahlreiche Arten von Mutismus beschrieben. Es existieren unterschiedliche Vorschläge, eine differenzierte Einordnung vorzunehmen, bspw. nach der graduellen Erscheinung wie Totalem Mutismus und Selektivem Mutismus, nach ätiologischen Gesichtspunkten, nach Entstehungszeitpunkten oder nach Altersabgrenzung. Die Sprach- und Mutismusexpertin, Prof. Dr. Nitza Katz-Bernstein, verweist auf die therapeutische Relevanz der Einteilung nach Hayden. Darin wird folgendes Ordnungssystem vorgeschlagen:

- **Symbiotischer Mutismus***:* ist charakterisiert durch eine symbiotische Beziehung zu einer Bezugsperson bei manipulativer, negativistischer Einstellung gegenüber verantwortlichen Erwachsenen
- **Sprechangst-Mutismus**: ist charakterisiert durch die Angst, die eigene Stimme zu hören und kann von Zwangsgedanken oder -handlungen begleitet sein.
- **Reaktiver Mutismus**: verursacht durch ein einmaliges traumatisches Ereignis
- **Passiv-aggressiver Mutismus**: Einsatz des Schweigens als Waffe, das mit feindseligem und trotzigem Verhalten verbunden wird (Hayden, 1980) (Katz-Bernstein P. , 2015).

2.1.1 Epidemiologie

SM ist eine selten auftretende Störung, bei der Mädchen häufiger betroffen sind als Jungen (Rogoll, Petzold, & Ströhle, 2018). In unterschiedlichen Studien wurden Prävalenzraten von 0,5 bis 2% ermittelt (Hruska, 2019). Laut statistischem Bundesamt lebten im Jahr 2019 in Deutschland ca. 13,5 Millionen minderjährige Kinder in Familien. Legt man den epidemiologischen Daten eine Quote von 1% zugrunde, waren zu diesem Zeitpunkt 135.000 Kinder in Deutschland von SM betroffen. Es ist jedoch anzunehmen, dass die Dunkelziffer weitaus höher liegt. Ein Indiz hierfür ist der Zuwachs an Anfragen, sobald Anlaufstellen eröffnet werden, die spezialisierte, interdisziplinäre Therapieangebote offerieren (Katz-Bernstein P. , 2015).

Erhöhte Prävalenzraten sind bei der Gruppe von Kindern mit Migrationshintergrund zu verzeichnen. Die 2018 veröffentlichten Ergebnisse einer Datenerhebung im Rahmen des

DMT-KoMut (Deutscher Mutismustest, Kooperative Mutismustherapie) (Johanssen, Kramer, & Lukaschyk, 2018) zeigt Häufungen bei Kindern aus Russland, Albanien, Marokko, China und Italien. Die Berechnungen erfolgten auf Grundlage der Bevölkerungsanteile der in der Bundesrepublik Deutschland lebenden Migrantengruppen. Da es sich bei dieser Erhebung um 444 Datensätze eines Online-Tests handelte, können Doppelungen aufgrund von Mehrfachtestungen desselben Kindes nicht ausgeschlossen werden, wodurch der Evidenzlevel der Studie herabgesetzt wird. Dennoch stützen die ermittelten Zahlen die Ergebnisse anderer Studien.

Oft wird die Erkrankung im Grundschulalter zwischen 6 und 8 Jahren festgestellt. Retrospektive Studien zeigen jedoch bereits erste Auffälligkeiten ab einem Alter von 3 Jahren. Bis zur Identifizierung der Erkrankung vergeht oft eine lange Zeit, so dass eine erste Überweisung an Spezialisten durchschnittlich im Alter zwischen 6,5 und 9 Jahren erfolgt (Baur & Schäppi, 2012).

Eine weitere Anhäufung von Fällen ist in Transitionsphasen zu beobachten, wie beispielsweise beim Eintritt in den Kindergarten, die Grundschule oder später in die erweiterte Schule (Katz-Bernstein N. , Beitrag zur Ätiologie, 2015). Neue Lebensphasen sind mit ungewohnten Anforderungen, Betätigungsveränderungen und Erwartungshaltungen der sozialen Umwelt verbunden und stellen Menschen vor besondere Herausforderungen (van Hartingsveldt & van den Houten, Die Entwicklung des Betätigens, 2019). Der Bewältigung von *Transitionsprozessen* wird in der Ergotherapie besondere Bedeutung beigemessen. Sie sind zumeist mit mehrschichtigen komplexen Veränderungen von Rollen- und Routinen verbunden, die Betätigungsanpassungen erforderlich machen.

2.1.2 Ätiologie

In dem veröffentlichten Literaturreview „More than 100 years of silence, elective mutism“ gelangten die Autoren zu dem Ergebnis, dass eine Vielzahl anlage- und umweltbedingter Faktoren für das Entstehen, das Fortschreiten sowie die erfolgreiche Behandlung der Störung ausschlaggebend sind (Sharkey & McNicholas, 2008).

Fachexperten gehen davon aus, dass neben einer genetischen Disposition auch die Familie als prägendes Lern-Modell, sprachliche Auffälligkeiten oder Störungen, einschneidende Lebensereignisse sowie Migration und *Bilingualität* eine Rolle spielen (Bahrfeck-Wichitill, Starke, & Subellok, 2017). Insbesondere schüchterne Kinder, die aufgrund ihres Migrationshintergrundes mit einem Zweitspracherwerb konfrontiert werden, können eine Mutismus-Störung entwickeln. Sie stehen vor der Situation, sich an eine neue Umgebungskultur anpassen zu müssen, ohne ihre Heimatkultur aufzugeben. Dieser *Adaptionsprozess* stellt eine hohe Herausforderung für betroffene Kinder dar (Starke, 2018).

Wissenschaftliche Untersuchungen zeigten, dass in den Familienhistorien mutistischer Kinder Schweigsamkeit, Sprech- und Sprachstörungen, psychiatrische Erkrankungen und Mutismus gehäuft auftreten (Steinhausen & Adamek, 1997). In einer im Jahr 2018 veröffentlichten kontrollierten klinischen Studie mit mittlerem Evidenzlevel wurden 35 italienische Vorschulkinder, die entweder unter selektivem Mutismus (zehn Kinder) oder einer generalisierten Angststörung (elf Kinder) litten, mit 14 Kindern einer Kontrollgruppe ohne Störungsbildern verglichen. Die Befragungen der Kinder und Eltern erfolgten getrennt in semistrukturierten, diagnostischen Interviews durch Doktoranden/-innen. Nach Abschluss der Interviews nahmen die Kinder an zwei Interaktionsaufgaben teil,

nach deren Erledigung unterschiedliche Messungen von Körperfunktionen vorgenommen wurden. Die Ergebnisse zeigten Zusammenhänge zwischen der Elternschaft eines Kindes mit SM und stressreichen bzw. traumatisierenden Lebensereignissen und belegten, dass eine Vielzahl der Väter mutistischer Kinder tendenziell ängstlich-phobisch waren, während die Mütter von Kindern mit SM ein unangemessen kontrollierendes Verhalten zeigten und offenbar einer Realität entkommen wollen, die sich für sie feindlich anfühlt. Die Ergebnisse legen nahe, dass SM und generalisierende Angststörungen einen gemeinsamen ängstlichen Kern haben (Capozzi, et al., 2018).

Dass während des Lebens gesammelte Erfahrungen als epigenetische Veränderungen an der DNA gespeichert und an die nachfolgende Generation weitergegeben werden, bestätigten Untersuchungen aus dem Forschungsgebiet der *Epigenetik*. Frühkindlicher Stress kann sich auf das *Epigenom* eines Kindes auswirken und damit dessen Verhalten beeinflussen (Lehnert, Kirchner, Kirmes, & Dahm, 2018). Epigenetische Veränderungen wurden bei einer Vielzahl somatischer und psychischer Erkrankungen nachgewiesen, u. a. bei Patienten mit *PTBS* (Schoch, Daniel; Berlin, Charité-Universitätsmedizin, 2018).

2.1.3 Diagnostik

Die Fachexpertin für SM, Nitza Katz-Bernstein, weist auf die Notwendigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit und transdisziplinärer Diagnostik hin (Katz-Bernstein P. , 2015). Sie betrachtet Diagnostik als Prozessgeschehen auf unterschiedlichen Ebenen wie folgt:

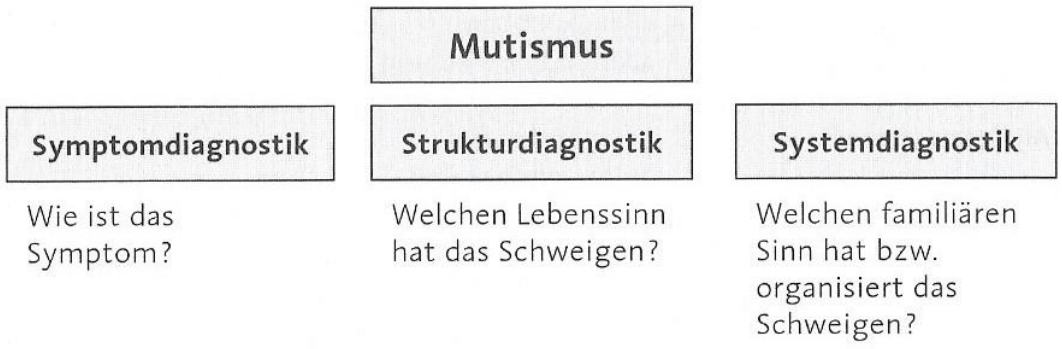

Abbildung 1: Diagnostik als Prozessgeschehen (Katz-Bernstein/Zaepfel 2004)

Die *Symptomdiagnostik* schließt dabei die „*Topografie"* des Sprechens und Schweigens" sowie die Äußerungsformen mit ein. Die *Strukturdiagnostik* sucht nach innerseelischen Prozessen und deren Wechselwirkung mit externen Auslösern. Dabei wird einerseits nach einer „Störung", die das Kind zum Mutismus geführt hat, andererseits nach Stärken und Ressourcen gesucht, die das „Nichtsprechen" als Lösung ermöglicht haben.

> „*Ein solches Symptom (Mutismus) zu entwickeln und als ein durchgehendes, logisches System aufzubauen und aufrecht zu erhalten, weist auf erhebliche kognitiv-emotionale Kompetenzen hin. Diese Wechselwirkung von Kompetenzen und Einschränkungen wird erst sinnvoll und verstehbar, wenn sie eine lebensgeschichtliche Relevanz erfährt."* (Katz-Bernstein N. , Selektiver Mutismus bei Kindern, 2015, S. 76-77).

Im Rahmen der *Systemdiagnostik* wird nach Interaktionsmustern im Familienkontext und in der jeweiligen Kultur gesucht. Hierbei spielen Faktoren wie das Selbstbild des Kindes, sein Anspruch an sich selbst, soziokulturelle Stile des Denkens, Werte und kulturspezifische Beziehungsmuster sowie Konflikte mit der Gegenwartskultur eine Rolle (Katz-Bernstein N. , Selektiver Mutismus bei Kindern, 2015).

Der anerkannte Fachexperte für SM, Dr. Boris Hartmann, empfiehlt eine Diagnostik in acht Stufen, die u. a. neurologische sowie HNO-ärztliche Untersuchungen, Sprachdiagnostiken und Familienanamnesen einschließen (Hartmann B. , Gesichter des Schweigens - Die systemische Mutismus-Therapie/SYMUT als Therapiealternative, 2019, S. 270) (Anlage).

2.1.4 Klassifizierung: *ICD-10* versus *ICD-11*

Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*ICD*: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), ist die amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland. Sie wird von der Weltgesundheitsorganisation (*WHO*) herausgegeben und gilt weltweit als anerkanntes Diagnoseklassifikationssystem der Medizin. Seit 1. Januar 2020 ist die ICD-10-GM in der Version 2020 anzuwenden (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2020).

Das Störungsbild „SM“ erlebt derzeit eine Klassifizierungsumstellung, die mit einer Neucodierung innerhalb der *ICD* verbunden ist. Während es in der der *ICD-10* in die Gruppe der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend eingeordnet und unter der Ziffer F94.0 codiert wird, erfolgt in der *elften Version*, die am 1. Januar 2022 in Kraft tritt, eine Zuordnung zur *Gruppe der Angststörungen* unter der Ziffer 6B06 (Müller, 2019).

2.1.5 Klassifizierung: *ICF* und *ICF-CY*

Ein weiteres, von der WHO entwickeltes Klassifikationssystem, ist die ICF, die es ermöglicht, international und interdisziplinär einheitlich über Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe und deren Beeinträchtigungen zu kommunizieren und Daten zu vergleichen. Im Gegensatz zur ICD werden auch Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren in die Codierung einbezogen. Da sich Kinder und Jugendliche noch in einem Entwicklungsprozess befinden und sich ihre Aktivitäten von denen Erwachsener unterscheiden, wurde ergänzend die ICF-CY entwickelt.

Bei der ICF und der ICF-CY handelt es sich um Codiersysteme, die einen hohen Differenzierungsgrad und eine individuelle Sichtweise auf die Situation Betroffener ermöglichen. Die Funktionsfähigkeiten einer Person werden nicht nur aus der bio-medizinischen Perspektive gesehen, sondern es erfolgt eine Betrachtung der Aktivitäten, die die jeweilige Person ausübt oder ausüben soll. Darüber hinaus wird geprüft, ob eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben möglich ist oder möglich sein könnte.

> *„Partizipation bezieht sich auf die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, wie z. B. beim Verkehr, beim Sprechen in der Öffentlichkeit oder beim Nachgehen und auch Behalten einer (bezahlten) Arbeit* (Cup & Hartingsveldt, 2019, S. 164).*“*

Ausgehend vom *bio-psychosozialen Modell* folgt die ICF der Annahme, dass nicht die Beeinträchtigungen oder Behinderungen des Menschen zu Partizipationsschwierigkeiten führen, sondern dass diese durch die Umwelt bedingt werden. Die Ergotherapie folgt in ihren Betrachtungs- und Behandlungskonzepten ebenfalls dem bio-psychosozialen Modell. Betätigungs- und Umweltanpassungen sind wichtige Bausteine ergotherapeutischer

Interventionen. Bei der ICF handelt es sich daher um ein mit der Ergotherapie hoch kompatibles Klassifizierungssystem. Beispielhaft wird in ANLAGE 1 die Codierung für einen Jugendlichen, der von einer Mutismusstörung betroffenen ist, dargestellt.

2.1.6 Abgrenzungen zu ähnlichen Krankheitsbildern

Die Abgrenzung zu anderen Störungen wird in der ICD-10 wie folgt vorgenommen:

- *Passagerer Mutismus als Teil einer Störung mit Trennungsangst bei jungen Kindern ist (F93.0)*
- *Schizophrenie (F20.-)*
- *Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84.-) sowie*
- *Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F80.-).*

2.1.7 Verlauf und Prognose

In Abhängigkeit von der jeweiligen Graduierung und der individuellen psychosozialen Umwelt kann sich die Störung chronifizieren. Es sind jedoch auch *Spontanremissionen* möglich. Bei 18% der Betroffenen bleibt das Schweigen bestehen und wird Teil der persönlichen Identität. Auch weitere Angststörungen und Depressionen können sich aus dem selektiven Mutismus entwickeln (Bahrfeck-Wichitill, Starke, & Subellok, 2017).

Unbehandelt kann sich eine Mutismusstörung ungünstig auf die schulischen Leistungen betroffener Kinder und deren spätere (berufliche) Biografie auswirken. Schweigen in Kindergarten oder Schule erschwert oder verhindert die Teilhabe nicht nur am direkten

Unterrichtsgeschehen, sondern auch indirekt. Ein großer Teil von SM betroffener Kinder vermeidet beispielsweise Toilettengänge oder das Essen in der Öffentlichkeit (Johanssen, Kramer, & Lukaschyk, 2018). Eine Konzentration auf Lerninhalte ist in diesen Fällen nicht oder nur noch eingeschränkt möglich und belastet somit die schulische Leistungsfähigkeit zusätzlich. Klassenwiederholungen oder Rückstufungen, Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs und stark eingeschränkte berufliche Perspektiven sind die Folge (Hartmann B. , Leben mit Mutismus - Ein Schicksal?, 2019). Bei andauernder intellektueller Unterforderung erleben Menschen ihre Betätigungen nicht als erfüllend. Ihre geistigen Kapazitäten bleiben ungenutzt und sie werden von für sie bedeutungsvollen, sinnstiftenden Betätigungen ausgeschlossen. Dies kann zu Betätigungsdeprivationen und im Anschluss zu Erkrankungen führen (Kranz, 2018).

2.2 Leitlinien und etablierte Behandlungskonzepte

2.2.1 Leitlinienempfehlungen der AWMF

Die AWMF erarbeitet Empfehlungen und Behandlungsleitlinien für Ärzte/-innen und Patienten/-innen zur Behandlung spezifischer Krankheitsbilder und vertritt die Interessen der medizinischen Wissenschaft (AWMF, 2020).

Die Gültigkeit der von der AWMF im Jahr 2006 herausgegebene Leitlinie „Elektiver Mutismus (F94.0) ist seit mehreren Jahren abgelaufen. Laut Aussage der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. gegenüber den Autorinnen dieser Arbeit, ist eine Überarbeitung derzeit nicht geplant.

In der zuletzt gültigen Version wurde bereits darauf hingewiesen, dass alle Interventionsempfehlungen auf Erfahrungswissen respektierter Experten/-innen beruht, das an einzelnen Patienten/-innen oder kleinen Serien von Patienten/-innen gewonnen wurde. Die Empfehlungen sahen bis dato vor, die Störung zunächst ambulant zu behandeln, vorausgesetzt, es kann effizient mit den Eltern und den betreuenden Einrichtungen (Schule, Kindergarten, Hort) zusammengearbeitet werden. Im Rahmen der Interventionen wurde befürwortet, alle Beteiligten aufzuklären und zu beraten, verhaltensorientierte Psychotherapien sowie Interventionen in der Familie, in Kindergarten und Schule auszuführen. Je nach Schwere der Störung könne auch die Durchführung einer Pharmakotherapie angezeigt sein. Die Interventionen sollen durch Verlaufskontrollen überwacht werden. Stationäre oder teilstationäre Behandlung sei indiziert, sofern sich die ambulante Therapie als nicht erfolgreich erweist. Als entbehrlich wurden therapeutische Maßnahmen angesehen, die auf psychodynamischen, nondirektiv spieltherapeutischen oder systemischen Verfahren basieren. Eine ausschließlich logopädische oder sprachtherapeutische Behandlung wurde als unzureichend bezeichnet (AWMF, 2006)

2.2.2 Leitlinienempfehlungen des IMF (Interdisziplinäres Mutismusforum)

Das IMF versteht sich als eine informelle Kooperationsplattform für Fachleute diverser Professionen aus unterschiedlichen institutionellen bzw. interessen-gemeinschaftlichen Kontexten, deren Ziel es ist, die Versorgungssituation betroffener Kinder und Familien zu verbessern. Die Kooperationspartner des IMF, zu denen spezialisierte Kliniken und Vereine gehören, verbindet eine gemeinsame Grundhaltung, bei der davon ausgegangen

wird, dass jede schweigende Person grundsätzlich sprechen und mit anderen kommunizieren möchte. Diese positive Unterstellung sowie auch die verstehende Haltung gegenüber dem Schweigen bilden die Basis für alle Aktivitäten des IMF. Auf ihrer Internetseite veröffentlicht die Gesellschaft eigene Leitlinien, in denen Behandlungsempfehlungen formuliert werden (Interdisziplinäres Mutismus Forum, 2020). Nach Ansicht der Autorinnen entspricht das empfohlene Vorgehen den Behandlungsgrundsätzen der Ergotherapie, das Wert auf die Mitbestimmung des/der Klienten/-innen, Respekt vor dem individuellen Entwicklungstempo und die Identitätsentwicklung legt.

2.2.3 International angewandte Behandlungskonzepte und Methoden

Zur Behandlung des Selektiven Mutismus werden, in Abhängigkeit vom Behandlungssetting und der Profession, Verhaltens-, psychodynamische oder multimodale Behandlungsansätze gewählt (Hung, Spencer, & Dronamraju, 2012). Auch Audio- und *Video Self-Modeling* finden in Therapien Anwendung (Blum, et al.). Bei Bedarf werden die Behandlungen medikamentös durch Gabe von SSRI unterstützt (Roberts, 2002).

Häufig werden Interventionen durch Umweltanpassungen ergänzt, setzen auf systematische Desensibilisierung, Stimulus-Fading, Shaping sowie auf positive Verstärkung. Die von Hung et al. (Hung, Spencer, & Dronamraju, 2012) veröffentlichte *deskriptive* Einzelfallstudie zeigte, dass die Kombination unterschiedlicher Methoden und Behandlungsansätze erfolgreich verlaufen kann. Eine 4jährige Klientin wurde kurz nach Auffallen erster Symptome unter Einbezug von Familie und Lehrpersonal behandelt und war kurz nach Beginn des Folgeschuljahres frei von SM-Symptomen.

2019 veröffentlichten Cornacchio et. al die Ergebnisse einer *randomisierten kontrollierten klinischen Studie* mit entsprechend hohem Evidenzlevel, die mit Kindern und ihren Eltern nach dem IGBT-Konzept durchgeführt wurde, das auf die Eltern-Kind-Interaktion abzielt. Die Eltern erhielten Psychoedukation in Form eines Gruppentrainings, die Kinder ein mehrstufiges Gruppen-Skilltraining, welches sie zum Durchbrechen ihrer Verhaltensmuster animieren sollte. 46% der Kinder, die nach diesem Ansatz behandelt wurden, waren kurz nach Beginn des neuen Schuljahres ebenfalls frei von SM-Symptomen (Cornacchio, et al., 2019).

Der US-Amerikaner und Psychologe, Dr. Steven Kurtz, der an dieser Studie mitgewirkt hat, ist ein international anerkannter Experte für das Störungsbild SM und Wissenschaftlicher Beirat der *SMA* einer gemeinnützigen Organisation in den USA (Selective Mutism Association, 2020). Für Familien mit betroffenen Kindern entwickelte er das evidenzbasierte Programm „*Brave Buddies*“, das er als Eltern-Kind-Intervention sowohl vor Ort als auch im telemedizinischen Setting anbietet (Kurtz, 2020).

2.2.4 In Deutschland etablierte Behandlungskonzepte

In Deutschland haben sich drei führende Therapiekonzepte entwickelt, die jeweils d*irektiven* oder *nondirektiven* Ansätzen folgen:

2.2.4.1 SYMUT – Die systemische Mutismustherapie

SYMUT folgt der Stuttgarter Rahmenempfehlung zur Mutismus-Therapie, die von dem Verein, Mutismus Selbsthilfe Deutschland e. V., formuliert wurde. Die Umsetzung

entspricht einem direktiven Ansatz mit zwei wesentlichen Zielen: Das Erreichen der Dialogfähigkeit im Sinne von Rede und Gegenrede sowie das Erreichen von Alltagstauglichkeit im Sinne von altersadäquater Bewältigung täglicher Lebensaufgaben. In vier strikt gegliederten Therapiephasen, in denen nonverbale Strategien ausgeschlossen werden, wird dem Kind der Leitgedanke **„Ich werde sprechen“** mitgegeben (Hartmann B. , 2019).

2.2.4.2 KoMut – Die Kooperative Mutismustherapie

KoMut basiert auf einem kooperativ-pädagogischen Ansatz, nutzt Ressourcen für gemeinsames Handeln und verfolgt das Ziel, die kindliche Identität zu entwickeln. Dies soll durch Erweiterung der Handlungsfähigkeit und den Aufbau eigener Initiative sowie die Übernahme von Mitverantwortung erreicht werden. Das Konzept erlaubt auch nonverbale Kommunikation und sieht das Sprechen als höchste Form der Kontaktaufnahme an. Die Therapie gliedert sich ebenfalls in vier Phasen. Dem Kind wird ein „*Safe Place“* als Rückzugsbereich im Therapieraum zugestanden (Bahrfeck-Wichitill, Starke, & Subellok, 2017).

2.2.4.3 DortMuT – Die Dortmunder-Mutismus-Therapie

DortMuT wurde an der TU Dortmund entwickelt, basiert auf der sozial-pragmatischen Theorie des Spracherwerbs und folgt dem Therapieansatz von Katz-Bernstein (2015). In der Therapie wird unterstellt, dass auch Kinder mit SM sprechen möchten, es aber aktuell nicht können. Das Schweigen wird als sinnhafte Copingstrategie für einen nicht anders zu lösenden Umstand interpretiert. Ziel der Therapie ist es, das Kind darin zu unterstützen, in relevanten Lebenskontexten als sozial-kommunikativ kompetente Person zu

agieren. Weitere Ziele werden auf der Strukturebene, der Symptomebene und der Systemebene formuliert und betreffen die Identität als kompetenter Sprecher, die Erweiterung der verbalen Kommunikation und die Veränderung der systemischen Organisation. Als Leitgedanke wird dem Kind eine **„Noch-Nicht-Haltung“** vermittelt, die symbolisiert, dass es später einmal sprechen wird. Auch in dieser Therapie hat das Kind die Möglichkeit, sich an einen „Safe-Place“ zurückzuziehen (Bahrfeck-Wichitill, Starke, & Subellok, 2017).

> *„Eine jede therapeutische Konzeption für SM wird sich je nach Profession, Zielsetzung und Kontext unterschiedlich ausrichten, das heißt eher systemisch, kognitiv-behavioral oder auch sprachtherapeutisch arbeiten. Die große Kunst besteht in der Kombination oder Integration unterschiedlicher Ansätze.“* (Bahrfeck-Wichitill, Starke, & Subellok, 2017, S. 485)

2.3 Zugänge behandelnder Professionen

2.3.1 Psychologischer und entwicklungspsychologischer Zugang

Menschliches Tun lässt sich als eine fortlaufende Folge von Tätigkeiten beschreiben, in denen eine Person nach der Befriedigung ihrer Motive strebt. Emotionen stellen eine wesentliche Komponente dieser Tätigkeiten dar, indem sie Geschehnisse und Handlungsresultate motivdienlich ausrichten. Emotionen wie Freude, Trauer, Wut oder Angst regulieren damit die Tätigkeit einer Person. Menschen entwickeln im Laufe ihrer Ontogenese eine Vielzahl an unterschiedlichen Motiven, wie z. B. Neugier-, Leistungs-, Bindungs-

oder auch Machtmotive. (Holodyski & Oerter, 2018). Im Falle von Kindern, die unter SM leiden, erscheint das durch Angst ausgelöste Schweigen kurzfristig verständlich, führt jedoch langfristig zu negativen Konsequenzen in Bezug auf die Befriedigung eigener Bedürfnisse. Das Verstummen kann demnach zunächst als Selbstschutz interpretiert werden. Langfristig zieht es jedoch weitreichende Folgen nach sich, da es zu erlernter Hilflosigkeit und Betätigungsvermeidung führt. Im Laufe der kindlichen Entwicklung kann ein Motivwechsel erfolgen, indem das erlernte Schweigen später machtmotiviert eingesetzt wird und als passiv-aggressiver Mutismus in Erscheinung tritt (Hayden, 1980) (Katz-Bernstein P. , 2015).

Die Entwicklungspsychologie beschreibt vier Formen der Tätigkeitsregulation, bei denen die Komponenten *Motivation, Emotion, Volition*, Handlung und *Emotionsregulation* in unterschiedlicher Weise ineinandergreifen (Holodyski & Oerter, 2018):

Bei der e*motionalen Handlungsregulation w*eicht das aktuell Wahrgenommene von den motivbezogenen Erwartungen einer Person ab. Es werden Emotionen ausgelöst, die diese Abweichung signalisieren. Die Art der Bewertung bedingt die jeweilige Emotionsqualität. Sie verkörpert zugleich eine spezifische Handlungsbereitschaft, die gelernte Bewältigungshandlungen nach sich zieht. Die Person reguliert Handlungen durch Emotionen. Ab dem Vorschulalter entwickeln Kinder die Fähigkeit, Emotionen zu simulieren und diese willkürlich zur Durchsetzung ihrer Bedürfnisse einzusetzen (Holodyski & Oerter, 2018). Ein Kind mit einer Mutismusstörung kann diese Fähigkeit einsetzen, um nonverbal zu seinem angestrebten Ziel zu gelangen, beispielsweise durch Zeigen eines angstvollen Blickes, der dazu führt, dass eine Bezugsperson eine bestimmte Handlung ausführt. Erlebt das Kind durch derartiges Verhalten Erfolge, wird es diese Strategie dauerhaft anwenden.

Seine Handlungen werden zur Routine und das Kind hat keinen Grund, seine Rolle des Schweigenden zu verlassen oder Betätigungen selbst auszuführen.

Bei der volitionalen Handlungsregulation ist die Person in der Lage, emotionale Handlungsimpulse via Selbstanweisung auszuwählen und auszuführen. Ein unter SM leidendes Kind, könnte sich beispielsweise trotz bestehender Sprechangst durch Selbstinstruktion überwinden, ein Brot beim Bäcker zu kaufen. Es würde diese Handlung durch eigene Willensanstrengung herbeiführen.

Bei habituellen Handlungsregulationen entspricht das Wahrgenommene den motivbezogenen Erwartungen der Person. Diese setzt automatisierte Routinen bis zur Motivbefriedigung fort. Willensanstrengungen werden hierfür nicht benötigt. (Holodyski & Oerter, 2018). Kinder, bei denen eine Mutismusstörung vorliegt, sind es gewohnt, eine Sonderstellung innerhalb eines sozialen Systems einzunehmen. Ihre Routinen werden im Laufe der Zeit durch ihre soziale Umwelt gestützt, beispielsweise durch Eltern, die das betroffene Kind aus Gewohnheit von Aufgaben und Betätigungen befreien, die öffentliche Kommunikation erfordern. Das Kind nimmt eine Schonhaltung ein und erlebt einen subjektiven Krankheitsgewinn. Es holt sich von seiner Bezugsperson Regulationsbeistand, nutzt also externe Bewältigungsressourcen. Diese Bezugsperson kann beispielsweise eine Schulfreundin sein, die als Sprachrohr eingesetzt und instruiert wird, einen Wunsch gegenüber einer Lehrerin zu äußern. Das Handeln und die Zielerreichung des von SM betroffenen Kindes bedürfen dabei keinerlei eigener Willensanstrengung.

Eine reflexive Emotionsregulation liegt vor, wenn Emotionen ausgelöst wurden, die sich in ihrer Handlungsbereitschaft widersprechen, wenn Volition und Emotion voneinander abweichen, d.h. wenn die Person etwas anderes „will“ als sie „fühlt“ (Holodyski & Oerter,

2018). Ein Beispiel hierfür zeigt sich in der folgenden Situation: Eine Mutter und ihr Kind kaufen zusammen im Supermarkt ein, legen die Waren auf das Laufband an der Kasse und unterhalten sich dabei angeregt. Das Kind erstarrt, als es bemerkt, dass seine Lehrerin hinter ihm steht. Es stellt sofort jegliche Kommunikation ein und reagier darüber hinaus mit einem Handlungsabbruch. Das Kind hat sich zwischen der Befriedigung zweier sich widersprechender Handlungsimpulse entschieden und folgt seinem routinierten Handlungsmuster, indem es spontan die Rolle des Schweigenden ausfüllt.

Der österreichisch-amerikanische Arzt, Psychiater, Soziologe und Begründer des Psychodramas als Verfahren der Psychotherapie, Jacob Levy Moreno (1889-1974), postulierte, dass Rollen die Grundlage aller sozialen Handlungen sind und den Kern der Persönlichkeit bilden. Adäquates Rollenhandeln muss der Mensch entwickeln, um sich in sozialen Situationen zurechtzufinden. Rollenhandeln steht immer in einem Spannungsfeld von kultureller Vorprägung (Konserve) und individuellen Anteilen. Es wird angemerkt, dass Moreno seine Rollentheorie nie zusammengefasst und dargestellt hat. Seine konzeptionellen Ideen sind verstreut in unterschiedlicher Literatur zu finden. Vermutlich haben Morenos Arbeiten daher keinen großen Einfluss auf die Entwicklung der soziologischen und sozialpsychologischen Rollentheorie genommen (Oetliker, Franziska, Universität Zürich, 2003).

Rollenhandeln ist jedoch auch Interaktion. Diese Interaktion kommt im Zusammenspiel von Rollen und Komplementärrollen zustande (Rüesch). Die Symptomatik der „Rollenkonserve“ wurde seit Beginn der 80er Jahre des 20. Jahrhunderts bei co-abhängigen Familienmitgliedern von Suchtkranken beobachtet. Seither wurden immer wieder Ansätze dieses Phänomens in anderen dysfunktionalen (Familien-)Systemen lokalisiert.

