



**Provinciale Hogeschool Limburg**

**Departement PXL - Healthcare**

**Opleiding Ergotherapie**

**De bewegingspedagogiek van Veronica Sherborne als onderdeel van  
multidisciplinaire therapie bij kinderen die stotteren**

Een literatuuronderzoek

Door **Sofie Jeunen, Tiziana Lenaers**

Afstudeerproject aangeboden tot het bekomen van het diploma van

Bachelor in de Ergotherapie

o.l.v. **Johan Lemmens**, promotor

Vera Leekens, copromotor

Hasselt, 2014





**Provinciale Hogeschool Limburg**

**Departement PXL - Healthcare**

**Opleiding Ergotherapie**

**De bewegingspedagogiek van Veronica Sherborne als onderdeel van  
multidisciplinaire therapie bij kinderen die stotteren**

Een literatuuronderzoek

Door **Sofie Jeunen, Tiziana Lenaers**

Afstudeerproject aangeboden tot het bekomen van het diploma van

Bachelor in de Ergotherapie

o.l.v. **Johan Lemmens**, promotor

Vera Leekens, copromotor

Hasselt, 2014

## Inhoud

Inleiding .....	1
1. Stotteren .....	2
1.1. Wat is stotteren? .....	2
1.2 Soorten stotteren.....	7
1.3. Oorzaken .....	9
1.4. Stotteren volgens het ICF .....	11
2. De visie van Van Riper .....	13
2.1. De MIDVAS-principes van Van Riper .....	13
2.2. Verschillende stottherapieën in CAR Genk .....	16
3. Sherborne Developmental Movement (SDM) .....	23
3.1. Achtergrond en basispijlers .....	23
3.2. Onderzoeken naar effectiviteit Sherborne.....	27
4. Aanpak/visie CAR Genk .....	29
4.1. Doelgroep CAR Genk .....	29
4.2. SDM en spreekoefeningen in groep .....	29
4.3. Combinatie Van Riper en SDM .....	30
4.4. SDM en stotteren.....	31
4.5. De veranderingsfases.....	32
4.6. Besluit.....	33
5. Praktisch luik.....	35
5.1. Groepstherapieën.....	35
5.2. Vragenlijsten .....	35
5.3. Stottergroep in praktijk.....	39
6. Rol van de ergotherapeut binnen de multidisciplinaire Sherborne-activiteiten .....	43
6.1. Functiekaart: ET in CAR LITP Genk .....	43
6.2. Rol ET binnen ICF-benadering stotteren .....	43
7. Discussie/besluit.....	50
8. Bijlagen .....	52
9. Referentielijst .....	63

## **Dankwoord**

Dit afstudeerproject is in stand gekomen door de hulp en steun van meerdere personen.

Als eerste willen we onze promotor Johan Lemmens, onze copromotor Vera Leekens en de zorgmanager van Car Genk-Hasselt, Tony Seyler bedanken voor de begeleiding tijdens dit afstudeerproject. Met behulp van hun kennis en ervaringen hebben wij dit afstudeerproject kunnen opstellen.

Ook willen wij graag het Centrum voor Ambulante Revalidatie te Genk en hun medewerkers bedanken voor de leerrijke stage. Hierdoor kregen wij de kans om de stottergroepen zelf mee te beleven.

De ergotherapeuten momenteel werkende binnen de stottertherapie te CAR Genk, Leen Martens en Nicole Mechelmans, willen wij bedanken om de tijd te nemen hun ervaringen met ons te delen.

Graag richten wij nog een dankwoord aan Geert Huygen die het filmmateriaal heeft bewerkt waardoor het mogelijk is om dit filmmateriaal te presenteren op het symposium van dit afstudeerproject.

Voor de opnames van dit filmmateriaal willen wij de ouders van de kinderen en de kinderen zelf bedanken voor hun goedkeuring. Ook Ann Dekens willen wij bedanken voor het helpen met de voorbereiding en het filmen van de video's.

## **Abstract**

**Inleiding:** In het Centrum voor Ambulante Revalidatie (CAR) Genk is Sherborne Developmental Movement (SDM) een belangrijk onderdeel binnen de stottertherapie.

**Doel:** Het doel is om de werking van het CAR Genk, in hun toepassing van SDM als onderdeel van stottertherapie, in kaart te brengen. De principes van Van Riper zijn de rode draad doorheen de stottertherapie. De doelgroep bestaat uit kinderen tussen vier en twaalf jaar die stotteren. Twee grote hypothesen worden gesteld. Een eerste hypothese is dat SDM een meerwaarde heeft als onderdeel van de stottertherapie. De tweede is dat een ergotherapeut een bijdrage heeft binnen de multidisciplinaire stottertherapie.

**Methode:** Dit afstudeerproject bestaat uit een literatuurstudie en een praktisch gedeelte. Artikels, boeken en de kennis van ervaringsdeskundigen vormen de basis.

**Resultaten:** De enquête geeft een positieve evolutie weer in het stotteren na het volgen van therapie in het CAR Genk. Overeenkomsten zijn gevonden tussen de doelstellingen van de stottertherapie en de SDM-therapie, namelijk het stimuleren van lichaamsexpressie, verschilspanning en ontspanning aanleren, assertiviteitstraining, aanleren sociale- en communicatievaardigheden, desensibilisatietraining, verhogen van zelfvertrouwen, lichaamsbewustzijn en identificeren en leren elimineren van vermijdingsgedrag. Ook de principes van Van Riper, kunnen toegepast worden op de stottertherapie en op de SDM-therapie. Binnen deze stottertherapie heeft de ergotherapeut een meerwaarde.

