

totale communicatie

een studie van een nieuwe communicatie-aanpak in de zwakzinnigenbegeleiding (*)

eric vanderheyden

INLEIDING

Eén van de kenmerken van mentaal gehandicapten is hun beperktheid of onvermogen om gesproken taal te begrijpen en te gebruiken in de communicatie met hun omgeving. Bij velen is zelfs geen enkele linguïstische vorm van communicatie (b.v. het schrift, gebarentaal) aanwezig.

Desondanks benaderde men tot in het begin van de jaren zeventig - en soms nog tot vandaag - de communicatieproblemen van de ernstig en zwaar mentaal gehandicapten volgens de zogenaamde klassieke logopedische werkwijze, die de gesproken taal als norm stelt. De bedoeling was de zwakzinnige de "normale" communicatievorm aan te leren, maar efficiënt bleek dit niet te zijn. Sinds men tot de bevinding kwam dat de trainingsprogramma's om spreektaal aan te leren weinig resultaat opleveren - of alleen binnen de therapiekamer zonder overdracht naar andere situaties buiten de therapiesituatie -, is de belangstelling voor niet-vocale communicatiemethoden zoals b.v. gebarentaal, vingerspellen of communicatie via plaatjes sterk toegenomen. Het vinden van een communicatiemiddel dat de zwakzinnige KAN en WIL gebruiken, is immers de noodzakelijke basis voor alle verdere begeleiding en ontwikkeling van de zwakzinnige. Van al de pogingen om de ernstig en zwaar mentaal gehandicapten een beter behandelingsprogramma te bieden, neemt de "Totale Communicatie"-aanpak toch wel een speciale plaats in.

Het concept "Totale Communicatie" is vrij recent: pas in het midden van de jaren zeventig verschenen de eerste publikaties over dit onderwerp. Sindsdien is er een stroom van boeken en artikels verschenen, zijn er congressen over Totale Communicatie gehouden, en werd het door enthousiaste therapeuten toegepast. De literatuur is vooral Engelstalig, maar ook in Vlaamse en Nederlandse instellingen zijn steeds meer mensen er mee bezig.

ZWAKZINNIGEN EN COMMUNICATIE

Er bestaat in de literatuur weinig eensgezindheid over wat onder zwakzinnigheid of mentale handicap verstaan moet worden. Veelal hanteert men één of meerdere criteria om de zwakzinnigen te omschrijven. Op dit moment echter wordt de definitie van de American Association on Mental Deficiency het meest gebruikt:

"Zwakzinnigheid verwijst naar een beduidend beneden de middelmaat intellectueel functioneren, dat samengaat met tekorten in het adaptieve gedrag en dat zich manifesteert tijdens de ontwikkelingsperiode".

Hier spreekt men dus pas van zwakzinnigheid, als men op de intelligentietest een uitslag bekomt die twee of meer standaarddeviaties van het gemiddelde afwijkt en er tevens tekorten zijn in het aanpassingsgedrag. Men vergelijkt daarvoor het individu met wat op zijn leeftijd en in zijn cultuur het gemiddelde kind of volwassene bereikt, zowel wat persoonlijke onafhankelijkheid als sociale verantwoordelijkheid betreft. Tenslotte moeten deze stoornissen zich ook voordoen vóór de leeftijd van 18 jaar, om een onderscheid te maken met zaken die op latere leeftijd optreden (b.v. dementie).

Het zal echter duidelijk zijn dat de zwakzinnigen allesbehalve een homogene groep vormen. Daarom maakt men een verdere indeling naargelang het niveau van functioneren. Voor zowel de intellectuele mogelijkheden als de sociale aanpassing worden vier niveaus onderscheiden :

Lichte zwakzinnigheid (Mild) een I.Q. van $\pm 50/55$ tot $\pm 70/75$ (naargelang de gebruikte intelligentietest)

Matige zwakzinnigheid (Moderate) een I.Q. van $\pm 35/40$ tot $\pm 50/55$

Ernstige zwakzinnigheid (Severe) een I.Q. van $\pm 20/25$ tot $\pm 35/40$

Zware zwakzinnigheid (Profound) een I.Q. van 0 tot $\pm 20/25$

De sociale aanpassing vergt een ruimere omschrijving, maar om kort te gaan : de schaalverdeling van een kleine negatieve afwijking van de bevolkingsnormen (twee standaarddeviaties van het gemiddelde aanpassingsgedrag) op niveau I gaat tot een nagenoeg volledig afwezig zijn van aanpassingsgedrag op niveau IV.

Welnu, ernstig en diep mentaal gehandicapt zijn vaak erg beperkt in hun communicatiemogelijkheden. Zo'n communicatieve handicap kan in de eerste plaats het rechtstreekse gevolg zijn van een gebrekkige *cognitieve* ontwikkeling, namelijk de mentale handicap. Naast het feit dat zwakzinnigen meestal zwakke basisfuncties hebben die een negatieve invloed uitoefenen op de communicatie, zoals een zwak korte termijn-geheugen voor auditieve en visuele prikkels, is het vooral van belang dat ze cognitief "gereed" zijn om taal te verwerven. Concreet betekent dit dat men minstens het zesde stadium van de sensorimotorperiode moet bereiken (volgens Piaget's theorie over de cognitieve ontwikkeling van kinderen), waar een abstractie- en generalisatievermogen aanwezig is.