Besonders Frauen und Mädchen neigen dazu, bestimmte Rollen auszufüllen und zeigen sich besonders empathisch und hilfsbereit, duldend und sich opfernd, stark und tatkräftig oder perfekt und tough, um der Rolle der Helferin gerecht zu werden. Dieses Phänomen ist besonders in rigiden Familiensystemen zu beobachten, in Familien mit traumatisierenden Prädispositionen und in Familien mit Tabuthemen (Keckeis, 2019).

Während das Kind die symbiotisch-mutistische Rolle des/der Hilfesuchenden ausfüllt, übernehmen Bezugspersonen, oft Mütter oder gleichaltrige Freunde/-innen, die Komplementärrolle des/der Helfenden (Hayden, 1980). Dauerhaft führen diese Interaktionen zu einer Aufrechterhaltung und „Konservierung" des Verhaltens – sowohl bei dem Kind als auch bei den Unterstützern. Das Kind und sein/seine Helfer/-in fühlen sich in ihren jeweils antagonistischen Rollen sicher und bilden so die von Moreno beschriebenen Rollenkonserven aus. Das Kind wird zu erlernter Hilflosigkeit, der/die Unterstützende zum Gehilfen/-in erzogen. Eine symbiotische Beziehung manifestiert sich, die schwerwiegende Konsequenzen – auch für die jeweilige soziale Umwelt- mit sich bringt.

Die Gesundheitspsychologin, Dr. Helga Felsberger, beschreibt die weitere entwicklungspsychologische Bedeutung von Sprache für das sich in der Gruppe bewegende Individuum. Demnach sind Sprechen und Hören eng miteinander verbunden und führen zu einem Selbsterleben und einem Gefühl sozialer Bezogenheit. Sie vermitteln das Gefühl einer sicheren Gruppenbindung. Ähnlich, wie die sichere Bindung an eine Bezugsperson, sei dieses Gefühl die Voraussetzung für den Aufbau epistemischen Vertrauens. Wird die sprachliche Teilhabe erschwert oder ist sie nicht möglich, hat dies schwerwiegende Folgen für das Gefühl, im Hier und Jetzt eingebunden zu sein. Dialogführende Partner/-innen müssen in der Lage sein, die Perspektive und die Rolle ihres Gegenübers einzunehmen.

Nur so kann ein Kind ein reflexives Bewusstsein für sich selbst und daraus folgend Selbstbewusstsein entwickeln. Die sprachlichen Äußerungen des/der Interaktionspartners/-in bieten dem Kind den akustischen Bezugsrahmen für Selbsterleben und das sichere Gefühl des Eingebundenseins in sein soziales Umfeld mit den jeweiligen geografischen, regionalen, sozialen oder weltanschaulichen Besonderheiten (Felsberger, 2017). Mit ihrem durch Angst motivierten Schweigen verhindern Kinder mit MS ihre Teilhabe an einem Gruppendialog. Hierdurch kann die kindliche Identitätsentwicklung behindert werden.

Die vorstehend beschriebenen Theorien und Sichtweisen, insbesondere das Handeln in Rollen und Routinen, die von Habituation und Volition beeinflusst werden, sind mit den ergotherapeutischen Konzepten verwandt. Die Autorinnen nehmen hierauf unter 2.4. weiter Bezug.

2.3.2 Bio-Medizinischer Zugang

Für die Koordination von Emotionen, also auch von Angst, sind das *limbische* und das *endokrine System* bedeutend. Mehr als 60 Neurotransmitter und 80 Neuropeptide, die als Transmitter fungieren können, wurden bislang identifiziert. Das endokrine System ist das bislang Besterforschte, insbesondere in Bezug auf die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA-Achse). Auf bio-chemischer Ebene wird der Angst- oder Stressprozess wie folgt erklärt:

Das im *Hypothalamus* aktivierte *CRH* aktiviert die *HHNA-Achse*. Die *Hypophyse* reagiert hierauf mit der Freisetzung von ACTH. Dies führt zum Anstieg von *Adrenalin* und versetzt damit den Körper in Kampf- oder Fluchtbereitschaft und bereitet ihn auf kurzfristige

Höchstleistungen vor. Die Nebennierenrinde reagiert hierauf mit der Ausschüttung des Stresshormons *Cortisol*. Jeder Stressor und jeder angstauslösende Reiz führt zu diesem biochemischen Vorgang, der sich auch auf das sympathische Nervensystem und damit auf Körperfunktionen, wie Herzschlag, Blutdruck, Pupillenerweiterung, Anspannung der Skelettmuskulatur u. a. auswirkt (Morschitzky, 2009).

Bei akuter Bedrohung geht jeder Kampf- und Fluchtphase eine Schockphase voraus. In dieser Schockphase können Individuen mit einem Erstarren oder „Freezing" reagieren. Evolutionär war diese Reaktion sinnvoll, denn es reduzierte die Angriffslust von Feinden. In der Tierwelt macht sich das Opossum dieses Verhalten zunutze, indem es bei Gefahr in eine Angstregression oder umgangssprachlich „Schreckstarre" verfällt. Bei der Angstregression handelt es sich um eine durch Angst ausgelöste Rückstufung des Verhaltens auf biologisch ältere Entwicklungsstufen (Peters, 2017). Durch diesen Totstellreflex sichert sich das Tier das Überleben gegenüber Fressfeinden. In England wird dieses Verhalten auch als „play possum" bezeichnet (Birkmayer & Riederer, 1986).

2.3.3 Ergotherapeutischer Zugang

Die international hoch angesehene Ergotherapeutin und Wissenschaftlerin, Dr. Helene Polatajko, definiert Ergotherapie wie folgt:

> „*Ergotherapie ist die Kunst und Wissenschaft von der Befähigung zur Teilhabe am täglichen Leben durch Betätigung, der Befähigung von Personen zur Durchführung von Aktivitäten, die ihrer Gesundheit und ihrem Wohlbefinden zuträglich sind, und der Errichtung einer wahrhaftigen und inklusiven*

Gesellschaft, an der alle Menschen durch die ihnen möglichen Betätigungen des täglichen Lebens partizipieren können.“ (Polatajko, et al., 2013, S. 27).

In der Ergotherapie wird das Betätigen sowohl als therapeutisches Mittel als auch als Ziel verstanden. Bei der Ausübung von Aktivitäten werden sinnstiftende Erfahrungen gemacht, die für den Veränderungsprozess bedeutsam sind und daher als therapeutisches Potenzial angesehen werden (Kielhofner G. , 2002) (Satink & Van de Velde, 2019). Die Aufgabe der Ergotherapie ist es, betroffenen Kindern die Durchführung von Betätigungen zu ermöglichen und durch Teilhabe den Heilungsprozess zu unterstützen.

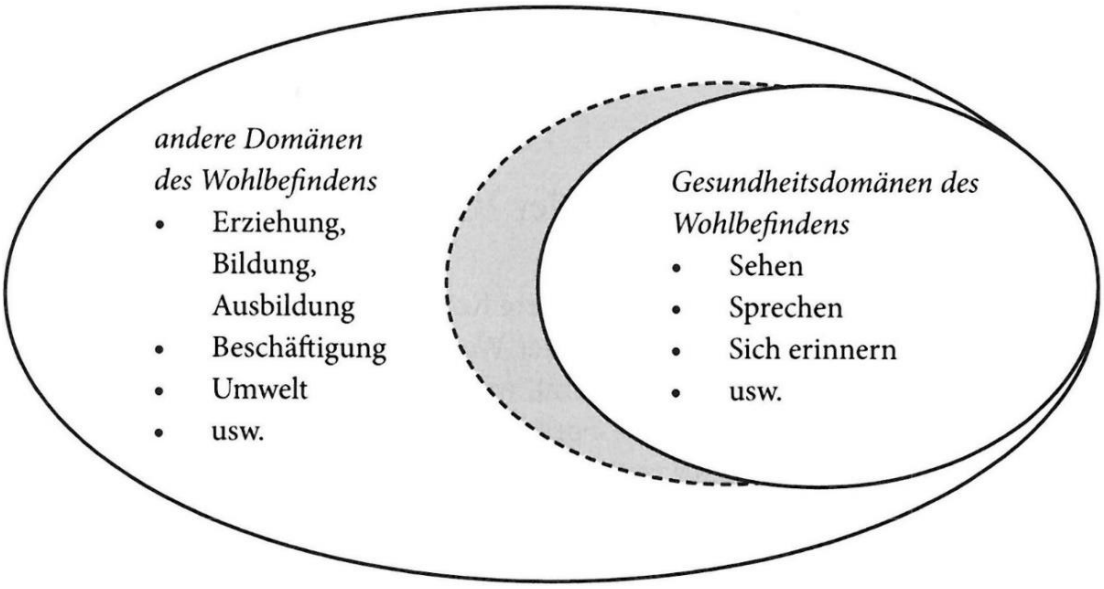

Abbildung 2: Der Gesamtbereich des Wohlbefindens (WHO, 2001)

In spezifischen Situationen nicht sprechen zu können, ist mit weitreichenden Folgen für das Handeln Betroffener und auch für das Handeln des sozialen Umfelds verbunden. Die

Teilhabe der Kinder, die unter einer Mutismusstörung leiden, ist in vielen Bereichen von Einschränkungen bedroht. Die Störung beeinträchtigt ihr Handeln und ihre Entwicklung im Kindergarten- und Schulalter (Rösing & Sölter, 2010) und wirkt sich auf Berufsausbildung und Studium aus, wie der Bericht der betroffenen Teresa Hebbecker zeigt (Hebbecker, 2016).

2.3.3.1 Ziele der Ergotherapie

Das hierarchisch an erster Stelle stehende Ziel orientiert sich an der Definition des Begriffes „Ergotherapie“ und stellt die Teilhabesicherung des von Handlungsunfähigkeit bedrohten oder betroffenen Menschen dar.

Hier unterscheidet sich nach Ansicht der Autorinnen die Profession wesentlich von anderen, denn bei der Behandlung von Kindern, die unter SM leiden, steht primär die Ermöglichung ihrer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben im Vordergrund. Idealerweise wird das Ziel, zu sprechen, dabei ebenfalls erreicht.

Im ergotherapeutischen Prozess geht der Zielformulierung die individuelle Bedarfsformulierung des/der Klienten/-innen voraus. Ergotherapeutische Ziele werden so formuliert, dass das Betätigen und die Partizipation des/der Klienten/-innen in seiner/ihrer Umwelt (wieder) möglich werden. Ziele werden auf bedeutungsvolle Aktivitäten des/der Klienten/-innen ausgerichtet und stehen in Bezug zu einer bestimmten sozialen Rolle. Sie werden methodisch beschrieben, z. B. nach SMART(IE) (spezifisch, messbar, akzeptabel, realistisch, terminiert plus inspirierend und unter eigener Kontrolle) (Logister-Proost & Steensels, 2019). Gemeinsam mit dem/der Ergotherapeuten/-innen werden dann

mögliche Lösungswege ermittelt und festgelegt. Dabei wird der/die Klient/-in stets einbezogen, begleitet und unterstützt.

Beim klientenzentrierten Vorgehen kann beispielsweise die ergotherapeutische Fallanalyse ergeben, dass das Kind sich nicht traut, die Schultoilette aufzusuchen. Es ist daher während der gesamten Unterrichtsdauer damit beschäftigt, sein Bedürfnis zu unterdrücken und kann sich, ergänzend zu der bereits vorliegenden Sprechproblematik, nicht auf die Lerninhalte konzentrieren. In Abstimmung mit allen Beteiligten könnte ein erstes Ziel darauf ausgerichtet werden, das Kind in die Lage zu versetzen, die Schultoilette zu benutzen. Diese Handlung sichert zunächst ein Grundbedürfnis und bildet die Basis dafür, sich in der Schulumwelt wohler und sicherer zu fühlen. Das Kind wird von dem Druck entlastet, sofort sprechen zu müssen. Ihm wird Raum gegeben, einen ersten kleinen Entwicklungsschritt zu vollziehen. Ist dieses Ziel erreicht, kann hierauf aufgebaut werden. Jeder/jede Klient/-in wird in der Ergotherapie individuell betrachtet. Zielformulierungen und Interventionen erfolgen stets maßgeschneidert und im Sinne der Klientenzentrierung.

2.3.3.2 Wie arbeiten Ergotherapeuten/-innen?

Im Zitat von Franz von Assissi (1181-1226) wird die ergotherapeutische Philosophie deutlich:

> „*Tue zuerst das Notwendige, dann das Mögliche und plötzlich schaffst du das Unmögliche.“*

Während andere Professionen ihre Behandlungen an dem problemorientierten, biomedizinischen Modell orientieren, richten Ergotherapeuten/-innen ihre Arbeit an dem Bio-

Psycho-Sozialen Modell und damit an den Ressourcen ihrer Klienten/-innen aus. Ergotherapeuten/-innen verfügen über umfangreiche medizinische Kenntnisse, die sie während ihrer Ausbildung erlangen. Sie kombinieren diese mit ihrem professionsspezifischen Wissen und nutzen die individuellen Klientenpotenziale gezielt als aktivierende Instrumente im Therapiegeschehen.

Ergebnisse wissenschaftlicher Studien, die auch auf die Ergotherapie transferierbar sind, zeigen, dass ressourcenorientierte Therapieeinheiten erfolgreicher verlaufen als problemorientierte Therapieeinheiten. In einer 2004 in der Schweiz durchgeführten *Case-Control-Studie* (Gassmann & Grawe, 2004) mit mittlerem Evidenzlevel wurden die Ergebnisse von Psychotherapieeinheiten untersucht. Bei den Patienten/-innen lagen Hauptdiagnosen in Form affektiver Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen oder eine Kombination aus beiden vor. Als Stichprobe wurden 30 ambulante Patienten/-innen aus einer Gruppe gewählt, die geringe, mäßige oder gute Therapieerfolge aufwiesen. Aus jeder dieser drei Gruppen wurden vier Sitzungen ausgewählt, und nach niedrigem und hohem Erfolgslevel unterteilt. Anhand dieser Gruppierungen wurden insgesamt 120 Therapieeinheiten von den Patienten/-innen bewertet. Die Studie zeigte deutlich bessere Ergebnisse nach den ressourcenaktivierenden Therapieeinheiten.

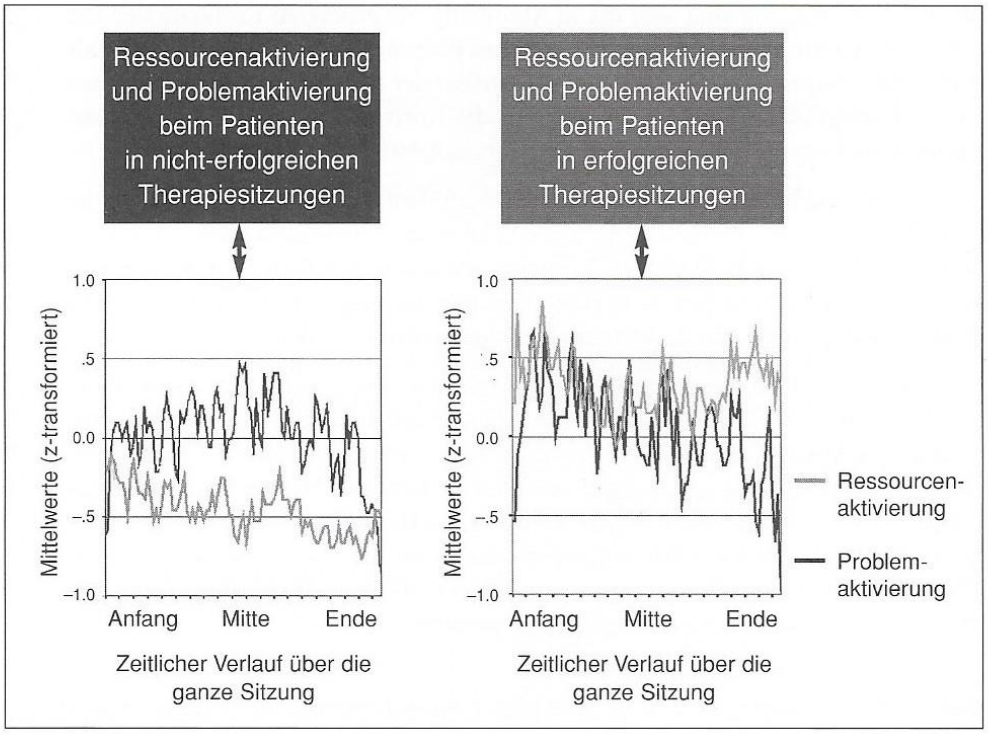

Abbildung 3: Intensität von Problemaktivierung und Ressourcenaktivierung (Gassmann & Grawe, 2004)

Neben ressourcenorientiertem Vorgehen liefert die Ergotherapie stets neue Behandlungskonzepte, die auf lösungsorientierten Ansätzen basieren.

> *„Die lösungsorientierte Therapie geht davon aus, dass Menschen grundsätzlich gute Gründe für ihr Verhalten haben, auch wenn ihr Handeln zuweilen auf den ersten Blick dysfunktional erscheinen mag…Es wird davon ausgegangen, dass Klienten/-innen immer motiviert sind. Die Frage ist nur wofür.“* (Döringer, 2020).

Im Falle eines vorliegenden SM werden sich Ergotherapeuten/-innen daher an den Ressourcen betroffener Kinder orientieren, deren Interessen und Stärken berücksichtigen und die Therapie in diesem Sinne lösungsorientiert ausrichten. Dabei kombinieren sie ihr

professionsspezifisches Wissen mit Kenntnissen aus Bezugswissenschaften und entscheiden so über ihr Vorgehen im therapeutischen Prozess (Merklein de Freitas, 2016). Bei der Behandlung von Kindern, die an SM leiden, können Kenntnisse aus Pädagogik und Pädiatrie, der (Entwicklungs-)Psychologie, der Soziologie, der Medizin oder der Betätigungswissenschaft als Bezugsrahmen herangezogen werden.

2.3.3.3 Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung

Der therapeutischen Beziehung wird in der Psychotherapieforschung bereits seit langem eine wichtige Rolle zugeschrieben. Auch in der Sprachtherapie gibt es Konzepte, die das Thema der Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten aufgreifen. (Göldner, Hansen, & Wantschka, 2017).

Für den Erfolg der Behandlung spielt die Beziehung, die zwischen dem/der Klienten/-in und seinem/ihrer Ergotherapeuten/-in besteht, ebenfalls eine ausschlaggebende Rolle. Neben fundiertem Wissen über die Wirksamkeit von Betätigungen setzen Ergotherapeuten/-innen sich selbst als unterstützendes Medium ein (use of self). Dabei gelangen Eigenschaften wie Empathie, Humor oder Tatkraft zum Einsatz. Viele Ergotherapeuten/-innen verwenden darüber hinaus ihre Kreativität als Quelle, um Klienten/-innen ihre Chancen und Möglichkeiten aufzuzeigen (Cup & Hartingsveldt, 2019).

Unter Fachexperten/-innen herrscht Uneinigkeit darüber, ob in der Therapie ein direktives oder ein nondirektives Vorgehen sinnvoll ist. Sollen Therapeuten/-innen eher behutsam und abwartend vorgehen oder direkt und „zupackend“? Therapieberichten zufolge haben beide Haltungen ihre Berechtigung: Empathisches Vorgehen schließt eine klare

therapeutische Haltung gegenüber Kind und Eltern nicht aus (Katz-Bernstein N. , Selektiver Mutismus bei Kindern, 2015).

2.3.3.4 Wer ist der Klient?

Klienten/-innen der Ergotherapie können Individuen, Organisationen oder auch Populationen sein, die im Bereich von Alltagsaktivitäten oder in partizipativen Fragen ergotherapeutischer Interventionen bedürfen. Transferiert auf den selektiven Mutismus können Klienten/-innen der Ergotherapie auf folgenden drei Ebenen typisiert werden (le Granse & Kuiper, Der Klient, 2019):

Individuen: Da für die Aufrechterhaltung des SM das soziale Umfeld eine entscheidende Rolle spielt, muss dieses bei der Beantwortung der Frage nach dem/der Klienten/-innen mit einbezogen werden. So kommen neben dem betroffenen Kind oder Jugendlichen als erweiterte Klienten/-innen auch die Personen in Betracht, die in dem jeweiligen Familiensystem auf das Kind einwirken. Sie können Ergotherapie bspw. in Form von Psychoedukation erhalten.

Organisationen: Erfolgt die ergotherapeutische Maßnahme aufgrund eines behördlichen Auftrages, kann auch eine Schule als Klientin der Ergotherapie bezeichnet werden. Vorstellbar wäre dies im Rahmen einer Fortbildung für Lehrkräfte und Pädagogen/-innen, in der sie durch Ergotherapeuten/-innen zum Störungsbild „SM“ aufgeklärt, beraten und gecoacht werden.

Populationen: Die Summe verschiedener individueller, sozialer und gesellschaftlicher Faktoren kann spezifische Personengruppen vulnerabel, also verletzlich machen. Externe

Risiken, wie der sozialökonomische Status, Ernährungsweisen, Umweltfaktoren u. ä., können dazu führen, dass innerhalb einer Population der Bedarf an ergotherapeutischen Leistungen ansteigt. Im Falle des SM wäre es denkbar, dass eine Gruppe von Flüchtlingskindern von der Störung betroffen ist und einen Therapiebedarf entwickelt. Die Ergotherapie würde in einem solchen Fall im Rahmen eines gemeinwesenorientierten Auftrages ausgeführt, z. B. im Bereich der Integrationsberatung.

2.3.3.5 Klientenzentrierung

Ergotherapeuten/-innen betrachten ihre Klienten/-innen als Individuen, die in einem besonderen Lebenskontext eingebettet sind, zu dem Familien und Freunde, der sozioökonomische Status, der kulturelle Hintergrund u. ä. gehören (Boyt Schell, Gillen, & Coppola, Contemporary Occupational Therapy Practice, 2019). Entsprechend erfolgen Interventionen klientenzentriert, also maßgeschneidert und auf die spezifischen Bedürfnisse jedes/jeder einzelnen Betroffenen ausgerichtet.

Eine der weltweit renommiertesten Wissenschaftlerinnen der Ergotherapie, die US-Amerikanerin Prof. Dr. Anne G. Fisher, postuliert, dass klientenzentriertes Arbeiten nicht immer einfach ist und dann schwierig wird, wenn Ergotherapeuten/-innen mit Klienten/-innen arbeiten, die nicht fähig sind, Sorgen, Sichtweisen und Ziele zu äußern. Diese Aussage trifft für das Arbeiten mit Klienten/-innen, die unter selektivem Mutismus leiden, zu.

2.3.3.6 Professionelles Reasoning

> *„Professional reasoning is the process that practitioners use to plan, direct perform, and reflect on client care. It is typically performed quickly because the praktitioner has to act on that reasoning right away. It is a complex and multifaceted process, and it has been called by several different names*." (Boyt Schell B. , Professional Reasoning in Practice, 2019, S. 482).

Ergotherapeuten/-innen verwenden bei ihrer praktischen Arbeit eine Reihe unterschiedlicher Denkweisen, die auf vorhandenem Wissen aufbauen und ihr therapeutisches Handeln auf logische Weise beeinflussen und ergänzen. Langjährige Berufserfahrung führt dazu, das *Professionelles Reasoning* von Ergotherapeuten/-innen intuitiv praktiziert wird. Dies wurde in einer Expertise dargelegt (Boyt Schell B. , 2019).

Es existieren Veröffentlichungen zu Klassifizierungssystemen und Formen des Professionellen Reasoning von unterschiedlichen Autoren. Maria Feiler hat diese in ihrem 2019 erschienenen Werk zusammengefasst und beschrieben (Feiler, Über das Denken nachdenken: Formen und Arten unseres Professionellen Reasoning, 2019).

2.3.4 Allgemeines zum Model of Human Occupation (MOHO)

Bei ihrer Arbeit orientieren sich Ergotherapeuten/-innen an Inhalts- und Prozessmodellen, die zielgerichtetes und strukturiertes therapeutisches Handeln unterstützen und deren Auswahl sich nach der jeweiligen Partizipationsfrage und dem kulturellen Hintergrund des/der Klienten/-innen richtet. Das in den 1970er Jahren entstandene und stetig

weiterentwickelte Inhaltsmodell MOHO entstammt der Feder des US-Amerikaners, Dr. Gary Kielhofner. Kielhofner studierte zunächst Psychologie. Später erlangte er einen Mastergrad in Ergotherapie sowie einen Doktortitel in Public Health. Sein Modell entwickelte er stetig weiter. Nach seinem Tod 2010 führten andere Autoren seine Arbeit fort und nahmen weitere Spezifikationen vor.

2.3.5 Menschliche Komponenten

Zentraler Kern des MOHO ist die Klärung der Frage, wie sich menschliches Betätigen auf die Gesundheit oder Krankheit eines Menschen auswirkt (Kielhofner D. , 2008) (Taylor R. , 2017). Das Modell beschäftigt sich mit drei Aspekten des menschlichen Betätigens, und zwar mit den Komponenten

- *Volition*
- *Habituation* sowie
- dem *Performanzvermögen*.

In der Struktur des MOHO ist Kielhofners Nähe zur Psychologie, zur Systemtheorie sowie zur Soziologie erkennbar. Eine der Ursachen sozialer Handlungen sieht Kielhofner in den menschlichen Rollen und Gewohnheiten begründet, die neben der individuellen Volition und dem Performanzvermögen dazu führen, dass sich eine Persönlichkeit ausbildet. Die Autorinnen leiten daraus ab, dass Kinder, die von SM betroffen sind, sich aufgrund ihres eingeschränkten sprachlichen Performanzvermögens in die Rolle des Hilfesuchenden begeben, sich daran gewöhnen und ihre Werte und Interessen nicht selbstwirksam ausleben können.

2.3.6 Komponente Umwelt und ihre Dimensionen

Als weitere Komponente fügte Kielhofner die Umwelt in das Inhaltsmodell ein. Das Menschliche Handeln wird als Folge einer Wechselwirkung zwischen der Person und ihrer Umwelt angesehen. Hier zeigen sich Parallelen zu Morenos Rollentheorien, die Rollenhandeln in einem Spannungsfeld von kultureller Vorprägung (Umwelt) und individuellen Anteilen betrachtet. Nur so könne der Mensch adäquates Rollenhandeln entwickeln, um sich in sozialen Situationen zurechtzufinden.

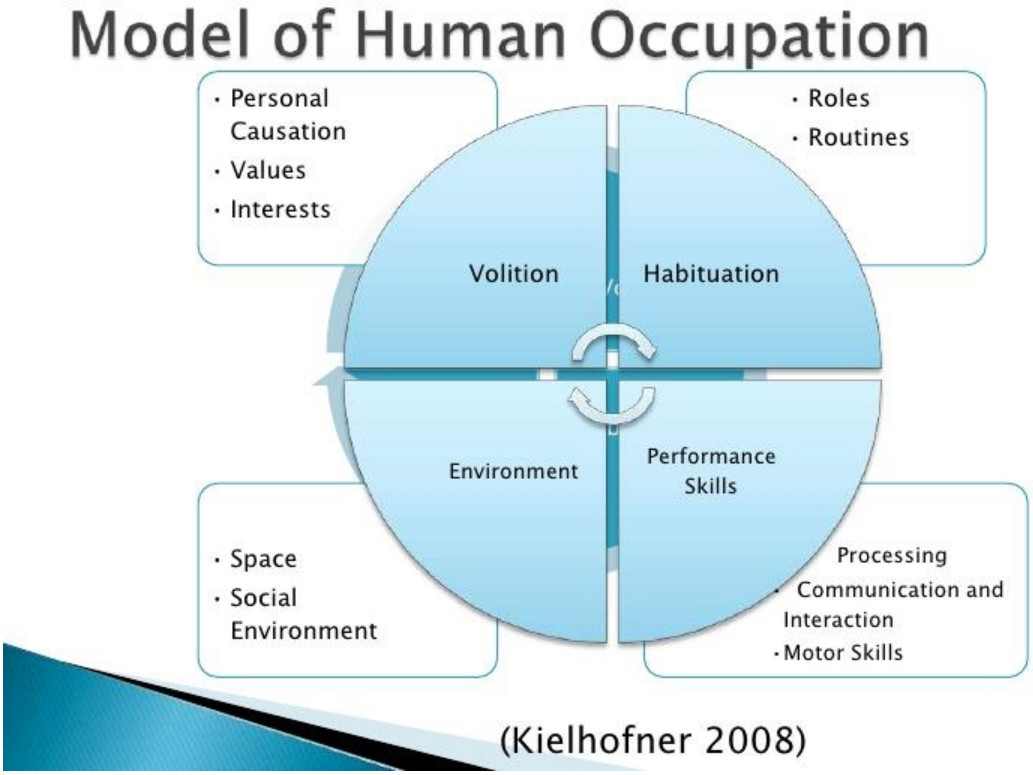

Abbildung 4: MOHO: Menschliche Komponenten und Umwelt

In der jüngsten, 2017 herausgegebenen MOHO-Version, werden die Dimensionen der Umwelt differenzierter beschrieben und eingeteilt in die unmittelbare, die lokale und die globale Umwelt (Abbildung 5: MOHO: Dimensionen der Umwelt .

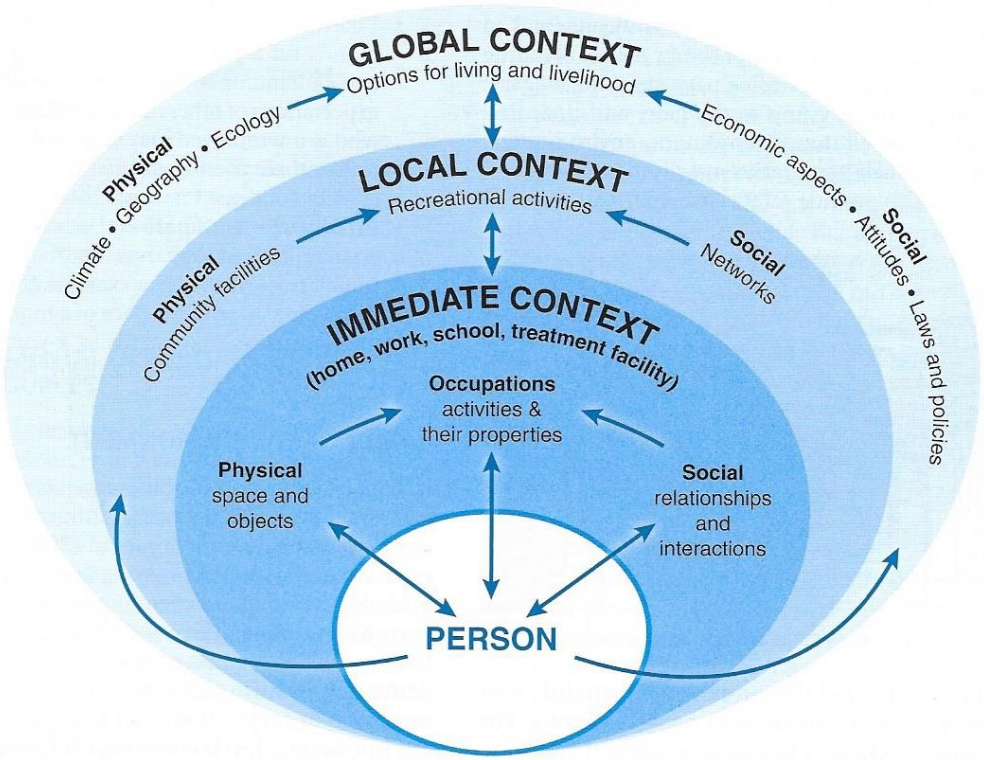

Abbildung 5: MOHO: Dimensionen der Umwelt (Fisher, Parkinson, & Haglund, 2017)

Vor dem Hintergrund einer sich stetig verändernden Bildungs- und Arbeitswelt, moderner Familiensysteme und zunehmender Migration gewinnt ein differenzierteres Betrachten der Umwelt an Bedeutung. Dies gilt auch für die Beleuchtung des Betätigungsverhaltens von Kindern und Jugendlichen, die von SM betroffen sind. Nach Ansicht der Autorinnen lässt sich Folgendes ableiten:

Stützt das unmittelbare soziale Umfeld dauerhaft das durch Hilflosigkeit geprägte Handeln des Kindes, wird sich sein Verhalten manifestieren, d. h. werden dem Kind durch

seine Eltern und Geschwister dauerhaft Aufgaben abgenommen, die verbale Kommunikation erfordern, wird es die Fähigkeit des Sprechens in der Öffentlichkeit vermutlich nie erlangen und verbleibt gewohnheitsgemäß in der Rolle des Schweigenden. Dies kann zu einer Chronifizierung der Störung führen.