**Conclusie:** Verder wetenschappelijk onderzoek is nodig. Een mogelijke volgende stap is het uitschrijven van een behandelplan alsook een dubbelblind proef uit te voeren bij kinderen die wel en niet SDM krijgen als onderdeel van hun stottertherapie.

**Trefwoorden:** Sherborne Developmental Movement, stotteren, Charles Van Riper, stottertherapie, ergotherapeut.

## **Inleiding**

Dit afstudeerproject kwam tot stand door een vraag komende vanuit het werkveld, namelijk het CAR Genk. Deze vraag was om literatuur te verwerven over stotteren en Sherborne en de werking van het CAR Genk rond hun stotterbehandeling in kaart te brengen. Op lange termijn zal er worden nagegaan of Sherborne in de toekomst kan opgenomen worden in algemene multidisciplinaire stottertherapieën en hierin effectief een meerwaarde in heeft. Dit literatuuronderzoek is dus slechts een eerste aanzet om hier een antwoord op te krijgen.

Het Centrum voor Ambulante Revalidatie Genk is een centrum waar kinderen en volwassenen terecht kunnen voor een multidisciplinaire diagnostiek en behandeling/begeleiding. Hun doel is om maximale ontplooiingskansen en revalidatiemogelijkheden te bieden met het oog op een zo goed mogelijk functioneren in de maatschappij en de omgeving beter af te stemmen op de specifieke noden van de persoon. Bij het CAR Genk kunnen zowel kinderen als volwassenen met een stotterproblematiek terecht. Omdat de visie van Van Riper de rode draad is doorheen de stotterbehandeling in CAR Genk, is onze onderzoeksvraag ‘Waar past de bewegingspedagogiek van Veronica Sherborne binnen de principes van Von Riper toegepast in de multidisciplinaire stottertherapie binnen het CAR Genk bij kinderen van 4 tot 12 jaar?’. Bijkomende vragen waarbinnen dit afstudeerproject een antwoord op wordt gezocht zijn: Wat is de bewegingspedagogiek van Sherborne? Wat is de visie omtrent stotteren in het CAR Genk? Wat zijn de MIDVAS-principes van Van Riper? Heeft de ergotherapeut een meerwaarde binnen deze multidisciplinaire stottertherapie?

Het afstudeerproject valt op te delen in twee grote onderdelen, een theoretisch gedeelte gebaseerd op literatuurstudie en een praktijkgedeelte bestaande uit eigen ervaringen en een enquête. De gebruikte zoektermen zijn: taal en motoriek, stotteren, pediatrie, stutter, stuttering and children, stuttering, Sherborne Developmental Movement, stotteren en psychosociaal functioneren, stotteren en kinderen. Namen van auteurs waarop gezocht werd zijn: Sherborne, Willems, Boey, Seyler, Reunes, Van Riper, Daems, Hill, Laban en Marsden. Gebruikte zoekmachines zijn: google scholar, pubmed, scirus, limo. De screening van onze artikels gebeurde op basis van jaartal, wetenschappelijke onderbouw, overeenstemming met onderzoeksvraag, status en herkomst van de publicatie en validiteit.

## 1. Stotteren

### 1.1. Wat is stotteren?

Uit onze literatuurstudie blijkt dat de definities van stotteren een evolutie hebben doorgemaakt, deze worden met enkele voorbeelden geïllustreerd:

Johnson, 1955b:

*“Stuttering behaves like a response made to identifiable stimuli or cues with a very considerable degree of consistency and predictability” (p. 16). “Such cues function as reminders, and so ‘storm signals’, warning of danger ahead” (p.23). Johnson zag stotteren als een “anxiety-motivated avoidant response that becomes conditioned to the cues or stimuli associated with its occurrence” (p.23).*

Johnson beschrijft stotteren dus als een aangeleerd gedrag. Hij legt de nadruk op het belang van stimuli die als herinneringen en waarschuwingssignalen functioneren waardoor het stotteren zelf een op angst gemotiveerde vermijdingsreactie wordt geconditioneerd door het optreden van deze stimuli. Johnson beschreef zo het eerste echte gedragsmodel van stotteren (Journal of speech, Language and Hearing Research. Vol 52. 254-263. 2009).

De World Health Organisation (1977, p.202):

*“Onregelmatigheden in het spreekritme, waarbij de spreker precies weet wat hij wil uitdrukken maar daar op het ogenblik niet in slaagt, doordat zich een onvrijwillige herhaling, verlenging of onderbreking van een klank voordoet.”*

In deze definitie wordt de focus gelegd op de uitingen van het stotteren. Deze uitingen worden beperkt tot deze wat er worden gehoord in de spraak. Ook wordt er aangehaald dat ze wel weten wat ze willen uitdrukken maar daar op het moment zelf niet in slagen.

Sheehan (1984):

*“Defining stuttering (solely) as a fluency problem ignores the person; it ignores his feelings about himself; it ignores the significance of stuttering in his life; it ignores the principle that just because an individual stutters that is not necessarily with which a clinician need be concerned.”*

*“Stuttering is that what you do, not to stutter.”*



Sheehan (1984) benadrukt dat een clinicus zich niet enkel moet richten tot het stotteren als een probleem in het vlot spreken. Dit omdat dan zowel de persoon als zijn gevoelens over zichzelf, alsook de belangrijk van stotteren in zijn leven negeert. Hij beschrijft stotteren als dat wat je doet om niet te stotteren.

