

## **Stuttgarter Rahmenempfehlungen zur Mutismus-Therapie (SRMT)**

### **Préconisations de Stuttgart pour le traitement du mutisme**

1. Le but de chaque thérapie du mutisme est la communication verbale ainsi que l'ouverture psycho-sociale du mutisme et donc la parole, indépendamment de la situation et de la personne avec laquelle communique le patient.
2. Pour le traitement du mutisme en tant que dysfonctionnement communicatif, des approches psychiatriques, psychologiques, orthophoniques et ergo-thérapeutiques sont possibles. Le mutisme requiert donc, en fonction de la pathologie individuelle, une coopération interdisciplinaire.
3. La thérapie du mutisme doit impliquer le noyau familial proche, à travers une coopération approfondie avec les parents, afin d'éliminer d'éventuelles causes de maintien du mutisme provenant des proches.
4. Dans le but d'assurer un transfert de la parole du contexte thérapeutique vers la vie quotidienne, une coopération étroite avec l'environnement institutionnel de la personne affectée est nécessaire (école maternelle, école primaire, structure d'apprentissage, services de l'aide sociale à l'enfance, ANPE, employeur).
5. Pour le traitement du mutisme, une thérapie directive et verbale, qui privilégie l'échange parlé dès le début, est préférable, afin d'éviter des effets d'adaptation de la personne affectée à une situation qui serait exempte d'échange vocal. La fréquence recommandée de thérapie de ville donc ambulatoire est deux heures de traitement par semaine.
6. Des approches thérapeutiques non-directives et non-verbales qui n'aboutiraient pas à ce que le patient recouvre la parole au bout d'une année, que ce soit pendant les sessions thérapeutiques elles-mêmes, ou hors du contexte familial, sont à rejeter, car elles contribuent à la perpétuation du mutisme, en donnant un caractère chronique à la pathologie, et elles encouragent le gain subjectif pouvant provenir de la maladie.
7. Des approches thérapeutiques efficaces doivent viser une ouverture verbale-communicative et les premières énonciations verbales, et ceci au plus tard à l'issue de vingt unités de thérapie.
8. Dans le contexte scolaire, il faut éviter toute exemption de l'évaluation par l'oral, ainsi que toute assistance spécifique en classe. Ces deux initiatives ne feraient que favoriser la perpétuation et la chronicité du silence, et pourraient conduire à une pathologie secondaire (défauts de fait de la performance cognitive et linguistique, désordres comportementaux secondaires).
9. Etant donné qu'à partir de l'adolescence le mutisme est souvent accompagné d'autres maladies psychiques, une évaluation (non-verbale) pour des phobies sociales, des dépressions, des désordres obsessionnels et compulsifs, devra être conduite, et les co-morbidités devraient être prises en considération dans le traitement conduit pendant l'adolescence et l'âge adulte.
10. Dans les cas particulièrement résistants à une thérapie, l'indication d'une thérapie médicale accompagnante doit être considérée. Pour le mutisme, la littérature spécialisée recommande le groupe des substances actives dites « inhibiteurs de la recapture de la sérotonine », SSRI. Un support médical doit alors être incorporé dans le plan de traitement global.