Können Kinder ihre sprachlichen Potenziale nicht entfalten, beeinträchtigt dies ihren Alltag dauerhaft. Ein Kind, das sich nicht aktiv beteiligt oder kommuniziert, kann Rollen in seiner lokalen Umwelt nicht oder nur eingeschränkt ausfüllen. Der Aufbau von Beziehungen, beispielsweise im Rahmen eines Vereinslebens oder bei der Gestaltung von Freizeitaktivitäten, wird durch diese erlernte Hilflosigkeit gehemmt oder gar unmöglich. Dies zeigten auch die Ergebnisse der Studie von Rösing & Sölter (2010).

Mit dem differenzierteren MOHO-Inhaltsmodell lässt sich gleichfalls erklären, wie die globale Umwelt auf Individuen einwirkt, die sowohl klimatische, geografische, ökologische als auch rechtliche, politische sowie ökonomische Faktoren umfasst.

Mit Übertritt in eine andere globale Umwelt werden Menschen mit Veränderungen dieser physischen und sozialen Faktoren konfrontiert. Vor besonders hohen Anforderungen stehen demnach Menschen, die ihre gewohnte kulturelle Umwelt verlassen. Vor diesem Hintergrund erscheint es den Autorinnen folgerichtig, dass die *Prävalenzraten* unter Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund erhöhte Werte aufweisen, da diese besonderen Belastungen ausgesetzt sind.

2.3.7 Betätigungsebenen: Partizipation, Performanz und Fertigkeiten

Kielhofner definiert Partizipation als Betätigungen im weitesten Sinne und unter Bezug auf die gesellschaftliche Teilhabe. Partizipation für ein unter MS leidendes Kind bedeutet beispielsweise, eine Schule besuchen zu können oder in der Lage zu sein, jederzeit und mit jeder Person Unterhaltungen zu führen. Die Performanz bezieht sich auf die Ausführung einzelner Aktivitäten, wie z. B. eine Aufgabe an der Tafel zu lösen, oder bei Nachbarn zu klingeln und diese um etwas zu bitten. Die Fertigkeiten stellen die kleinsten und detailliertesten Einheiten dar, beispielsweise das Schreiben oder das Sprechen. Dabei werden drei Fertigkeitsformen unterschieden: motorische, prozesshafte sowie Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten (de las Heras de Pablo, Fan, & Kielhofner, 2017).

> *„Fertigkeiten sind in die Ausführung (Performanz) eingebettet und die Ausführung in die Partizipation. Wenn Personen partizipieren, führen sie eine Reihe von Betätigungen aus und setzen dabei eine Vielzahl von Fertigkeiten ein.“* (Verhoef & Zalmstra, 2019).

So zeigt sich in den sprachlichen Fertigkeiten u. a., ob eine Unterhaltung rhetorisch angemessen und unter Einhaltung gesellschaftlicher Konventionen geführt werden kann, z. B. eine Person höflich anzusprechen, wenn man um etwas bittet.

2.3.8 Betätigungskompetenzen und Betätigungsidentität

Personen verändern sich durch Ereignisse, die ihnen im Laufe ihres Lebens begegnen. Die Summe der Aktivitäten, Aufgaben und Erlebnisse führt dazu, dass Menschen ihre Betätigungen anpassen. Damit erklärt Kielhofner (2008), wie sich die individuelle Betätigungskompetenz und die Betätigungsidentität einer Person entwickeln: Verhoef und Zalmstra (2019) erläutern hierzu ergänzend:

> *„Die Betätigungsidentität bildet sich durch Partizipation und beschreibt ein Bild der Person, die man ist oder gern sein möchte. In der Identität eines Menschen spiegeln sich seine Rollen, Beziehungen, Werte, sein Selbstbild und seine Wünsche und Ziele wider. Die Betätigungskompetenz beschreibt das Maß, in dem ein Mensch den eigenen Erwartungen, Rollen, Routinen und Werten gerecht wird.“*

Eingeschränkte Handlungsmöglichkeiten ziehen Einschränkungen im Lernen und der kindlichen Entwicklung nach sich. Die Autorinnen gehen daher davon aus, dass Kinder, die unter SM leiden und unbehandelt bleiben, in der Entwicklung ihrer Betätigungskompetenzen und Betätigungsidentitäten ein Leben lang beeinträchtigt bleiben.

2.3.9 Methodisches Handeln nach dem Prozessmodell: Therapeutic Reasoning Process

Im Zentrum der Ergotherapie stehen die drei Hauptpole: Betätigung, Klient und sein Ergotherapeut (Cup & Hartingsveldt, 2019). Das methodische Handeln in der Ergotherapie folgt stets einer partizipativen Entscheidungsfindung zwischen Ergotherapeuten/-innen und Klienten/-innen. Dabei werden gemeinsam Lösungswege und Priorisierungen erarbeitet (Logister-Proost & Steensels, 2019).

Das methodische Vorgehen basiert u. a. auf theoretischen Modellen. Sie dienen als Gerüst und helfen bei der Strukturierung der Therapieschritte. In Abhängigkeit davon, wie der individuelle Fall gelagert ist, wird das bereits beschriebene professionelle Reasoning in seinen unterschiedlichen Formen während der gesamten Prozessdauer angewendet.

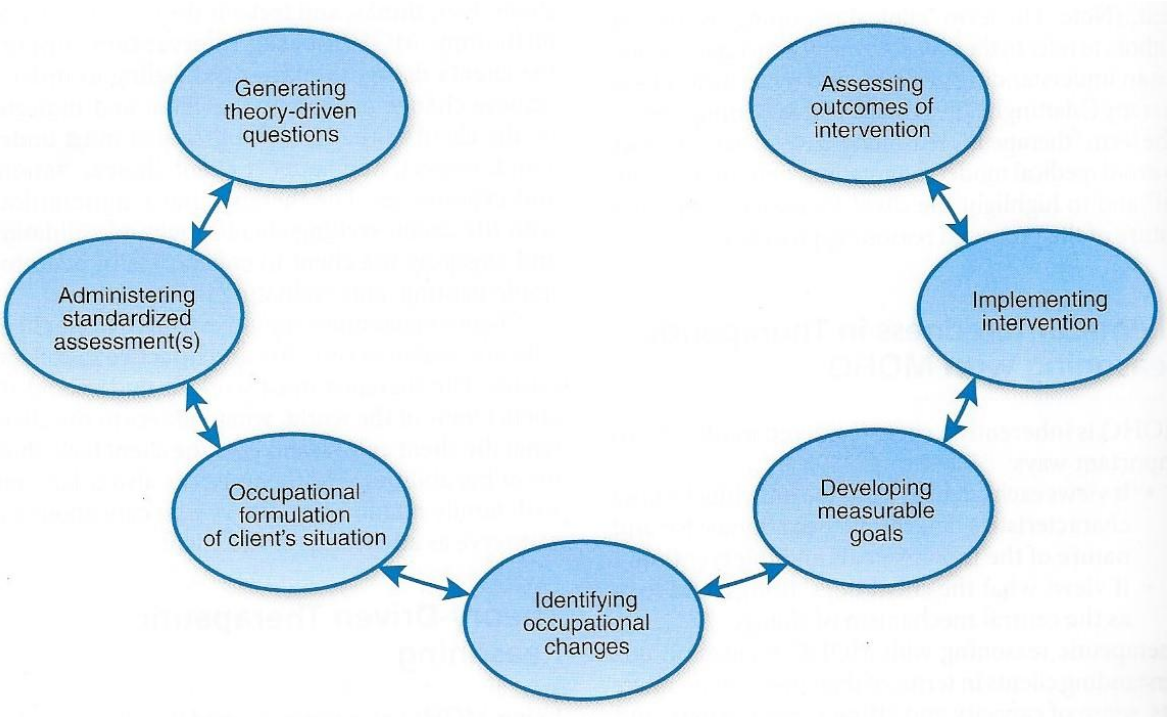

Abbildung 6: Therapeutic Reasoning Process

In Abbildung 6 wird der Behandlungsprozess in Form eines theoretischen Prozessmodells dargestellt, wie ihn das MOHO vorsieht. Ein Kind, bei dem vermutet wird, unter dem Störungsbild SM zu leiden, kann nach diesem Prozessmodell nach Ansicht der Autorinnen wie folgt behandelt werden:

Schritt 1: Fragen werden gestellt, z. B.: Was sind die Handlungsprobleme und Wünsche des Kindes? Wie sehen die Eltern die Situation? Wie ist der bisherige Lebensweg des Kindes verlaufen? Wie ist der kulturelle Hintergrund der Familie? Was sind die Interessen des Kindes? Welche Rollen und Routinen füllt es aus? Über welche Fertigkeiten verfügt es? Was wurde bereits unternommen, um die Diagnose zu sichern?

Schritt 2: Zum Inventarisieren und Analysieren der Informationen setzen Ergotherapeuten/-innen Assessments ein. Die Nutzung von *Assessments*, deren *Evidenz* in vielen Fällen nachgewiesen ist, bietet folgende Vorteile (van Hartingsveldt, Meijers, Ras, Stal, & ten Velden, 2019):

- Klient/-innen werden in den therapeutischen Prozess intensiv eingebunden
- Handlungsprobleme werden eindeutiger identifiziert
- Ziele können klarer formuliert werden
- Wirkweisen von Interventionen werden messbar
- Die Standardisierung unterstützt die intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation
- Kostenträger erhalten einen besseren Einblick in die Ergebnisse.

Wird beispielsweise das ACIS als Assessment bei einem Kind mit Migrationshintergrund angewendet, wird der Ergotherapeut unter gleichzeitiger Anwendung professionellen Reasonings bei der Auswertung der Ergebnisse die Herkunft des Kindes berücksichtigen, da Kommunikation interkulturell sehr unterschiedlich gelebt wird und entsprechend interpretiert werden muss. Gleiches gilt auch für betätigungsbasierte Assessments, da Handlungen auf Basis unterschiedlicher Wertvorstellungen erfolgen und auch in Abhängigkeit zur Umwelt differenziert ausgeführt werden. Aus der so erhaltenen Datensammlung und -analyse ergeben sich erste Hypothesen, denen im Weiteren nachgegangen wird.

Schritt 3: Die IST-Situation des Kindes wird formuliert: Was funktioniert im Alltag gut? Wo liegen die Herausforderungen? Ist es möglich, dass das Kind den interkulturellen Transitionsprozess noch nicht abgeschlossen hat und unter einem Kulturschock leidet?

Unter *Schritt 4* erfolgt eine Identifizierung der erforderlichen Betätigungsveränderungen: Was muss geändert werden, um dem Kind zunächst eine sichere Basis zu verschaffen, die es langfristig darin unterstützt, im öffentlichen Raum zu sprechen? In dem beschriebenen Fall wären alle Handlungsprobleme zu überprüfen, die die soziale, kulturelle und physische Umwelt betreffen.

Schritt 5: Ziele nach SMART werden formuliert, z. B.: Das Kind ist innerhalb von 2 Wochen in der Lage, in den Pausen die Schultoilette aufzusuchen.

Schritt 6: Die Interventionen werden durchgeführt: Beratung der Lehrerin, evtl. auch zur Durchführung ergotherapeutischer Methoden, wie dem MATCH-Ansatz: Dem Kind wird erlaubt, 5 Minuten eher in die Pause zu gehen und die Toilette allein aufzusuchen. Den

Mitschülern wird erläutert, dass diese Regelung notwendig ist, um das Kind zu unterstützen.

Schritt 7: Die *Outcome-Messung* erfolgt: Nach zwei Wochen wird reflektiert, ob das Ziel erreicht wurde und das Kind inzwischen die Schultoilette benutzt. Ist dies nicht der Fall, werden Hinderungsgründe analysiert, die Intervention angepasst und weiter an der Zielerreichung gearbeitet. War die Intervention erfolgreich, kann der nächste Schritt geplant werden.

2.4 Fazit

SM ist eine komplexe Störung, die in der ICD 11 dem Kreis der Angsterkrankungen zugeordnet wurde und bei deren Auftreten Betroffene trotz abgeschlossenem Spracherwerb nicht in der Lage sind, mit Dritten zu kommunizieren. Die Entstehungsursachen sind *multifaktoriell*, noch nicht vollständig erforscht und ebenso individuell, wie die von ihr betroffenen Menschen und deren persönliche Biografien. Unbehandelt neigt die Störung zur Chronifizierung und wirkt sich lebenslang auf Betätigungen und damit auf die Partizipation Betroffener und deren Umfeld aus. Sprache und Betätigung stehen in enger Verbindung zueinander und beeinflussen sich wechselseitig. Menschen, die nicht sprechen können, sind ein Leben lang von Betätigungsungerechtigkeit bedroht.

National und international existieren unterschiedliche Behandlungsansätze und Methoden, die entweder direktiv oder nondirektiv und in unterschiedlichen Settings durchgeführt werden.

Das Störungsbild bedarf der Behandlung durch ein Team interprofessioneller Spezialisten, die in der Lage sind, Ursachen, Symptome und Folgen ebenso komplex und weitsichtig zu überblicken und deren Behandlungsmethoden sich eignen, flexibel auf die gestellten Herausforderungen zu antworten.

Kinder, die unter (Sprech-)Ängsten leiden, werden oft ohne eindeutige Diagnose in die Ergotherapie überwiesen. Ursächlich hierfür sind zumeist nicht primär die Angststörungen, sondern die durch sie hervorgerufenen Betätigungsprobleme und das gezeigte Vermeidungsverhalten. Ergotherapeuten/-innen nutzen bei der Behandlung betroffener Kinder und Jugendlicher neben professionseigenem Wissen professionelles Reasoning sowie die Kenntnisse aus Bezugswissenschaften, wie bspw. aus der (Entwicklungs-)Psychologie, der Pädagogik, der Soziologie, der Medizin oder aus der Betätigungswissenschaft. Inhalts- und *Prozessmodelle* strukturieren und stützen das Vorgehen von Ergotherapeuten/-innen bei der individuellen, Klient/-innenzentrierten Behandlung, deren primäres Ziel es ist, Betroffenen gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen.

3 METHODIK

ZUR ERFORSCHUNG DER WAHRHEIT
BEDARF ES NOTWENDIG DER METHODE.

(René Descartes)

3.1 Forschungsethik

Die Forschungsethik schützt die Würde und das Wohlergehen der Untersuchungsteilnehmenden (Döring & Bortz, 2016). Bei der Durchführung dieser Studie folgten die Forscherinnen den ethischen Grundsätzen, die auf geltendem Europarecht basieren und die auf der Freiwilligkeit zur Studienteilnahme sowie die Anonymisierung und vertrauliche Behandlung der Daten zielen.

3.1.1 Europarecht

Deutschland und die Niederlande gehören der Europäischen Union an. Gesetze beider Länder basieren auf der Charta der Grundrechte der Europäischen Union und orientieren sich an ARTIKEL 1, der die Würde des Menschen als unantastbar charakterisiert und diese damit schützt. In ARTIKEL 3 ist das Recht auf körperliche und geistige Unversehrtheit festgeschrieben. Im Rahmen der Medizin und der Biologie ist darauf zu achten, dass die freie Einwilligung der Studienteilnehmenden nach vorheriger Aufklärung entsprechend den gesetzlich festgelegten Einzelheiten erfolgt.

ARTIKEL 8 regelt den Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten. (Charta der Grundrechte der Europäischen Union, 2010). Die DSGVO, die am 24. Mai 2016 in Kraft getreten ist, ist eine Verordnung der Europäischen Union und enthält Bestimmungen zur Verarbeitung dieser personenbezogenen Daten durch private Unternehmen und öffentliche Stellen. Sie dient der Vereinheitlichung des europäischen Datenschutzrechts. (DSGVO - Datenschutzgrundverordnung, 2016).

3.1.2 Ethikkodex des DVE und des WFOT

Der *Ethikkodex* des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten/-innen folgt den Standards des Weltverbandes WFOT. In diesem Ethikkodex sind Regularien für die Bereiche Forschung und Entwicklung inkludiert (DVE Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V., 2005)

3.1.3 Umsetzung

Die Studienteilnehmerinnen wurden schriftlich und mündlich über die Verwendung der erhobenen Daten informiert und haben ihre Einwilligung zur freiwilligen Teilnahme an dem Interview erklärt (ANLAGE 3). Die Autorinnen haben sich durch ihre Unterschrift verpflichtet, die gesetzlichen Bestimmungen einzuhalten.

3.2 Hintergründe und Ziele dieser Forschungsarbeit

Qualitative Sozialforschung zielt primär auf eine verstehend-interpretative Rekonstruktion sozialer Phänomene in ihrem jeweiligen Kontext. Sie bezieht die Sichtweisen und Sinngebungen der Beteiligten in die Problemstellung ein. Als Zentrum des menschlichen Erlebens und Handelns wird in der *Phänomenologie*, der Wissenschaft von den Phänomenen, die durch soziale Regeln und Normen geprägte Lebenswelt angesehen (Döring & Bortz, 2016). Jedes Phänomen erscheint **von** etwas **für** jemanden. Wenn man verstehen möchte, wie soziale Verhältnisse als das erscheinen können, was sie sind, muss man zwangsläufig das Subjekt oder die Subjekte mit einbeziehen, denen sie erscheinen (Zahavi, 2018). Den Mittelpunkt des Phänomens „SM“ bilden die Kinder oder Jugendlichen, die trotz erfolgtem Spracherwerb in öffentlichen Situationen nicht sprechen. Das Phänomen erscheint den Subjekten ihrer sozialen Umwelt, also beispielsweise Eltern und weiteren Familienmitgliedern, Lehrern, Therapeuten und anderen Personen, mit denen die Kinder und Jugendlichen in Kontakt treten. Das Handeln der Betroffenen lässt sich durch allgemeine Gesetzmäßigkeiten nicht kausal erklären, sondern lediglich anhand ihrer individuellen psychischen und physischen Konstitution, eigener Erfahrungswerte, Sichtweisen und Alltagszusammenhänge. Ergotherapeuten/-innen werden im Rahmen ihrer Arbeit mit diesen Herausforderungen konfrontiert. Sie müssen den therapeutischen Prozess individuell gestalten und anpassen. In dieser Forschungsarbeit wird untersucht, wie sie dabei vorgehen.

3.3 Allgemeines zum Forschungsprozess

Es ist Aufgabe der Wissenschaftstheorie, die Voraussetzungen und Möglichkeiten des wissenschaftlichen Erkenntnisgewinns zu beschreiben und normativ festzulegen. (Döring & Bortz, 2016).

Bei der Durchführung dieser Studie orientierten sich die Forscherinnen am Prozess qualitativer Sozialforschung (Abbildung 7). In Literaturdatenbanken und Printmedien wurde zum Thema „SM“ recherchiert, auf Basis der Recherchearbeiten der aktuelle Forschungsstand ermittelt und eine Forschungslücke identifiziert. Die im Anschluss formulierten Forschungs- und Leitfragen implizierten das *Studiendesign*. Die Stichprobenerhebung erfolgte in teilstrukturierten Interviews, die mit acht Ergotherapeutinnen durchgeführt wurden. Nach der Datenaufbereitung, die in Anlehnung an Dresing und Pehl (2015) erfolgte, wurden die Daten im Rahmen einer zusammenfassenden, qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (2016) ausgewertet und interpretiert. Das genaue Vorgehen wird nachfolgend ausführlich geschildert.

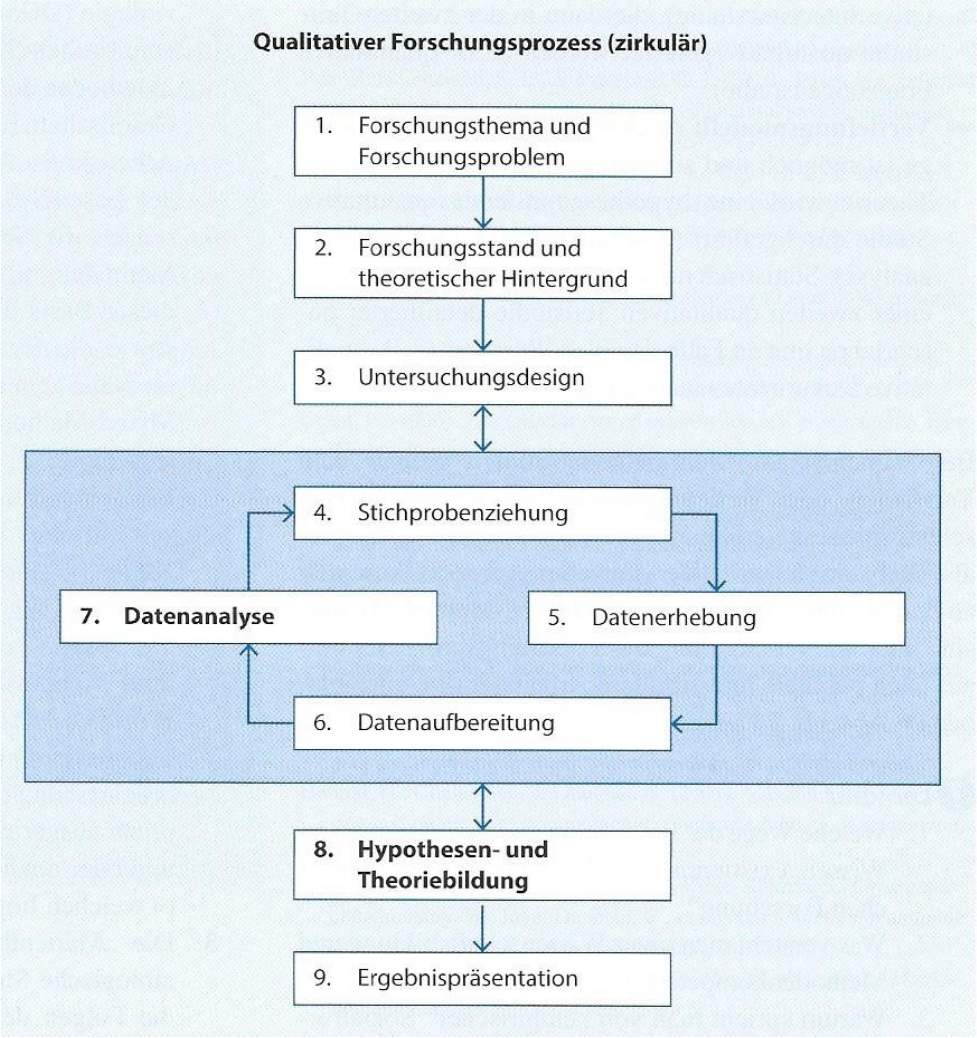

Abbildung 7: Schematische Darstellung des qualitativen Forschungsprozesses¸ Hervorhebung arbeitsintensiver Phasen nach Witt, 2001, publiziert von Döring & Bortz **(2016)**

3.4 Zeitplan

Ende 2019 wurde der Zeitplan für das Studienprojekt erstellt. Die Umsetzung erfolgte wie geplant in folgenden Schritten

Januar 2020	• Beginn der Literaturrecherchen zum Forschungsthema und Forschungsstand • Formulierung der Forschungsfrage und der Leitfragen
Februar 2020	• Festlegung der Methode • Literaturrecherchen
März 2020	• vorbereitende Rekrutierungsarbeiten • Literaturrecherchen
April 2020	• Beginn Rekrutierung von Teilnehmern • Literaturrecherchen
Mai 2020	• Erstellung Interviewleitfaden • Literaturrecherchen
Juni 2020	• Durchführung der Interviews • Datentranskription und Membercheck • Verschriftlichung Theoretischer Teil
Juli-August 2020	• Datenanalyse • Literaturrecherche • Verschriftlichung Methodischer Teil
September 2020	• Verschriftlichung Diskussion und Schlussfolgerungen • Übersetzungsarbeiten
Oktober 2020	• Korrekturarbeiten • Abgabe der Arbeit Ende Oktober 2020

3.5 Literaturrecherche

Die Literaturrecherchen erfolgten in wissenschaftlichen Literaturdatenbanken über den Zugang der Zuyd Hogeschool, auf den Websites von Wissenschaftsverlagen, in Online-Suchmaschinen und fachwissenschaftlichen Handbüchern und Zeitschriften. Aufgrund der CORONA-Krise konnte auf lokale Bibliotheksbestände nicht zugegriffen werden.

Unter Verwendung primärer und sekundärer Suchbegriffe wurde systematisch nach Studien und Fachartikeln zu den nachfolgend aufgeführten primären und sekundären Suchbegriffen geforscht:

Deutsch	**Englisch**
Primäre Suchbegriffe (Oberbegriffe)	
Angststörung	Anxiety disorder
Behandlung	Treatment
evidenzbasiert	Evidence based
Ergotherapie	Occupational Therapy
Kindheit	childhood
Psychologische Faktoren	psychological factors
SM	Electiv Mutism
Sprachstörung	Speech disorder
Sekundäre Suchbegriffe (Unterbegriffe)	
Co-Abhängigkeit	Codependency
Entwicklungspsychologie	Developmental psychology
Kinder	Children
Partizipation	Participation
Studie	Study
Therapeutenbeziehung	Therapist relationship
Wohlbefinden	Wellbeing

Unter Verwendung der *Booleschen Operatoren* „AND“, „OR“ sowie „NOT“ wurde die Suche in unterschiedlichen Kombinationen ausgeführt und lieferte folgende Ergebnisse (Beispiel):

Suchvorgang Nr.	Begriffe und Boolesche Operatoren	Ergebnisse
1	Mutismus	1.121
2	Ergotherapie AND Mutismus	92
3	Ergotherapie AND Wohlbefinden AND Kinder	9
4	Ergotherapie AND Mutismus AND Wohlbefinden AND Kinder AND Partizipation AND Behandlung	2

Suchvorgang Nr.	Begriffe und Boolesche Operatoren	Ergebnisse
1	Occupational Therapy AND mutism OR anxiety AND evidence based AND intervention AND participation	401.346
2	Occupational Therapy AND mutism OR anxiety AND evidence based AND intervention AND participation AND study AND children	289.665
3	Occupational Therapy AND mutism AND anxiety AND evidence based AND intervention AND participation AND study AND children	503

Die Recherchearbeiten ergaben, dass kaum ergotherapeutische Studien zum Thema SM vorliegen.

3.6 Forschungsfrage und Leitfragen

Ausgehend von der im Jahr 2010 von Rösing und Sölter an der Zuyd Hogeschool durchgeführten Studie „Nicht sprechen, nicht handeln, nicht teilnehmen – Selektiv mutistische Kinder in der Ergotherapie“ wurde überprüft, wie sich die Forschung zum Thema „SM“ in den letzten Jahren entwickelt hat, welche Fragestellungen in Fachkreisen kontrovers diskutiert und welche Fragestellungen aus Sicht der Ergotherapie bislang unbeantwortet geblieben sind. Aus dem zur Verfügung stehenden Material wurde ersichtlich, dass zur Behandlung des Störungsbildes, das in der ICD-11 der Gruppe der Angststörungen zugerechnet wird, direktive und nondirektive Ansätze praktische Anwendung finden und dass in Fachkreisen der behandelnden Disziplinen Uneinigkeit darüber besteht, welcher dieser Ansätze im Sinne einer „Best Practice“ zur Unterstützung Betroffener geeignet erscheint. Darüber hinaus erschien die Beantwortung der Frage von großer Relevanz, wie der Therapieverlauf gestaltet wird, wenn das essenzielle Mittel der Kommunikation, die Sprache, von den Klienten/-innen nicht eingesetzt werden kann.

Die zentrale Forschungsfrage stellt sich wie folgt dar:

Wie gestaltet sich Ergotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit der Diagnose „SM“ und durch welche Faktoren wird die Therapie beeinflusst?

Drei untergeordnete Leitfragen, die zur Beantwortung der Forschungsfrage beitragen sollen, wurden wie folgt ergänzend formuliert:

1. *Wie gestaltet sich der ergotherapeutische Prozess in seinen einzelnen Schritten?*
2. *Wie gestaltet sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit?*
3. *Wodurch wird die ergotherapeutische Behandlung beeinflusst?*

3.7 Studiendesign

Um die Forschungsfrage beantworten zu können und die Behandlungsmöglichkeiten des Phänomens näher zu ergründen, galt es, Ergotherapeuten/-innen über die Durchführung der Behandlung und über ihren Umgang mit Betroffenen zu befragen. Die offene Fragestellung, die Lösungsorientiertheit zur Handhabung des praktischen Problems sowie die Berufsfeldorientierung dieser Forschungsarbeit implizierten die Wahl eines anwendungswissenschaftlich qualitativ-empirisch ausgerichteten Studiendesigns. Das qualitative Forschungsparadigma geht der Tradition der Geisteswissenschaften nach und zielt primär auf eine verstehend-interpretative Rekonstruktion sozialer Phänomene in ihrem Kontext ab. Dabei wird der Blick auf die Sinngebungen und Sichtweisen der Beteiligten gerichtet (Döring & Bortz, 2016).

Die Forschenden entschieden sich für den Ansatz der *zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse* nach Philipp Mayring, bei dem es das Ziel der Analyse ist, das Datenmaterial durch *Reduktion* zusammenzufassen und *induktiv Kategorien* zu bilden. (Mayring, 2015). Die Durchführung teilstrukturierter, problemzentrierter Interviews ließ dabei Raum für unerwartete Befunde (Mayring, 2016) (Döring & Bortz, 2016).

3.8 Die Entwicklung des Interviewleitfadens

Die Analyse der Literatur, die Formulierung der Forschungsfrage und die Festlegung des Forschungsdesigns implizierte im nächsten Schritt die Festlegung der Interviewform als problemzentriertes Interview (Mayring, 2016).

Zur Einleitung in das Gespräch wurde eine Sondierungsfrage eingeplant, mit der eruiert werden sollte, wie die Teilnehmerinnen zu der Thematik SM gelangten. Zur

Formulierung der konkreten Interviewfragen wurde als Ausgangsbasis das MOHO-Prozessmodell herangezogen. Formuliert wurden 12 offene Fragen, die sich an den Schritten des Therapeutic Reasoning Process orientierten. Eine weitere Frage zielte auf Faktoren, die den ergotherapeutischen Prozess beeinflussen. Die Abschlussfrage offerierte den Teilnehmerinnen die Möglichkeit, Ergänzungen zum Thema vorzunehmen, die ihnen im Kontext wichtig erscheinen.

Neben den 14 Hauptfragen wurden Nebenfragen formuliert, die in Abhängigkeit vom Gesprächsverlauf optional als Ad-hoc-Fragen gestellt werden konnten (ANLAGE 5).

3.9 Rekrutierung von Studienteilnehmern

Die Rekrutierung von Studienteilnehmenden erfolgte in einem Akquisitionsprozess, der sich über einen Zeitraum von acht Wochen erstreckte. Die Formulierung der Einschlusskriterien wurde in einem ersten Schritt wie folgt vorgenommen:

- Ergotherapeutin oder Ergotherapeut mit mindestens 1-2 Jahre Berufserfahrung
- Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit dem Störungsbild „SM“

Die Veröffentlichung des Aufrufes (ANLAGE 6) erfolgte in den sozialen Medien, wie Facebook und LinkedIn, über die Homepage des DVE und der Internetseite des Mutismus-Netzwerks „Stillleben e. V.“. Da sich nur zwei potenzielle Teilnehmerinnen meldeten, wurde nach alternativen Rekrutierungsmöglichkeiten gesucht und die Anzahl der behandelten Kinder reduziert. Den Adressverzeichnissen der Fachzeitschrift „*mutismus.de“* wurden Kontaktdaten potenzieller Mutismus-Spezialisten/-innen, die in ambulanten Praxen, Frühförderstellen oder anderen Organisationen tätig sind, entnommen. Die

Ermittlung von Kliniken, die sich auf die Behandlung des Störungsbildes spezialisiert haben, erfolgte durch Internetrecherchen.

Die Kontaktdaten der potenziellen Teilnehmer/-innen wurden in einer Excel-Datei erfasst. Auf Basis dieser Datei wurden Serienbriefe und persönliche E-Mail-Nachrichten erstellt und versendet. Eine telefonische Nachfassaktion rundete die Rekrutierung der Studienteilnehmer/-innen ab. So konnten insgesamt 9 Ergotherapeutinnen für die Durchführung der Interviews gewonnen werden.