Wingate (1988)

*“Stotteren is:*

- 1. Een stoornis in de vloeiendheid van de verbale expressie die gekenmerkt wordt door onwillekeurige, hoorbare of stille, herhalingen of verlengingen in het uiten van korte spraakelementen, namelijk klanken, lettergrepen of eenlettergrepige woorden; deze onvloeiendheden komen meestal frequent voor of vertonen een opvallend karakter; ze zijn niet meteen controleerbaar.*
- 2. Deze onvloeiendheden gaan soms gepaard met bijkomende bewegingen van het spraakapparaat, van al of niet gerelateerde lichaamsstructuren, of van stereotiepe spraakuitingen. Deze bewegingen geven het beeld van ‘vechten met de spraak’.*
- 3. Er zijn niet zelden aanwijzingen of vermeldingen van de aanwezigheid van een emotionele toestand gaande van een conditie van algemene prikkelbaarheid of spanning tot het voorkomen van specifieke negatieve emoties zoals angst, verlegenheid en irritatie.*
- 4. De onmiddellijke oorsprong van stotteren is een zekere foutieve coördinatie die tot uiting komt in het perifere spraakmechanisme: de uiteindelijke oorzaak is momenteel onbekend en kan complex of meervoudig zijn.”*

Wingate (1988) benadrukt de veelzijdigheid van het stotteren. Hij beschrijft mogelijke secundaire symptomen zoals bijkomende bewegingen van het spraakapparaat, van al of niet gerelateerde lichaamsstructuren, het wisselend voorkomen en tot uiting komen en het niet uit te sluiten effect van emotionele toestanden. Ook spreekt hij over de oorsprong van het stotteren als een foutieve coördinatie die tot uiting komt in het perifere spraakmechanisme, maar geeft ook aan dat de uiteindelijke oorzaak momenteel nog onbekend is en complex en meervoudig kan zijn.

Boey (2003):

*“Een obligaat kenmerk van stotteren is het ongecontroleerd doorbreken of herhalen van woorden, waarbij kenmerken van spraakklanken niet gerespecteerd blijken te zijn (zoals duur, kracht,...). Bij stotteren ontstaan er discontinuïteiten in een woord. Ook een bepaalde soort herhalingen van eenlettergrepige woorden is kenmerkend voor stotteren (het gaat dan om herhalingen van meer dan 2 per reeks, dikwijls snel of met veel kracht uitgesproken, vb: de de de.”*

In deze definitie worden ook voornamelijk de uitingen in spraak van de persoon die stottert besproken zoals herhalingen van eenlettergrepige woorden.

International Classification of Diseases' (ICD) van de Wereldgezondheidsorganisatie:

*“Speech that is characterized by frequent repetition or prolongation of sounds or syllables or words, or by frequent hesitations or pauses that disrupt the rhythmic flow of speech. It should be classified as a disorder only if its severity is such as to markedly disturb the fluency of speech (World Health Organization, 2006).”*

ICD duidt erop dat stotteren slechts geassocieerd mag worden als een stoornis, wanneer het zo ernstig is dat het duidelijk de vlotheid van spreken verstoort.

De Ridder (2008):

*“Stotteren is een dysfunctie van het brein. De spraak en gehoorgebieden zijn hierbij betrokken en de interactie tussen de verscheidene structuren via de witte vezels is verstoort. Stotteren is dus een stoornis in communicatie door een stoornis in communicatie in het brein.”*

De Ridder (2008) gaat stotteren beschrijven vanuit anatomische bevindingen zoals een verstoorte interactie tussen de verschillende structuren via de witte vezels.

Metten et al., (2011):

*“Stuttering is a speech disorder affecting approximately 1% of the population. There is considerable agreement that stuttering is genetically transmitted with a sex linkage and it is thought to be underpinned by a disruption to the neural processing underlying the planning and/or production of speech. Stuttering starts in early childhood and for children who do not recover naturally or do not receive effective*

*treatment in the preschool years, it becomes chronic and less tractable over time.*

*Persons who stutter (PWS) are confronted with its negative social and psychological effects. For example, in 92 PWS, Iverach et al. found 16- to 34-fold increased odds of meeting criteria for social phobia. The rate and severity of stuttering behaviours are not always predictable and are highly variable across and within individuals. People are likely to stutter more in situations that involve cognitive or emotional stress than those where they feel relaxed. Stressful situations typically increase physiological arousal and hence likely lower the threshold at which stuttering is triggered.”*

Ook hier wordt stotteren besproken vanuit anatomische opzichten, zo spreken zij over een onderbreking van het neurale proces onderliggend aan de planning en/of productie van spraak. Ook spreken zij over een aanzienlijke overeenkomst dat stotteren genetisch overdraagbaar is. Er wordt aangehaald dat personen die stotteren geconfronteerd worden met zijn negatieve sociale en psychologische effecten. Ook vermelden zij dat de verhouding en ernst van het stottergedrag niet altijd voorspelbaar zijn en sterk verschillen van individu tot individu. Zo zeggen zij ook dat mensen geneigd zijn meer te stotteren in situaties waarbij emotionele en cognitieve stress komt kijken. Ook bij deze definitie komt een veelzijdigheid van het stotteren te boven.