Dit is echter nog slechts een noodzakelijke, maar daarom nog niet een voldoende voorwaarde om tot spraak of taal te komen. Er kunnen bij de mentaal gehandicapt naast de cognitieve stoornis immers nog andere stoornissen optreden die dit belemmeren :

Motorisch : problemen met de spiercontrole van de spraakorganen en/of ledematen.

Emotioneel : b.v. autistische kinderen, die sterk op zichzelf teruggetrokken leven en niet willen of durven communiceren.

Linguïstisch : problemen op het taalsymbolische vlak, bij het encoderen en decoderen van vocale en niet-vocale linguïstische informatie.

Sensorisch : zintuiglijke tekorten (gehoor, gezicht) die voor waarnemingsstoornissen zorgen.

Tot slot is er nog de categorie *Onbekend*, want voor heel wat communicatieve handicaps kan geen oorzaak gevonden worden of kan men in de duiding niet precies zijn.

Deze handicaps kunnen onder allerlei vormen en in allerlei combinaties optreden, wat trouwens resulteert in een complexer probleem dan een loutere som van de individuele handicaps.

Naast verschillende *oorzaken* zijn er ook verschillende *soorten* van communicatieve stoornissen. Het zogenaamde psycho-linguïstisch schema van Osgood en Wepman (zie figuur 1) laat toe om ze te lokaliseren. Men onderscheidt er de verschillende niveaus (sensorisch, perceptief, cognitief), de verschillende processen (input, verwerking, output) en de verschillende kanalen waarlangs de communicatie verloopt (b.v. auditief-vocaal of visueel-motorisch) en op elk van deze gebieden kan er een stoornis optreden.

Bovendien zal er naargelang het niveau van zwakzinnigheid en naargelang de leeftijd ook een verschillende *graad* van communicatieve vaardigheid of communicatieve problemen aanwezig zijn.

Figuur 1: Het psycho-linguïstisch schema van Osgood en Wepman

	WAARNEMINGEN	VERWERKING V.D. INFORMATIE	EXPRESSIE
NIVEAU van de COGNITIE (kennen)	toekennen van betekenis aan de informatie (semantisch decoderen)	leggen van relaties denkprocessen intelligentie	rangschikken van gedachten (semantisch encoderen)
NIVEAU van de PERCEPTIE	identificeren herkennen herinneren rangschikken auditieve discriminatie auditief aanvulvermogen	geheugen nazeggen imiteren kopiëren ritme	programmering en automatisch verloop van de juiste klanken, woorden in goede volgorde tot juiste zinsschema's met goede buiging en intonatie als middel om gerangschikte gedachten tot uitdrukking te brengen.
NIVEAU van de ZINTUIGELLIJKE WAARNEMING	<input type="text"/> ontvangen van de boodschap auditief visueel tactiel kinestetisch	senso-motorische feedback tussen input en output	<input type="text"/> uitzenden van de boodschap praten schrijven gebarentaal mondmotoriek spraakklankproductie articulatie

TOTALE COMMUNICATIE.

Om optimaal aan de communicatieproblemen van de zwakzinnigen tegemoet te komen, zijn tegenwoordig heel wat therapeuten enthousiast overgegaan tot de zogenaamde "Totale Communicatie"-aanpak.

Wat is die "Totale Communicatie" nu precies? Uit de definities die we in de literatuur vonden, citeren we er hier één van Kopchick en Lloyd, die aan Totale Communicatie twee aspecten zien:

"Het eerste aspect slaat op de traditionele betekenis van het begrip en suggereert het nuttig gebruik van alle, op een bepaald ogenblik beschikbare taalsystemen met de bedoeling tot communicatie te kunnen komen. We denken hierbij aan gebaren, houdingen, gelaatsexpressie, intonatie, vocale en niet-vocale systemen en simultane communicatie waaronder wordt verstaan het tegelijkertijd gebruik maken van auditief-vocale en visueel-motorische expressie. Het tweede aspect is ruimer van betekenis; het omvat een communicatieprogramma of een communicatiegerichte benadering die gedurende de ganse dag in de totale omgeving van de communicatief gehandicapte doorgedrongen moet zijn".

Aangezien het echter moeilijk is om het begrip "Totale Communicatie" in de vorm van een definitie te gieten, is het wellicht beter om het te typeren door er een aantal kenmerken van op te sommen. Johan Kindt ontdekt in de ontleding van de diverse definities immers vier grote lijnen, en zonder de aanwezigheid van elk van deze vier steunpeilers kan naar zijn mening het begrip "Totale Communicatie" niet overeind blijven. Het gaat om:

- de functionaliteit;
- de tweeledigheid en wederkerigheid;
- het meerkanaalmodel en de simultane communicatie;
- de omgevingsbeïnvloeding.