Die Ergebnisse des Akquisitionsprozesses stellen sich wie folgt dar:

Rekrutierung via	**Anzahl erfolgter Ansprachen**	**Anzahl rekrutierter Teilnehmerinnen**
Brief	39	5
E-Mail	56	2
Homepages	2	1
Soziale Netzwerke	2	1

Von den neun Akquirierten wurde eine Person, die im ambulanten Setting tätig ist, zu einem *Pretest* herangezogen. Von den verbliebenen acht Personen waren sechs in Ergotherapie-Praxen und zwei in Kliniken angestellt. Es handelte sich um Ergotherapeutinnen, die ihre Berufsausbildung an einer Berufsfachschule absolviert haben. Zwei von ihnen verfügten darüber hinaus über ein abgeschlossenes Studium der Ergotherapie. Sechs der Teilnehmerinnen waren länger als 10 Jahre, eine Ergotherapeutin zwischen 3 und 10 Jahren und eine Teilnehmerin weniger als 3 Jahre in ihrem Beruf tätig. Die nachfolgende

Tabelle zeigt, wie viele Betroffene bereits von den Ergotherapeutinnen behandelt worden sind.

Anzahl behandelter Kinder mit dem Störungsbild „SM“			
< 5	**5-10**	**10-15**	**16-30**
1 Therapeutin	2 Therapeutinnen	2 Therapeutinnen	3 Therapeutinnen

Zur Vorbereitung auf die Interviews wurde den Studienteilnehmerinnen der in der ANLAGE 4 befindliche Bogen überreicht. Die darin aufgeführten Fragen betreffen einerseits die persönlichen Daten zum beruflichen Werdegang, andererseits handelt es sich um Aspekte, denen die Interviewten vorbereitend nachgehen mussten und die später im Interview angesprochen wurden.

3.10 Pretest

Der entwickelte Interviewleitfaden wurde in einem Pretest einer Überprüfung unterzogen. Hierfür wurde ein Interview unter den für die Hauptstudie geplanten Rahmenbedingungen durchgeführt. Folgende Aspekte wurden beleuchtet und beurteilt:

- Ist die organisatorische Vorgehensweise optimal oder besteht Anpassungsbedarf?
- Funktioniert die Technik? Wie gestaltet sich die Qualität der Audioaufnahmen?
- Wird der vorgesehene zeitliche Rahmen eingehalten?

- Fühlte sich die interviewte Person im Gespräch wohl?
- Gibt es Änderungs- oder Ergänzungsbedarf zu den Fragestellungen?

Der Pretest-Teilnehmerin wurde nach Beendigung des Interviews ein Fragebogen (ANLAGE 2) übermittelt, mit der Bitte um Rückmeldung, ob aus ihrer Sicht Änderungs- oder Ergänzungsbedarf besteht. Es wurden keine Änderungs- oder Ergänzungsempfehlungen ausgesprochen.

3.11 Hauptstudie

3.11.1 Durchführung der Interviews und Entstehungssituation

Die Interviews wurden aufgrund der Kontakteinschränkungen, die sich aus der CORONA-Krise ergaben, online über die Software „*bluejeans“* und in zwei Fällen telefonisch durchgeführt. Die Forscherinnen nahmen jeweils zu zweit an den Gesprächen teil, wovon eine Person das Interview primär durch das Stellen der Fragen steuerte, die andere Person die Technik bediente und dem Gespräch folgte. Bei Bedarf wurden von der zweiten Forscherin zusätzliche Ad-hoc-Fragen in den Dialog eingefügt.

Sechs der Studienteilnehmerinnen befanden sich zum Zeitpunkt des Interviews in einem störungsfreien Raum bei ihrem Arbeitgeber, eine Studienteilnehmerin in ihrem Arbeitszimmer im häuslichen Umfeld und eine weitere Studienteilnehmerin an ihrem Urlaubsort in einem Café. Die Gespräche dauerten zwischen 60 und 120 Minuten und lieferten ein Gesamttonmaterial von 11 Stunden.

3.11.2 Charakteristika des Materials und Transkription

Die Gespräche wurden in Form von Audiodateien aufgezeichnet. Eine Videoaufzeichnung fand nicht statt. Nach Beendigung der Interviews erfolgte die Transkription des Tonmaterials mit Hilfe der Software MAXQDA. Vor Durchführung der *Transkription* wurden folgende Regeln in Anlehnung an Dresing und Pehl (2015) definiert:

- Die Transkription erfolgt vollständig und wörtlich.
- Pausenfüllende Elemente, wie „äh“, „hm“ oder ähnliches, werden nicht mittranskribiert.
- Lachen wird transkribiert und in Klammern gesetzt.
- Die jeweils Sprechenden werden gekennzeichnet durch Voranstellen von „B“ für den Befragten und „I1“ oder „I2“ für die Interviewerinnen.
- Wort- und Satzabbrüche werden geglättet bzw. ausgelassen.
- Nicht verstandene Textabschnitte werden mit „unv“ markiert.
- Pausen werden mit „…“ gekennzeichnet.
- Orte und Arbeitsstellen werden anonymisiert.
- Die Zeitmarken werden an den Beginn des Absatzes gesetzt.

Zur Absicherung der inhaltlichen Richtigkeit und Genauigkeit des transkribierten Materials wird in der interpretativen Forschung von unterschiedlichen Autoren (Mayring, 2016) (Klüver, 1979) (Heinze & Thiemann, 1982) kommunikatives Validieren empfohlen. Entsprechend wurden die verschriftlichten Rohdaten den jeweiligen Studienteilnehmern zur Überprüfung übersendet. Zwei der Befragten haben ihre Angaben daraufhin nochmals telefonisch bzw. in einer weiteren Videokonferenz ergänzt. Diese Daten wurden ebenfalls transkribiert und sind in die Studie eingeflossen.

3.11.3 Der Analyseprozess

Die Inhaltsanalyse wurde nach Philipp Mayring (2016) vorgenommen und stellte sich wie folgt dar:

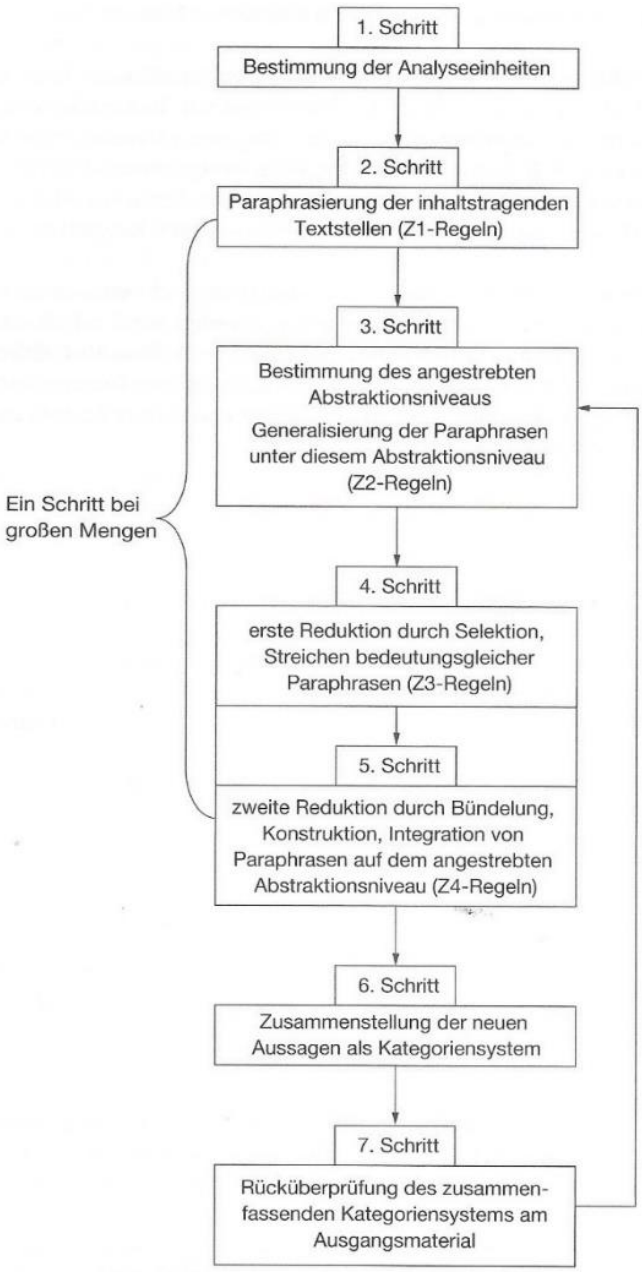

Abbildung 8: Ablaufmodell zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (2016)

Ziel der zusammenfassenden Datenanalyse ist es, das Datenmaterial in mehreren Schritten auf Kernaussagen zu reduzieren und so aussagekräftige Ergebnisse zu erlangen. Hierbei wurde nach Mayring (2015) wie folgt vorgegangen:

Die in Microsoft Word übertragenen Rohdaten wurden im Anschluss nach vorher festgelegten Kriterien in *Auswertungseinheiten* und diese in *Analyseeinheiten* gegliedert und in eine Excel-Tabelle übertragen. Eine Auswertungseinheit umfasst die Gesamtaussagen einer Interviewteilnehmerin. Die Analyseeinheiten stellen als *Kodiereinheiten* die kleinste Maßeinheit dar. Sie umfassen mindestens ein Wort, längstens drei Sätze. Kontexteinheiten stehen miteinander in inhaltlichem Bezug.

Das so vorbereitete Datenmaterial wurde in den nächsten Schritten weiterbearbeitet, indem nichtinhaltstragende Textbestandteile und inhaltsgleiche *Paraphrasen* gestrichen und inhaltstragende Textstellen auf eine einheitliche Sprachebene gebracht wurden. Die paraphrasierten Texteinheiten wurden im Nachgang *generalisiert* und so auf eine Abstraktionsebene gebracht. Im Rahmen einer ersten Reduktion erfolgte nun die Streichung bedeutungsgleicher und nicht inhaltstragender Paraphrasen. In einem zweiten Reduktionsprozess wurden die verbliebenen Texteinheiten bei gleichem oder ähnlichem Inhalt erneut gebündelt.

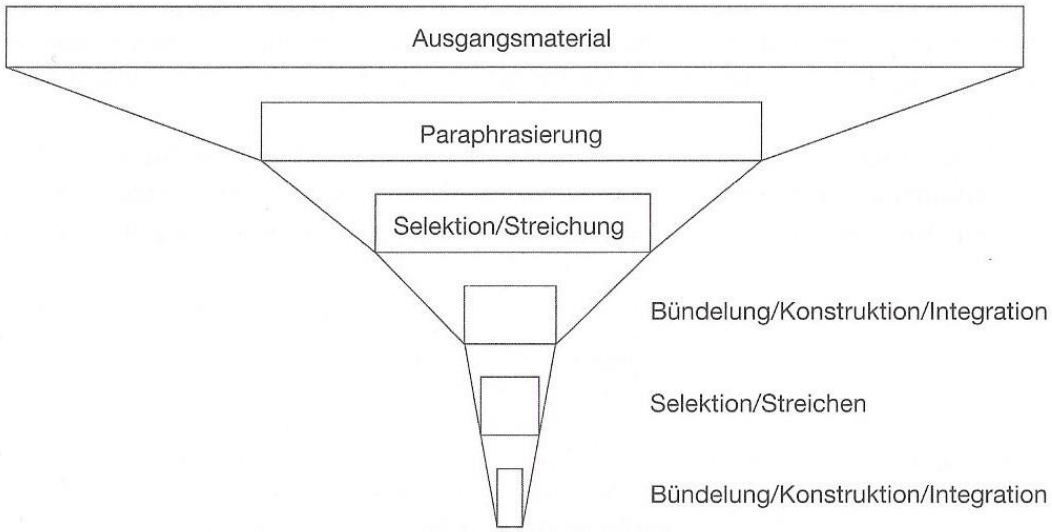

Abbildung 9: Materialreduzierung durch die Zusammenfassung (Mayring, Gütekriterien qualitativer Forschung, 2016)

Die Kategorienbildung erfolgte in Anlehnung an das Prozessmodell nach Mayring (2016). Die Hauptkategorien wurden induktiv gebildet, die Bezeichnung erfolgte in Anlehnung an die Fragestellungen sowie in Anlehnung an die Schritte des Therapeutic-Reasoning-Processes. Die Subkategorien wurden ebenfalls induktiv aus dem reduzierten Material heraus entwickelt und den Hauptkategorien zugeordnet. Dabei wurde nacheinander, wie in Abbildung 10 dargestellt, vorgegangen:

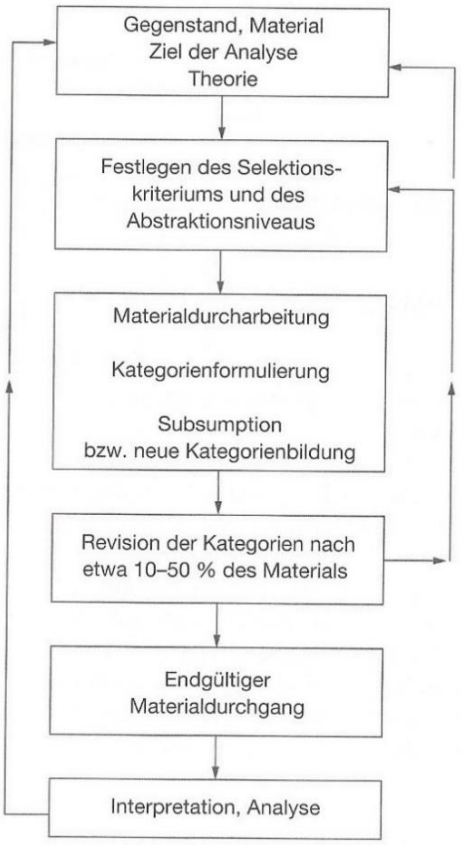

Abbildung 10: Prozessmodell induktiver Kategorienbildung nach Philipp Mayring (2016)

Anhand des Datenmaterials wurden zunächst drei Auswertungseinheiten bearbeitet und das bestehende Hauptkategoriensystem um ein Subkategoriensystem ergänzt. Die Forscherinnen haben dieses im Nachgang diskutiert und nochmals überarbeitet. Das Kategoriensystem umfasst abschließend zwölf Hauptkategorien, denen insgesamt 56 Subkategorien untergeordnet sind. Die Daten der verbliebenen fünf Auswertungseinheiten wurden anschließend nach diesem Kategoriensystem durchgearbeitet und entsprechend zugeordnet. Aufgrund des noch immer sehr umfangreichen Textmaterials erfolgte in einem dritten, teilweise auch in einem 4. und 5. Durchgang eine erneute Reduktion und Bündelung.

3.12 Gütekriterien

Philipp Mayring (2016) beschreibt sechs Gütekriterien, die sich aus allgemeinen Überlegungen anderer Autoren zur qualitativen Forschung ableiten lassen. Auf diese Kriterien wird nachfolgend eingegangen:

3.12.1 Verfahrensdokumentation

Zur Sicherstellung der Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse dieser Studie wurde das Vorgehen der Forscherinnen im vorstehenden Methodenteil detailliert beschrieben. Die für die Befragungen erforderlichen Dokumente, wie z. B. Rekrutierungsaufrufe, Interviewleitfaden u. ä., befinden sich in den Anlagen zu diesem Dokument. Sämtliche Tonaufnahmen werden, unter Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen, von der Zuyd Hogeschool archiviert und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist vernichtet. Gleiches gilt für die verschriftlichten Interviews, die in MS Excel-Dateien erfasst und im Rahmen der Datenanalyse weiterbearbeitet worden sind.

Zur Reflektion des eigenen Vorgehens fertigten die Forscherinnen während des Forschungsprozesses im Abstand von ca. 3 Monaten Berichte, in denen die jeweiligen Entwicklungsschritte nochmals dokumentiert wurden. Diese liegen der Zuyd Hogeschool ebenfalls zur Archivierung vor.

3.12.2 Argumentative Interpretationsabsicherung

Die Literaturrecherche stellte den ersten Baustein dar, um sich mit dem Forschungsgegenstand, dem Phänomen „SM“ vertraut zu machen, die Forschungslücke zu ermitteln sowie die sich daraus ergebende Forschungsfrage und Leitfragen zu formulieren. Die in

Kapitel 2 vorgenommenen Ausführungen, sollen die Leserinnen und Leser mit den theoretischen Hintergründen des Störungsbildes vertraut machen.

Im Kapitel 3 beschreiben die Forscherinnen den Kodiervorgang. Das Festlegen von Kodiereinheiten und Kontexteinheiten diente dazu, den späteren Prozess des Interpretierens möglichst fehlerfrei zu gestalten und kontextfremde Aussagen von anderen Themen abzugrenzen. Jeder Kontexteinheit liegt eine bestimmte Fragestellung zu Grunde, die die Interpretation bereits stützt. Im Analyseprozess erfolgten bei aufkommenden Differenzen Rücksprachen zwischen den Forscherinnen Die Ergebnisse der Befragung werden im Kapitel 4 vorgestellt und in der Diskussion mit der ermittelten Literatur und anderen Theorien verbunden., so dass die Beantwortung der Forschungsfrage als argumentativ interpretiert bezeichnet werden kann.

3.12.3Regelgeleitetheit

Mayring (2016) weist darauf hin, dass qualitative Forschung gegenüber ihrem Gegenstand offen sein muss, jedoch einer systematischen Vorplanung von Analyseschritten bedarf, um dem Gegenstand nahe zu kommen und das Material dennoch systematisch zu bearbeiten.

Der Transkriptionsprozess erfolgte nach Absprache festgelegter Regeln in Anlehnung an Dresing und Pehl (2015). Die Forscherinnen einigten sich zudem auf die Durchführung der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2016) und folgten in ihrem weiteren Vorgehen dem Analyseprozess gemäß Abbildung 8. In vorab festgelegten Maßeinheiten erfolgte die Einteilung in Auswertungseinheiten und Analyseeinheiten, in

den nächsten Schritten gleichfalls systematisch das Generalisieren, Paraphrasieren und Reduzieren. Das Bündeln inhaltsgleicher Aussagen wurde in mehreren Durchgängen vollzogen mit dem Ziel, den Leserinnen und Lesern die Ergebnisse in übersichtlicher Form präsentieren zu können.

3.12.4 Nähe zum Gegenstand

Bei den befragten Studienteilnehmerinnen handelte es sich mehrheitlich um berufserfahrene Fachexpertinnen, die bereits eine Vielzahl von Kindern und Jugendlichen sowie erwachsene Personen behandelt haben, die unter dem Störungsbild SM leiden. Sie verfügen über umfangreiches Praxiswissen, sowohl in Bezug auf die Behandlung Betroffener als auch über die Rahmenbedingungen, die den ergotherapeutischen Prozess beeinflussen. Darüber hinaus wurden bei der Erarbeitung des theoretischen Hintergrundes retrospektive Berichte Betroffener einbezogen. Die Forscherinnen haben die Interviews jeweils gemeinsam geführt, um durch zusätzliche Fragen möglichst tief in die Materie eindringen zu können und so eine möglichst hohe Datendichte und Datenqualität zu erlangen.

3.12.5 Kommunikative Validierung

Das Rohmaterial wurde nach seiner Verschriftlichung den jeweiligen Interviewpartnerinnen zur Überprüfung vorgelegt. Dieser Membercheck diente zur Absicherung der inhaltlichen Richtigkeit der Aussagen. Zwei der Teilnehmerinnen nutzten diese Gelegenheit zur Ergänzung oder Richtigstellung einiger Aussagen.

3.12.6 Triangulation

Der Prozess der Datenanalyse und Datenauswertung wurde von den Forscherinnen gemeinsam betrieben, wobei eine Person die führende Rolle einnahm. In Situationen von Unstimmigkeiten wurden unterschiedliche Interpretationsmöglichkeiten diskutiert. Darüber hinaus flossen die Daten umfangreicher Literaturrecherchen, auch professionsübergreifend, in diese Arbeit ein.

4 RESULTATE

Resultate, nicht Versuche, gehören vor das Publikum.

(Marie von Ebner-Eschenbach)

4.1 Beantwortung der Forschungsfrage und der Leitfragen

„Wie gestaltet sich Ergotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit der Diagnose „SM“ und durch welche Faktoren wird sie beeinflusst?“

Die Antworten auf die Forschungsfrage liefern die Resultate der Leitfragen, die nachfolgend präsentiert werden.

4.1.1 Leitfrage 1: Wie gestaltet sich der ergotherapeutische Prozess in seinen einzelnen Schritten?

Zur Beantwortung dieser Leitfrage wurden die nachfolgend aufgeführten acht Hauptkategorien gebildet und ausgewertet:

4.1.1.1 Erstkontakt

Dieser Hauptkategorie wurden die Subkategorien „Erstgespräch“, „Erstkontakt mit dem Kind“ und „Ergebnisse Erstkontakt“ zugeordnet.

Die Befragten gaben mehrheitlich an, im Rahmen des Erstgespräches die Anamnese durchzuführen und Assessments einzusetzen. Betroffene Kinder sind während des Erstgesprächs nicht immer anwesend; sofern doch, wird ihr Verhalten bereits im Wartebereich beobachtet. Zwei Ergotherapeutinnen führen Erstgespräche telefonisch durch. Im klinischen Setting nehmen die befragten Ergotherapeutinnen an den Erstgesprächen nicht teil, da diese von anderen Personen oder im Rahmen einer interdisziplinären Visite durchgeführt werden.

Im Weiteren zeigen die Ergebnisse, dass in den Erstgesprächen Daten aufgenommen, Interessen, Stärken und Schwächen der Klienten/-innen und Wünsche der Eltern identifiziert werden. Betätigungsbedürfnisse, die im weiteren Therapieprozess eine ausschlaggebende Rolle spielen, werden identifiziert. Eine Ergotherapeutin teilte mit, dass im Erstgespräch das Ausmaß des elterlichen Leidensdruckes deutlich wird.

Die Befragten gaben mehrheitlich an, beim Erstkontakt mit dem betroffenen Kind intuitiv, beobachtend und unvoreingenommen vorzugehen. Teilweise werden die Eltern miteinbezogen. Die Annäherung an die Klienten/-innen erfolgt häufig tiergestützt oder spielgestützt durch Einsatz einer Handpuppe.

In einigen Fällen sprechen Betroffene bereits im Erstgespräch oder flüstern mit den Eltern.

4.1.1.2 Anamnese

Im Rahmen der Anamnese gehen Ergotherapeut/innen der Frage nach, welche Handlungseinschränkungen vorliegen, wie sich das soziale Umfeld gestaltet und ob körperliche Einschränkungen bei den Klienten/-innen vorliegen. Sie verwenden dabei folgende Methoden:

- Akteneinsichten und intra-/interdisziplinäre Vorarbeit
- Stellen betätigungsfokussierter und faktenbasierter Fragen
- Formulieren von TOP-DOWN-Fragen
- Elterngespräche oder Einsatz der Eltern als Sprachmedium
- JA/NEIN-Kommunikation
- Gestikulieren

- Schriftsprache
- Videoaufnahmen

Eine Ergotherapeutin gab an, das Sprachdiagramm aus der SYMUT-Therapie nach Boris Hartmann zu verwenden.

Die Anamnese der Körperfunktionen schließt folgende Bereiche ein:

- Mundmotorik, Feinmotorik, Grobmotorik
- Hörfunktion
- Wahrnehmungsentwicklung im Allgemeinen
- Sprachentwicklung
- Angstreaktionen motorischer, haptischer oder taktiler Art
- Koordination, Kraftdosierung, Geschicklichkeit

Bei der Anamnese des sozialen Umfeldes beobachten und recherchieren Ergotherapeuten/-innen insbesondere die familiäre Konstellation, das elterliche Verhalten, die soziale Integration der Betroffenen sowie die Situationen, in denen Sprechen und Handeln möglich sind, z. B. bei der Interaktion mit ausgewählten Personen oder mit Haustieren. Thematisiert wird ebenfalls ambivalentes Verhalten, da betroffene Kinder im häuslichen Umfeld häufig konträres Verhalten zeigen. Auch bestehende Co-Abhängigkeiten werden beleuchtet, wie bspw. das Einschalten einer Sitznachbarin als Sprachrohr, um über diesen Weg teilhaben zu können. Die Anamnese schließt das Beobachten der Klient/-innen in Personengruppen und die dabei gezeigten Reaktionen ein.

Ein besonderes Augenmerk richten Ergotherapeuten/-innen auf die Handlungseinschränkungen Betroffener. Die Befragten benannten beispielhaft 70 unterschiedliche Handlungsprobleme und -konstellationen, die in 60 Subkategorien und diese wiederum in die folgenden14 Unter-Kategorien geordnet werden konnten:

- Berufliche Probleme
- Entscheidungsprobleme
- Handlungseinschränkungen durch Co-Abhängigkeit, z. B. bei Abwesenheit der Bezugsperson
- Handlungseinschränkungen durch Freezing
- Handlungseinschränkungen aufgrund bestehender Identitätsprobleme
- Handlungseinschränkungen aufgrund Manifestation nonverbalen Handelns
- Handlungseinschränkung aufgrund rhetorischer Unbeholfenheit
- Handlungseinschränkungen aufgrund fehlender Sozialkontakte
- Individuelle Handlungseinschränkungen
- Interaktionsprobleme
- Probleme bei basalen Bedürfnissen
- Situationsabhängiges Schweigen (Raum- und Personenabhängigkeit)
- Schulprobleme
- Soziale Verhaltensauffälligkeiten

Die Studienteilnehmerinnen berichten, dass Kinder und Jugendliche, die unter SM leiden, nicht nur schüchternes, sondern auch dominantes, bestimmendes, aggressives oder „gemeines“ Verhalten sowie eine geringe Frustrationstoleranz zeigen. Nicht selten sind sie der Pausenclown in ihrer Clique. Dies steht im Widerspruch zu dem, für das Störungsbild

typischen, ängstlich-vermeidendem Verhalten und der Aussage der Befragten, dass Betroffene unter Identitätsproblemen wie geringem Selbstbewusstsein oder Selbstunsicherheit leiden, die ihre Handlungsfähigkeit begrenzen.

Die benannten Handlungseinschränkungen sind so individuell wie die Lebensumstände der Betroffenen und reichen von der Unmöglichkeit, Blickkontakt zu einer anderen Person zu halten über Angst, allein an einer Supermarktkasse vorbei zu gehen bis hin zum Bitten um Hilfe. Auffallend ist, dass besonders jüngere Klienten/-innen in basalen Betätigungen wie Essen vor Dritten oder dem Besuch der Schultoilette, eingeschränkt sind. Interessant erscheint gleichfalls die Aussage einer Interviewteilnehmerin, dass Handlungs- oder Sprecheinschränkungen in Abhängigkeit von Räumlichkeiten unterschiedlich ausfallen:

> *„Das ist ja auch das Verrückte, dass in einem anderen Raum etwas anderes passiert, als in dem Raum, wo wir sonst immer sind. Dieser räumliche Faktor spielt immer eine Rolle. Da kann die Tür des Behandlungszimmers die Grenze sein zu schweigen oder zu sprechen. Oder der Flur oder die Eingangstür.“*

Entsprechend findet die räumliche Umwelt im Therapiegeschehen Beachtung und wird bei Bedarf angepasst.

In der Diversität der möglichen Handlungseinschränkungen zeigen sich Komplexität und Individualität des Störungsbildes. Die Handlungseinschränkungen rücken im weiteren Verlauf in das Zentrum der Therapie.

4.1.1.3 Inventarisieren und Analysieren im Rahmen der ergotherapeutischen Diagnostik

Das Inventarisieren und Analysieren der jeweiligen Fallkonstellation sind fester Bestandteil des ergotherapeutischen Prozesses. Unter Berücksichtigung bereits bestehender Diagnosen, Nebendiagnosen und Symptomatiken führen Ergotherapeutinnen professionseigene Testungen durch. Im Wesentlichen handelt es sich dabei um motorische, betätigungsorientierte und wahrnehmungsbezogene Testungen, die unter Anwendung von Assessments durchgeführt werden. Folgende Angaben wurden von den Studienteilnehmerinnen getätigt:

Art der Testung	**Assessments**	**Anzahl der Durchführenden**
betätigungsorientiert	COPM	1
motorisch	MOT, LOS KF, Movement ABC, BOT	4
wahrnehmungsbasiert	FEW 2, WN-FBG	3
keine Testungen aus unterschiedlichen Gründen		3

Betroffene Kinder und Jugendliche werden häufig aufgrund von Handlungseinschränkungen in die Ergotherapie überwiesen, die sich bspw. in Schulproblemen zeigen. Die

Diagnosen und die Arten der von Ärzten verordneten Behandlungen fallen dabei sehr unterschiedlich aus. Nicht immer gilt das Störungsbild als sicher bestimmt oder ist noch gänzlich unbekannt. In diesen Fällen werden Betroffene häufig zur Diagnostik an sozialpädiatrische Zentren weitergeleitet. Eine auf SM spezialisierte Ergotherapeutin gab an, die Ärzte bei ihrer Diagnostik zu unterstützen. In anderen Fällen existieren bereits Diagnosen, die von Autismuszentren, KoMut- oder SYMUT-Therapeuten gestellt worden sind. Auffallend häufig liegen auch Doppeldiagnosen vor, bei denen der SM z. B. von Sprach- und Entwicklungsverzögerungen oder Autismus begleitet wird.

Die ergotherapeutische Diagnostik erfolgt davon unberührt und unabhängig und beleuchtet Situationen, die von Handlungsabbrüchen flankiert werden. Auch von Vermeidung geprägte Verhaltensmuster werden betrachtet. Folgende Faktoren wurden von den Studienteilnehmerinnen benannt, die häufig eine tragende Rolle spielen:

- Auffälliges Sozialverhalten
- Abbruch des Blickkontaktes
- Diverse Ängstlichkeiten und Rückzugstendenzen
- Psychische Begleiterkrankungen
- Autismus
- Freezing
- Freudlosigkeit und allgemeines Unwohlsein
- Nonverbales Kommunizieren
- Selbstzweifel und Suizidalität

4.1.1.4 Ziele

In dieser Kategorie wurde beleuchtet, welche Ziele die Beteiligten verfolgen und unter Anwendung welcher Methoden die Formulierungen vorgenommen werden.

Die Studienteilnehmerinnen gaben an, dass Ziele therapeutengestützt, häufig unter Einbezug der Eltern sowie teilweise unter Einbezug der betroffenen Kinder formuliert werden. Die Problematik des Nichtsprechens wird durch die Therapeutinnen kompensiert, indem Ziele aus anderweitig kommunizierten Veränderungswünschen impliziert werden. In einigen Fällen erfolgt die Zielformulierung nonverbal, visuell gestützt, durch Spiegeln der kindlichen Gedanken oder durch Einbezug des Safe Place. Im Vordergrund der Zielformulierung steht dabei die Nähe zur Realität. In seltenen Fällen erfolgt die Zielformulierung zu einem späteren Zeitpunkt, um dem Kind Gelegenheit zu geben, zunächst in der Therapie anzukommen.

Die Liste der elterlichen Ziele wird angeführt von dem Wunsch, dass ihr Kind in allen Situationen spricht. Gefolgt wird dieses meistgenannte Ziel von den Wünschen nach selbstsicherem Auftreten und dem Abbau von Introvertiertheit. Darüber hinaus werden selbständige Alltagsbewältigung, Regelbeschulung und Abbau von Schulproblemen, das Erlangen der Fähigkeit, Freundschaften zu schließen sowie der Abbau von Diskrepanzen, die Reduktion von Ängsten und die Entlastung von Druck benannt.

Anders verhält es sich bei den betroffenen Kindern. Sie empfinden ihre Situation besonders in frühen Lebensjahren noch nicht als problematisch und verspüren daher häufig keine Veränderungswünsche. Es gelang ihnen bisher, ihre Absichten auf andere Art und

Weise zu realisieren, und so sehen sie keinen Grund, etwas an ihrer Situation zu verändern.

Mit zunehmendem Alter werden Ziele geäußert, die das Knüpfen von Freundschaften, den Wunsch nach Akzeptanz, Selbstbestimmtheit und Selbstwirksamkeit betreffen. Wünsche, wie das Gewinnen von Ruhe und Entlastung, weisen darauf hin, dass die Kinder ihre aktuelle Situation als belastend empfinden und sich darin nicht wohlfühlen. Nur wenige Betroffene formulieren konkret das Ziel, in allen Situationen sprechen zu können.

