



Ontmoetingsdag

'BREEKBAAR/BESPREEKBAAR

Verlag workshop 5: behandeling van selectief mutisme door logopedie

Deze workshop werd begeleid door **Mark Meersman** en **Katrien Stinders**, twee logopedisten die gespecialiseerd zijn in stottertherapie. Ze hebben goede ervaringen met logopedisten voor de behandeling van selectief mutisme. Binnen de stottertherapie wordt met gelijkaardige technieken en methodes gewerkt als in de cognitieve gedragstherapie zoals de geleidelijke blootstelling. De meest effectieve behandeling voor selectief mutisme bestaat uit een combinatie van graduele exposure/blootstelling, een beloningssysteem en een intensieve samenwerking tussen de therapeut, de ouders en de school.

Graduele exposure of blootstelling en een beloningssysteem

Graduele exposure of blootstelling houdt in dat in zeer kleine stapjes de confrontatie wordt aangegaan met situaties waarvoor het kind angstig is. Er wordt aangenomen dat angst iets is dat door het kind is aangeleerd en dus ook opnieuw kan worden gereduceerd. Het hoeft niet verbonden te zijn met een trauma. Men laat het kind iets doen waarvoor het bang is, om op die manier geleidelijk aan en in zeer kleine stapjes de angst te overwinnen. Er wordt pas naar een volgend stapje overgegaan wanneer het vorige stapje emotioneel 'neutraal' is geworden. Men moet dan wel op een of andere manier proberen te weten komen of de angst is afgenomen. Bij selectief mutisme is het niet altijd mogelijk om te wachten tot het kind zich volledig comfortabel voelt in een bepaalde situatie alvorens over te gaan naar een volgende situatie.

Deelnemers van de workshop stelden voor om te letten op oogcontact, mimiek en om de angst door het kind te laten aanduiden op een angstthermometer... Men weet inmiddels dat angst heel gemakkelijk wordt gegeneraliseerd naar andere contexten maar dat het afleren ervan net heel contextgebonden blijft. Als je door één hondje gebeten bent, dan ben je in het vervolg niet enkel bang voor dat bepaalde ras van honden, maar ben je al gauw bang voor alle honden. Dus het is belangrijk om in de therapie zoveel mogelijk verschillende contexten te oefenen. Omdat plezier/humor en angst twee emoties zijn die niet samen kunnen blijven voorkomen binnen een bepaalde situatie, is het aan te raden om elk stapje in te oefenen via spelvorm. Afhankelijk van het kind kan uitgezocht worden waar dat kind plezier aan beleeft of van geniet, en hopelijk wint plezier het dan na een tijd van angst. Het feit dat spreken tijdens een spel niet de hoofdactiviteit is, kan het spelen leuke gevoelens oproepen. Spelen wordt dan geassocieerd met leuke gevoelens en niet met de angst voor het spreken. Men moet dus trachten een tegenovergestelde emotionele respons uit te lokken. De houding van de therapeut is hierbij belangrijk. Als je met het kind meer oogcontact hebt, je merkt een lichamelijke ontspanning en een beginnende glimlach, dan heeft het kind de angst (deels) losgelaten. Dan komt er aandacht voor andere dingen dan enkel de angst voor het spreken.

Het beloningssysteem is op zich geen vaardigheidstraining. Belonen vermindert de angst niet maar kan er wel voor zorgen dat het kind een stapje zal zetten wat kan leiden tot het verminderen van de angst. Straffen of een stap afdwingen helpt niet en zal eerder de negativiteit vergroten. Het echte werk gebeurt dus door de confrontatie met de angst aan te

gaan om zo stapje voor stapje de angst te doen dalen en het toenaderingsgedrag te stimuleren. Beloningssystemen kunnen ook activiteiten zijn in plaats van cadeautjes. Zo kunnen beloningen geïndividualiseerd worden (*token systeem*). Het kind kan dan zelf een aantal beloningen oplijsten en elke beloning krijgt een waarde. Per beloningsmoment verdient het kind een aantal *tokens*. Het kind kan deze *tokens* sparen en inruilen voor een beloning van de lijst. Let op deze valkuil: de beloning moet een positieve focus hebben en niet 'let op want anders krijg je geen sticker.' De beloning geldt als extra stimulans om het toch te durven. Het zal alleen maar werken als de stap niet te groot is. uiteindelijk is het niet de beloning die het gedrag positief zal stimuleren maar de gewenning.