Seyler (2008, p. 18,19,20):

*“Stotteren is een complex probleem waar geen simpele oplossing voor bestaat. We definiëren eerst stotteren zowel als het stotterprobleem. Beide termen omhelzen niet hetzelfde. “... “Wat is het stotterprobleem? Abnormale onvloeiendheden en andere gedragingen die verschijnen gedurende momenten van stotteren zijn één aspect van het stotterprobleem. Het is nu eenmaal zo dat het stotterprobleem van een bepaalde persoon niet noodzakelijk bepaald wordt door de frequentie en de duur van het stotteren. Een voorbeeld: een persoon die weinig stottert maar gewoonlijk het probleem tracht te beperken (door bijvoorbeeld enkel te praten als het absoluut noodzakelijk is) kan een groter stotterprobleem hebben dan iemand die ernstig stottert maar gewoonlijk het niet een hindernis laat worden om te communiceren of om te doen wat hij wil doen. Het stotterprobleem van een kind of volwassenen kan op ieder moment worden gedefinieerd als een geheel van gedragingen. Dit geheel omvat gedragingen die geen deel uitmaken van het moment van stotteren. Sommige gedragingen kunnen verschijnen terwijl de persoon niet stottert of zelfs niet spreekt. De ernst van iemands stotterprobleem is in*

*functie van het aantal verschillende gedragingen die hij in zijn geheel stelt. Het doel is dan om dit geheel van gedragingen te identificeren en te definiëren. Het doel van de behandeling daarenboven is ofwel ze te elimineren of het aantal, de frequentie van deze gedragingen te reduceren.*“

Seyler (2008) maakt een duidelijk onderscheid tussen stotteren en het stotterprobleem. Het stotterprobleem is bijvoorbeeld abnormale onvloeiendheden en andere gedragingen die verschijnen gedurende momenten van stotteren. Het wordt niet noodzakelijk bepaald door de frequentie en duur van het stotteren. Hij beschrijft het stotterprobleem als een geheel van gedragingen die geen deel uitmaken van het moment van het stotteren. Een voorbeeld hiervan is vermijdingsgedrag. Hierbij beschrijft hij ook dat de ernst van iemands stotterprobleem afhankelijk is van deze gedragingen in zijn geheel alsook dat het doel van de behandeling moet liggen om dit geheel van gedragingen te identificeren, te definiëren om zo te kunnen elimineren of het aantal te reduceren.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V):

*“Classificatiecriteria:*

- A. Stoornissen in het normale vloeiende verloop en het tijds patroon van de spraak die niet passen bij de leeftijd van de betrokkenen en diens taalvaardigheid, die langere tijd persisteren, en die worden gekenmerkt door het frequent en duidelijk optreden van een (of meer) van de volgende kenmerken:*
- 1. Herhalen van klanken en lettergrepen.*
  - 2. Verlengen van medeklinkers en klinkers.*
  - 3. Onderbroken woorden (pauzes binnen een woord).*
  - 4. Hoorbaar of geluidloos blokkeren (opgevolde of onopgevolde pauzes in de spraak).*
  - 5. Circumlocutie (vervangen van woorden om problematische woorden te vermijden).*
  - 6. Het produceren van woorden met een overmaat aan lichamelijke spanning.*
  - 7. Monosyllabische herhaling van hele woorden (bijvoorbeeld ‘ik-ik-ik-ik zie hem’).*
- B. De stoornis veroorzaakt vrees om te spreken of beperkingen in de effectieve communicatie, sociale participatie, of schoolresultaten of werkprestaties, elk afzonderlijk of in combinatie.*

C. *Het begin van de symptomen ligt in de vroege ontwikkelingsperiode.*

D. *De stoornis kan niet worden toegeschreven aan een motorische spraakstoornis of zintuiglijke beperking, niet-vloeiende spraak samenhangend met neurologisch letsel (bijvoorbeeld een beroerte, tumor, trauma) of een andere somatische aandoening en kan niet beter worden verklaard door een andere psychische stoornis.*

***Bijkomende kenmerken die de classificatie ondersteunen*** Na verloop van tijd kan de betrokkene angstig gaan anticiperen op het probleem. De spreken kan pogingen doen om niet-vloeiende spraak te vermijden door taalmechanismen of door bepaalde spraaksituaties te vermijden, zoals telefoneren of spreken in het openbaar. De stoornis in de spraakvloeiendheid ontstaan in de kindertijd kan ook gepaard gaan met motorische bewegingen.

***Gevolgen voor het functioneren*** Stress en angst zijn kenmerken van de aandoening, maar blijken daarnaast ook de niet-vloeiende spraak te verergeren. Door deze angst kunnen er problemen ontstaan in het sociale functioneren (American Psychiatric Association, 2014, p.104-106).”

De classificatie van het ontwikkelingsstotteren in de DSM-V geeft een zeer brede definitie van het stotteren. Zij nemen niet enkel de criteria op het gebied van spraakvloeiendheid in acht maar ook deze op het gebied van het functioneren en de sociale participatie. Ook hier worden de belangrijke gevolgen waar zeker en vast ook rekening mee moet worden gehouden zoals de spreekangst, het vermijdende gedrag, de stress, enzovoort, gezien.

#### Besluit:

Het is dus duidelijk dat de verschillende definities verscheidene nadrukken leggen. Zo gaan sommige auteurs zich enkel richten op de anatomische basis van het stotteren, anderen bekijken enkel de uitingen van het stotteren in de spraak terwijl andere het breder bekijken, zij brengen het stotteren in kaart door niet enkel naar de duidelijke hoorbare en zichtbare symptomen te gaan kijken maar om ook naar onderliggende factoren te kijken. In dit afstudeerproject wordt er voornamelijk gericht op deze laatste manier van het definiëren van stotteren, waarbij alle soorten en symptomen van het stotteren aangekaart worden. Deze soorten en symptomen van het stotteren worden verder besproken in het volgende punt.

#### 1.2 Soorten stotteren

Er zijn drie verschillende types, namelijk het motorische type, het emotionele type en het cognitieve type die in dit gedeelte verder verduidelijkt worden.

*Het motorische type* bestaat uit openlijk en hoorbaar stotteren. Bij dit type zijn er voornamelijk hoorbare en zichtbare symptomen. Deze hoorbare symptomen kunnen herhalingen, verlengingen en/of blokkades zijn. Zichtbare symptomen kunnen mee bewegingen in het gezicht of van de ledematen zijn en aan spreken gekoppelde tics.

