



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# De behandeling van een mutistische tuinman

Kees Hoogduin, Marc Verbraak en Agnes van Minnen\*

## Inleiding

Er bestaan diverse psychogene spraakstoornissen, waarvan de meest bekende de conversieve fluisterspraak (afonie) is. Hierbij is de patiënt alleen nog maar tot fluisteren in staat; de toon is weggefallen, omdat beide stembanden niet meer aangespannen kunnen worden. Bij dysfonie lukt dit nog wel enigszins, maar de stembanden worden in wisselende mate verkeerd aangespannen. Het effect daarvan is een krakende stem of, wanneer één stemband niet functioneert, heesheid. Afonie, heesheid en een krakende stem kunnen elkaar bij één patiënt afwisselen.

Bij dysartrie is de patiënt nog wel in staat om te spreken, maar het spreken is niet goed gecoördineerd met als gevolg: haperen, stotteren, nasaliteit, scanderend spreken (iedere lettergreep met nadruk uitspreken), afgewisseld door binnensmonds spreken, een verlangzaamd tempo en plotselinge versnellingen. Bij mutisme ten slotte kunnen de patiënten in het geheel geen spraak meer produceren. De patiënt weet wat hij wil zeggen, kan dit goed opschrijven, maar is het vermogen tot spreken verloren. Bij het stellen van de diagnose is het van belang dat een lichamelijke verklaring door medisch onderzoek is uitgesloten.

Over de behandeling van afonie en dysfonie zijn inmiddels voldoende overtuigende onderzoeksgegevens voorhanden om te kiezen voor een gedragstherapeutische benadering. Met behulp van *shaping* als belangrijkste specifieke interventie zijn de meeste patiënten daarmee in één tot drie zittingen goed te helpen (Drost, 1996; Hoogduin, Verbraak, & Keijsers, 2004). Bij *shaping* wordt alle gedrag dat lijkt op het gewenste gedrag (bijvoorbeeld het uitstoten van een klank door te hoesten) door beloning bekrachtigd (bijvoorbeeld door aanmoediging van de therapeut). De succespercentages van Drost zijn indrukwekkend: ruim 80% van de circa tweehonderd patiënten over wie Drost rapporteert, kreeg binnen één tot drie zittingen de stem weer terug (Drost, 1996).

## De behandeling in geval van afonie

Nadat uit specialistisch onderzoek door de keel-, neus- en oorarts is gebleken dat er geen lichamelijke verklaring is voor de klachten, wordt in het kader van de behandeling met de patiënt besproken dat er gelukkig geen sprake is van een lichamelijke ziekte,

---

\* PROF. DR. C.A.L. HOOGDUIN, zenuwarts, is lid van de directie van de HSK Groep. Tevens is hij hoogleraar psychopathologie aan de Radboud Universiteit, Nijmegen, sectie Klinische Psychologie en Persoonlijkhedsleer. E-mail: c.a.l.hoogduin@hsk.nl.  
DR. M.J.P.M. VERBRAAK, klinisch psycholoog/psychotherapeut, is hoofd onderzoek van de HSK Groep. Tevens is hij hoofdopleider GZ-psychologen van het SPON/ACSW Radboud Universiteit, Nijmegen, en behandelteamcoördinator van het team Angststoornissen te Almelo bij Adhesie GGz Midden-Overijssel.  
DR. A. VAN MINNEN is als psychotherapeut en GZ-psycholoog werkzaam bij de angstpoli-kliniek van GGz Nijmegen.

maar van een functiestoornis. De behandelaar legt uit dat het stemverlies een relatie kan hebben met sterke emoties, zoals angst, schrik en boosheid, en dat met behulp van bepaalde technieken kan worden geprobeerd het spreken weer mogelijk te maken. De patiënt krijgt vervolgens uitleg over de oorzaak van het ontbreken van het stemgeluid: doordat de stembanden niet aanspannen, als het ware niet meedoen met het spreken, wordt er geen toon gevormd. Hierdoor is alleen fluisteren mogelijk. Met behulp van bepaalde oefeningen zal worden geprobeerd de stembanden weer te activeren, waarna de stem zich mogelijk zal herstellen.