Alvorens deze principes even toe te lichten geven we eerst kort even de geschiedenis van het concept "Totale Communicatie".

Over de oorsprong van het concept en de term "Totale Communicatie" is men het in de literatuur niet helemaal eens. Sommige situeren het ontstaan in het midden van de jaren zestig of zeventig. Het lijkt echter aannemelijker dat er reeds in de jaren dertig sprake was van deze specifieke aanpak, maar dat het pas echte gekendheid kreeg in de jaren vijftig en zestig, toen reeds heel wat therapeuten experimenteel werkzaam waren in deze richting. Sinds het midden van de jaren zeventig en het begin van de jaren tachtig verschenen vervolgens een heleboel publikaties en congresrapporten over het onderwerp. Deze explosie in de laatste decennia verliep parallel met de nieuwe inzichten van de sociologie, de communicatiewetenschap, de ontwikkelingspsychologie, de taalwetenschap en de taalexperimenten met o.a. primaten. Deze leverden een voedingsbodem van gegevens waaruit het begrip Totale Communicatie (T.C.) verder is kunnen groeien.

Het concept T.C. is echter niet ontstaan in de zwakzinnigenzorg. Het werd voor het eerst toegepast bij doven en slechthorenden.

Aanvankelijk zwoer men daar bij de orale methode (het leren spreken), omdat de mythe heerste dat het gebruik van gebaren de spraakontwikkeling in de weg stond en de sociale integratie in de wereld van de horenden belemmerde. Geleidelijk aan kwam echter de simultane methode tot ontwikkeling, die het spre-

ken en spraakafzien verbindt met gebaren-maken en vingerspellen, om tenslotte te komen tot de "Totale Communicatie", die als communicatievorm meer op alle aspecten van de communicatie de nadruk legt en ook een betere theoretische onderbouw had dan de simultane methode. Aan het eind van de jaren zestig is men het dan ook gaan toepassen bij mentaal gehandicapte dove kinderen, en omdat het behandelen van logopedische stoornissen bij normaal horende mentaal gehandicapten met de gesproken taal als uitgangspunt alleen maar tot frustraties aan beide zijden leidde, is men de principes van Totale Communicatie ook bij deze groep gaan toepassen.

De principes van "Totale Communicatie"

De filosofie achter T.C. wordt veruiterlijkt door een aantal principes die onlosmakelijk verbonden zijn met T.C..

Functionaliteit

Terwijl men vroeger de taal "op zich" bestudeerde (de formeel linguïstische benadering), gaat men de laatste jaren ook meer de functie van de taal in relatie tot zijn sociale context bestuderen, m.a.w. wat men met taal kan "doen" (de functionalistische visie). Taal en communicatie moet in de eerste plaats bruikbaar, functioneel zijn. Het is dus niet zozeer de vorm van de communicatie die belangrijk is, niet zozeer HOE men iets zegt (dit kan gaan van gewoon spreken tot gebaren of geluiden maken, aanwijzen, aanraken, gewoon erbij komen zitten, enz...), als die signalen die uitgestuurd worden, maar overkomen, begrepen worden en effect hebben.

Deze houding heeft uiteraard implicaties voor de taaltherapie en taalontwikkelingsprogramma's :

In de eerste plaats moet men de zwakzinnige stimuleren om iets met zijn aanwezige taal of communicatie te gaan doen, van welke aard deze ook moge zijn. Het is belangrijk aan te tonen dat taal van onmiddellijk nut voor hem of haar is, dat men zijn doelen via taal kan bereiken. Een kind leren om zijn of haar behoeften te uiten en het leren vragen naar wat het wil, is dan waarschijnlijk de beste manier om taal te introduceren. Van daaruit kan men dan verder gaan om tot een gewone (linguïstische) sociale interactie (los van behoeftenbevrediging) te komen, een sociale interactie die de zwakzinnige voordien vermeed, omdat zijn gemis aan "taal" deze interactie uiterst inspannend en frustrerend maakte. Maar anderzijds moet de begeleiding zich ook richten op de omgeving van de zwakzinnige. De taaltherapie dient niet alleen resultaat te hebben in de therapie-settings, maar ook en vooral in de natuurlijke omgeving van het kind. Om de functionaliteit van de communicatie van de zwakzinnige te verhogen zal men in de T.C. bijvoorbeeld ouders, groepsleiding, verzorgend personeel e.a. meer bij de communicatieprogramma's betrekken. Zij moeten trachten om zowel inzicht als creatieve vaardigheid in de communicatie van en naar de zwakzinnige te ontwikkelen.