*Het emotionele type* zal wisselend stotteren, dat toeneemt bij emotionele stress. Mensen met een stotterproblematiek die onder dit type vallen, gaan dus voornamelijk gaan stotteren in situaties die voor hen emotionele stress meebrengen.

Bij *het cognitieve type* is het stotteren verborgen en zelden hoorbaar met veel vermijdingsgedrag, angsten en spanningen. Belangrijk bij dit type is datgeen dat niet zichtbaar is bij iemand zoals de gedachten, gevoelens en zintuiglijke gewaarwordingen. Bij het cognitieve type zijn er dus voornamelijk verborgen symptomen. Hieronder valt spreekangst, stotterangst, vermijden van spreek situaties (sociale angst), minderwaardigheidsgevoel, schaamte en depressie. Het zijn deze symptomen die kunnen leiden tot leerproblemen, een verminderd presteren en/of een psychosociale problematiek (<http://www.litp.be>).

Zowel de zichtbare, hoorbare als de verborgen symptomen zijn een gewoonte en te onderscheiden van 'normale' niet vloeiendheden. Volgens de Nederlandse Federatie Stotteren moeten deze verschijnselen langdurig (minstens drie maanden) of veelvuldig voor komen en moeten ze zodanige ernstig zijn dat het de vloeiendheid van de spraak duidelijk verstoort (<http://www.stotteren.nl>) (de stotterijtsberg).

Belangrijk te onthouden hierbij is dat mensen die stotteren geen homogene groep vormen. Dit wil zeggen dat ieder zijn eigen unieke verzameling van symptomen heeft die zelfs niet onder alle omstandigheden gelijk zijn, afhankelijk van stressfactoren. Bij elk individu liggen de accenten weer anders.

#### Besluit:

Samengevat kan er besloten worden dat stotteren meer is dan enkel wat hoorbaar en zichtbaar is (zichtbare symptomen) bij mensen met een stotterproblematiek. Iemand kan niet hoorbaar stotteren maar toch kan deze persoon symptomen van het stotteren hebben, namelijk de verborgen symptomen. Deze symptomen/factoren bij elkaar zorgen er voor dat het stotteren erger kan zijn dan het op het eerste zicht lijkt. Ook is het belangrijk niet te vergeten dat er veel individuele verschillen zijn. Bij de één is het stotteren sterk gekoppeld aan bepaalde situaties en/of personen, terwijl het stotteren bij de ander altijd en overal ongeveer hetzelfde is.

### 1.3. Oorzaken

De oorzaken van stotteren zijn nog niet volledig ontrafeld. Wel is het duidelijk dat genetische predispositie een van de belangrijkste oorzaken is (tot 60%) (De Ridder, 2008).

Door middel van een magnetische resonantie scan (MRI) of/en met een nucleaire scan (PET), is er te zien dat normaal gedurende de vloeiende spraak de linker hersenhelft het meest actief is maar dat dit bij stotteraars verstoord is. Initiële PET studies (Moore, 1980; Fox, 1996) toonden een verhoogde activiteit in de spraakgebieden van de rechter hersenhelft tijdens taal oefeningen bij stotteraars vergeleken met deze bij vloeiend sprekende personen. Latere studies (Weiler, 1995; Braun, 1997) toonden echter aan dat de linker hemisfeer meer actief is bij stotteraars tijdens het stotteren en de rechter gedurende de vloeiende spraak. Dus de primaire dysfunctie is gelegen in de linker hersenhelft en de overactiviteit in de rechter hersenhelft is waarschijnlijk een compensatie. Dit compensatiemechanisme is aangetoond voor stotteren aan de hand van een functionele magnetische resonantie scan (fmri). Tijdens therapie en verbetering wordt een normalisatie van deze abnormaliteit gezien, met andere woorden: de afwijkingen die gezien worden zijn causaal en kunnen dienen als target voor behandelingen. Een belangrijk gegeven van de tot dusver getoonde functionele beelden van de hersenen is dat deze opnamen niet geheel real-time zijn. Er treed steeds een vertraging op tussen de hersenactiviteit op een bepaald moment en de beeldopname. Om de directe 'live' hersenactiviteit te meten bestaan er een tweetal mogelijkheden. Het electro encephalogram en het magnetisch encephalogram (De Ridder, 2008).

Wat bij personen die stotteren opvallend is, is dat de klanken die gevormd moeten worden aanwezig zijn, maar dat de uitvoering ervan niet goed lukt. Er wordt gezien dat bij iemand die stottert, de motorische programma's worden klaargezet en in uitvoering worden gebracht alvorens het articulatieprogramma klaar is. Dit kan erop wijzen dat er een verkeerde timing is en tijd in het brein bestaat uit verbindingen. Verminderde of verslechterde verbindingen zorgen voor een vertraging van signaal en zo voor problemen in het uitvoeren van functie (De Ridder, 2008).

Samenvattend zijn de aangetoonde verschillen tussen mensen die stotteren en vloeiend sprekende personen op anatomisch vlak (De Ridder, 2008):

1. Veranderde witte stofhoeveelheid (connectiviteit) tussen de motorische frontale structuren, gehoorschors en premotorische schors (klaarzetten van motorische programma's).

2. Er is een grotere hoeveelheid hersenmassa in het planum temporale zowel links als rechts.
3. Er is een verminderde asymmetrie in de verdeling van het hersenweefsel.
4. Er zijn meer ofwel abnormale gyri te zien in de perisylvische regio, wat kan berusten op een compensatiemechanisme.