Vervolgens onderzoekt de behandelaar op welke manier de stembanden reflexmatig nog wel actief zijn. In dit verband wordt gevraagd te hoesten, de keel te schrapen of te kuchen. De behandelaar moet daarbij goed opletten bij welke van deze activiteiten nog geluid wordt geproduceerd. Ieder geluid, hoe zacht klinkend ook, wordt het vertrekpunt voor een *shaping*-procedure.

Wanneer de patiënt een eerste geluid produceert, wordt hij aangemoedigd de klank opnieuw te laten horen en (door middel van beloning en aanmoediging) uit te laten breiden. Als bijvoorbeeld bij het hoesten een zacht 'agh' klinkt, omschrijft de behandelaar het als een zachte 'a' en moedigt hij de patiënt aan om van 'agh' naar 'agha' naar 'aap' te gaan. Door vervolgens de mond anders te openen (te vormen) kan de patiënt een 'e', 'o', 'oe', of 'ij'-klank produceren. Deze procedure wordt voortgezet totdat de patiënt weer normaal kan spreken. Wanneer het woord 'aap' met toon zonder hoesten wordt geproduceerd, wordt de patiënt verzocht hardop tot tien te tellen waarbij moet worden geprobeerd het geluid steeds sterker te maken. Vooral het cijfer acht, lijkend op het eerst gemaakte geluid, wordt als goede mogelijkheid daartoe aangegeven. Wanneer er een toon is, kan de patiënt proberen deze luider of zachter te laten klinken. En ook een kuch of een hoest is een aanzet voor verdere uitbreiding van de spreekmogelijkheden.

Bij een enkele patiënt is een tweede zitting nodig. Tijdens deze tweede zitting is de behandeling identiek aan die in de eerste zitting. De techniek is niet moeilijk te leren. Meerdere malen lukte het een medewerker na het zien van een video-opname van een succesvolle behandeling de behandeling zelf ook met succes uit te voeren (Hoogduin, Roelofs, & Moene, 1999).

De procedure is mogelijk ook succesvol bij de behandeling van andere psychogene spraakstoornissen. Zo wordt hierna de behandeling beschreven van een jongeman die sinds acht maanden mutistisch was.

## De behandeling van een mutistische jongeman

Kees, een 22-jarige werknemer van een tuincentrum, is door de bedrijfsarts verwezen in verband met het totale verlies van zijn spraakvermogen. Medisch-neurologisch onderzoek heeft geen verklaring voor de klacht opgeleverd. Bij exclusie van mogelijke andere stoornissen is ten slotte de diagnose conversief mutisme gesteld. Zijn schriftelijke uitdrukkingmogelijkheden en het begrip van het gesprokene zijn niet aangedaan. Hij communiceert met behulp van een palmtop. Een semigestructureerd interview naar psychische stoornissen levert geen aanwijzingen op voor de aanwezigheid van andere stoornissen. Zijn partner helpt bij de beantwoording van de diverse vragen.

Bij analyse van eventuele factoren die van belang zijn bij het ontstaan van de klachten, wordt al snel duidelijk wat er heeft gespeeld. Binnen het bedrijf waar de patiënt werkzaam was, kwam een vacature vrij als meewerkend voorman. Onze patiënt had zijn zinnen op die positie gezet en was ook van mening dat hij op grond van ervaring en anciënniteit voor die baan in aanmerking kwam. Zijn baas koos echter voor een collega van hem. De patiënt wilde vervolgens woedend verhaal halen. Toen hij op het punt stond zijn baas eens flink de waarheid te vertellen, bleek hij niet meer in staat te praten.

Dit voorval heeft zich acht maanden voor de start van de behandeling afgespeeld. Desgevraagd vertelt zijn vriendin dat Kees sindsdien ook niet meer in zijn slaap heeft gepraat. Na maanden ziekteverzuim is hij nu weer gedeeltelijk aan het werk.