Tweeledigheid en wederkerigheid

In de communicatie zoals wij ze hier opvatten, gaat het om een tweeledig proces : er zijn steeds tenminste twee of meer personen bij betrokken. Dit betekent

dat men in de programma's niet alleen met de rol van de spreker maar ook met die van de luisteraar moet rekening houden. Communicatie is tevens een wederkerig proces, waarbij de zender regelmatig ontvanger wordt en omgekeerd. Het probleem is nu dat beide partijen, de zwakzinnige en de mensen uit zijn omgeving, niet dezelfde waarnemingsmogelijkheden en uitingsmogelijkheden bezitten, terwijl communicatie toch veronderstelt dat er een expressiemiddel of code gebruikt wordt die beiden kennen. Zo kunnen zwakzinnigen zich niet uiten zoals normale volwassenen dat doen, en begrijpen ze niet altijd wat deze laatsten zeggen, en anderzijds nemen de normale volwassenen de signalen van de zwakzinnigen niet altijd waar, omdat ze te zeer gericht zijn op de gesproken taal, en beheersen ze de "taal" van de zwakzinnige niet.

De begeleiding richt zich hier dus vooral op de mensen uit de omgeving. Zij moeten zich bewust worden van hun eigen expressiemogelijkheden en -tekortkomingen alsmede van het waarnemingsvermogen van de expressie van anderen. Zij moeten enerzijds leren hoe hun communicatie overkomt bij de zwakzinnigen, en anderzijds leren gevoelig te zijn voor de communicatieve signalen van de zwakzinnigen, ze leren begrijpen en erop leren reageren met een expressiemiddel dat dezen verstaan (dus niet persé vasthouden aan de gesproken taal, doch desnoods gebaren en lichaamstaal gebruiken).

Dit alles kan b.v. gebeuren d.m.v. het bestuderen van video-opnamen.

Het principe van tweeledigheid en wederkerigheid in de Totale Communicatie vraagt dus dat zowel de mentaal gehandicapte (en niet alléén hij, zoals vroeger eerder het geval was) een inspanning moet doen alsook de mensen uit zijn omgeving, met wie hij interacteert.

Het meerkanalenmodel en de simultane communicatie

Ondanks het belang dat bij ons gehecht wordt aan de gesproken taal, moet toch benadrukt worden dat deze slechts 35 % van het sociale interactieproces omvat. De overige 65 % zou niet-vocale en/of niet-linguïstische communicatie zijn. Het meeste daarvan komt onbewust tot stand, maar kan niettemin een communicatieve waarde bevatten. Bij de vaststelling dat voor een groot aantal zwakzinnigen vocaal-linguïstische communicatie toch beperkt of helemaal niet haalbaar is, is het feit dat wij verschillende expressiekanalen tegelijk kunnen hanteren om een boodschap over te brengen, zeer interessant bij het zoeken naar optimale communicatiekansen voor ernstig communicatief gehandicapten. Ligt de oorzaak van deze handicap in een bepaald kanaal (b.v. doofheid i.v.m. het auditief kanaal), dan worden de andere kanalen (visueel, tactiel) des te belangrijker. Het bewust en simultaan inschakelen van meerdere expressievormen zal de communicatie meestal sterk ten goede komen en ondersteunen.

Om de verschillende expressiemogelijkheden na te gaan is de indeling van Shane zeer geschikt :

- * vocaal linguïstisch : het gaat hier uiteraard om de gesproken taal, maar deze kan variëren van één-woord-zinnetjes tot een uitgebreid betoog ;
- * niet-vocaal linguïstisch : het betreft hier o.a. grafische systemen (het schrift), maar ook voor spraakgestoorden ontworpen systemen, zoals gebarentalen, vingerspellen, Bliss-symbolen, NON-SLIPsymbolen, enz...;
- * het voorstellings- en verwijzingsniveau : dit omvat niet-linguïstisch (pre-linguïst-

tisch) materiaal dat personen, voorwerpen of gebeurtenissen uit de omgeving voorstelt, zoals tekeningen, plaatjes, foto's en modellen of voorwerpen;

* vocaal niet-linguïstisch : de expressie kan hier op zichzelf staan (b.v. lachen en schreien als uitdrukking van emoties, geluidjes die de aandacht trekken of interjecties zoals "hm" of "sst"), maar ook gebonden zijn aan de vocaal linguïstische expressie (b.v. toonhoogte en luidheid).

* niet-vocaal niet-linguïstisch : hier situeren zich observeerbare fysiologische reacties als kippevel krijgen, schaamrood en transpireren en verder ook lichaamshoudingen en -bewegingen, ogentaal (kijkgedrag), aangezichtsmimiek, ruimtelijke oriëntering en fysieke nabijheid. Voor sommige ernstig gehandicapten is dit vaak het enige expressiemiddel dat een interpretatie door de omgeving kan opleveren.

Uit onderzoek (Heijkoop & Velthausz) blijkt trouwens dat diepzwakzinnigen met deze beperkte middelen toch een zeer gedifferentieerd sociaal interactiegedrag kunnen opbouwen, maar de omgeving is er niet altijd in getraind om deze lichaamstaal ook waar te (kunnen) nemen.