Een studie gepubliceerd in 'The Lancet' (vol 360, p. 380-83) door A Koch, Büchel, Paulus, Sommer en Weiler (2002) toont gelijkaardige bevindingen. De conclusie die zij trokken was dat stotteren het resultaat is van een verstoorde timing van activatie van hersengebieden die instaan voor spraak en suggereren dat een gevonden overactiviteit van de rechter hemisfeer slechts een reflectie is van een compensatiemechanisme, analoog aan de rechter hemisferische activiteit bij afasie.

S-E Chang et al. (2008) (NeuroImage 39, 1333-1344) vonden ook anatomische verschillen en dit tussen kinderen die stotteren, kinderen die hebben gestotterd en kinderen met vloeiende spraak. Bij de kinderen die stotterden wordt er minder grijze stofvolume gevonden in de bilaterale inferior frontale gyrus, bilaterale supplementaire motorisch gebied, rechter motor/postcentrale gyri en rechter temporale regio's. De conclusie die zij uit deze resultaten trokken was dat stotteren gerelateerd is aan tekorten in de ontwikkeling van de witte stof onderliggende de linker orale faciale motor regio en verminderde groei van de grijze stof in de inferior frontale regio's (Broca) ook in de linker hemisfeer. Deze twee regio's maken deel uit van het voorste gedeelte van het perisylvian (= Broca) taalcentrum en zijn functioneel gerelateerd aan de spraakproductie. Ook hun studie ondersteunt dus de bevindingen van De Ridder (2008).

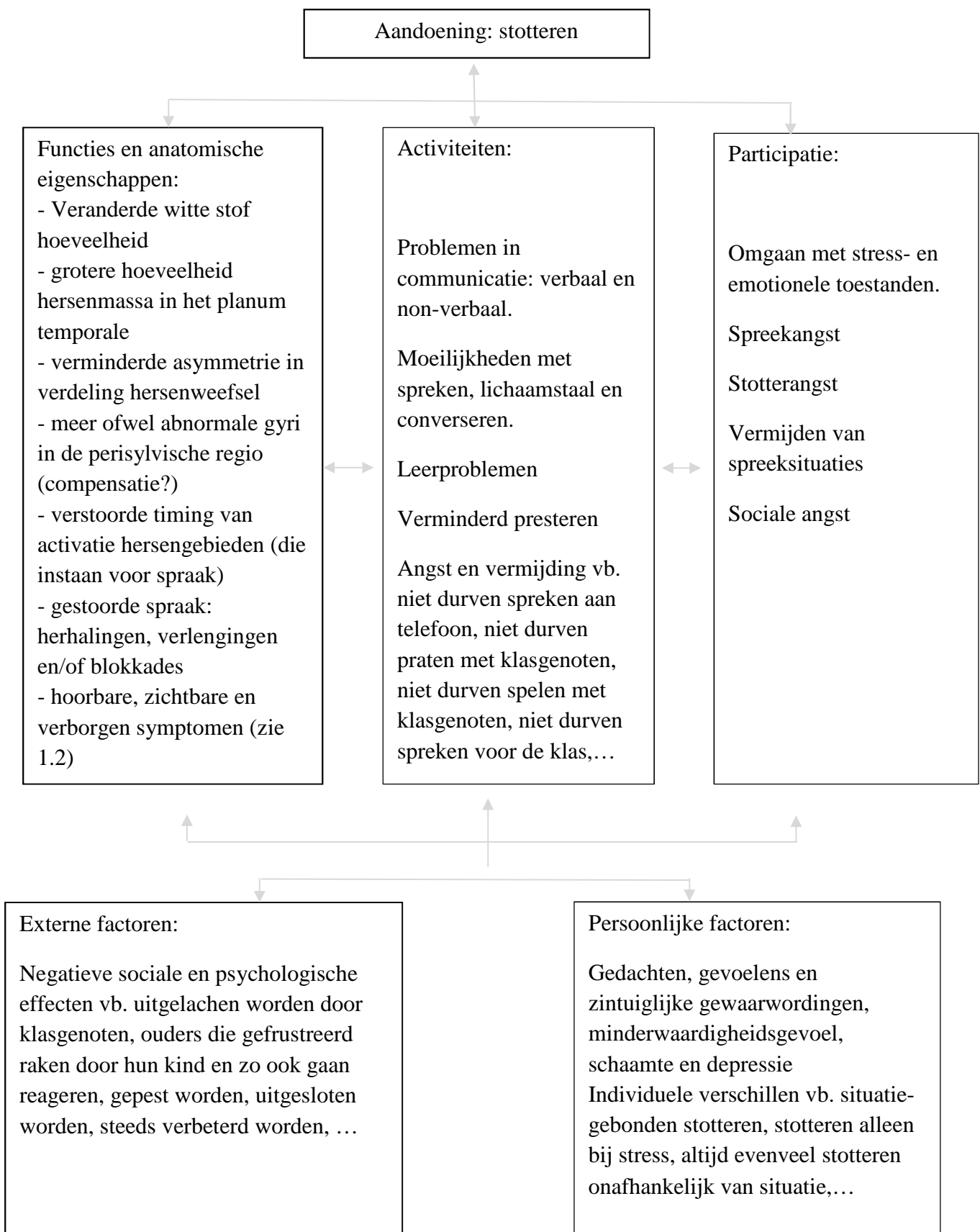
Samenvattend kunnen we stellen dat, er verschillende studies zijn die anatomische verschillen tussen mensen die stotteren en mensen die niet stotteren onderzocht hebben en resultaten hebben die bevestigen dat er wel degelijk verschillen zijn. Deze verschillen zijn een verstoorde timing van activatie van hersengebieden die instaan voor spraak, een overactiviteit van de rechter hersenhelft welke waarschijnlijk een compensatiemechanisme is, een verminderde witte stofhoeveelheid en dus ook verminderde connectiviteit en ook een verminderde asymmetrie in de verdeling van het hersenweefsel.