De therapie

Bij aanvang van de therapie is het belangrijk om het kind, de ouders en de leerkracht te oriënteren in de behandeling en te activeren. De leerkracht van het kind moet mee inzicht krijgen in de problematiek en de behandeling. Het is belangrijk om te voorkomen dat leerkrachten te grote stappen willen zetten. Het probleem moet geïnventariseerd worden alsook de uitzonderingen. Dit zijn de stappen die al wel lukken en de momenten of situaties waarin het kind wel meer ontspannen is. Misschien zijn er aangrijpingspunten waarmee binnen de therapie gewerkt kan worden. Ook kan een hiërarchie van opdrachten uitgewerkt worden: van de minst naar de meest bedreigende. Betrek het kind hierbij. Ook al hebben kinderen vaak geen echt inzicht in welke situatie ze wel en niet durven te spreken. Het is niet altijd even makkelijk om daar een antwoord op te geven. Samen met het kind hierop antwoorden vinden is zeer belangrijk! Het moet van meet af aan voor het kind duidelijk zijn dat het de bedoeling is dat het meer zal praten. Als het kind te jong is, dan kan de omgeving deze hiërarchie uitwerken. De bedoeling is om het vermijdingsdrag van het kind geleidelijk af te bouwen. Vaak is er een heel systeem rond het kind gegroeid dat de 'spreek' taken van het kind overneemt. Hier moeten dan afspraken rond gemaakt worden zodat de systemen kunnen afgebouwd worden.

Tijdens de eerste therapie sessies wordt de doelstelling duidelijk gemaakt om geleidelijk aan meer te gaan praten. Een heel belangrijke voorwaarde hiervoor is een goede therapeutische relatievorming met het kind en het opbouwen van een **veilige en aangename atmosfeer** zodat je de bereidheid tot en de tolerantiedrempel voor praten kan aftasten.

In de workshop werd gebrainstormd hoe dit (defocused communication) gecreëerd kan worden:

- de focus wegnemen van het spreken. Spreken hoeft niet in het begin. Dit zorgt voor meer ontspanning bij het kind;
- joint attention: een activiteit doen waarbij de focus niet op het kind of op praten ligt. Als therapeut moet je ook lange stiltes kunnen verdragen en toelaten. Als je immers zelf te veel gaat praten, ontstaat ook bij het kind het idee dat er moet gepraat worden. Gewoon in stilte samen of alleen kunnen spelen (solo play - cooperative play), moet mogelijk zijn;
- naast in plaats van tegenover het kind zitten of praten;
- luidop denken in plaats van directe vragen te stellen: zo laat je in het midden of het kind al dan niet reageert;
- controlerende versus laag-controlerende interactiestijlen;
- achtergrondgeluiden kunnen de absolute stilte en spanning doorbreken;
- gesloten vragen stellen beperkt de keuzemogelijkheid van antwoorden;
- geleidelijke afbouw van het gedrag dat het vermijdingsgedrag van het kind in stand houdt (bijvoorbeeld door ouders, broertjes/zusjes, vriendjes te betrekken).
- Welke factoren maken het spreken bij het kind makkelijker of lastiger?
- het aantal luisteraars en eventueel hun leeftijd

- de vertrouwdheid met bepaalde personen
- de plaats: thuis, therapielokaal, schoolomgeving
- het volume: fluisterend, normaal, luid
- de afstand tot de spreker, de mate waarin je hoorbaar bent
- de hoeveelheid verbale communicatie: één woord, een korte zin, een hele uitleg.
- de focus op communiceren.

Tot slot werden nog enkele voorbeelden aangehaald van **mogelijke exposure-opdrachten**:

- de ouder praat met het kind terwijl de therapeut of de leerkracht in de ruimte ernaast zit met de deur open
- dierengeluiden of gekke geluiden maken
- iets zeggen tegen een leerkracht bij veel geroezemoes
- na de les iets aan de juf vragen
- ...

Einde