Door tegelijkertijd meerdere van deze communicatievormen en -kanalen te gebruiken zal men beter in contact kunnen treden met de zwakzinnige. Het gebruik van b.v. gebaren en spreektaal zal het leren spreken van zwakzinnigen niet bemlemmeren zoals vroeger gedacht werd, integendeel. Alle leren, dus ook het leren spreken, gaat beter, indien het kind maar primair de kans heeft gekregen om zich cognitief en sociaal-emotioneel te ontwikkelen, en de beschikking over de zogenaamde "lagere" communicatiemiddelen zoals gebarentaal of lichaamstaal kan daar in helpen.

Omgevingsbeïnvloeding

Men kan pas echt over Totale Communicatie in de brede zin spreken, als al deze principes gedurende de ganse dag toegepast worden. Dus niet alleen in de therapiesetting of tot het einde van de schooldag, want dat zou dan weinig zin hebben, maar door alle personen uit de directe dagelijkse omgeving van de communicatief gehandicapte, zodat de aangeleerde taal echt functioneel kan worden. Dit noemt men de 24-uur benadering. Dit betekent wel dat er specifieke eisen gesteld worden aan de hele omgeving van de zwakzinnige, met name aan:

- de pedagogische omgeving : het aanleren van de "taal" zal zowel bij de therapeut als thuis, in de klas, in de leefgroep en in de eet- en speelzaal moeten gebeuren, en dus moeten al die mensen daar werken volgens de principes van Totale Communicatie ;
- de bredere maatschappelijke omgeving : men moet voor de zwakzinnige ook de mogelijkheid tot communicatie verzekeren ; er moet steeds *iets* zijn om over te communiceren en *iemand* om mee te communiceren ;
- de fysieke omgeving : de ruimtes zelf waarin de zwakzinnige verblijft, moeten een goede communicatie mogelijk maken, b.v. niet al te grote, overzichtelijke ruimtes, geen lawaaihinder, voldoende licht, enz...

THERAPEUTISCHE TAKEN

Uit de zojuist geschetste principes van Totale Communicatie vallen voor de logopedist en andere begeleiders van zwakzinnigen drie grote taken af te leiden :

TAAK 1: het omschrijven van de huidige communicatieve vaardigheden van de mentaal gehandicapte, en bewustwording van de problemen in dat communicatieproces.

Aan de basis van iedere behandelingsstrategie zou steeds een individueel onderzoek naar de communicatieve mogelijkheden en problemen van de zwakzinnige moeten liggen. Zo'n meting mag niet gezien worden als een éénmalig gebeuren vóór de interventie, maar als een continu proces van gegevensverzameling, zodat er ten allen tijde een herziening van de leerobjecten kan en zal gebeuren.

Middel daartoe is een combinatie van objectieve tests en subjectieve beschrijvende informatie (observatie). Om een totaal beeld en dus een adequate evaluatie van de communicatieve vaardigheden van de zwakzinnige te krijgen, is het aangewezen om zowel specialisten zoals een neuroloog, psycholoog, academici, audiologist en spraaktherapeut, als ouders, onderwijzers, begeleiders en sociale werkers te betrekken.

Om te vermelden *wat* er gemeten moet worden, verwijzen we terug naar het psycho-linguïstisch schema van Osgood en Wepman (fig. 1). In elk van de vermelde fasen en domeinen van het communicatieproces kunnen zich immers problemen of stoornissen voordoen.

We hebben eerder reeds vermeld dat men niet kan spreken van *dé* zwakzinnige (zij vormen een zeer heterogene groep, gaande van licht mentaal gehandicapt tot diepzwakzinnig), en evenmin kan men spreken van *dé* communicatieve handicap bij zwakzinnigen (er zijn verschillende soorten, oorzaken en graden van communicatieve handicap). Er zal dus uiteraard ook niet één bepaalde behandeling zijn.

TAAK 2: het stimuleren van de huidige communicatieve vaardigheden en het aanleren van een nieuw functioneel communicatiesysteem dat meer mogelijkheden biedt, indien de mentaal gehandicapte daar aan toe is.

Alhoewel de vraag om communicatieve hulp aan zwakzinnigen steeds een individuele vraag is en ook blijft, kan het therapeutisch antwoord hierop toch enigszins categoriaal worden omschreven. Zo onderscheiden we een drietal grote doelgroepen, die elk een specifiek taalontwikkelingsprogramma of een specifiek behandelingsprogramma vragen, en waarbinnen afhankelijk van o.a. de leeftijd van de personen, de aard en de graad van de stoornissen en de aan- of afwezigheid van meervoudige handicaps, nog subcategorieën te onderscheiden zijn. Uitgangspunt is steeds dat men zich niet zozeer richt op de stoornis en de gesproken taal als norm stelt, maar dat men de bestaande communicatiemogelijkheden wil verfijnen en verder ontwikkelen.

Doelgroep I:

1. Mentaal gehandicapten die geen linguïstische vorm van communicatie kunnen hanteren en evenmin leren gebruiken omwille van hun laag ontwikkelingsniveau.