4.1.1.5 Interventionen

Die unter dieser Kategorie gewonnenen Kenntnisse erweisen sich als besonders umfangreich. Erfragt wurde, in welchem Setting die Therapien durchgeführt werden, welche ergotherapeutischen und welche anderweitig etablierten Methoden und Therapieansätze im Rahmen der Interventionen zum Einsatz gelangen, wie sich Kommunikation und Interaktion zwischen Klienten/-innen und Therapeuten/-innen gestalten und über welchen Zeitraum sich die Therapiedauer erstreckt.

Setting

Im klinischen Bereich besteht die Möglichkeiten zur Durchführung von Gruppeninterventionen und Paarsettings. Bei Letzteren werden Kinder mit symptomatisch konträrem Verhalten miteinander in Kontakt gebracht.

In ambulanten Praxen wird dagegen vorwiegend im Einzelsetting gearbeitet. Eine Ausnahme bildet die Durchführung von Interventionen im Kindergarten. Ambulant tätige

Ergotherapeutinnen verändern die Therapiesituationen jedoch, indem sie Hilfspersonen in das Interventionsgeschehen einbinden oder Einheiten in vivo in der Öffentlichkeit durchführen.

Maßnahmen und Methoden

Die befragten Ergotherapeutinnen gaben an, mit unterschiedlichen etablierten Ansätzen zu arbeiten. Besonders häufig wurde das tiergestützte Arbeiten erwähnt. Insgesamt zeigt sich folgendes Bild:

- Tiergestützte Therapie mit Hund oder Hase
- ansatzübergreifendes Arbeiten, indem jeweils passende Elemente gewählt werden und zum Einsatz gelangen
- Therapiedurchführung auf Basis des DortMut-Ansatzes
- Therapiedurchführung auf Basis eines systemischen Ansatzes
- Anwendung des Intra-Act-Modells
- Einsatz der Sensorischen Integrationstherapie

Zwei der Ergotherapeutinnen gaben an, keinen spezifischen Ansatz zu verwenden.

Neben dem Einsatz etablierter Methoden ergänzen die befragten Studienteilnehmerinnen ihr Vorgehen um Maßnahmen, die sich aufgrund interner Evidenz bewährt haben. Diese wurden in elf Unterkategorien gegliedert. Die umseitige Tabelle zeigt, welche Vorgehensweisen am häufigsten von den Ergotherapeutinnen gewählt werden. In der ANLAGE 9 wurden einige Methoden ausführlicher dargestellt.

Maßnahme/Methode	Erwähnungen
Gefühlsebene ansprechen (Angst und Druck reduzieren, Humor einbringen, Compliance fördern, wertungsfrei Vorgehen, Imaginationen durchführen)	24
Interaktionen fördern (Gruppeninteraktionen, Plaudertasche, Spielebasiertes Vorgehen, interessenbasiertes Vorgehen, motorisches Arbeiten, Mitbestimmung des/der Klienten/-innen zulassen)	23
Klienten/-innen unterstützen (Einsatz der Muttersprache, nonverbales Vorgehen, Einbezug der Eltern oder Dritter, Selbstinstruktionskarten, schriftliches Vorgehen)	22
Bezugsrahmen verwenden (betätigungsbasierte und verhaltenstherapeutische Bezugsrahmen)	20
Einsatz therapeutischer Techniken (Spiegeln, Rollenspiele, Skalieren, handwerkliches Arbeiten, experimentelles Vorgehen: Versuch-Irrtum, Selbstreflektion des Therapeuten)	14
Sinnesfunktionen einbinden (auditivbasiertes und wahrnehmungsbasiertes Vorgehen, Beobachten)	11
Anforderungen stellen (Therapievertrag schließen, direktives Vorgehen, Grenzen aufzeigen)	10
graduiertes Vorgehen Graduierung der Therapieschritte	7
Praxistransfer In-Vivo arbeiten Hausaufgaben erteilen Telefonieren	6
Sonstiges Sprachreize setzen	3
altersgerecht Vorgehen Interventionen an das Alter der Klienten/-innen anpassen	2

Kommunikation und Interaktion im Rahmen der Interventionen

Besonders interessant gestaltete sich die Frage nach der Kommunikation und Interaktion zwischen den Klienten/-innen und den Therapeutinnen während der Interventionen. Die Studienteilnehmerinnen antworteten mehrheitlich, dass das Augenmerk zunächst auf das Reduzieren von Druck und Ängsten gelegt wird. Als kommunikative Mittel werden sowohl nonverbale Methoden wie Blickkontakt, das Verwenden von Mimik und Gestik, die Andeutung durch Lippenbewegungen, Flüstern, aber auch schriftliches Vorgehen sowie das Stellen offener Fragen benannt. Es gelangen Handpuppen und mit guten Erfolgen Tiere zum Einsatz. Darüber hinaus begegnen die Therapeutinnen Kindern und Jugendlichen mit Humor, beziehen Interessen ein und richten die Therapieeinheiten individuell aus. Eine Ergotherapeutin beschreibt, dass die Kinder bei Freude mit typischem Armflattern, in anderen Situationen aber auch mit Manipulationsversuchen reagieren.

Neben diesen Methoden ergänzen die befragten Therapeutinnen die Interventionen durch andere Maßnahmen wie Organisation von Nachhilfegruppen zur Kontaktförderung, das Empfehlen oder Ausleihen von Literatur, die Vermittlung zwischen Erziehern und Eltern, den Einbezug von WhatsApp, um sozialer Isolation entgegenzuwirken, der Erarbeitung geeigneter Umgangsmodelle u. a. m.

Therapiedauer

Die Befragten gaben an, dass die Therapiedauer in Abhängigkeit von dem individuellen Fall sehr unterschiedlich ausfallen kann. Diese könne auf zehn Einheiten begrenzt sein oder über 1,5 Jahre andauern. Häufig werden jedoch mehrere ärztliche Verordnungen

erforderlich, die auch außerhalb des Regelfalles erfolgen. Bei Stagnationen oder Rückfällen werden die Therapien nach einer Pause erneut aufgenommen. Die durchschnittliche Behandlungsdauer wurde mit einem Jahr angegeben.

4.1.1.6 Beratung und Psychoedukation

Das Beraten und Durchführen von Psychoedukationen ist Teil der Interventionen. Aufgrund des besonderen Stellenwertes, den Beratungs- und Aufklärungsarbeiten einnehmen, wurde diese Kategorie gesondert beleuchtet. Die Studienteilnehmerinnen wurden befragt, wer beraten und aufgeklärt wird, welchen Themen besondere Aufmerksamkeit zukommt, welche Methoden zum Einsatz gelangen, welche Ergebnisse erzielt werden und welche Bedeutung den Beratungen und der Psychoedukation von den Ergotherapeutinnen beigemessen wird.

Zielgruppen

Die Aufklärung über das Störungsbild erfolgt zielgruppengerecht für folgende Personenkreise:

- Klienten/-innen, die von dem Störungsbild betroffen sind
- Eltern und andere Angehörige
- Lehrer, Freunde und sonstige Dritte, z. B. Menschen, die Betroffenen stigmatisierend gegenübertreten sowie
- Einzelfallhelfer

Beratungsthemen, Psychoedukation und eingesetzte Methoden

Beratungen und Psychoedukation finden zu unterschiedlichen Therapiezeitpunkten statt. Die Befragten äußerten mehrheitlich, dass Beratungen und Psychoedukationen einen hohen Stellenwert im Rahmen der Interventionen einnehmen.

Zu Beginn der Therapie wird Eltern oder anderen Erziehungsberechtigten die Rolle des Therapeuten und der Therapieverlauf erläutert, um gegenseitige Erwartungshaltungen abzuklären. In das Zentrum der Psychoedukation rücken im weiteren Verlauf Themen wie die Aufklärung über das Störungsbild, die mit ihm verbundenen Angst-Symptomatiken sowie das daraus resultierende Schweigen oder Dominanzverhalten des Kindes. Es werden Empfehlungen ausgesprochen, wie mit dem Schweigen im sozialen Umfeld umgegangen werden sollte und welche ergänzenden Hilfsangebote im Hinblick auf eine interprofessionelle Therapie genutzt werden können.

Betroffene Kinder und Jugendliche erhalten im Rahmen der Psychoedukation eine altersentsprechende Aufklärung über das Störungsbild. Darüber hinaus wird ihnen vermittelt, welche Bedeutung Sprache in ihrem Alltag und in ihrem Leben einnimmt oder einnehmen könnte und welcher Nutzen sich daraus für sie ergibt.

Auf die Frage, in welcher Form oder mit welchen Methoden Beratungen vollzogen werden, benannten die Studienteilnehmerinnen ressourcenorientierte sowie narrative Gesprächsführungen sowie den Einbezug ergotherapeutischer Hypothesen. Eine Befragte betonte die Bedeutung von Feingefühl, damit sich auch die Eltern gut auf die Therapie einlassen können.

Die Ergebnisse der Beratungen und Psychoedukationen zeigen sich in einer spürbaren Entlastung und einer positiven Mitarbeit der Eltern und betroffenen Kinder und Jugendlichen.

4.1.1.7 Professionelles Reasoning

Wesentlich und von zentraler Bedeutung ist die, von den Ergotherapeuten/-innen eingesetzte Fähigkeit, ihre Klienten/-innen ganzheitlich zu betrachten und dabei die unterschiedlichen Denkweisen des Professionellen Reasoning anzuwenden. Die von den befragten Studienteilnehmerinnen getätigten Situationsbetrachtungen wurden von den Forscherinnen nach ihrer Ausrichtung kategorisiert. Folgenden Fragestellungen wird durch Professionelles Reasoning nachgegangen (Auszug):

Denkweise	**Anhaltspunkte und Fragestellungen**
Diagnostisches Reasoning	•Wird Autismus in Erwägung gezogen?
Konditionales Reasoning	•Hat das Kind Gewalterfahrungen erlebt? •Gibt es Familiengeheimnisse? •Liegen unverarbeitete Traumata vor?
Lehren und Erklären als Reasoning	•Wie entsteht ein subjektiver Krankheitsgewinn? •Wie lässt sich das ambivalente Verhalten des Kindes erklären? •Was bewirkten ungünstige Verkettungen? •Was sind die Herausforderungen bei bevorstehenden Transitionsprozessen?
Narratives Reasoning	•Wann haben sich die Eltern getrennt und was hat dies bewirkt? •Liegt ein Kinderschutzkontext vor und welche Folgen haben sich daraus ergeben? •Welche *Live-Events* stechen aus der Biografie heraus?

Denkweise	•Anhaltspunkte und Fragestellungen
Scientific Reasoning	•Liegt eine Sprachstörung oder eine Sprachentwicklungsverzögerung vor? •Besteht eine *genetische Disposition*?
Soziales Reasoning	•Welche *Resilienzfaktoren* bestehen? •Liegt ein Migrationshintergrund vor (mit oder ohne Flucht)? •Gibt es Geschwister? •Liegt *Bilingualität* vor? •Besucht das Kind eine integrative Kindertagesstätte?

Diese ergotherapeutischen Denkweisen und das Hineinversetzen in die Welt der Klient/-innen beeinflussen die Methodenwahl und damit das Ergebnis der Behandlungen.

4.1.1.8 Outcome

Outcome-Messungen finden zu unterschiedlichen Therapiezeitpunkten statt. Sie zeigen, ob die Interventionen erfolgreich verlaufen oder ob die Interventionen von den Ergotherapeutinnen erneut überdacht und angepasst werden müssen.

Verhaltensveränderungen der Klienten/-innen, die im Laufe des Behandlungsprozesses zu verzeichnen sind, werden dokumentiert. Die befragten Studienteilnehmerinnen gaben einheitlich an, regelmäßige Reflektionen mit Eltern und den betroffenen Kindern und Jugendlichen durchzuführen. Einige der befragten Ergotherapeutinnen nehmen Outcome-Messungen nach zehn Therapieeinheiten vor, beziehen Vorgesetzte in die Reflektion mit ein oder halten Rücksprachen im interdisziplinären Team. Dabei wird Bezug auf das Verhalten der Klienten/-innen in ihrem praktischen Alltag genommen.

Zu den erzielten Erfolgen äußerten sich die Befragten sehr umfänglich. Die Ergebnisse unterscheiden sich in Abhängigkeit vom Stand der Therapie und der individuellen Fallkonstellation. Die Studienteilnehmerinnen gaben mehrheitlich an, dass es 50% der betroffenen Kinder und Jugendlichen gelingt, die Therapie erfolgreich abzuschließen, d. h. sie sprechen am Ende der Therapie im Sinne von Rede und Gegenrede.

Zur besseren Lesbarkeit wurden die benannten Ergebnisse von den Autorinnen dieser Arbeit mehrfach zusammengefasst und graduiert dargestellt:

Ergebnisse, graduiert	**Definition**
Stufe 0	Keine Erfolge, auch nicht nach Monaten, keine Erfolge nach einem Jahr, einmaliges Sprechen
Stufe 1	Kind öffnet sich, fühlt sich verstanden, zeigt Mimik und Gestik, bewegt die Lippen, Verbesserung des Muskeltonus, Verbesserung des Auftretens, erste Töne
Stufe 2	Kind kann flüstern
Stufe 3	Verbesserte Interaktionsfähigkeit, meldet sich im Unterricht, hat soziale Kontakte und wird von der Gruppe akzeptiert, fühlt sich wohler
Stufe 4	Kind kommt zurecht, kann telefonieren, kann sprechen, ist stolz, ist sicher in seinem sozialen Umfeld, fühlt sich wohl
Stufe 5	Kann präsentieren, besucht das Gymnasium, ist selbstsicher, hat Vertrauen, fühlt sich wohl

Die Verbesserung der Interaktion zwischen Eltern und Erziehern, dass sich entwickelnde Verständnis für das Gesamtsystem und die Begeisterung, wenn sich positive Veränderungen zeigen, werden darüber hinaus von den befragten Ergotherapeutinnen als Erfolge bewertet und benannt.

Nach Aussage der Studienteilnehmerinnen endet die Therapie

- bei Zielerreichung oder gelungener Umsetzung der Therapieinhalte
- bei Zurechtfinden im Alltag und in der Schule
- bei gutem Gefühl der Mutter oder der Eltern
- bei positivem familiärem Rückhalt
- bei nicht bestätigter Verdachtsdiagnose oder bei anderer bekannter Ursache
- vor dem Beginn von Transitionsphasen, wie z. B. der Einschulung.

Es ergibt sich jedoch auch Folgetherapiebedarf, da sich die kommunikativen Fertigkeiten betroffener Kinder oftmals nicht entwickeln konnten und sie mit den gesellschaftlichen Konventionen nicht vertraut sind, wie anhand dieses Beispielzitates deutlich wird:

> *„Eine Mutter hat dann zu mir gesagt: " … Oh nee, jetzt ist mein Kind so frech, jetzt beschwert es sich beim Nachbarn, wenn er Rasen mäht, dass es so laut ist, weil dann die Meerschweinchen dann einen Gehörsturz kriegen. Ergotherapeutin: Das war ihr dann schon wieder ganz arg unangenehm. Ergotherapeutin weiter: Ich denke: "Aber naja, Sie wollten (das so)... Mutter: „Ja schön, aber wir müssen jetzt noch dringend üben, wie man sich äußert oder was total peinlich ist….“*

4.1.2 Leitfrage 2: Wie gestaltet sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit?

Alle an der interdisziplinären Zusammenarbeit beteiligten Personen gehören zur sozialen Umwelt der Klienten/-innen. Sie beeinflussen daher die Ergebnisse des therapeutischen Prozesses. Zur Beantwortung dieser Leitfrage wurde daher analysiert, mit welchen Professionen und in welcher Form die Zusammenarbeit stattfindet, welche Themen Gegenstand der interdisziplinären Diskussionen sind und welche Ergebnisse und Mehrwerte sich aus der Zusammenarbeit ergeben.

Die befragten Ergotherapeutinnen gaben an, in Kontakt mit

- Ärzten und Fachärzten
- Lehrern und Erziehern
- anderen Therapeuten (Musik-, Kunst-, Körper-, Verhaltens- Sprach- und Psychotherapeuten)
- Pädagogen und/oder
- Systemischen Familienberatern

zu stehen und mit ihnen zusammenzuarbeiten.

Im klinischen Setting unterstützen regelmäßige interdisziplinäre Sitzungen die Zusammenarbeit im Team. Die dortigen Organisationsstrukturen ermöglichen darüber hinaus Dialoge in Form von „Tür- und Angelgesprächen“, gegenseitiges Zuarbeiten oder einen Austausch im Rahmen interner Weiterbildungen. Vorteile bietet auch der zentrale Zugriff auf das Dokumentationssystem, das jederzeit Informationen zum aktuellen Behandlungsstand von Klienten/-innen zulässt.

Im ambulanten Setting stellt sich die Situation der interdisziplinären Zusammenarbeit schwieriger dar. Der Austausch erfolgt entweder telefonisch mit Erziehern, Lehrern und anderem Fachpersonal oder direkt vor Ort in den Kindertagesstätten und Schulen. Das Organisieren und Umsetzen von Besuchen in diesen Einrichtungen, gestaltet sich nach Aussage mehrerer ambulant tätiger Ergotherapeutinnen kompliziert:

> *„Wenn ich mal in den Kindergarten komme oder kommen kann oder das denn hinkriege, dass ich reingehen kann in den Kindergarten oder mal einen Schulalltag mitbesuchen kann, dann ist das auch schon jedes Mal ein riesiges Heckmeck, bis das alles klappt.“*

> *„In der hiesigen Schule hat die Rektorin gewechselt … Vorher war es kein Problem, mit in den Unterricht zu gehen. Sie sagt, ich bräuchte von allen Eltern der Klasse Einverständniserklärungen. Ich habe zusammen mit dem Kind einen Brief an die Eltern geschrieben und erklärt, warum ich komme und dass es nur um das mutistische Kind geht. Es haben nicht alle Eltern zugestimmt. Deswegen konnte ich nicht in den Unterricht.“*

Eine weitere Studienteilnehmerin äußerte, dass die früher gut etablierten „runden Gesprächstische“ nur noch sehr selten stattfinden, und dass hierdurch eine wichtige Kommunikations- und Informationsquelle entfallen ist. Die Vernetzung mit anderen Professionen fände häufig durch Unterstützung der Eltern statt, die entsprechende Kontakte fördern, z. B. durch Austauschtagebücher:

„Für uns sind eher die Eltern die, die das Ganze vernetzen. Die dann sagen: „Ja, der hat gesagt und das." Was man machen kann sind zum Beispiel Austauschtagebücher, sowas finde ich, ist ein ganz gutes Mittel."

„Und wir haben eigentlich mit immer wieder neuen Ideen auch daran getastet, das Kind eigentlich zum Sprechen zu bewegen und da war es so, dass der erste Schritt der war, dass die Mutter mit dem Kind von zu Hause die Therapeutin über WhatsApp angerufen hat und dann so ganz kleine Töne kamen und wenig und sich das dann gesteigert hat."

Im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit werden nach Angaben der Befragten Testungen sowie Diagnostiken beauftragt., gemeinsam die einzusetzenden Methoden ausgewählt, Hilfsmaßnahmen hierarchisiert und Ziele abgestimmt. Darüber hinaus findet neben individuellen Fallbesprechungen auch allgemeiner Informationsaustausch statt. Im schulischen Bereich unterstützen Ergotherapeuten/-innen Lehrer bei der Suche nach Lösungen, um das Kind in den mündlichen Unterricht und Schulalltag besser einzubinden oder bestehenden Förderbedarf abzuklären.

Auf die Frage nach ihren Erfahrungen, Erkenntnissen und dem Mehrwert der interdisziplinären Zusammenarbeit, antworteten die Studienteilnehmerinnen wie folgt:

Internes und externes professionsübergreifendes Kooperieren wird als wichtig für das Erreichen einer bestmöglichen Ergebnisqualität für die Klienten/-innen angesehen. Eine der Befragten hat die Erfahrung gemacht, dass das Abstimmen des methodischen Vorgehens

von großer Bedeutung ist, da bei Verwendung konträrer Ansätze die Behandlung ungünstig verläuft.

Die Zusammenarbeit mit Ärzten wurde sehr unterschiedlich beschrieben. Die Bandbreite der Aussagen reichen von gut und wertschätzend bis schwierig.

Wichtig sei der Kontakt zu Erziehern und Lehrern, um diese in ihrer Arbeit zu unterstützen. Das ambivalente Verhalten der Kinder und die Differenzierung zwischen Schüchternheit und SM führt bei ihnen häufig zu einer Überforderung. Es sei eine besondere Herausforderung, Lehrern und Erziehern das Störungsbild nahe zu bringen.

Obwohl auch Logopäden, Psychotherapeuten und Psychologen an der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit SM beteiligt sind, äußerten sich Studienteilnehmerinnen wie folgt:

> *„Wir haben auch Logos, aber die behandeln keinen Mutismus, weil sie der Meinung sind, solange sie nicht sprechen, brauchen sie die (betroffenen Kinder) noch nicht. … Mach du erstmal und wenn er spricht komme ich gerne mal dazu und gucke, ob da irgendwas an der Sprache ist und wenn was an der Sprache ist, dann komme ich noch gerne dazu ins Boot, ansonsten bleibe ich draußen.“*

> *„Das kriege ich häufig bei Psychologen und Psychotherapeuten mit, dass die da auch weggeschickt werden. Die waren da und dann heißt es: "Du sprichst nicht mit mir und ich brauche das als Grundlage.“*

Insgesamt besteht Einigkeit darüber, dass interdisziplinäres Zusammenarbeiten einen wichtigen Baustein im Gesamtbehandlungsprozess darstellt, der zur Verbesserung der Ergebnisqualität beiträgt.

4.1.3 Leitfrage 3: Wodurch wird die ergotherapeutische Behandlung beeinflusst?

Nicht nur Individuen werden in ihrem Handeln von den sie umgebenden unterschiedlichen Umweltfaktoren beeinflusst, sondern auch die ergotherapeutische Behandlung unterliegt diesen Gesetzmäßigkeiten. Fördernde und hemmende Faktoren der unmittelbaren, lokalen und globalen Umwelten wirken auf den ergotherapeutischen Prozess ein und ziehen entsprechende Folgen nach sich. Die Studienteilnehmerinnen beschrieben die von ihnen wahrgenommenen Einflüsse sehr umfänglich. Ihre kategorisierten Aussagen werden nachfolgend präsentiert:

4.1.3.1 Einflüsse der unmittelbaren Umwelt

Als ausschlaggebender Faktor wurde mehrheitlich der elterliche Einfluss auf die Therapie benannt. Demnach stellen zugewandte und engagierte Eltern und Angehörige mit einem guten Wissens- und Bildungsstand einen wesentlichen Resilienzfaktor für betroffene Kinder und Jugendliche dar. Elterliche Ängste oder elterliches Katastrophisieren, fehlende *Compliance*, häufiges Wechseln des Therapeuten oder ein allgemein schwieriges familiäres Umfeld wirken als Hemmfaktoren im Therapieprozess. Auch die Einstellung der Eltern zur Therapie und ihr Umgang mit den Symptomatiken des Störungsbildes können

das Erreichen von Fortschritten erschweren, bspw. wenn das häusliche Umfeld als Schonraum eingerichtet, den Betroffenen Handlungskompetenzen entzogen oder die Probleme vor den Kindern und Jugendlichen verbalisiert werden.

	Förderfaktoren	**Hemmende Faktoren**
Elterlicher Einfluss	• Hoher Bildungsstand • Gute Compliance • Engagement • Gute Erreichbarkeit • Positive Einstellung zur Therapie	• Geringer Bildungsstand • Elterliche Ängste • Elterlicher Druck • Elterliches Katastrophisieren • Fehlende Compliance • häufige Therapeutenwechsel • Überforderung • Schwieriges elterliches Umfeld • Wechselnde Familiensysteme • Entzug der Handlungskompetenzen des Kindes oder Jugendlichen durch die Eltern • Dominantes Verhalten • Verbalisieren von Problemen vor den Kindern und Jugendlichen • Hoher Leidensdruck der Eltern • Fehlendes Spielzeug • Fehlende soziale Kontakte im Familienalltag • Nichteinhaltung von Absprachen

Als weiterer bedeutender, förderlich wirkender Faktor wurde die Einhaltung regelmäßiger Routinen, auch im Rahmen der Interventionen, angesehen. Die fortwährende Teilnahme an den Therapieeinheiten, die Durchführung der Therapie durch ein und denselben Therapeuten, die Nutzung desselben Therapieraumes, die Orientierung an einem Safe Place, feststehende Wochentage und Therapiezeiten sind hierin eingeschlossen. Diese Routinen verschaffen den betroffenen Kindern und Jugendlichen Sicherheit, wie eine Teilnehmerin berichtet:

> *„Oft finde ich auch positiv, dass Kinder wissen, sie kommen immer montags oder immer an einem bestimmten Wochentag, immer zur gleichen Zeit. Das finde ich immer ganz toll, weil bei der Ergotherapie haben die meistens ihre festen Tage. Dann wissen die einfach ganz genau, an dem Tag haben die Ergotherapie und dann haben die auch nicht die Angst, sie verpassen irgendwas anderes oder so. Die sind dann immer in dem gleichen Raum, immer mit den gleichen Materialien, immer mit der gleichen Umgebung. Dann finde ich es ganz wichtig, dass es immer die gleiche Therapeutin ist.“*

Die Befragten berichteten darüber hinaus über ihre Erfahrung, dass bei frühzeitiger Behandlung des Störungsbildes die besten Heilungschancen bestehen und so einer Chronifizierung entgegenwirkt werden kann.

	Förderfaktoren	Hemmende Faktoren
Therapeutisches Umfeld	• Frühestmögliche Behandlung Betroffener Kinder und Jugendlicher zwecks Vermeidung von Chronifizierung • Druckreduktion • motivierende Ansprache • Beibehalten von Routinen • Konstantes ergotherapeutisches Personal • Einbezug ergotherapeutischer Modelle im Rahmen der Therapie • Interdisziplinäre Zusammenarbeit • Einsatz von Muttersprachlern bei Klienten/-innen mit Migrationshintergrund	• Später Therapiebeginn • Arbeit mit konträren Ansätzen innerhalb der Disziplinen • Fehlende Kenntnisse zum Störungsbild • Fehlende Interdisziplinarität • Zu viele Therapieversuche • Keine Finanzierung ohne Diagnose (im klinischen Setting bei anstehender Volljährigkeit)

4.1.3.2 Einflüsse der lokalen Umwelt

Im schulischen Bereich und im Kindergarten sei es für betroffene Kinder und Jugendliche förderlich, in kleinen Klassen oder Gruppen betreut zu werden. Der Aufbau sozialer Kontakte sei essenziell, um ihnen Betätigungsmöglichkeiten mit anderen Menschen zu bieten und ihnen hierdurch Gelegenheiten zu verschaffen, zu kommunizieren und zu interagieren. Für Kinder mit Migrationshintergrund wäre es darüber hinaus hilfreich, wenn eine Person zur Verfügung stünde, die in der Muttersprache mit ihnen kommuniziert.

Als hemmender Faktor wurde die unterschiedliche ärztliche und therapeutische Versorgungsstruktur innerhalb Deutschlands benannt. Die wenigen existenten Spezialkliniken befinden sich vorwiegend in Großstädten. Die Suche nach Fachärzten/-innen und Therapeuten/-innen, die sich auf das Störungsbild spezialisiert haben, gestalte sich für

Betroffene schwierig. Im Umkehrschluss bedeute dies für die ambulant tätigen Ergotherapeuten/-innen, ohne fachkompetente Ansprechpartner/-innen auskommen zu müssen.

	Förderfaktoren	**Hemmende Faktoren**
Schulisches Umfeld/ Kindergarten	• Kleine Klassen und Gruppen • Konstantes Lehrpersonal • Druckminimierung durch Besuch des Sprachheilkindergartens	• Große Klassen und Gruppen • Mobbing durch Mitschüler • Stigmatisierung • Druck durch Lehrer und Erzieher • Transitionsprozesse (Schulübergänge)
Ärztliches Umfeld	• Sehr gute Zusammenarbeit und sehr guter Informationsaustausch mit vereinzelten Ärzten	• Späte Diagnostik • Falsche Diagnostik • Wechselnde Diagnosen • Diskrepanz zwischen Zeitpunkt der Diagnosestellung und Therapiebeginn • ärztlicher Druck • Krankheitsbild ist Ärzten häufig nicht bekannt • Ärzte folgen therapeutischen Empfehlungen nicht • Ergotherapie nach ärztlicher Ansicht nicht erforderlich • Keine Besprechung mit dem Arzt möglich

Befragt nach den Persönlichkeitsfaktoren, die Ergotherapeuten/-innen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit SM mitbringen sollten, fielen die Antworten wie folgt aus:

Besonders wichtig seien eine positive Grundeinstellung, gutes Fachwissen, hohe Druckresistenz, Vielseitigkeit und Empathie. Außerdem sollten Therapeuten/-innen authentisch

sein und mit Feingefühl auftreten, gleichfalls aber auch in der Lage sein, Anforderungen zu stellen und Grenzen zu setzen.

4.1.3.3 Einflüsse der globalen Umwelt

Fehlende Abrechnungsmöglichkeiten bei hohem Therapieaufwand sowie Einschränkungen durch das von den Krankenkassen vorgegebene ärztliche Quartalsbudget gehören zu den als hemmend benannten Einflussfaktoren. Die Studienteilnehmerinnen merkten an, dass der Behandlungsaufwand von Kindern und Jugendlichen, die unter SM leiden, sehr komplex ist und sich dieser häufig nicht in den Vergütungen widerspiegele. In den Abrechnungsbestimmungen finden die Symptomatiken des Störungsbildes keine Berücksichtigung, wie das folgende Beispiel zeigt:

> *„Der (ein ca. dreißigjähriger Klient) hatte zwei Minuten vor der Ergostunde Angst und ist auf dem Fuß vor der Praxis wieder weggegangen …ich sage mal von fünf Stunden sind vier ausgefallen, so ungefähr…. Dann haben wir oft noch geschrieben danach und natürlich kann man sowas dann auch nicht abrechnen und es war wirklich ein ganz schwieriger Mensch. Also unglaublich schwierig.“*

Als weitere Herausforderung benannten die Befragten die Tatsache, dass die verordnenden Ärzte gezwungen seien, ihre vorgegebenen wirtschaftlichen Budgets einzuhalten. Der Bedarf der Klienten/-innen bliebe so in vielen Fällen unberücksichtigt:

„Das ist wirklich manchmal traurig, weil es da auch um eine Wirtschaftlichkeit geht, aber das darf man in dem Prozess oft nicht außer Acht lassen. … in dem Sinne, dass die Therapie abgebrochen wurde, weil sie keine Verordnungen mehr bekommen hat.“

Die in der ICD-11 vorgenommene neue Zuordnung des Störungsbildes zu den Angsterkrankungen wird von den Befragten einerseits als Chance, andererseits als Risiko bewertet, da Menschen mit psychiatrischen Krankheitsbildern noch immer stigmatisiert werden:

„Und es ist auch immer noch, glaube ich, für ganz viele Eltern ganz schwierig, habe ich jetzt mitbekommen in der Arbeit bei der Psychiaterin.… Dass es schwierig ist zu sagen: "Oh, ich war mit meinem Kind beim Kinder- und Jugendpsychiater", weil dann ist das immer so ein Eingriff ins Familienleben, gesellschaftlich: … Ihr seid irgendwie blöd! …“

„Ja, es ist auf jeden Fall ein Fortschritt dahin, dass man es vielleicht greifbarer macht aber das ganze Feld der psychiatrischen Erscheinungsbilder und Krankheitsbilder ist immer noch, auch wenn es ganz viele positive Fortschritte gibt und ganz viel auch dafür getan wird, dass es anerkannt wird, ist es trotzdem noch so, dass es immer etwas ist, was oft auf Unverständnis trifft…“

4.1.3.4 Folgen hemmender Faktoren

Hemmende Faktoren können den Erfolg der Therapie behindern oder zu Therapieabbrüchen führen. Die Studienteilnehmerinnen berichteten über mögliche Folgen, die sich aufgrund solcher Faktoren in den von ihnen bearbeiteten Fällen ergeben haben. Diese betreffen besonders den schulischen und beruflichen Lebenslauf, das familiäre System und den Gesundheitszustand Betroffener.