#### 1.4. Stotteren volgens het ICF

Zoals reeds eerder aangegeven, is het duidelijk dat aan het stotterprobleem vele aspecten zitten, naast de onvloeiende spraak zelf. Een classificatie om al deze aspecten in beeld te brengen of te krijgen, is de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (WHO, 2001). Dit is een classificatiesysteem dat CAR Genk zelf gebruikt, CAR Genk en hun visie wordt verder besproken in hoofdstuk 4.

Het maakt een onderscheid tussen enerzijds het menselijk functioneren en de problemen daarbij, en anderzijds de externe en persoonlijke factoren. De component menselijk functioneren wordt weer onderverdeeld in twee domeinen: één voor functies en anatomische eigenschappen en de ander voor activiteiten en participatie. Met behulp van de theorie rond het ICF en de verschillende definities rond stotteren, werd in overleg met ervaringsdeskundigen te CAR Genk, stotteren binnen een bestaand ICF-schema geplaatst om zo al de aspecten van het stotteren in beeld te brengen.



## **2. De visie van Van Riper**

In dit hoofdstuk worden de MIDVAS-principes van Van Riper besproken waardoor zijn visie over stotteren duidelijk wordt. De visie van Van Riper wordt in CAR Genk toegepast als rode draad doorheen de stottertherapieën. Het centrum zelf wordt nader besproken in hoofdstuk 4, alsook hoe SDM binnen enkele van deze principes past. In het tweede gedeelte van dit hoofdstuk worden enkele stottertherapieën besproken die ook deel uit maken van de stottertherapie in het CAR Genk. Deze worden ook steeds binnen de MIDVAS-principes geplaatst.

### 2.1. De MIDVAS-principes van Van Riper

De Amerikaan Charles Van Riper (1905-1994) was een gerespecteerd wetenschapper en spraakpatholoog. Hij publiceerde over logopedie en vooral over stotteren, mede doordat hij zelf van kinds af aan stotterde (<http://www.gertreunes.be>).

De therapie van Van Riper behoort tot de stutter-modification-therapieën. In de stutter-modification-therapieën wordt er niet gestreefd naar volledig vloeiende spraak, maar eerder naar vloeiend stotteren. Het doel is de persoon die stottert meer vrij te leren stotteren. Ook de angst om te stotteren verminderen en het stotteren leren controleren zijn belangrijke doelen. Het wijzigen van attitudes en gevoelens van de persoon die stottert is even belangrijk als het verminderen van de frequentie van onvloeiendheden (Reunes, 2001).

Van Riper gebruikte in zijn stottertherapie de MIDVAS-principes: motivatie, identificatie, desensitisatie, variatie, approximatie en stabilisatie. Deze principes worden hieronder verder besproken.

#### Motivatie

Motivatie is de belangrijkste onderliggende factor in het therapieproces. Het is de drijfveer om het spreken te controleren. De cliënt wil zijn spreekgedrag veranderen en de omgeving wil de adviezen opvolgen om op de juiste manier met het stotteren om te gaan. Het motivatie-aspect van Van Ripers' therapie bestond uit het delen en het ervaren van het stotteren met de cliënt. Hierdoor krijgt de cliënt het gevoel dat hij niet gestraft wordt en dit vermindert zijn angst (Barnard, 1987).

#### Identificatie

De cliënt wordt zich meer bewust van zijn eigen stotteren en zijn gedrag. Hij wordt bewust gemaakt van zowel het openlijke stottergedrag als van zijn houding, emoties en gevoelens ten opzichte van het stotteren (Reunes, 2001). De cliënt gaat o.a. bewust leren waarnemen van de

lichaamsspanningen, de werking van de ademhaling en de verschillende ademtypes, de coördinatie tussen ademhaling/spreken, van de vermijdingsgedragingen, van de soorten balbuties bij de anderen en bij zichzelf.

In deze fase worden er gesprekken gevoerd, gaat de therapeut stottergedragingen nabootsen, moet de cliënt zichzelf observeren in de spiegel en er wordt gebruik gemaakt van of band- en beeldopnames (Reunes, 2001). Om gedrag te veranderen is het belangrijk om zo veel mogelijk te weten over het gedrag en om dit open te stellen voor discussie.

### Desensitisatie

Het doel is het stotteren los te maken van spanning en negatieve emoties (Reunes, 2001). De cliënt start met het verkennen van zijn probleem, hij wordt er direct mee geconfronteerd. Desensitisatie is leren praten over stotteren, leren omgaan met stotteren, spreekdruk verlagen en spreken aangenaam maken, stotteren aanvaarden en niet vermijden om het zo te kunnen afbouwen. Stotteren is datgene wat je doet om niet te stotteren.

De stress rond het stotteren wordt verminderd en nieuwe strategieën ontwikkelen om met het stotteren om te gaan. Voorbeelden hiervan zijn, de cliënt telefoongesprekken te laten uitvoeren, de cliënt opzettelijk te laten stotteren, de tijd van een telefoongesprek opnemen tot een van de personen ophangt; op voorhand opschrijven wat de hij wil zeggen, etc. (Barnard, 1987)

### Variatie

De cliënt leert zijn spreken onder controle te houden in verschillende situaties. Onder variatie behoort o.a. spreektechnieken aanleren, controletechnieken zoals de verlengde lettergreep-spraak, inglijden en overglijden, gesprekstechnieken, communicatievaardigheden en sociale vaardigheden trainen. De cliënt leert dat hij keuzes kan maken en zijn gedrag kan veranderen in verschillende situaties (Barnard, 1987).