Een echt taalprogramma heeft hier niet veel zin, maar wat men wel kan doen zijn communicatievoorbereidende en -stimulerende oefeningen zoals: het verhogen van de cognitieve vaardigheden, het kweken van een behoefte en motivatie tot communicatie, het elimineren van storend gedrag, het verbeteren van de aandacht en het leren verwerven van controle over de motoriek.

Hoewel een linguïstische vorm van communicatie hier niet haalbaar is, kunnen toch andere communicatievormen verder ontwikkeld worden, meer bepaald een gedifferentieerde "lichaamstaal". Via gezichtsuitdrukkingen (b.v. glimlachen, wenkbrauwen fronsen, een schroefgezicht), via de hoofdhouding (b.v. hoofd schudden, hoofd schuin, hoofdknikjes), via de blik (b.v. naar iets kijken, oogcontact, opzij wegstaren), via gebaren met hand en arm of met de voet (b.v. hand naar iets uitsteken, iets of iemand vastpakken, slaan), via de lichaamshouding (b.v. rechtop zitten of liggen), via lichaamsbeweging of locomotie (b.v. gaan naar of afstand nemen van) en via allerlei geluidjes of vocalisaties die de aandacht trekken of een emotie uitdrukken (schreien, lachen, grommen, kreunen, roepen), kunnen deze zwakzinnigen toch enigszins leren om iets te vragen, een antwoord te geven, iets te weigeren, iets aan te bieden, een opmerking te maken, te groeten of een emotie uit te drukken, kortom invloed uit te oefenen op hun omgeving. Een vereiste is echter dat de mensen uit deze omgeving deze subtiele signalen leren registreren en op hun inhoudswaarde beoordelen.

2. Mentaal gehandicapten met voldoende ontwikkelingscapaciteiten om een eenvoudige vorm van voorstelling en verwijzing in de communicatie te kunnen hanteren of te leren verwerven.

Bij hen kan men spreken van een pre-linguïstisch communicatieniveau, van een beginnend taal-symbool-begrijpen. Men zal hier gebruik maken van representatieve symboolsystemen, d.w.z. symbolen die hun betekenis uit zichzelf oproepen. B.v. communiceren via tekeningen, plaatjes, foto's en objecten, via aangeleerde gebaren voor het aanduiden van "ja" en "neen", via pantomime of via natuurlijke gebaren (deze gelijken op wat ze voorstellen en worden dus over het algemeen spontaan begrepen).

Doelgroep II:

Mentaal gehandicapten voor wie een vocaal linguïstische vorm van communicatie haalbaar is. Het spraak- en taalniveau zal hier verhoudingsgewijs overeenstemmen met het globale ontwikkelingsniveau. Subcategorieën zijn:

1. Mentaal gehandicapte kinderen in de periode van de spraak- en taalontwikkeling.
2. Mentaal gehandicapte volwassenen die qua taal- en spraakontwikkeling hun maximum (plafond) bereikt hebben.
3. Ouder wordende mentaal gehandicapten waar er functieverlies of functievermindering in de spraak is gaan optreden.

De begeleiding richt zich hier op het stimuleren van de huidige vocale mogelijkheden en/of een verdere ontwikkeling ervan. Om hen de spreektaal bij te brengen is de simultane methode zeer geschikt: men zal eerst een vorm van gebarentaal of andere niet-vocaal linguïstische communicatievormen koppelen aan gesproken taal (aanvankelijk louter imitatie van spraak). Deze gebaren zullen een ondersteuning zijn bij het vaak gebrekkige auditief geheugen. Tenslotte zal men dan gebaren langzaam afbouwen en het spontaan spreken uitbouwen.

Om die gesproken taal verstaanbaar te maken worden nog oefeningen voorzien m.b.t. de ademhaling, de fonatie of stemgeving, de resonantie en de articulatie.

Doelgroep III:

Mentaal gehandicapten die beschikken over een hoger ontwikkelingsniveau, maar die ernstige problemen ondervinden met de vocale expressie.

Voor hen lijkt het aanleren van niet-vocaal linguïstische communicatievormen het meest aangewezen. We geven nu een korte opsomming van de mogelijkheden (indeling volgens Musselwhite & St.-Louis):

- a) gebarensystemen (deze vragen bewegingen van het lichaam, vooral van handen en armen, maar vereisen geen materiaal of apparatuur buiten het lichaam).
 - Tekentalen (b.v. American Sign Language).
 - (Pedagogische) tekensystemen (b.v. Signed English, Signing Exact English).
 - Taalcodes via gebaren (b.v. Vingerspelling, Gebaren-Morse-code, Cued Speech).
 - Andere gebarensystemen (b.v. Pantomime en natuurlijke gebaren, American Indian Sign Language).
- b) Symbolsystemen (deze vereisen wel materiaal of apparatuur buiten het lichaam).
 - Representerende symbolsystemen (b.v. foto's, plaatjes en tekeningen, het Rebus-systeem, Bliss-symbolen).
 - Abstracte symbolsystemen (b.v. Premack-type tokens).
 - Symbolische taalcodes (b.v. de traditionele orthografie).