Auswirkungen auf Teilhabe in Bildung und Beruf	
Schule	• Schulabstinenz oder Schulphobie • Benotung nicht möglich • Besuch einer weiterführenden Schule nicht möglich • mündliche Prüfung nicht möglich • Schulpraktikum nicht möglich
Ausbildung	• Bewerbungsgespräch nicht möglich • Ausbildung nicht möglich • Perspektivlosigkeit
Beruf	• Probleme im Berufsleben • Beschäftigung in WfBM trotz hoher Intelligenz

Auswirkungen auf die Soziale Umwelt	
Familie	• Übertrag der Verhaltensweisen auf Geschwister • Belastung der Eltern • Dauerhaft bei Eltern lebend

Auswirkungen auf den Gesundheitszustand Betroffener	
SM	• Rückfälle • Verstärkung sämtlicher Symptome • Komplette Verstummung • Geringere Therapieerfolge im Erwachsenenalter • Chronifizierung
anderes	• Hoher Medienkonsum • Suchtverhalten

5 DISKUSSION

Probleme kann man niemals mit derselben Denkweise lösen,
durch die sie entstanden sind.

(Albert Einstein)

Das deutsche Gesundheitswesen steht aktuell vor großen Herausforderungen. Engpässe zeigen sich in Form überfüllter Haus- und Facharztpraxen, der Schließung von (Kinder-) Kliniken, einer ärztlichen Unterversorgung im ländlichen Raum sowie in der Überlastung von Psychotherapeuten. Obwohl sich im bundesweiten Durchschnitt die Ärztedichte seit Beginn der 90er Jahre von 2,8 auf 3,2 pro 1000 Einwohner/-innen im Jahr 2014 erhöht hat, kann nicht von einer adäquaten, bundesweit flächendeckenden gesundheitlichen Versorgung gesprochen werden (DGPPN, 2018). Die bestehenden Lücken im deutschen System erklären sich laut DGPPN nicht mit einem Mangel an Angeboten, sondern mit einer mangelhaften Koordination, einer regional höchst unterschiedlichen Verteilung und einem drastisch gestiegenen Bedarf. Die Versorgung der Patienten/-innen bzw. Klienten/-innen mit medizinischen Leistungen und Heilmitteln gestaltet sich zunehmend schwieriger. Insbesondere, wenn diese an einer seltenen, noch wenig erforschten Störung, wie es der selektive Mutismus ist, leiden.

Deutschlandweit praktizieren ca. 59.000 Ergotherapeuten/-innen, 28.300 davon in den 9.800 ambulanten Praxen (DVE Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V., 2017). In der gesundheitlichen Versorgungskette wird das ergotherapeutische Dienstleistungsportfolio von Verordnenden und Klienten/-innen trotz bestehendem Bedarf bislang noch wenig wahrgenommen und nur unzureichend genutzt. Die Gründe hierfür vermuten die Autorinnen in mangelhaftem Wissen und zu geringer Aufklärung über die Arbeitsweisen von Ergotherapeuten/-innen. Deren Kapazitäten sollten intensiver ausgeschöpft werden, da sie aufgrund ihrer komplexen und klientenzentrierten Denk- und Handlungsweisen besonders prädestiniert sind, Betroffene zu behandeln und so zu deren Teilhabe- und Zukunftssicherung beizutragen.

Wie aus der Literaturrecherche hervorgeht, erfährt das Störungsbild „SM“ durch die erfolgte Zuordnung zur Gruppe der Angststörungen derzeit eine Neuausrichtung. Ärztliches sowie therapeutisches Umdenken werden hierdurch erforderlich und zwingen Behandler/-innen, das Störungsbild aus einem anderen Blickwinkel zu betrachten.

Im Rekrutierungsprozess und der im Rahmen dieser Forschungsarbeit durchgeführten Interviews wurde deutlich, dass die Anzahl der Ergotherapeuten/-innen, die mit dem Störungsbild vertraut sind, in Relation zur Anzahl anderer involvierter Professionsvertreter/-innen, gering ausfällt. Die Autorinnen vermuten, dass hierfür die vordergründig wahrgenommene Symptomatik des „Nichtsprechens“ ursächlich ist. Lösungsmöglichkeiten, um das Schweigen zu durchbrechen, vermuten Klienten/-innen und Verordner/-innen nicht primär in der Ergotherapie, da sich diese in ihrem Kern mit Betätigungsproblematiken auseinandersetzt. Die sich aus dem Schweigen ergebenden Schwierigkeiten, wie vermeidendes Verhalten, Handlungsabbrüche und Einschränkungen in der Teilhabe, werden von Dritten zunächst nur gering wahrgenommen und nicht mit dem selektiven Mutismus in Zusammenhang gebracht. Wie eng jedoch die Verbindung zwischen Sprechen und Handeln ist, zeigt die Vielzahl der Handlungseinschränkungen, die im Rahmen der Anamnesen von den Studienteilnehmerinnen ermittelt wurden. Darüber hinaus merkten diese an, dass nur in wenigen Fällen Sprachprobleme mit dem Schweigen einhergehen. Unter Berücksichtigung der ebenfalls wiederholt getätigten Aussage, dass das Krankheitsbild bei Ärzten/-innen häufig unbekannt sei, führt dies die Autorinnen zu der Frage, ob bei der Verordnung von Heilmitteln ärztlicherseits die richtige Wahl getroffen wird. Dies müssen jedoch die Ergebnisse anderweitiger Untersuchungen zeigen.

Die in der Literatur vorgefundenen Ausführungen zur Ätiologie machen deutlich, dass die Ursachen der Erkrankung multifaktoriell und in Abhängigkeit zu den Lebensgeschichten Betroffener differenzieren. Wie das MOHO deutlich macht, wird jedes Individuum von seiner unmittelbaren, lokalen und globalen Umwelt beeinflusst. In der heutigen, von Globalisierung, wirtschaftlichen, politischen und Flüchtlingskrisen geprägten Zeit, ist Professionelles Reasoning nach Ansicht der Autorinnen daher bedeutender denn je und unverzichtbar für einen erfolgreichen Therapieverlauf, insbesondere bei Vorliegen eines komplexen Störungsbildes wie SM. Die Denkweisen des Professionellen Reasoning helfen zu verstehen, wie und wodurch sich der Phänotyp des/der Klienten/-innen entwickelt hat, wie seine gegenwärtigen Umwelten ihn weiterhin beeinflussen und mit welchen Auswirkungen und Folgen die betroffene Person zukünftig rechnen muss. Aus diesen Gründen wird Professionelles Reasoning von den befragten Ergotherapeutinnen in seinen unterschiedlichen Formen und Facetten während des gesamten Therapieprozesses angewendet und die ergotherapeutischen Behandlungen an den sich daraus ergebenden Schlussfolgerungen ausgerichtet.

Die Symptomatik des „Nichtsprechens“ ist Folge bestehender Ängste und fehlender Bewältigungsstrategien. Das Schweigen stellt jedoch lediglich die Vorhut der Herausforderungen dar, mit denen Betroffene umgehen müssen, sobald sich das Störungsbild chronifiziert hat. Sich noch in der Entwicklung befindliche Kinder und Jugendliche werden durch ihr Schweigen am Handeln und an der gesellschaftlichen Teilhabe gehindert. Es stellt eine Barriere dar, um Erfahrungen sammeln und sich weiterentwickeln zu können sowie auf diesem Wege Betätigungskompetenzen zu erlangen. Dies wiederum hemmt Betroffene in der Entfaltung ihrer Betätigungsidentität. Die Autorinnen veranschaulichen

die Ätiologie des Störungsbildes und Behandlungsmöglichkeiten der Ergotherapie anhand des nachfolgend aufgeführten Modells:

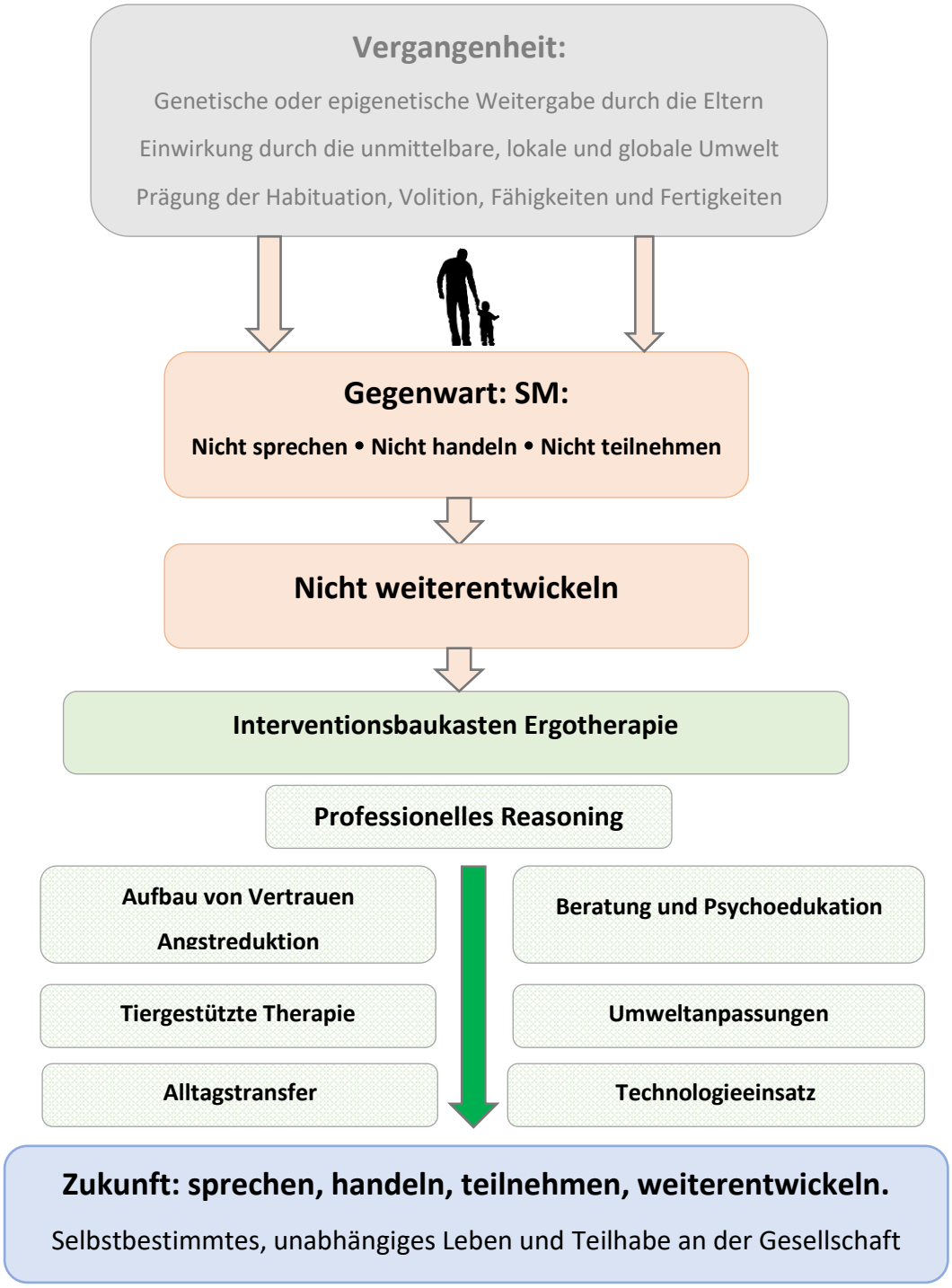

Abbildung 11: Behandlung des selektiven Mutismus in der Ergotherapie

Die Autorinnen sind der Auffassung, dass eine Therapie nicht zum Ausschluss einer anderen führen sollte, sondern dass die Form und der Zeitpunkt der jeweiligen Therapie von Klient zu Klient unterschiedlich und in Abhängigkeit zu der individuellen Pathogenese, dem Entwicklungsstand der Betroffenen und den Fortschritten in anderen Behandlungen geplant und angepasst werden sollte. Die folgende Abbildung stellt beispielhaft einen möglichen interdisziplinären Prozessverlauf dar.

Abbildung 12: Beispiel einer möglichen interdisziplinären Prozessgestaltung

Bei der Arbeit im klinischen Setting ist diese Vorgehensweise aufgrund der Existenz interprofessioneller Teams leicht realisierbar. In der ambulanten Therapie gestaltet sich die Umsetzung dagegen schwierig, wenn aufgrund struktureller Probleme, wie einer nicht flächendeckenden Versorgung mit Fachexperten oder unzureichendem ärztlichen Fachwissen in Bezug auf das Störungsbild dazu führen, dass Ergotherapeuten/-innen auf sich allein gestellt sind. Eine Vielzahl der befragten Studienteilnehmerinnen wünscht sich eine

Vertiefung der professionsübergreifenden Kooperationen, um den Gesamttherapieprozess im Sinne einer optimalen Klienten/-innen-Versorgung noch effizienter und wirksamer gestalten zu können.

Nach wie vor existieren kaum Studien, in denen die Evidenz von Behandlungsansätzen oder Behandlungsmethoden nachgewiesen wurde. Bei der Planung und Durchführung von Interventionen ist das Orientieren an Leitlinienempfehlungen nicht möglich, da diese seit mehreren Jahren abgelaufen sind und eine Neuauflage von der DGPPN derzeit nicht geplant ist. Die schwache Studienlage versetzt ambulant tätige Ergotherapeuten/-innen in die Situation, im Rahmen der Prozessgestaltung auf vereinzelte Elemente der in Deutschland etablierten Behandlungsansätze oder auf interne Evidenz zurückgreifen zu müssen. Die Ergebnisse ihrer Behandlungen sind jedoch erfreulich und entsprechen mit Erfolgsquoten von mehrfach benannten 50% denen anderer Professionen.

Welche Faktoren sind jedoch ausschlaggebend für das Erreichen guter Therapieergebnisse? Unabhängig davon, ob professionsübergreifend mit direktiven oder nondirektiven Ansätzen gearbeitet wird – sämtliche in Deutschland etablierten Konzepte können gute Erfolgsquoten verzeichnen und haben damit ihre Daseinsberechtigung bewiesen. Hier wird von den Autorinnen die Frage aufgeworfen, welche Bedeutung der Persönlichkeit eines Therapeuten beigemessen werden muss. Die Studienteilnehmerinnen äußerten, dass das Arbeiten mit Kindern und Jugendlichen, die unter MS leiden, energiezehrend und aufwändig sei. Eine positive Grundeinstellung, gutes Fachwissen, Druckresistenz, Vielseitigkeit und Empathie wurden als wichtigste Persönlichkeitsmerkmale benannt, die ein Therapeut dafür mitbringen sollte. Im nachfolgenden Kapitel beschreiben die Autorinnen Handlungsempfehlungen, die sich aus den Gesamtergebnissen ableiten lassen.

6 SCHLUSSFOLGERUNGEN

YOU CAN'T CHANGE THE WORLD
BUT YOU CAN CHANGE THE FACTS
AND WHEN YOU CHANGE THE FACTS
YOU CHANGE POINTS OF VIEW
IF YOU CHANGE POINTS OF VIEW
YOU MAY CHANGE A VOTE
AND WHEN YOU CHANGE A VOTE
YOU MAY CHANGE THE WORLD

(Martin L. Gore, Depeche Mode)

6.1 Handlungsempfehlungen

6.1.1 Diagnostik

6.1.1.1 Beurteilung der Symptomatiken

Im Rahmen der Diagnostik sollten nach Ansicht der Autorinnen zukünftig nicht nur Merkmale, wie Nichtsprechen oder Kommunikationsabbrüche Berücksichtigung finden, sondern das Augenmerk ebenso auf vermeidendes Betätigungsverhalten und Handlungsabbrüche gerichtet werden. Die Autorinnen sind der Auffassung, dass kennzeichnend für das Störungsbild die Summe sämtlicher Symptomatiken ist, die bei Nichtbehandlung zur Chronifizierung führt.

6.1.1.2 Einsatz von Assessments

Die Ergotherapie verfügt über professionelle und ernstzunehmende Werkzeuge. Aus Sicht der Autorinnen wird die Aussagekraft und die hohe Qualität von ergotherapeutischen Messinstrumenten noch immer unterschätzt, möglicherweise auch, weil die Durchführung zu Beginn aufwändig erscheint. Einmal angewendet wird dem Nutzer jedoch schnell deutlich, dass Assessments sehr feine und differenzierte Ergebnisse liefern. Eingesetzt als Baustein in der interdisziplinären Diagnostik könnte die Identifikation des Störungsbildes abgekürzt und die Behandlung schneller aufgenommen werden.

Die Ergebnisse der Studie bzgl. der Auswahl und Durchführung von Assessments mögen zunächst überraschen, da vorwiegend motorische und wahrnehmungsbasierte Testungen zum Einsatz gelangen. Diese Tatsache lässt sich nach Ansicht der Autorinnen jedoch dadurch erklären, dass Kinder und Jugendliche oftmals gänzlich ohne Diagnosen oder mit

Doppeldiagnosen in die Ergotherapie überwiesen werden und aus diesen Gründen eine genauere Abklärung erforderlich ist.

Dennoch sollte die Auswahl der Testungen aus Sicht der Autorinnen überdacht werden. Das Störungsbild und insbesondere seine Folgen verlangen nach Durchführung eines betätigungsbasierten Assessments, wie dem von einer Teilnehmerin benannten COPM, das dem kanadischen Inhaltmodell CMOP-E zugehört. Darüber hinaus steht eine Reihe ergotherapeutischer Instrumente aus der MOHO-Reihe zur Verfügung, deren Einsatz sinnvoll wäre, wie z. B. das COSA zur klientenzentrierten Erarbeitung von Therapiezielen und Behandlungsplänen oder das SSI für den Einsatz im schulischen Bereich. Diese Assessments können bei der Identifikation von Handlungsproblemen unterstützen aber auch bei der ärztlichen Diagnostik hilfreich sein.

Besonders sei an dieser Stelle das ACIS erwähnt, das als Assessment besonders geeignet erscheint, um die Diagnostik eines potenziellen selektiven Mutismus zu unterstützen und die Kommunikations- und Handlungsproblematiken betroffener Kinder zu analysieren.

Bei dem ACIS handelt es sich um ein 1996 in den USA entwickeltes, diagnoseunabhängiges ergotherapeutisches Beobachtungsinstrument, das Daten über diejenigen Fertigkeiten sammelt, die Menschen zeigen, wenn sie mit anderen kommunizieren und interagieren. Es unterteilt die kommunikativen und interaktiven Fertigkeiten in die drei Bereiche Körper, Informationsaustausch und Beziehungen. Mit dem ACIS kann festgestellt werden, ob und in welcher Qualität eine kommunikative Fertigkeit vorhanden ist und inwiefern sich diese auf soziale Handlungen auswirkt. Es ist einsetzbar ab einem Alter von drei Jahren, d.h. nach erfolgter Sprachreifung (Forsyth, Salamy, Simon, & Kielhofner, 2011).

Da Kinder, die unter einer Mutismusstörung leiden, neben Nichtsprechen in spezifischen Situationen auch vor der Herausforderung von Handlungsausführungen und Beziehungsaufnahmen bzw. deren Aufrechterhaltung stehen, sehen die Autorinnen in diesem Assessment ein ideales Werkzeug zur Durchführung und Unterstützung sowohl der interdisziplinären als auch der ergotherapeutischen Diagnostik sowie der darauf aufbauenden Interventionsplanung.

6.1.2 Methodenauswahl

6.1.2.1 Nondirektives versus direktives Vorgehen

Die Mehrheit der hier befragten Ergotherapeutinnen bevorzugt ein nondirektives Vorgehen im Rahmen der Interventionen, auch um Angst und Druck bei den Betroffenen zu reduzieren. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass SM zu der Gruppe der Angststörungen gerechnet wird, scheint diese Wahl eine logische Konsequenz zu sein. Insbesondere dann, wenn im Rahmen eines klientenzentrierten Vorgehens die Interessen und Wünsche der Betroffenen berücksichtigt werden sollen. Anne Fischer (OTIPM Occupational Therapy Intervention Process Model, 2018, S. 18-19) weist jedoch mit „warnenden Worten“ auf Folgendes hin:

> *„Klient/-innenzentriert zu arbeiten heißt nicht, alles zu machen, was der Klient möchte.“*

Therapeuten/-innen sind gezwungen, für Klienten/-innen, die nicht fähig sind, sich zu äußern, Entscheidungen zu treffen. Personen, die unter SM leiden, sind nicht ausschließlich ruhig und zurückhaltend, sondern können nach Aussage der Studienteilnehmerinnen auch sozial unverträgliche Verhaltensweisen zeigen. In diesen Fällen sollten

Therapeuten/-innen direktiv handeln und Grenzen setzen. Wie bereits der Arzt Paracelsus (1493-1541) sagte:

„Alle Dinge sind Gift, und nichts ist ohne Gift; allein die Dosis machts, dass ein Ding kein Gift sei.“

Vor diesem Hintergrund regen die Autorinnen weiterhin an, Betroffenen einen motivierenden Leitgedanken mitzugeben, der, ohne die unterschiedlichen Behandlungsansätze vermischen zu wollen, nondirektive und direktive Gedanken miteinander verbinden möchte: **„Ich spreche noch nicht, aber ich werde sprechen!“**

6.1.2.2 Technologieeinsatz

Ein Leben ohne Smartphones, Internet und Co. ist für die heutige Generation der Kinder und Jugendlichen nicht vorstellbar. Auch Erwachsene würden nur noch ungern auf die Vorteile von WhatsApp und ähnlicher Dienste verzichten. Solche in Therapien einzusetzen, liegt daher nahe. Besonders, wenn sie als assistive Technologien das Kommunizieren unterstützen.

Dass Einbinden von Smartphones wird von einigen der befragten Ergotherapeutinnen bereits erfolgreich genutzt. So werden Kinder gebeten, ihre Stimme zu Hause in Form einer Sprachnachricht aufzunehmen und mit zur Therapie zu bringen. Das genaue Vorgehen wird in der ANLAGE 9 beschrieben und zur Nachahmung empfohlen.

Darüber hinaus bieten Smartphones durch ihre erweiterten Funktionen, z. B. dem Erstellen von Selfies, Jugendlichen die Möglichkeit, das Selbst visuell zu erfassen und Beziehungen zu pflegen. Sie ermöglichen Reaktionen und fordern zur Folgeinteraktion auf.

Damit bieten sie von SM Betroffenen die Möglichkeit, teilzuhaben und Gemeinschaft zu erleben (Völcker & Bruns, 2016).

Dass sich der Einsatz von iPads bei der Therapie als wirksam erwiesen hat, zeigt eine Studie, die im Jahr 2013 an der Universität Orlando, USA durchgeführt wurde (Bunnell & Beidel, 2013). Aufgrund der Tatsache, dass es sich lediglich um eine Einzelfallstudie handelt, ist der Evidenzlevel gering, dennoch sind die Ergebnisse bemerkenswert: Eine 17jährige Klientin mit SM und einer zusätzlichen sozialen Angststörung wurde einer Desensibilisierungstherapie unter Nutzung einer Apple iPad-Anwendung unterzogen. Zu erwähnen ist, dass das Störungsbild bei der Klientin stark ausgeprägt war und sie seit dem 4. Lebensjahr nur mit ihren Eltern kommunizierte. Die Therapie erfolgte in Trainingseinheiten, deren Schwierigkeitsgrade schrittweise erhöht wurden. Bereits nach der ersten Einheit war die Klientin in der Lage, mit der Testerin zu sprechen. Dies ist angesichts des Alters der Klientin und des chronifizierten SM ungewöhnlich, zeigt jedoch, dass technologiebasierte Therapien durchaus erfolgreich sein können.

6.1.2.3 Tiergestütztes Vorgehen

Mehrere der befragten Studienteilnehmerinnen binden mit Erfolg Tiere in das therapeutische Geschehen ein. Neuere Studien unterstützen die Wirksamkeit dieses Vorgehens. Sie zeigen, dass Tiere in Therapien angstbezogener Störungen zum Kommunizieren und Handeln auffordern. Darüber hinaus wirken sie sich förderlich auf die therapeutische Beziehung aus. Deutlich wurde dies in aktuellen klinischen Einzelfallstudien, in deren Rahmen drei Kindern mit SM tiergestützt behandelt und beobachtet worden sind. Unbestritten handelt es sich bei dieser Untersuchung abermals um eine Studie mit geringem

Evidenzlevel, jedoch sehen sich die Forscher/innen aufgrund der beobachteten deutlichen Zunahme an Emotionalität bei allen drei Kindern in ihrer Hypothese bestätigt, dass die Effekte in Mutismustherapien durch tiergestützte Interventionen gesteigert werden können (Langer, Herrmann, & Julius, 2019). Die Autorinnen dieser Arbeit empfehlen daher, Tiere in das ergotherapeutische Therapiegeschehen einzubinden, um Sprache und Betätigungen anzubahnen. Dabei muss es sich nicht zwangsweise um einen teuer ausgebildeten Therapiehund handeln. Auch Kleintiere, wie Meerschweinchen oder Kaninchen erfüllen ihren Zweck.

6.1.3 Beratungen und Psychoedukation

Dem Einbezug von Eltern, Angehörigen sowie Lehrern und Erziehern wird in der Ergotherapie ein hoher Stellenwert beigemessen. Das Aufklären über das Störungsbild ist die Voraussetzung dafür, dass das soziale Umfeld ein Verständnis für die Situation der Kinder und Jugendlichen entwickelt und eigene Rollenmuster überprüfen und ändern kann.
Auch Erzieher/-innen und Lehrer/-innen sind fester Bestandteil des sozialen Umfeldes von Kindern und Jugendlichen. Sie haben großen Einfluss auf deren Entwicklung und prägen diese über viele Jahre hinweg. Es ist daher von Bedeutung, dass sie das Handeln der Betroffenen verstehen und adäquat damit umgehen können. Natürlich ist es auch Aufgabe der Erzieher/-innen und Lehrer/-innen, diese Kinder und Jugendlichen angemessen in das Kindergarten- bzw. Schulgeschehen zu inkludieren und damit dem Bildungsauftrag gerecht zu werden. Schulbasierte Ergotherapie stellt einen Weg dar, Lehrer und Kinder im schulischen Kontext zu unterstützen und mit ihnen partnerschaftlich zusammenzuarbeiten. Die Art und Weise, schulbasierte Ergotherapie zu implementieren, ist abhängig

von den örtlichen Anstellungs- und Vertragsverhältnissen der Bildungsträger. Der DVE empfiehlt, mit Eltern, der Klassenlehrerin und sonstigem Schulpersonal, zu sprechen und diesbezügliche Entscheidungen gemeinsam zu treffen. (DVE Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V., 2018).

Von besonderer Wichtigkeit ist jedoch die Aufklärung des Kindes über das Störungsbild. Wie die Ergebnisse der Befragung ergaben, zeigen sich Kinder nach der Psychoedukation deutlich erleichtert.

6.1.4 Interventionen für Kindergärten und Schulen

Neben der Individualbehandlung betroffener Kinder sollte das Augenmerk im Kindergarten oder im schulischen Setting auf die organisatorischen Rahmenbedingungen gelenkt werden. Sind physische Ausstattung und der routinierte Tagesablauf der Einrichtung optimal auf die Bedürfnisse aller Kinder ausgerichtet? Unterstützt die Ausstattung der Einrichtung die Betätigungen der Kinder im Hinblick auf deren Volition?

Optimierung kann über die Einführung neuer Strukturen auf Basis des TEACCH®-Ansatzes erreicht werden. Der TEACCH®-Ansatz (Häußler, 2005) ist eine evidenzbasierte, bewährte Methode, die nicht nur Verwendung bei der Behandlung von Autismus, sondern auch bei der Unterstützung kommunikationsbeeinträchtigter Menschen Einsatz findet. Es handelt sich dabei um einen ganzheitlich- therapeutisch-pädagogischen Ansatz, der in den USA maßgeblich von Dr. Eric Schopler geprägt wurde. Durch den Einsatz von Visualisierungen und Strukturierungshilfen soll den Klienten/-innen dabei eine möglichst große Selbstständigkeit und Orientierung geboten werden. Er wird aufgrund dessen in Regelkindergärten, Grundschulen oder in anderen Lebensbereichen eingesetzt, d. h. er bietet auch Vorteile für Menschen ohne Behinderungen. Der Ansatz ist sowohl im Einzelsetting als auch in einer Gruppe anwendbar. Werden Tages- und Wochenpläne nach dem TEACCH®-Ansatz strukturiert, gibt dies den Kindern eine betätigungsfokussierte Orientierung über deren Aufgaben und den Ablauf des Schulalltages.

Eine weitere Möglichkeit, betroffene Kinder im Gruppensetting zu unterstützen, stellt der in Kanada entwickelte Match-Ansatz dar. Der Match-Ansatz wurde ursprünglich für die Arbeit mit Kindern entwickelt, die unter einer umschriebenen Entwicklungsstörung motorischer Funktionen leiden (Missiuna, Rivard, & Pollock, 2004). Er scheint nach Ansicht

der Autorinnen jedoch auch für die Unterstützung von Kindern mit SM-Störungen geeignet. M.A.T.C.H. steht dabei für

M	Modify the Task	Aktivitäten verändern
A	Alter your expections	Erwartungen anpassen
T	Teach strategies	Strategien vermitteln
C	Change the environment	Umwelt verändern
H	Help by understanding	Helfen durch Verständnis

Abbildung 122: Ergotherapeutische Interventionen im Schulkontext (Missiuna, Rivard, & Pollock, 2004)

Die Aufgabe der Ergotherapeuten/-innen ist es dabei, Eltern, Erzieher/-innen und Lehrer/-innen im Rahmen der Zusammenarbeit zu den Vorteilen dieses Ansatzes zu beraten und bei der Umsetzung zu unterstützen. International hat sich die „partnerschaftliche Beratung“ als ein zentraler Bestandteil der Ergotherapie im inklusiven Bildungsbereich etabliert. Der Schwerpunkt der ergotherapeutischen Beratung in Bildungseinrichtungen liegt auf der Veränderung oder Adaption der sozialen oder physischen Umwelt (Hasselbusch, Zillhardt, & Lang, 2016). Im Falle eines Kindes, das von SM betroffen ist, könnte die Umsetzung wie umseitig aufgeführt gestaltet werden:

H	Helfen durch Verständnis	• Information Beteiligter (Kinder, Eltern, Erzieher/-innen oder Lehrer/-innen) über das Störungsbild und die Situation des Kindes zwecks Verständnisbildung sowie zur Mobbingprophylaxe.
A	Erwartungen anpassen	• Veränderung der Erwartungshaltung bei Erwachsenen • Kind kleinschrittig an Aktivitäten heranführen
M	Aktivitäten verändern	
C	Umwelt verändern	• Betreuung in kleinen Gruppen oder Klassen. • Safe-Place einrichten • soziale Integration sicherstellen • Vermeidung der Ausbildung von Helferrollen bei anderen Kindern, die das natürliche Maß überschreiten.
T	Strategien vermitteln	• Beispiel: Dem Kind wird erlaubt, fünf Minuten eher in die Pause zu gehen, um allein die Toilette aufzusuchen.

6.1.5 Physische Umweltanpassungen

Vor dem Hintergrund, dass es sich bei SM um eine Angststörung handelt, deren Symptome durch Außenreize ausgelöst oder verstärkt werden, sollte auch über eine Gestaltung des Arbeitsplatzes in der Klassenumgebung nachgedacht werden. Den Berichten mehrerer Ergotherapeutinnen zufolge tritt die Symptomatik nicht auf, wenn visuelle Reize ausgeschaltet werden, z. B. beim Sprechen hinter einem Vorhang oder in einem kleinen Raum. Die Ergänzung eines Schultisches um einem Sichtschutz stellt eine Möglichkeit dar, visuelle Überempfindlichkeiten zur regulieren. Bei Kindern mit Autismusspektrum-Störungen werden Spezialtische mit Sichtschutz bereits eingesetzt, da sie reiz- und lärmmindernd wirken.

6.1.6 Fortbildungen und interdisziplinärer Austausch

Aufgrund der Komplexität des Störungsbildes halten es die Autorinnen für unumgänglich, sich vor der Behandlung eines/einer von SM betroffenen Klienten/-in fachspezifisch fortzubilden. Schulungen werden u. a. von den führenden drei Mutismus-Netzwerken organisiert. Zu diesen gehören:

- DortMut – Dortmunder Mutismustherapie unter dem Dach der TU Technische Universität Dortmund,
- KoMut – Kooperative Mutismustherapie, StillLeben e. V., Hannover
- SYMUT – Systemische Mutismustherapie, Institut für Sprachtherapie Dr. Boris Hartmann, Köln

Eine Vernetzung mit den jeweiligen Fachexperten/-innen fördert den interdisziplinären Austausch und wird von den Autorinnen empfohlen.