Besloten wordt direct na de intake met de behandeling te beginnen. In totaal is er tweeënhalf uur gereserveerd. De behandeling bestaat uit de toepassing van het protocol 'de één-sessiebehandeling van patiënten met conversieve fluisterspraak (afonie)' (Hoogduin et al., 2004).

De behandelaar legt uit dat het niet gaat om een lichamelijke ziekte, maar om een functiestoornis. Een gevolg dus van nare emotionerende gebeurtenissen die 'op de stem' zijn geslagen. De teleurstelling van het gepasseerd worden voor de functie en het daaropvolgende 'mislukte' gesprek met zijn baas zijn zulke nare emotionerende ervaringen. Patiënt en behandelaar bespreken vervolgens hoe Kees tijdens de zitting zal leren zijn stem weer terug te krijgen.

Als eerste wordt hem gevraagd te hoesten. Hij hoest met een geluid dat het best te omschrijven is als een zucht. Het zachte 'uh'-geluid wordt als uitgangspunt van de *shaping*-procedure genomen. Na 'uh' volgt 'oh' en 'ah' en na 20 minuten is Kees in staat luid te hoesten met een 'aa'-geluid. Na 50 minuten spreekt hij zijn eerste woord: 'aap'. Na 1 uur en 20 minuten is hij in staat om hardop te tellen. Daarna gaat het snel; in het daaropvolgende kwartier kan de patiënt weer normaal spreken. Hij spreekt nog wat zachtjes, maar met een duidelijke toon en goed verstaanbaar.

Evenals bij de behandeling van de afonie wordt de patiënt ook geleerd hoe hij in het geval van een recidief zijn stem weer zelfstandig kan terugkrijgen. Hij krijgt daarom het verzoek de ogen te sluiten en zich een bepaalde situatie van de vorige dag voor te stellen. Toen was hij nog niet in staat te praten. Nadat hij de ogen heeft geopend, wordt hem gevraagd naar de naam van zijn vriendin. Hij slaagt er niet in die te zeggen. Door te beginnen met hoesten, lukt het hem vervolgens via de klanken en woorden 'aa', 'aap', 'een, twee, drie' zijn spraak geheel terug te krijgen. De zitting heeft inclusief de intake 2 uur en 15 minuten in beslag genomen. In de week daarop kan de patiënt al zijn werkzaamheden weer hervatten.

## Nabeschouwing

Interessant is dat de succesvolle benadering van afonie ook bij een patiënt met mutisme haar vruchten afwerpt. Mutisme bij volwassenen is een relatief zeldzame stoornis. Deze patiënt is tot nu toe de enige die op deze manier is behandeld. Eerder mislukte

een behandeling met behulp van hypnose, waarbij bij een tweetal mutistische patiënten directe en indirecte suggesties werden toegepast.

Kan de behandeling na het herstel van de spraak worden afgesloten? Over het algemeen is dat niet verstandig. Het symptoom kan bij onze patiënt worden gezien als het gevolg van een beperkte vaardigheid om met teleurstellingen en boosheid om te gaan. De boven beschreven symptoombehandeling moet worden vervolgd met een behandeling met als doelstelling vaardigheden te verkrijgen of te versterken om met nare ervaringen om te kunnen gaan.

## Referenties

- Drost, H.A. (1996). *Stem- en spraakstoornissen*. Woubrugge: Stichting Klinische foniatrie.
- Hoogduin, C.A.L., Roelofs, K., & Moene, F.C. (1999). Over oorzaken van conversieve fluisterspraak (afonie). In: G.J. Hendriks (red.), *Een veilige plek voor angst*. Zeist: CCP Publishers.
- Hoogduin, C.A.L., Verbraak, M.J.P.M., & Keijsers, G.P.J. (2004). Protocollaire behandeling van patiënten met conversieve fluisterspraak (afonie): één-sessiebehandeling. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg, II*. (pp. 193-204). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.