Bij deze symbolsystemen moet vaak nog een of ander (mechanisch) communicatiehulpmiddel gebruikt worden, indien een bijkomende motorische handicap het aanwijzen van de symbolen op communicatieborden bemoeilijkt.

Tot slot merken we nog op dat het gebruik van de ene communicatievorm de andere niet uitsluit. Bij doelgroep III kan men b.v. ook de methodes van doelgroep I mee-toepassen. Fundamenteel in de Totale Communicatie-aanpak is de simultane communicatie, het gebruik van vele expressievormen tegelijk. Het gaat dus bij het beslissingsproces niet om dit OF dat systeem, maar om dit EN dat systeem (b.v. gebarentaal + spraak gecombineerd met communicatiestimulerende oefeningen).

TAAK 3: het verbeteren van de pedagogische, maatschappelijke en fysieke omgeving van de zwakzinnige.

Wat dit precies inhoudt, hebben we al besproken toen we het hadden over de principes van Totale Communicatie. Het doel van de 24-uur benadering is het scheppen van een dagprogramma waarbij, 24 uur op de 24, iedere opvoeder, ouder of therapeut vanuit dezelfde communicatieprincipes met de zwakzinnige omgaat. Dit zorgt ervoor dat wat men in de therapiekamer geleerd heeft, ook gegeneraliseerd wordt naar de situatie daarbuiten, zodat de zwakzinnigen het communicatieve potentieel van wat ze leerden, zullen begrijpen (het functionele van de aangeleerde Totale Communicatie).

PRAKTISCHE OVERWEGINGEN

We hebben tot dusver gesproken over de principes van Totale Communicatie en over de therapeutische taken waarvoor men geplaatst wordt bij het uitvoeren van het programma. Het opzetten van een T.C.-programma in een instelling vraagt echter ook belangrijke organisatorische en methodologische aanpassingen.

Vooreerst moet men iedereen in de instelling overtuigen van het nut van T.C. en hun steun verkrijgen, omdat velen vaak afkerig zijn van vernieuwingen en aan het oude vertrouwd willen vasthouden. Een beperkt experiment in een kleine groep kan dan de deuren openen. Verder moet een gedetailleerde planning en een blijvend toezicht op het programma zorgen voor de juiste uitvoering ervan en dus voor meer slagingskansen. Belangrijk hiervoor is tevens de selectie en de training van het begeleidend personeel. Er moet ook geld vrijgemaakt worden voor een communicatiestimulerende inrichting van de leefruimte. Na de multidisciplinaire diagnose van het communicatieprobleem moet eveneens een communicatiesysteem, een aanleer-methode, alsook een lexicon (welke gebaren en/of woorden men gaat aanleren, het inhoudelijke dus) gekozen worden, dat aangepast is aan de zwakzinnige. Tenslotte moet naast al de aandacht voor de communicatieve vaardigheden, ook nog het belang benadrukt worden van voldoende activiteiten die een training van de zwakzinnige inzake het aanpassingsgedrag, de zelf-hulp en zelfredzaamheid, de opvoeding en de socialisatie bewerkstelligen. De beschikking over een communicatiemiddel zal de zwakzinnige hier zeker bij helpen.

EVALUATIE VAN TOTALE COMMUNICATIE

Men zou enigszins de kritiek kunnen spuien dat men met betrekking tot Totale Communicatie een beetje in het vage blijft hangen bij de beschrijvingen van wat er allemaal moet gebeuren. Men stelt in de literatuur geen concrete programma's voor, doch dit is gewoon te verklaren doordat Totale Communicatie niet zozeer een specifieke techniek of methode is, dan wel een zekere pedagogische instelling. Deze kan men dan invullen naargelang de situatie en de noden en mogelijkheden van de zwakzinnigen op een bepaald moment. Helaas blijkt dit aan de andere kant soms ook mee te brengen dat er in de praktijk nogal eens afgeweken wordt van wat T.C. aanvankelijk bedoelde. Inderdaad, sommige behandelingsprogramma's noemen zich ten onrechte T.C.-programma's (b.v. men bespeelt niet alle kanalen tegelijk (auditief, visueel en tactiel) en beperkt zich tot spreken en gebaren of tot gebaren alleen, de diagnose laat te wensen over, het personeel is niet voldoende gekwalificeerd, niet de gånse omgeving wordt besproken, enz...). Veel kritiek op Totale Communicatie is dan ook terug te voeren tot een slechte toepassing van de principes ervan.