6.2 Ausblick

Um das Störungsbild besser behandeln zu können, sollten die Studien in folgende Richtungen ausgeweitet werden:

- Wie kann SM frühestmöglich diagnostiziert werden und welche Professionen können die Diagnostik mit welchen Mitteln unterstützen?
- Wie lassen sich SM-Therapien professionsübergreifend optimal miteinander kombinieren?
- Wie gehen Erzieher/-innen und Lehrer/-innen mit dem Thema SM im schulischen Kontext um und wie kann Ergotherapie dabei unterstützen?
- Wie verlaufen Ausbildung, beruflicher Werdegang und der weitere Lebensweg von Jugendlichen mit SM und wie kann Ergotherapie dabei unterstützen?
- Welche Bedeutung hat Sprache in anderen Kulturen, welchen Werten unterliegt sie, wie wird sie dort im sozialen Kontext eingesetzt und welche Auswirkungen hat dies auf Menschen und ihr Betätigungsverhalten, wenn sie von SM betroffen sind?

Aus Sicht der Autorinnen sollten SM-Fachexpertinnen aus dem Bereich der Ergotherapie an der Ausarbeitung neuer SM-Leitlinien beteiligt werden.

6.3 Stärken und Limitationen dieser Studie

In die Ergebnisse dieser Studie floss das Wissen berufserfahrener Fachexpertinnen ein, die bereits eine Vielzahl von Kindern und Jugendlichen mit SM erfolgreich behandelt haben. Da sich deutschlandweit nur wenige Ergotherapeuten/-innen mit dem Störungsbild auseinandersetzen, schätzen die Autorinnen die Ergebnisse als durchaus repräsentativ ein.

Von den acht befragten Teilnehmerinnen waren nur zwei im klinischen Setting tätig und damit in Bezug auf die Gesamtteilnehmerzahl unterrepräsentiert. Die Ergebnisse machen deutlich, dass Unterschiede zwischen dem Arbeiten im ambulanten und im klinischen Setting existent sind. Das Arbeiten im klinischen Setting sollte daher ggf. noch einmal separat beleuchtet werden.

Die Studie stößt dort an ihre Grenzen, wenn erklärt werden soll, aus welchen Gründen sich Ergotherapeuten/-innen für die Durchführung ausgewählter Methoden oder Behandlungsansätze entscheiden. Um tiefer in die Materie einzusteigen, ist an dieser Stelle die Formulierung differenzierterer Forschungsfragen erforderlich. Diese könnten sich auf spezifische Populationen oder Handlungskontexte beziehen und die physische Umwelt näher betrachten.

Das Störungsbild fordert Wissenschaft und Forschung weiterhin heraus.

Literaturverzeichnis

AAL Active and Assisted Living Association. (2020). Abgerufen am 09. August 2020 von http://www.aal-europe.eu/

American Psychological Association. (2013). *Puplication Manual of the American Psychological Association*.

Antwerpes, F., & Mathies, L. (kein Datum). *Genetische Disposition*. Abgerufen am 26. September 2020 von https://flexikon.doccheck.com/de/Genetische_Pr%C3%A4disposition

Anwerpers, F., Lazar, M., & Merz, S. (kein Datum). *Psychopathologie*. Abgerufen am 26. September 2020 von https://flexikon.doccheck.com/de/Psychopathologie

AWMF. (2006). *Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie - Elektiver Mutismus (F94.0).* (P. D.-u. u. a., Hrsg.) Abgerufen am 13. September 2020 von https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-023_S1_Elektiver_Mutismus__F94.0__11-2006_11-2011_01.pdf

AWMF. (2020). *Aufgaben und Ziele*. Abgerufen am 12. September 2020 von https://www.awmf.org/die-awmf/aufgaben-und-ziele.html

Bahrfeck-Wichitill, K., Starke, A., & Subellok, K. (2017). Mutismus. In A. Mayer, & T. Ulrich, *Sprachtherapie mit Kindern* (S. 472-476). München: Ernst-Reinhardt GmbH & Co. KG Verlag.

Bär, E., & Stade, B. (kein Datum). *MarteMeo Konzept*. Abgerufen am 09. August 2020 von http://www.martemeo.de/Konzept/page.html

Baur, A., & Schäppi, A. (19. Februar 2012). Erwachsene mit Mutismus kommen zu Wort. (I. H. Zürich, Hrsg.) Zürich, Schweiz. Abgerufen am 17. Juni 2020 von https://ilias.hfh.ch/goto.php?target=file_7248_download&client_id=ilias-hfh.ch

Birkmayer, P., & Riederer, P. (1986). In *Neurotransmitter und menschliches Verhalten* (S. 128-129). Wien: Springer-Verlag.

Blum, N., KeU, R., Starr, H., Lender, E., Bradley-Klug, K., Osbome, M., & Dowrick, P. (kein Datum). Case study: Audio feedforward treatment of selective mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*(37), S. 40-43.

Bogner, A., Littig, B., & Menz, W. (2014). Der Zugang zu den Experten: die Vorbereitung der Erhebung. In A. Bogner, B. Littig, & W. Menz, *Interviews mit Experten - Eine praxisorientierte Einführung* (S. 34). Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Boolsche Operatoren. (kein Datum). Abgerufen am 26. September 2020 von https://www.e-teaching.org/materialien/glossar/boolsche_operatoren

Boyt Schell, B. (2019). Professional Reasoning in Practice. In B. Boyt Schell, & G. Gillen , *Willard and Spackmann´s Occupational Therapy* (13 Ausg., S. 482-497). Baltimore/Philadelphia: Wolters Kluwer.

Boyt Schell, B. A., Gillen, G., & Scaffa, M. E. (2014). *Willards & Spackman`s Occupational Therapy.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins a Wolters Kluwer business.

Boyt Schell, B., Gillen, G., & Coppola, S. (2019). Contemporary Occupational Therapy Practice. In W. a. Spackmann´s, *Occupational Therapy* (13 Ausg., S. 56-70). Baltimore, Philadelphia: Wolters Kluwer.

Braun, V. (April 2016). Komorbidität. In *Pschyrembel Online.* Abgerufen am 26. September 2020 von https://www.pschyrembel.de/Komorbidit%C3%A4t/K0C0A/doc/

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2020). *ICD-10-GM*. Abgerufen am 3. Juni 2020 von https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/

Bunnell, B., & Beidel, D. (2013). Incorporating Technology Into the Treatment of a 17-Year-Old Female With Selective Mutism. *Clinical Case Studies*, S. 291-306. doi:DOI: 10.1177/1534650113483357

BurningPumpkinLady. (2013). Meine Geschichte - SM. Abgerufen am 12. September 2020 von https://www.youtube.com/watch?v=c1SHJxyLO48

Capozzi, F., Manti, F., Di Trani, M., Romani, M., Vigliante, M., & Sogos, C. (2018). Children's and parent's psychological profles in selective mutism and generalized anxiety disorder: a clinical study. *Europäische Kinder- und Jugendpsychiatrie*(27), S. 775–783. Abgerufen am 11. Juni 2020 von https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-017-1075-y

Cornacchio, D., Furr, J., Sanchez, A., Hong, N., Feinberg, L., Tenenbaum, R., . . . Kurtz, S. (2019). Intensive Group Behavioral Treatment (IGBT) for Children With Selective Mutism: A Preliminary Randomized Clinical Trail. (A. P. Association, Hrsg.) *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 87*(8), S. 720-733.

Cup, E., & Hartingsveldt, M. (2019). Der Ergotherapeut. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian, *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 196). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

de las Heras de Pablo, C.-G., Fan, C.-W., & Kielhofner, G. (2017). Dimensions of Doing. In R. Taylor, *Kielhofners Model of Human Occupation* (S. 107-122). Philadelphia: Wolters Kluwer.

DGPPN, D. (2018). *Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung.* Berlin. Abgerufen am 13. April 2020 von https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/f80fb3f112b4eda48f6c5f3c68d23632a03ba59

Döring , N., & Bortz, J. (2016). Forschungs- und Wissenschaftsethik. In N. Döring, & J. Bortz, *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5 Ausg.). Berlin: Springer-Verlag.

Döring, N., & B. J. (2016). Empirische Studien planen und durchführen. In N. Döring, & J. Bortz, *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5 Ausg., S. 27). Berlin: Springer-Verlag.

Döring, N., & Bortz, J. (2016). Qualitätskriterien in der empirischen Sozialforschung. In N. Döring, & J. Bortz, *Forschungsmethoden und Evaluationen in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5 Ausg., S. 88). Berlin: Springer-Verlag.

Döring, N., & Bortz, J. (2016). Sozialwissenschaftlicher Erkenntnisgewinn. In N. Döring, & J. Bortz, *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5 Ausg., S. 7). Berlin: Springer Verlag. doi:10.1007/978-3-642-41089-5

Döring, N., & Bortz, J. (2016). Untersuchungsdesign. In N. Döring, & J. Bortz, *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (S. 182-193). Berlin: Springer-Verlag.

Döring, N., & Bortz, J. (2016). Untersuchungsdesign. In N. Döring, & J. Bortz, *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5 Ausg., S. 184-185). Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag.

Döring, N., & Bortz, J. (2016). Wissenschaftstheoretische Grundlagen der empirischen Sozialforschung. In N. Döring, & J. Bortz, *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5 Ausg., S. 4-18). Berlin: Springer-Verlag GmbH.

Döringer, G. (2020). Die therapeutische Beziehung. In *Systemisch-lösungsorientierte Therapie* (1 Ausg., S. 20-21). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.

Dresing, D., & Pehl, T. (2015). Interview, Transkription & Analyse - Anleitungen und Regelsystem für qualitativ Forschende. Marburg.

DSGVO - Datenschutzgrundverordnung. (24. Mai 2016). Datenschutzgrundverordnung. Abgerufen am 24. August 2020 von https://www.datenschutz-grundverordnung.eu/

DVE Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (Oktober 2005). *Ethikkodex und Standards zur beruflichen Praxis der Ergotherapie.* Abgerufen am 26. September 2020 von https://dve.info/resources/pdf/infothek/193-ethik-1/file

DVE Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (2017). *Die Ergotherapie in Deutschland - Zahlen, Daten, Fakten.* Karlsbad. Abgerufen am 25.. Juli 2020 von https://dve.info/resources/pdf/service/bundestagswahl-2017/2969-facts-ergotherapie/file

DVE Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (Juni 2018). Schulbasierte Ergotherapie - Partizipation im Schulalltag für alle Kinder ermöglichen. Abgerufen am 1. Oktober 2020 von https://dve.info/resources/pdf/ergotherapie/fachbereiche/schulbasierte-ergotherapie/2800-sbet-broschuere/file

Eicher, H. (2018). Seeham, Österreich: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

Europäische Union. (2010). *Charta der Grundrechte der Europäischen Union.* Abgerufen am 24. August 2020 von https://www.europarl.europa.eu/germany/resource/static/files/europa_grundrechtecharta/_30.03.2010.pdf

Feiler, M. (2019). Über das Denken nachdenken: Formen und Arten unseres Professionellen Reasoning. In M. Feiler, *Professionelles und Klinisches Reasoning in der Ergotherapie* (S. 150-191). Stuttgart: Georg-Thieme Verlag KG.

Feiler, M., & Unger, J. (2019). Digitalisierung und Professionelles Reasoning. In M. Feiler, *Professionelles und Klinisches Reasoning in der Ergotherapie* (S. 108-125). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Felsberger, H. (2017). Vokale Matrix und Gruppenbindung - Wie Hören und Sprechen in der Gruppe mentalisierte Affektivität und epistemisches Vertrauen ermöglichen. In *Gruppentherapie, Gruppendynamik* (S. 188-225). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.

Fisher, A. (2018). OTIPM Occupational Therapy Intervention Process Model. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.

Fisher, G., Parkinson, S., & Haglund, L. (2017). The Environment and Human Occupation. In R. Taylor, *Kielhofner´s Model of Human Occupation* (5 Ausg., S. 91-105). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Forsyth, K., Salamy, M., Simon, S., & Kielhofner, G. (2011). The Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS). (U. Marotzki, C. Mentrup, & P. Weber, Hrsg.) Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag GmbH.

Fuß, S., & Karbach, U. (2019). Was ist ein Transkript? In S. Fuß, & U. Karbach, *Grundlagen der Transkription* (S. 17). Opladen & Toronto: Verlag Barbara Budrich.

Ganse, B. (April 2020). Endokrines System. In *Pschyrembel Online.* Abgerufen am 26. September 2020 von https://www.pschyrembel.de/endokrin/K06TF/doc/

Gassmann, D., & Grawe, K. (2004). *General Change mechanism: The relation between problem activation and resource aktivation in succesfull and unsuccessfull therapeutic interactions.* (C. P. Psychotherapy, Hrsg.) doi:10.1002/cpp

Gerlinger, T., & Noweski, M. (01. März 2012). *Bundeszentrale für politische Bildung*. Abgerufen am 26. September 2020 von www.bpb.de: https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72722/ueberblick

Göldner, J., Hansen, P. D., & Wantschka, V. (September 2017). Die therapeutische Beziehung in der Sprachtherapie. *Forum Logopädie*(5 (31)), S. 12-19.

Hartmann, B. (2019). *Gesichter des Schweigens - Die systemische Mutismus-Therapie/SYMUT als Therapiealternative.* Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.

Hartmann, B. (2019). Leben mit Mutismus - Ein Schicksal? In *Gesichter des Schweigens - Die Systemische Mutismus-Therapie/SYMUT als Therapiealternative* (S. 17-19). Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag.

Hartmann, D. (2019). Petra K.: Innen und Außen - Lenas Biographie in Ausschnitten aus Sicht der Mutter. In *Gesichter des Schweigens* (5 Ausg., S. 216-260). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.

Hasselbusch, A., Zillhardt, C., & Lang, K. (2016). Inklusives Arbeiten in Kindertagesstätten und Schulen. In A. Baumgarten, & H. Strebel, *Ergotherapie in der Pädiatrie* (S. 447-464). Idstein: Schulz-Kircher Verlag GmbH.

Häußler, A. (2005). *Der TEACCH®-Ansatz* (5 Ausg.). (S. M. AG, Hrsg.) Basel: verlag modernes lernen Borgmann GmbH & Co. KG.

Hayden, T. (1980). Classification of Elective Mutism. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*(19), S. 118-133.

Hebbecker, T. (April 2016). Mein Kampf gegen das Schweigen. (M. S. V., Hrsg.) *Mutismus.de*, S. 21-25.

Heinze, T., & Thiemann, F. (August 1982). Kommunikative Validierung und das Problem der Geltungsbegründung. *Zeitschrift für Pädagogik*(4), S. 635-642.

Holodyski, M., & Oerter, R. (2018). Emotion. In W. Schneider, U. Lindenberger, W. Schneider, & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie.* Weinheim: Beltz Verlag.

Hruska, P. (Oktober 2019). Das Schweigen in der Schule: Hürden und Handlungsansätze. (M. S. V., Hrsg.) *Mutismus.de*(21), S. 5-14.

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

ICF-CY Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. (kein Datum). Hogrefe Verlagsgruppe.

IMF Interdisziplinäres Mutismus Forum. (2020). *Interdisziplinäres Mutismus Forum*. Abgerufen am 13. September 2020 von http://www.mutismus-imf.de/

(Juni 2020). Interview Mutismus. (A. Dankert, & J. Osterhagen, Interviewer)

Johanssen, K., Kramer, J., & Lukaschyk, J. (Januar 2018). Deutscher Mutismus Test (DMT-KoMut) - Erste Ergebnisse. *Forum Logopädie*(1/32), S. 20-26.

Katz-Bernstein, N. (2015). Beitrag zur Ätiologie. In *SM bei Kindern* (S. 35-38). München: Ernst Reinhardt Verlag GmbH & Co. KG.

Katz-Bernstein, N. (2015). *SM bei Kindern.* München: Ernst Reinhardt Verlag GmbH & Co. KG.

Katz-Bernstein, P. (2015). Theoretische Zugänge - Mutismusarten. In *SM bei KIndern - Erscheinungsbilder, Diagnostik, Therapie* (S. 28-30). München: Ernst Reinhardt Verlag GmbH & Co. KG.

Keckeis, M. (10. September 2019). Bedeutung und Möglichkeiten der Rollendiagnostik am Beispiel der Co-Abhängigkeit. *Zeitschrift für Psychodrama Soziometrie*. (S. F. GmbH, Hrsg.) Salzburg, Österreich. doi:https://doi.org/10.1007/s11620-019-00495-3

Kielhofner, D. (2008). MOHO (Model of Human Occupation).

Kielhofner, G. (2002). Theory and application. In *Model of Human Occupation* (3 Ausg.). Baltimore.

Klüver, J. (1979). Kommunikative Validierung - einige vorbereitende Bemerkungen zum Projekt "Lebensweltanalyse von Fernstudenten". In T. Heinze, & F. Thiemann, *Theoretische und methodologische Überlegungen zum Typus hermeneutisch-lebensgeschichtlicher Forschung* (S. 69-84).

Kranz, F. (September 2018). Occupational Deprivation - Weit entfernt von bedeutungsvollen Betätigungen. *ergopraxis*, S. 10-11. doi:10.1055/a-0629-9690

Kriegelstein, K. (November 2018). Limbisches System. In *Pschyrembel Online.* Abgerufen am 26. September 2020 von https://www.pschyrembel.de/limbisches%20System/K0M56/doc/

Kurtz, D. (2020). Abgerufen am 31. Juli 2020 von https://www.kurtzpsychology.com/

Langer, J., Herrmann, M., & Julius, H. (März 2019). Effekte einer tiergestützten, bindungsgeleiteten Therapie bei selektivem Mutismus. *Forschung Sprache*, S. 51-64.

le Granse, M., & Kuiper, C. (2019). Der Klient. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian, *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 180-195). Stuttgart: Georg-Thieme Verlag KG.

le Granse, M., van Hartingsveldt, M., & Kinébanian, A. (2019). *Grundlagen der Ergotherapie.* Stuttgart: Thieme Verlag KG.

Leben mit Mutismus im Schulalltag. (2018). Abgerufen am 1. August 2020 von https://www.youtube.com/watch?v=zYzht3xbk7g&t=2s

Lehnert, H., Kirchner, H., Kirmes, I., & Dahm, R. (2018). *Epigenetik.* Berlin: Springer-Verlag GmbH Deutschland.

Leven, I., Hurrelmann, P., & Quenzel, P. (2019). Bildung. In P. Albert, P. Hurrelmann, P. Quenzel, & Kantar, *18.SHELL JUGENDSTUDIE, JUGEND 2019, EINE GENERATION MELDET SICH ZU WORT* (S. 164). Weinheim: Beltz in der Verlagsgruppe Beltz.

Logister-Proost, I., & Steensels, M. (2019). Methodisches Handeln. In M. le Granse, M. Hartingsveldt, & A. Kinébanian, *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 474-501). Stuttgart: Georg-Thieme Verlag GmbH.

Margraf, J. (April 2016). Spontanremission. In *Pschyrembel Online.* Abgerufen am 26. September 2020 von https://www.pschyrembel.de/Spontanremission/P06GT/doc/

Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken.* Weinheim: Beltz Verlag.

Mayring, P. (2015). Ablaufmodel der Analyse. In P. Mayring, *Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken* (S. 61). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Mayring, P. (2015). Spezielle qualitative Techniken. In P. Mayring, *Qualitative Inhalsanalyse Grundlagen und Techniken* (S. 85). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Mayring, P. (2015). Techniken qualitativer Inhaltsanalyse. In P. Mayring, *Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken* (S. 72). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Mayring, P. (2015). Techniken qualitativer Inhaltsanalyse. In P. Mayring, *Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken* (S. 67). Weinheim Basel: Beltz Verlag.

Mayring, P. (2015). Techniken qualitativer Inhaltsanalyse. In P. Mayring, *Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken* (S. 65-69). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Mayring, P. (2016). Gütekriterien qualitativer Forschung. In P. Mayring, *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (S. 147). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Mayring, P. (2016). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. In P. Mayring, *Einführung in die qualitative Forschung* (S. 140-148). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Mayring, P. (2016). Verfahren qualitativer Analyse - Erhebungsverfahren: Problemzentriertes Interview. In P. Mayring, *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (6 Ausg., S. 66-72). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Merklein de Freitas, C. (2016). Bezugsrahmen in der Pädiatrie. In C. Merklein de Freitas, & H. S. Astrid Baumgarten (Hrsg.), *Ergotherapie in der Pädiatrie* (S. 183-194). Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag GmbH.

Missiuna, C., Rivard, L., & Pollock, N. (2004). They´re Bright but Can´t Write: Developmental Coordination Disorder in school aged children. *TEACHING Exceptional Children Plus*(1, article 3).

Morschitzky, H. (2009). Erklärungsmodelle für Angststörungen-Angst als biologisches Geschehen. In H. Morschitzky, *Angststörungen* (S. 226-234). Linz, Österreich: Springer-Verlag.

Mueller, O. U. (April 2016). Prävalenz. In *Pschyrembel Online.* Abgerufen am 26. September 2020 von https://www.pschyrembel.de/Pr%C3%A4valenz/K0HLC/doc/

Müller, T. (23. Mai 2019). Ärztezeitung. (S. Medizin, Hrsg.) Abgerufen am 15. Juni 2020 von https://www.aerztezeitung.de/Medizin/Das-sind-die-neuen-Krankheiten-im-ICD-11-255342.html

Oetliker, Franziska, Universität Zürich. (Juli 2003). Die Rollentheorie J.L. MORENOS im Vergleich der postmodernen Rollenkonzeption von H. Keupp u. a. Zürich, Schweiz.

Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik. (2020). *Topografie*. Abgerufen am 27. 09 2020 von https://lexikon.stangl.eu/593/resilienz/

Perkhofer, S. (2016). Was ist quantitative Forschung? In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm, *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (S. 138). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

Peters, P. (2017). Angstregression, Totstellreflex. In *Lexikon Psychiatrie Psychotherapie Medizinische Psychologie* (S. 39, 618). München: Elsevier GmbH.

Polatajko, H., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L., & Zimmermann, D. (2013). Specifying the domain of concern: Occupation as core. In E. Townsend, H. Polatajko, & C. A. 2013 (Hrsg.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being & Jusice through Occupation* (2 Ausg., S. 13-36). Ottawa.

Prelock, P. (2015). Videomodellierung / Video-Selbstmodellierung. In F. R. Volkmar (Hrsg.), *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders.* Springer, New York. doi:https://doi.org/ 10.1007 / 978-1-4419-1698-3_809

Pschyrembel. (2014). Berlin/Boston: Walter de Gruyter GmbH.

Pschyrembel Fachredaktion Medizin. (April 2016). multifaktoriell. In *Pschyrembel Online.* Abgerufen am 26. April 2020 von https://www.pschyrembel.de/multifaktoriell/K0EKB/doc/

Pschyrembel Fachredaktion Medizin. (Oktober 2018). Epigenetik. In *Pschyrembel Online.* Abgerufen am 26. September 2020 von https://www.pschyrembel.de/Epigenetik/K00CC/doc/

Pschyrembel Fachredaktion Medizin. (März 2020). Adrenalin. In *Pschyrembel Online.* Abgerufen am 26. September 2020 von https://www.pschyrembel.de/Adrenalin/A0TM3/doc/

Pschyrembel Fachredaktion Medizin. (März 2020). COVID-19-Pandemie. In *Pschyrembel Online.* Abgerufen am 26. September 2020 von https://www.pschyrembel.de/COVID-19-Pandemie/A0TJ7/doc/

Roberts, S. (Oktober 2002). Identifying Mutism's Etiologiy in a Child. (C. Cummings Stegbauer, Hrsg.) *The Nurse practitioner*(27). Abgerufen am 27. Dezember 2019 von www.tnpj.com

Rogoll, J., Petzold, M., & Ströhle, A. (März 2018). SM. *Der Nervenarzt*(89), S. 591-601.

Rösing, K., & Sölter, A. (August 2010). Selektiv mutistische Kinder in der Ergotherapie. *Bachlorarbeit des Fachbereichs Gezondheit en Zorg*. Heerlen, Niederlande: Zuyd, Hogeschool.

Rüesch, D. (kein Datum). Was ist Psychodrama. (D. Fröhlich, Hrsg.) Grenchen, Schweiz. Abgerufen am 2. Juni 2020 von http://www.mederga.ch/fileadmin/documents/pdf/Was_ist_Psychodrama_150509.pdf

Satink, T., & Van de Velde, D. (2019). Kerndomänen in der Ergotherapie. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian, *Grundlagen der Ergotherapie.* Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Schneekloth, Ulrich; Kantar. (2019). Entwicklungen bei den Werteorientierungen der Jugendlichen. *18. SHELL JUGENDSTUDIE; JUGEND 2019; EINE GENERATION MELDET SICH ZU WORT*, 106. Weinheim: Beltz in der Verlagsgruppe Beltz.

Schoch, Daniel; Berlin, Charité-Universitätsmedizin. (2018). DISSERTATION. *Untersuchung zu epigenetischen Parametern bei Soldaten der Bundeswehr mit einsatz- und nicht einsatzbedingten psychischen Belastungen und Erkrankungen*. Berlin.

Schöller, D. (April 2016). Hypothalamus. In *Pschyrembel Online.* Abgerufen am 26. September 2020 von Pschyrembel Online: https://www.pschyrembel.de/Hypothalamus/K0AFR/doc/

Schöller, D. (Mai 2019). Hypophyse. In *Pschyrembel Online.* Abgerufen am 26. September 2020 von Pschyrembel Online: https://www.pschyrembel.de/Hypophyse/K0AF1/doc/

Schulte, S. (2016). Marte Meo- Eine ressourcenorientierte, videogestützte Entwicklungsberatung. In A. Baumgarten, & H. Strebel, *Ergotherapie in der Pädiatrie - klientenzentriert, betätigungsorientiert, evidenzbasiert* (S. 261-266). Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag GmbH.

Schulte-Steinicke, B. (April 2016). Compliance. In *Pschyrembel Online.* Abgerufen am 26. September 2020 von https://www.pschyrembel.de/Compliance%20%5BPsychologie%5D/T0163/doc/

Selective Mutism Association, S. (2020). *SMA SELECTIVE MUTISM ASSOCIATION*. Abgerufen am 31. Juli 2020 von https://www.selectivemutism.org/contact/

Sharkey, L., & McNicholas, F. (2008). More than 100 years of silence, elective mutism. *European Child & Adolescent Psychiatry*(17), S. 255-263. doi:DOI 10.1007/s00787-007-0658-4

Siepermann, M. (19. Februar 2018). digital natives. In *Gabler Wirtschaftslexikon Das Wissen der Experten.* Abgerufen am 09. August 2020 von https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/digital-native-54496/version-277525

Stamm, T. (2016). Randomisierte kontrollierte klinische Studie. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm, *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (S. 138-145). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

Stangl, W. (kein Datum). *Resilienz*. Abgerufen am 26. September 2020 von https://lexikon.stangl.eu/593/resilienz/

Starke, D. (2018). SM bei mehrsprachigen Kindern. (T. V. Stuttgart, Hrsg.) Dortmund. doi:DOI https://doi.org/10.1055/s-0043-123985

Steinhausen, P.-C., & Adamek, D. (1997). The family history of children with elective mutism: a research report. *European Child & Adolescent Psychiatry*(6), S. 107-111.

Stilleben e. V. Hannover. (17. Juni 2020). *Was ist SM Informationen für Ärzte*. (S. e. Hannover, Herausgeber) Abgerufen am 17. Juni 2020 von https://www.selektiver-mutismus.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/

Taylor, R. (2017). *Kielhofner´s Model of Human Occupation* (5 Ausg.). Philadelphia, Baltimore : Wolters Kluwer.

Taylor, R. R. (2017). *Kielhofner´s Model of Human Occupation.* Baltimore: Wolters Kluwer.

van Hartingsveldt, M., & van den Houten, J. (2019). Die Entwicklung des Betätigens. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian, *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 273-286). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

van Hartingsveldt, M., Meijers, R., Ras, S., Stal, R., & ten Velden, M. (2019). Assessments in der Ergotherapie. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian, *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 549-564). Stuttgart: Georg-Thieme-Verlag KG.

Verhoef, J., & Zalmstra, A. (2019). Model of Human Occupation (MOHO). In M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian, *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 395-411). Stuttgart, New York: Georg-Thieme Verlag KG.

Völcker, M., & Bruns, A. (2016). Die digitale Selbstdarstellung: Zur subjektiven Bedeutung von Selfies für Heranwachsende und junge Erwachsene. Göttingen, Deutschland. doi:http://dx.doi.org/10.17169/fqs-19.3.2873.

Vollmer, K. (2012). *Fachwörterbuch für Erzieherinnen und pädagogische Fachkräfte.* Freiburg: Verlag Herder.

Wertz, F. J. (2016). Qualitative Forschungsdesigns und Methoden. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm, *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (R. Weigl, Übers., S. 69). 2016, Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

WHO. (2001). *DIMDI Medizinwissen Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.* (DIMDI, Hrsg.) Abgerufen am 22. Juni 2020 von https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icf/icfhtml2005/zusatz-05-anh-1-taxonomie-und-terminologie.htm

Wolfert, Sabine; Leven, Ingo; Kantar. (2019). Freizeitgestaltung und Internetnutzung. In P. Albert, P. Hurrelmann, P. Quenzel, & Kantar, *18. SHELL JUGENDSTUDIE; JUGEND 2019; EINE GENERATION MELDET SICH ZU WORT* (S. 236). Weinheim: Beltz in der Verlagsgruppe Beltz.

Wortbedeutung.info Wörterbuch. (kein Datum). *Bilingualität*. Abgerufen am 26. September 2020 von https://www.wortbedeutung.info/Bilingualit%C3%A4t/

Wortbedeutung.info Wörterbuch. (kein Datum). *Lowtech*. Abgerufen am 09. August 2020 von https://www.wortbedeutung.info/Lowtech/

Zahavi, D. (2018). Methodologische Grundthemen - Die Bedeutung der ersten Person-Perspektive. In *Phänomenologie für Einsteiger* (S. 17-20). Wilhelm Fink Verlag.