Maar mits een goede uitvoering kan een T.C.-programma in een instelling voor zwakzinnigen wel degelijk spectaculaire resultaten opleveren, zoals dat b.v. het geval was in Het Gielsbos in Gierle onder de leiding van de logopedist Johan Kindt. Daar bleek immers dat door een individueel gerichte en een omgevingsgerichte benadering eigen aan T.C. niet alleen de communicatie van de zwakzinnigen verbeterde, maar ook hun algemeen gedrag en de houding van de om-

geving tegenover hen. Heelwat zwakzinnigen die niet tot spreken kunnen komen, leerden toch veel gebaren gebruiken, en soms leidde de niet-vocale benadering zelfs tot het op gang komen van de gesproken taal. Daar waar al spreektaal aanwezig was, werden door de Totale Communicatie ook grote verbeteringen geconstateerd. Wat het algemeen gedrag betreft, werd geconstateerd dat de zwakzinnige vaak rustiger werd, aangenamer in de omgang was en er zich minder probleemgedrag voordeed, nu hij een functioneel communicatiemiddel tot zijn beschikking had. Door de natuurlijke omgeving van de zwakzinnige attent te maken op de specifieke communicatie van deze zwakzinnige en hen de principes van T.C. ook bij te brengen, werd dit nog eens in de hand gewerkt.

Dit alles illustreert het belang van en de filosofie achter Totale Communicatie: de zwakzinnige heeft net als ieder ander mens nood aan contact, of m.a.w. nood aan begrijpen en begrepen worden. Verder is de beschikking over een communicatiemiddel een noodzakelijke voorwaarde voor de andere leerprogramma's en ontwikkelingsprogramma's die men bij de zwakzinnigen toepast. Totale Communicatie kan dit middel bieden. Uitgangspunt zijn steeds de individuele communicatiemogelijkheden van de zwakzinnigen, en waarbij men dan via oefeningen een stapje verder probeert te komen. Men zal dus niet ons taalbegrip als norm nemen. Men gaat niet stoornisgericht maar ontwikkelingsgericht te werk, in de overtuiging dat er primair altijd communicatie tussen de mensen dient te zijn en dat het medium of de communicatiewijze daarbij secundair is.

Het doorvoeren van een T.C.-programma kan heel wat geld en inspanningen kosten, en men kan zich de vraag stellen of zoiets nu wel haalbaar is in een periode van crisis en besparing. Maar dat is een keuze waar men voor staat: meer geld spenderen en bijgevolg meer welzijn voor de zwakzinnigen of minder geld en de kansen niet benutten.

Totale Communicatie is geen "wondermiddel", maar het is toch zeker een grote verbetering t.o.v. de klassieke logopedische behandeling.

Misschien mag men nu nog geen definitief oordeel vellen over het jonge concept "Totale Communicatie", evenmin als de ontwerpers op hun lauweren mogen rusten: men moet elk onderdeel in vraag blijven stellen en verder zoeken. T.C. staat inderdaad nog maar in zijn kinderschoenen, en er is nog veel werk aan de winkel. Om het met de woorden van K.R. Alexander te zeggen: "What has been done is just a Lillyputian drop in the ocean beside what still has to be done".

NOTEN

(*)Samenvatting van de gelijknamige eindverhandeling door de auteur aangeboden tot het verkrijgen van de graad van Licentiaat in de Communicatiewetenschap, Fac. Soc. Wet., Dep. Comm. Wet., K.U.Leuven, sept. 1987, 194 blz., Promotor: prof. Dr. G. Fauconnier.

Literatuurlijst.

Grossman, H.J. (Ed.) (1973), *Manual on terminology and classification in mental retardation*. Washington D.C., American Association on Mental Deficiency.

- Kindt, J. (1983), *Niet-vocale communicatie in de therapie: principes van totale communicatie*. Referaat gehouden te Berchem op 12.03.1983.
- Lloyd, L.L. (Ed.) (1976), *Communication assessment and intervention strategies*. Baltimore, University Park Press.
- Musselwhite, C.R. en St.-Louis, K.W. (1982), *Communication programming for the severely handicapped: vocal and non-vocal strategies*. San Diego, California, College-Hill Press.
- Verniers, W.R. (1982), Total communication, part I. A theoretical approach towards communication in the care of the mentally handicapped en Verpoorten, R.A.W. (1982), Total communication, part II. A therapeutical application of total communication principles in the care of the profoundly and severely mentally handicapped, *Logopedie en Foniatrie*, 54 (12): 408-413 en 414-420.
- Verpoorten, R., Hectors, G. en Verbist, C. (1982), *Totale communicatie: principes en hun toepassing in de zwakzinnigzorg*. Lille, Vlaamse Vereniging voor Logopedisten.
- X. (1983), *Seminars "Logopedie bij mentaal gehandicapten"*. Antwerpen, K.V.H., 1 (1): 78 blz. (themanummer over totale communicatie).
- X. (1984), *Totale communicatie*. Bundeling van de inleidingen gehouden op 11 november 1983 op de studiedag van het Nederlands Genootschap ter Bestudering van de Zwakzinnigheid en de Zwakzinnigzorg (N.G.B.Z.), Utrecht, N.G.B.Z. (publikatie nr. 34).

W. HESLING EN J.M. PETERS

AUDIOVISUELE RETORIEK

230 Blz. 500 BF

een uitgave van:
Centrum voor Communicatiewetenschap
E. Van Evenstraat 2A
B-3000 Leuven