Glossar

Adaptionsprozess	Adaption- Anpassungsprozess an die Fähigkeiten des einzelnen Individuums (Boyt Schell, Gillen, & Scaffa, 2014)
Adrenalin	Hormon, welches im Nebennierenmark gebildet wird (Pschyrembel Fachredaktion Medizin, 2020)
Analyseeinheiten	festgelegte Maßeinheiten des Materials, die zum Gegenstand der Analyse gemacht werden sollen. Die „Kodiereinheit“ stellt die kleinste, die „Kontexteinheit“ die größte Texteinheit dar. Gleichzeitig bestimmen Analyseeinheiten auch die Elemente, welche für die Bildung von Kategorien dienen (Mayring, Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken, 2003)
Austauschtagebücher	In den Austauschtagebüchern notieren das Kind und/oder der jeweilige Fachtherapeut aktuelle Erlebnisse oder Behandlungsstände. Das Austauschtagebuch wird über die Eltern an andere involvierte Kolleginnen oder Kollegen weitergereicht (Interview Mutismus, 2020).
Auswertungseinheiten	legen Reihenfolge der auszuwertenden Texteinheiten fest (Mayring, Ablaufmodel der Analyse, 2015)
Assessments	gezielt eingesetzte Messinstrumente, Fragebögen oder Selbstevaluierungslisten (le Granse, van Hartingsveldt, & Kinébanian, Grundlagen der Ergotherapie, 2019)
Assistive Technologien	assistive technology - Unterstützungstechnologie (le Granse, van Hartingsveldt, & Kinébanian, Grundlagen der Ergotherapie, 2019)
Audio- und Video Self-Modeling	Einsatz audio/ videogestützter Methoden, um Verhaltensmuster zu erkennen und zu erlernen (Prelock, 2015)
Bilingualität	Mehrsprachigkeit (Wortbedeutung.info Wörterbuch, kein Datum)

Bio-psychosoziales Modell	Erweiterte Modell, in dem biomedizinische, psychologische und soziale Faktoren eine Rolle spielen, die bei Erkrankungen und im Heilungsprozess eine Rolle spielen (le Granse, van Hartingsveldt, & Kinébanian, Grundlagen der Ergotherapie, 2019).
Boolesche Operatoren	Erfunden von George Boole (1815 - 1864) zur systematischen Verknüpfung von Suchbegriffen (Boolsche Operatoren, kein Datum), welche z.B. in Qualifikationsarbeiten eingesetzt werden
Case-Control-Studie	englisch: Fall-Kontroll-Studie
Compliance	Einsichts-, Kooperationsbereitschaft und Zuverlässigkeit des aufsuchenden Individuums, welche unter anderem durch Akzeptanz der Maßnahmen deutlich wird, Gegenteil: Non-Compliance (Schulte-Steinicke, 2016)
Cortisol	in der Nebenniere synthetisiertes Glukokoiktoid (Pschyrembel Fachredaktion Medizin, 2020)
Covid 19 Virus	Lungenerkrankung viralen Ursprungs infolge einer Infektion mit dem Coronavirus-Typ SARS-CoV-2 (Pschyrembel Fachredaktion Medizin, 2020)
Deskriptive (Fall-)studie	Beschreibende Studie von meist großem Umfang, die in verschiedenen Bereichen eingesetzt werden kann (Döring & Bortz, Untersuchungsdesign, 2016)
Diagnostisches Reasoning	Diagnosen im Mittelpunkt des Denkens (Boyt Schell B. , Professional Reasoning in Practice, 2019)
Digital Natives	Mensch, der im digitalen Zeitalter aufgewachsen und den Umgang mit diesem gewohnt ist (Siepermann, 2018)

Endokrines System/ endokrin	Umschreibung des Sekretionsmechanismus von Hormondrüsen die ihre Bestandteile in das Blut abgeben (Ganse, 2020)
Epigenetik	wissenschaftlicher Bereich, die sich mit genetischen Phänomenen und Regulationsmechanismen befassen, die nicht auf genetischen Veränderungen beruhen (Pschyrembel Fachredaktion Medizin, 2018)
Epigenom	Das Epigenom umfasst alle epigenetischen Modifikationen, die sich an bestimmten Stellen des Genoms befinden und das Auslesen des Genoms stetig anpassen (Lehnert, Kirchner, Kirmes, & Dahm, 2018)
Ethikkodex	beschreibt wegweisende Informationen für professionelles Handeln arbeiten und Verhalten im ergotherapeutischen Beruf (DVE Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V., 2005)
Ethisches Reasoning	Einbezug der eigenen Ansichten und Werte und der der Klient/-innen. Ethische Konflikte und mögliche Lösungsansätze im Mittelpunkt (Boyt Schell B. , Professional Reasoning in Practice, 2019)
Evidenz/ evidenzbasiert	wissenschaftliche Nachweisbarkeit (Döring & Bortz, Qualitätskriterien in der empirischen Sozialforschung, 2016)
Generalisieren/ Generalisierung	Verallgemeinerung der Aussagen bei der Inhaltsanalyse (Mayring, Techniken qualitativer Inhaltsanalyse, 2015)
Genetische Disposition	Erhöhte Neigung zu bestimmten Erkrankungen (Antwerpes & Mathies, kein Datum)
Grounded-Theory-Methodologie	Forschungsstrategie, die darauf hinausläuft, Theorien zu entwickeln (Döring & Bortz, Qualitätskriterien in der empirischen Sozialforschung, 2016)
Habituation	Gewöhnung: Rollen und Gewohnheiten (Taylor R. R., 2017)
Hypothalamus	hirnorganischer Anteil, welcher unter dem Dienzephalon liegt (Schöller, Hypothalamus, 2016)
Hypophyse	In der Schädelbasis liegendes Organ, das mit dem Hypothalamus in Verbindung steht (Schöller, Hypophyse, 2019)

Induktive Kategorien	Ableitung der Kategorien aus dem Interviewmaterial (Mayring, Spezielle qualitative Techniken, 2015)
Inhaltsmodelle	gestatten einen umfassenden Blick auf ein Individuum, geben Struktur und ermöglichen das Professionelle Reasoning von Ergotherapeuten/-innen. Im Mittelpunkt stehen die Betätigung, der Klient und die Betätigungsumwelt und dessen wechselseitigen Beziehungen (le Granse, van Hartingsveldt, & Kinébanian, Grundlagen der Ergotherapie, 2019)
Interventionen	Prozess, der von Ergotherapeuten/-innen zusammen mit den Klienten/-innen gestaltet wird. Der Interventionsprozess beinhaltet folgende Schritte: das Planen, die Durchführung und die Überprüfung der Intervention (Boyt Schell, Gillen, & Scaffa, 2014)
Klientenzentrierung	Transparenz dem/der Klienten/-in gegenüber in allen Situationen unter Einbezug in die Entscheidungen zum Vorgehen etc. (le Granse, van Hartingsveldt, & Kinébanian, Grundlagen der Ergotherapie, 2019)
Konditionales Reasoning	Entwicklung eines Gesamtüberblickes unter Berücksichtigung der Alltagsbetätigungen (Boyt Schell B. , Professional Reasoning in Practice, 2019)
Komorbide Symptomatik/ Komorbidität	Auftreten von mindestens zwei voneinander abgrenzbaren Erkrankungen (Braun, 2016)
Limbisches System	Ältere funktioneller Anteil des Zentralnervensystems (Kriegelstein, 2018)
Live-Events	englisch: Lebensereignisse
Low-Tech-Geräte	Gegensatz zu Hightech- Vermeidung umfassender und kostenintensiver Technik (Wortbedeutung.info Wörterbuch, kein Datum)
Marte Meo	Konzept zur Unterstützung der Entwicklung unter Einbezug von Videounterstützenden Interventionen (Bär & Stade, kein Datum)
MATCH-Ansatz	Ergotherapeutische Intervention im Schulkontext (Missiuna, Rivard, & Pollock, 2004)

Mikroebene	Das einzelne Individuum, das mit anderen Individuen in einen Austausch geht (Gerlinger & Noweski, 2012)
Mesoebene	Beziehen sich auf Organisationen oder Institutionen (Gerlinger & Noweski, 2012)
Makroebene	Bezieht sich auf die Festlegung und Überwachung von Gesetzen (Gerlinger & Noweski, 2012)
Multifaktoriell	Aus mehreren Aspekten bestehend (Pschyrembel Fachredaktion Medizin, 2016)
Narratives Reasoning	berücksichtigt die Lebensgeschichte der Klient/-innen unter Einbezug seiner Prägung und Erfahrung (Boyt Schell B. , Professional Reasoning in Practice, 2019)
Outcome (-Messung)	Messbare Ergebnisse durch eine Intervention oder andere Einflüsse (Boyt Schell, Gillen, & Scaffa, 2014)
Paraphrasierung	Streichen unwesentlicher Textbestandteile, Umschreibung in vergleichbares Sprachmaß und Kürzung des Textes auf eine möglichst kurze Form (Mayring, Techniken qualitativer Inhaltsanalyse, 2015)
Partizipation	Eingebunden sein in Lebenssituationen (Boyt Schell, Gillen, & Scaffa, 2014)
Phänomenologie	Wissenschaftliches Vorgehen, das für die Sammlung von subjektiven Erfahrungen von Menschen genutzt wird (Wertz, 2016)
Phänotyp	äußere Merkmale eines Individuums (Schöller, Hypothalamus, 2016)
Performanzvermögen	Beschreibt Fähigkeiten, durch die Betätigungen ausgeführt werden können. (le Granse, van Hartingsveldt, & Kinébanian, Grundlagen der Ergotherapie, 2019)
Prävalenzrate	Abundanz eines Vorkommens einer Krankheit/ Symptom innerhalb der Population und eines Zeitfensters (Mueller, 2016)
psychopathologisch	Beschäftigt sich mit Anzeichen psychischer Leiden (Anwerpers, Lazar, & Merz, kein Datum)

Pretest	Bezeichnung eines „Probe-Interviews“, um den Interviewleitfaden auf dessen Inhalt und um weitere Rahmenbedingungen zu überprüfen (Bogner, Littig, & Menz, 2014)
Professionelles Reasoning	Denkweisen, die von Ergotherapeuten/-innen in allen Schritten des ergotherapeutischen Prozesses angewendet werden (Boyt Schell B. , Professional Reasoning in Practice, 2019)
Prozessmodell	gibt dem ergotherapeutischen Prozess eine Struktur (le Granse, van Hartingsveldt, & Kinébanian, Grundlagen der Ergotherapie, 2019)
Qualitative Forschung/ Inhaltsanalyse	Art der Datenerhebung und -analyse, bei der Meinungen, Perspektiven und Erfahrungen der Befragten im Mittelpunkt stehen (le Granse, van Hartingsveldt, & Kinébanian, Grundlagen der Ergotherapie, 2019)
Quantitative Forschung	Beantwortung einer Forschungsfrage durch standardisiertes Vorgehen mittels Zahlenwerte (Perkhofer, 2016)
randomisierten kontrollierten klinischen Studie	Studiendesign von hohem Wert, welches im klinischen Setting mit der Hilfe einer zusätzlichen Kontrollgruppe durchgeführt wird (Stamm, 2016)
Reduktion	Verringerung des gewonnen Gesamtdatenmaterials durch definierte Vorgehensweisen (Mayring, Techniken qualitativer Inhaltsanalyse, 2015)
Resilienzfaktoren	Resilienz = „Widerstandsfähigkeit“ (Stangl, kein Datum)
Scientific Reasoning	Einbezug wissenschaftlichen Wissens, Bildung von Hypothesen inklusive Stärkung oder Wiederlegung dieser (Boyt Schell B. , Professional Reasoning in Practice, 2019)
SMART/ SMART(IE)	Merkmale für die Formulierung von Zielen (le Granse, van Hartingsveldt, & Kinébanian, Grundlagen der Ergotherapie, 2019)
Soziales Reasoning	Entwicklung einer holistischen Sicht auf den Menschen in seinem Alltag (Boyt Schell B. , Professional Reasoning in Practice, 2019)

Spontanremissionen	Abnahme von Symptomen oder Heilung von Krankheiten ohne therapeutische Handlung oder medizinischen Eingriff (Margraf, 2016).
Studiendesign	Auch Forschungsdesign, Untersuchungsdesign, beschreibt das methodische Verfahren innerhalb einer Forschung (Döring & Bortz, Untersuchungsdesign, 2016)
Transkription	Verschriftlichung von Gesprochenen Worten z. B. von Interviews (Fuß & Karbach, 2019)
Transitionsphase/ Transitionsprozess/	lat. Transitus = Übergang, Lebensübergänge, die jedes Individuum durchlebt, die durch einen prägenden Wandel gekennzeichnet sind (Vollmer, 2012).
TOP-DOWN	Betrachtung ausgehend von der Ebene der Partizipation über das Aktivitäts-, Aufgaben- und Fertigkeitsniveau bis hin zu den Funktionen (le Granse, van Hartingsveldt, & Kinébanian, Grundlagen der Ergotherapie, 2019)
Topografie (des Schweigens)	Synonym für Zustandsbeschreibung, Bestandsanalyse (Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik, 2020); hier: wo und wann tritt das Schweigen auf
Volition	Motivation und Wille: persönliche Effektivität, Werte, Interessen (Taylor R. R., 2017)
Zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse	Das Ziel ist die Verringerung des gesammelten Materials, sodass aussagekräftige Anteile erhalten bleiben, die das zu Beginn gewonnene Datenmaterial repräsentieren (Mayring, Techniken qualitativer Inhaltsanalyse, 2015)

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Diagnostik als Prozessgeschehen (Katz-Bernstein/Zaepfel 2004) 30
Abbildung 2: Der Gesamtbereich des Wohlbefindens (WHO, 2001) 46
Abbildung 3: Intensität von Problemaktivierung und Ressourcenaktivierung (Gassmann & Grawe, 2004) 50
Abbildung 4: MOHO: Menschliche Komponenten und Umwelt 56
Abbildung 5: MOHO: Dimensionen der Umwelt (Fisher, Parkinson, & Haglund, 2017) 57
Abbildung 6: Therapeutic Reasoning Process 61
Abbildung 7: Schematische Darstellung des qualitativen Forschungsprozesses¸ 71
Abbildung 8: Ablaufmodell zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (2016) 82
Abbildung 9: Materialreduzierung durch die Zusammenfassung (Mayring, Gütekriterien qualitativer Forschung, 2016) 84
Abbildung 10: Prozessmodell induktiver Kategorienbildung nach Philipp Mayring (2016) 85
Abbildung 11: Behandlung des selektiven Mutismus in der Ergotherapie 125
Abbildung 12: Ergotherapeutische Interventionen im Schulkontext (Missiuna, Rivard, & Pollock, 2004) 137

ANLAGE 1 Klassifikationsbeispiel nach ICF-CY

(ICF-CY Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen)

Klassifikation der Körperfunktionen (Schädigungen erheblich ausgeprägt)

b122.3	Globale psychosoziale Funktionen
b126.3	Funktionen von Temperament und Persönlichkeit
b1260	Extraversion
b1263	psychische Stabilität
b1264	Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen
b1266	Selbstvertrauen
b152.3	Emotionale Funktionen
b1520	(Situations-)Angemessenheit der Emotionen
b1522	Spannweite von Emotionen

Klassifikation der Aktivitäten und Partizipation (Problem erheblich ausgeprägt)

d330.3	Sprechen
d332.3	Singen
d335.3	Non-verbale Mitteilungen produzieren
d3350	Körpersprache einsetzen
d350.3	Konversation
d3500	Eine Unterhaltung beginnen
d3501	Eine Unterhaltung aufrechterhalten
d3503	sich mit einer Person unterhalten
d3504	eine Unterhaltung mit mehreren Personen führen
d530.3	die Toilette benutzen
d5300	Die Belange der Blasenentleerung regulieren
d53000	Bedürfnisse zur Blasenentleerung anzeigen
d5301	Die Belange der Darmentleerung regulieren
d53010	Bedürfnisse zur Darmentleerung anzeigen
d550.3	Essen
d5500	Das Bedürfnis zu essen anzeigen
d560.3	Trinken

d5600	Das Bedürfnis zu trinken anzeigen
d620.3	Waren und Dienstleistungen des täglichen Lebens beschaffen
d6200	Einkaufen
d710.3	Allgemeine interpersonelle Interaktionen
d7104	Soziale Zeichen in Beziehungen
d71040	Soziale Interaktion initiieren
d71041	Soziale Interaktion aufrechterhalten
d720.3	Komplexe interpersonelle Interaktionen
d7200	Beziehungen eingehen
d730.3	Mit Fremden umgehen
d740.3	Formelle Beziehungen
d7400	Mit Autoritätspersonen umgehen
d7402	Mit Gleichrangigen umgehen
d750.3	Informelle soziale Beziehungen
d7500	Informelle Beziehungen zu Freunden
d7501	Informelle Beziehungen zu Nachbarn
d7502	Informelle Beziehungen zu Bekannten
d7503	Informelle Beziehungen zu Seinesgleichen (Peers)
d760.3	Familienbeziehungen
d7603	Beziehungen zum erweiterten Familienkreis
d815.3	Vorschulerziehung
d8150	Eintreten in ein Programm der Vorschulbildung oder seinen Stufen
d8151	Verbleib in einem Programm der Vorschulbildung
d8152	Vorankommen in einem Programm der Vorschulbildung
d8153	Abschließen eines Programmes der Vorschulbildung
d816.3	Vorschulalltag und damit verbundene Tätigkeiten
d820.3	Schulbildung
d8200	Eintreten in ein Programm der Schulbildung
d8201	Verbleib in einem Programm der Schulbildung
d8202	Vorankommen in einem Programm der Schulbildung
d8203	Abschließen eines Programmes der Schulbildung

d830.3	Höhere Bildung und Ausbildung
d8300	Eintreten in ein Programm der höheren Bildung oder seine Stufen
d8301	Verbleib in einem Programm der höheren Bildung
d8302	Vorankommen in einem Programm der höheren Bildung
d8303	Abschließen eines Programms der höheren Bildung
d910.3	Gemeinschaftsleben
d9100	Informelle Vereinigungen
d9102	Feierlichkeiten
d9103	Informelles Gemeinschaftsleben
d920.3	Erholung und Freizeit
d9201	Sport
d9204	Hobbys

Klassifikation der Umweltfaktoren (Barrieren und/ oder Förderfaktoren) Unterstützung und Beziehungen

e310	Engster Familienkreis
e320	Freunde
e330	Autoritätspersonen
e355	Fachleute der Gesundheitsberufe
e360	Andere Fachleute

Einstellungen

e410	Individuelle Einstellungen des engsten Familienkreises
e415	Individuelle Einstellungen der Mitglieder des erweiterten Familienkreises
e420	Individuelle Einstellungen des Freundeskreises
e430	Individuelle Einstellungen von Autoritätspersonen,
e465	Gesellschaftliche Normen, Konventionen und Weltanschauungen

Fragebogen für den Pretest

Gab es Fragen, die unverständlich formuliert wurden, wenn ja, welche?

_____

_____

Wie haben Sie sich in der Situation des Interviews gefühlt?

_____

_____

War das Stellen von Zwischenfragen angemessen?

_____

_____

Gab es aus Ihrer Sicht irrelevante Fragen?

_____

_____

Fehlte Ihnen eine wichtige Frage?

_____

_____

Haben Sie noch weitere Hinweise und Anregung?

_____

_____

ANLAGE 3 Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem Interview

Durchführende Institution: Bachelorstudiengang Ergotherapie, Zuyd Hogeschool, Heerlen (NL)

Begleitende Dozentin: Cornelie Zillhardt

Interviewerinnen: Ann Christin Dankert und Jeannette Osterhagen

Interviewdatum:

Über das Forschungsprojekt wurde ich aufgeklärt per:

☐E-Mail ☐Telefon ☐ anders, und zwar_____

Die Interviews werden mit einem Aufnahmegerät/ Handy aufgezeichnet und sodann von den Studierenden der Forschung verschriftlicht. Personenbezogene Kontaktdaten werden von den Interviewrohdaten getrennt und für Dritte unzugänglich gespeichert. Nach Beendigung der Forschung werden Ihre Kontaktdaten und die Interviewaufnahmen gelöscht. Vor der Verwendung der gewonnenen Daten im Rahmen der Bachelorarbeit erfolgt eine Rücksendung des verschriftlichten Interviews, sodass Sie alle Angaben auf Richtigkeit überprüfen können. Sie haben dann die Möglichkeit, Inhalte anzupassen, zu verändern oder zu entfernen. Nur die von Ihnen autorisierte Fassung des Interviews wird für die weitere Bearbeitung der Forschung genutzt. Die Ergebnisse der Interviews sowie geeignete Zitate werden anonymisiert in der Bachelorarbeit genutzt. Im gesamten Prozess wird die aktuelle Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) berücksichtigt und eingehalten.

Die Teilnahme an dem Interview ist freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit das Interview abzubrechen und Ihr Einverständnis in eine Aufzeichnung und Niederschrift des Interviews zurückziehen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

- *Ja, Ich bin damit einverstanden, im Rahmen der Bachelorarbeit zum Thema elektiver/ SM an einem Interview teilzunehmen.*

- *Ja, Ich bin mit der Nutzung anonymisierten Daten und von Zitaten einverstanden.*

_____

Name, Vorname (Druckschrift)

_____

Ort/ Datum / Unterschrift (Interviewteilnehmer)

Wieren, den 25.05.2020 _____

Ort/ Datum/ Unterschrift (Interviewer)

ANLAGE 4 Vorbereitende Fragen zum Experteninterview

Bitte kreuzen Sie hier Zutreffendes an bzw. führen Sie ggf. kurz die Fakten aus.

---

1. **Wie lange arbeiten Sie bereits als Ergotherapeuten/-innen?**

   ☐ weniger als 3 Jahre ☐ zw. 3 und 10 Jahren ☐ über 10 Jahre

2. **Wie erfolgte Ihre Ausbildung zur Ergotherapeutin?**

   ☐ Berufsausbildung an einer Berufsfachschule

   ☐ Studium an einer Fachhochschule oder Universität

   ☐ anderes:
   _____

3. **Wieviele Kinder mit Mutismus haben Sie bereits behandelt?**

   ☐ weniger als 5 ☐ bis zu 5 ☐ mehr als 5, und zwar
   _____

4. **Wie lauteten die Diagnosen auf den Verordnungen?**

   _____

   Welche Nebendiagnosen wurden häufig gestellt?

   _____

5. **Welche Therapieform wurde verordnet?**

   ☐psychisch-funktionell ☐ sensomotorisch-perzeptiv ☐ andere _____

6. **Waren bestimmte Klient/-innengruppen in den letzten Jahren auffallend häufig vertreten? Falls ja, welche? (z. B. Flüchtlingskinder etc.)**

   ☐ Nein ☐ Ja, und zwar _____ Jahre

   Über welchen Zeitraum werden die meisten Kinder durchschnittlich behandelt?
   ☐ weniger als 6 Monate ☐ 6 – 12 Monate ☐ länger als ein Jahr

ANLAGE 5 Interviewleitfaden

Bezug	Nr.	Hauptfragen
Gesprächsbeginn		
Begrüßung und Vorstellung der eigenen Person, Erläuterung des Ziels der Studie.		
Sondierungsfragen		Wie lange arbeiten Sie bereits als Ergotherapeut/in in Ihrer Institution? Erzählen Sie uns bitte kurz etwas über Ihren Werdegang.
Inhaltsmodell 7-Steps		
Step 1: Generieren von Fragen zum Klienten/-innen	1	Wie gestalten Sie den Erstkontakt?
	2	Was denken Sie über die Ursachen der Erkrankung ihrer Klient/-innen?
Step 2: Durchführen von Assessments	3	Erzählen Sie uns nun bitte etwas über die Anamnese. Wie gestalten Sie diese?
	4	Worauf achten Sie in der Kommunikation bei und mit dem Kind?
Step 3: Betätigungsbeschreibung zur Klienteb/-innen-Situation erstellen	5	Können Sie uns etwas über den Alltag der Betroffenen erzählen?
Step 4: Identifizierung notwendiger Betätigungsveränderungen	6	In welchen Bereichen werden Veränderungswünsche geäußert? (soziale/physische/kulturelle/gesellschaftliche Umwelt? Rollen? Routinen? o. ä.) Gibt es auffällige Häufungen?
Step 5: Entwicklung messbarer Ziele	7	Inwiefern werden Ziele formuliert?
Step 6: Durchführung der Intervention	8	Können Sie uns etwas darüber erzählen, wie Sie die Interventionen gestalten?
Step 7: Bewertung des Outcomes der Intervention	9	Wie sehen die Therapieerfolge aus, können Sie diese anhand eines Beispiels deutlich machen?
	10	Bitte erzählen Sie uns nun noch etwas über die interdisziplinäre Zusammenarbeit, gern anhand eines Beispiels.
	11	Welchen Stellenwert hat das Beraten von Eltern oder Dritten bei diesem Störungsbild?
Persönlichkeit des Ergotherapeuten/-innen	12	Welche persönlichen Eigenschaften wären aus Ihrer Sicht in der Behandlung von mutistischen Kindern förderlich? (z. Bsp. ruhig, fröhlich, laut, konfrontativ oder anderes)?
	13	Welche weiteren Faktoren beeinflussen die Therapie? Können Sie einen konkreten Fall schildern?
	14	Haben wir noch etwas Wichtiges vergessen, was Sie uns mitteilen möchten oder können?

Nebenfragen
Ist das Kind beim Erstgespräch anwesend?
Welche Fragen stellen Sie?
Wie beziehen Sie das Kind mit ein?
Wie treten Sie grundsätzlich mit dem Kind in Kontakt?
Welche Assessments setzen Sie ein und mit welchem Ziel? (bei nein, weiter mit Frage 10)
Wie zufrieden sind Sie mit den durch die Assessments ermittelten Ergebnisse?
Falls Sie Selbsteinschätzungsinstrumente verwenden, wie gestaltete sich die Durchführung?
Hilfestellung: Sprache? Ausrichtung des Körpers/der Augen? Das Eingehen von Beziehungen?
Wie wirkt sich die Betätigungseinschränkung auf das soziale Umfeld aus (Familie)?
Welchen Veränderungsbedarf beschreiben die Betroffenen?
Inwiefern nutzen Sie die individuelle Habituation des Kindes/Jugendlichen? (Interessen, Werte etc.)
Wer formuliert diese?
Gibt es unterschiedliche Ziele bei Kindern, Eltern oder von sonstigen erweiterten Klienten/-innen? Falls ja, welche?
Welche Ziele haben die Eltern?
Welche Ziele haben die Kinder?
Welche Ziele haben sonstige Dritte?
Welcher Ansatz wird gewählt (Direktiv oder Nondirektiv; TOP-DOWN oder BOTTOM-UP)?
Wird mit nonverbalen Techniken gearbeitet?
Welche Mittel/Medien/Therapiemanuale werden eingesetzt?
Wie wird während der Behandlung mit dem Nichtsprechen des Kindes umgegangen?
Wie werden die Ursachen der Erkrankung bei der Intervention berücksichtigt?
Gehen Sie dabei direktiv oder nondirektiv vor?
Wie gestalten Sie das therapeutische Setting?
Was haben Klient/-innen bzw. erweiterte Klient/-innen zum Verlauf der Therapie zurückgemeldet?
Wie wird die Erreichung der Ziele überprüft?
Wie gewährleisten Sie den Alltagstransfer der in der Therapie erreichten Ergebnisse?
Welche Probleme ergeben sich im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit?
Mit welchen Berufsgruppen arbeiten Sie zusammen?
Was wissen Sie über die Ziele der einzelnen Berufsgruppen?

Wie erfolgt der interdisziplinäre Informationsaustausch?
Wer wird beraten?
Wer führt die Beratung durch?
Zu welchen Themen wird beraten?
Wie beschreiben Sie Ihr Vorgehen innerhalb der Behandlung? (entsprechend der persönlichen Eigenschaften oder angepasst?)

ANLAGE 6 Rekrutierungsaufruf

Für das Erstellen unserer BACHELORARBEIT zum Störungsbild „ELEKTIVER/SM“ suchen wir mehrere INTERVIEW-TEILNEHMER*INNEN WORUM GEHT ES? Ergotherapeuten behandeln Kinder und Jugendliche, die an dem seltenen Störungsbild „elektiver/SM“ leiden. Über die Behandlungsmethoden- und Erfolge ist bislang in der Wissenschaft wenig bekannt. Uns interessieren die persönlichen Erfahrungen und Vorgehensweisen unserer Kolleg*innen bei der Behandlung dieser Klientel. Insbesondere möchten wir den ergotherapeutischen Prozess (Evaluation, Befunderhebung, Intervention) beleuchten. Wie wird mit den für das Störungsbild typischen Verhaltensweisen in der Therapie umgegangen? SIE SIND ERGOTHERAPEUT/IN UND HABEN ⇒ mindestens 1-2 Jahre Berufserfahrung ⇒ bereits Kinder oder Jugendliche mit Mutismus behandelt

ABLAUF DER BEFRAGUNG

Dauer: ca. 60 Minuten

Ort: Die Interviews werden online durchgeführt. Hierfür greifen wir auf DSGVO-konforme Dienste zurück.

Datenschutz: Die Daten fließen anonymisiert in die Auswertung ein.

WIE TRETEN SIE MIT UNS IN KONTAKT?

Senden Sie bitte bis **22.05.2020** eine E-Mail an folgende Adresse:
ergotherapie.mutismus@gmail.com

Gern beantworten wir offene Fragen vorab.

Über Ihre Nachricht freuen sich
Jeannette Osterhagen (Lüneburg)
Ann Christin Dankert (Uelzen)
Studentinnen der Zuyd Hogeschool in Heerlen (NL)

ANLAGE 7 Persönliches Anschreiben per Brief

Adresse

Lüneburg, 11. Mai 2020

Studie zum Störungsbild „elektiver/SM“

Sehr geehrte ,

ich bin Studentin des Fachbereiches Ergotherapie an der Zuyd Hogeschool in Heerlen (NL) und wende mich heute persönlich an Sie.

Im Rahmen einer Forschungsarbeit zum Thema „Mutismus“ möchten meine Bachelorpartnerin und ich untersuchen, wie Kolleginnen und Kollegen den ergotherapeutischen Prozess bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit der Diagnose "elektiver/SM" gestalten. Da es sich um eine relativ selten auftretende Störung handelt, ist der Kreis der behandelnden Experten sehr klein. Wir sind daher auf die Erfahrungen und das Wissen weniger Kolleginnen und Kollegen angewiesen. Aufgrund der aktuellen Lage stehen wir vor besonderen Herausforderungen bei der Rekrutierung von Interviewpartnern und der Durchführung der Interviews. Sie und Ihr Unternehmen gehören zu denjenigen, auf die wir nun unsere Hoffnung setzen.

Wir würden uns freuen, wenn sich eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter aus dem Bereich der Ergotherapie bereit erklärt, uns etwas über ihre/seine Erfahrungen zu berichten. Genauere Informationen zur Studie können Sie dem Anhang entnehmen.

Für Ihre Unterstützung bedanke ich mich recht herzlich und verbleibe

mit freundlichen Grüßen

Jeannette Osterhagen

Anlagen

ANLAGE 8 Anschreiben per Email

Von: Ergotherapie Mutismus <ergotherapie.mutismus@gmail.com> Di., 28. Apr., 12:26

an Adressat

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bitten Sie heute um Ihre Unterstützung und Teilnahme an unserer Studie, die wir im Rahmen unserer Bachelorarbeit durchführen werden.

Wir sind Studentinnen des Fachbereiches Ergotherapie und studieren gemeinsam an der Zuyd Hogeschool in Heerlen (NL).

Als Ergotherapeutinnen aus den Fachbereichen Pädiatrie und Psychiatrie möchten wir in unserer Forschungsarbeit untersuchen, wie unsere Kolleginnen und Kollegen den ergotherapeutischen Prozess bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit der Diagnose "Selektiver/elektiver Mutismus" gestalten.

Aufgrund der aktuellen Lage stehen wir vor besonderen Herausforderungen bei der Durchführung der Interviews. Wir freuen uns daher über jede Kollegin/jeden Kollegen, der sich bereit erklärt, uns etwas über ihre/seine Erfahrungen zu berichten.

Weitere Informationen können Sie dem anliegenden Schreiben entnehmen.

Wir freuen uns über Ihre Nachricht!

Ann Christin Dankert (Uelzen) und **Jeannette Osterhagen (Adendorf)**

Studentinnen der Zuyd Hogeschool in Heerlen (NL)

ergotherapie.mutismus@gmail.com

Angang: Rekrutierungsaufruf

ANLAGE 9 Beispiele für Vorgehen im Rahmen der Interventionen

Methode	Durchführung
Tiergestützt	→ Präsentation für einen Klassenvortrag ausarbeiten und einen Hund darin einbeziehen → Erarbeiten von Fragen in der Klasse, die auf Karten geschrieben werden. → Der Hund zieht Karten, die Klasse muss antworten.
	→ Zur Anbahnung: Gespräch mit dem Hund führen, Hund flüstert etwas in das Ohr der Therapeutin
	→ Rätsel spielen mit dem Hund
	→ Hund und Handpuppe miteinander kommunizieren lassen
	→ Memory spielen mit dem Hund → Sich darüber beklagen, dass er so undeutlich spricht → Kind bitten, mit dem Hund zu sprechen oder dessen Geräusche nachzuahmen
	→ Hasen bürsten → überlegen, was er fressen würde → Verschiedene und auch falsche Vorschläge unterbreiten
Technikbasiert	→ Aufnehmen der Stimme mit dem Smartphone durch die Eltern → Fragen, ob die Stimme mit zur Ergotherapie darf → Bei Verneinung im wöchentlichen Abstand erneut fragen → Bei wiederholter Verneinung wird dem Kind erklärt, dass es wichtig ist, die Stimme mit in die Ergotherapie zu nehmen. Die Mutter entscheidet.
	→ Videotherapie, online
	→ Telefonat mit Kollegen/-innen im anderen Raum
Angstreduzierend	→ Visuelle Reize reduzieren: Lamellenvorhang als Sichtschutz verwenden
	→ kleiner Therapieräume wählen
anderweitig Interaktionsförderung	→ Plaudertasche herstellen: Füllen mit Dingen, die das Kind mag, z. B. ein Quiz oder ein Lotto. → Plaudertasche auf den Spielplatz oder auf Reisen mitnehmen. → dient als Anregung, mit anderen Kindern in Kontakt zu treten → imaginären stimmlichen An- und Ausschalter am Körper des Kindes zeigen lassen und bedienen

	→ imaginären Knopf drehen und auf stimmliche Reaktion des Kindes warten
	→ Zirkusprojekt: Tierbewegungen und Tiergeräusche nachahmen
Graduiertes Vorgehen	→ Kleinstziele setzen, kleinschrittig vorgehen
	→ räumliche Distanz zum Kind vergrößern und aus der Ferne Fragen stellen

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit versichern wir,

Ann Christin Dankert und Jeannette Osterhagen,

dass wir die vorliegende Bachelorarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt und die benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht haben.

Diese Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Wieren, 16.Oktober 2020 Ann Christin Dankert

Adendorf, 16. Oktober 2020 Jeannette Osterhagen

✧