### Approximatie

Vanuit therapiesituaties andere situaties, gepaard met emotionele stress oefenen, leren omgaan met gevoelens, rationaliseren van negatieve gedachten, rationele zelfanalyse na spreek situaties.

De approximatiefase, of de modificatie-fase volgens Reunes (2001), bestaat uit het eigenlijke wijzigen van het stottergedrag. De approximatie-fase bestaat uit drie componenten (Barnard, 1987; Reunes, 2001):

1. **Cancellation (annulering):** De cliënt stopt en pauzeert na een stotter/blokkade en kalmeert of denkt na over de stotter. Daarna probeert hij opnieuw het woord te zeggen met meer controle. De cliënt wijzigt zijn gedrag nadat zich een onvloeiendheid voordoet.
2. **Pull-out:** In plaats van te worstelen met een blokkade, probeert de cliënt om de weg van de stotter te veranderen. De cliënt wijzigt zijn gedrag wanneer zich een blokkade voordoet. De cliënt moet proberen midden in het optreden van een onvloeiendheid willekeurig en met een gelijkmatige verlenging te beëindigen.
3. **Preparatory set:** De cliënt gaat zich aanpassen wanneer hij een stotter verwacht. Hij gaat voor de stotter zijn stembanden ontspannen en controleren zodat hij de woorden vloeiend kan uitspreken. De cliënt gaat anticiperen op stottergedrag en het stottergedrag wijzigen voordat zich een blokkade voordoet.

Deze drie technieken worden in deze volgorde aangeleerd. Vervolgens moet de cliënt deze drie technieken in omgekeerde volgorde gebruiken. In eerste instantie moet de cliënt zoveel mogelijk stottermomenten voorkomen via de derde fase (preparatory set). Lukt dit niet, dan moet hij dit stottermoment doorbreken via de tweede fase (de pull-out techniek). Komt er nog steeds een onvloeiendheid voor, dan gaat de cliënt over naar cancellation (Reunes, 2001).

### Stabilisatie

Oefenen in therapiesituaties individueel en in groep, dagdagelijkse situaties oefenen vanuit de therapie: rollenspel en ADL, de omgeving informeren en transfer bewerkstelligen naar thuis-, school- en werksituaties. Zelfinstructietraining is ook zeer belangrijk, d.w.z. leren zelf instructies te geven ter vervanging van de therapeut. Het doel van deze fase is een terugval voorkomen en ervoor zorgen dat de cliënt als zijn eigen therapeut kan fungeren (Reunes, 2001).

### Besluit

Het blijft belangrijk om te benadrukken dat volledig vloeiende spraak niet het doel van Van Riper's therapie is. Een behandeling wordt als succesvol beschouwd als de persoon die stottert erin slaagt vloeiender spreken met minder angst (Reunes, 2001). Het is ook belangrijk

om te vermelden dat niet voor iedereen elke fase van toepassing is. Het therapie-aanbod is verschillend van persoon tot persoon en is ook afhankelijk van het soort stotteren. Bij volwassenen is het motivatie-aspect bijvoorbeeld minder belangrijk, zij komen namelijk naar de therapie om iets aan hun stotteren te laten doen. Bij kinderen is het zeer afhankelijk van leeftijd en soort stotteren. Sommige kinderen hebben bijvoorbeeld vooral motorisch stotteren, waarbij het aanleren van spreekcontroletechnieken een zeer belangrijk punt zal zijn. Terwijl andere kinderen nauwelijks hoorbaar stotteren, maar zeer veel vermijdingsgedrag gebruiken. Hierbij zijn dan weer andere fases belangrijker, zoals identificatie of desensitisatie. De meerwaarde van Sherborne Developmental Movement binnen de stottertherapie is, net zoals de MIDVAS-principes, afhankelijk van de persoon en het soort stotteren. Zo zal SDM bij het motorische type voornamelijk zijn meerwaarde hebben in het lichaamsbewustzijn, meer specifiek voor een kind dat stottert, om zich bewust te worden van zijn lichaam tijdens het stotteren. Zo worden zij zich bewust van bijvoorbeeld mee bewegingen, wat een vereiste is om deze te verminderen/eliminieren. Terwijl bij het emotionele type SDM kan helpen door middel van het zich bewust worden van de ruimte. Zo gaan kinderen eventuele stresssituaties beter kunnen inschatten en zich hierop beter voorbereiden. Bij het cognitieve type heeft SDM zijn meerwaarde op het gebied van sociale angst. Bij SDM worden steeds relaties aangegaan met anderen en zo steeds uitdagingen aangegaan in verband met het leggen van sociale contacten. SDM en stotteren wordt binnen hoofdstuk vier verder verduidelijkt.

Reunes, 2001 (p.53): “Critici van stutter modification therapieën wijzen erop dat bij dergelijke vorm van therapie het stotteren niet echt geëlimineerd wordt en dat de therapie enkel leidt tot ‘gelukkige stotteraars’.”

De visie van Van Riper is zeer belangrijk binnen de stottertherapie van het CAR Genk. In elke therapie wordt deze visie in het achterhoofd gehouden. Om dit te verduidelijken worden in hoofdstuk 2.2 de MIDVAS-principes van Van Riper toegepast op verschillende stottertherapieën die in het CAR Genk gebruikt worden.

## 2.2. Verschillende stottertherapieën in CAR Genk

In CAR Genk worden er verschillende therapieën gebruikt, afhankelijk van de noden van de persoon die stottert. Deze therapieën zijn bijvoorbeeld ontspanningstherapie, ademhalingsstherapie, sociale en communicatie vaardigheden trainen, etc. In dit hoofdstuk worden de therapieën die door CAR Genk gebruikt worden verder toegelicht en worden hier ook de principes van Van Riper op toegepast.

## Ontspannings- en relaxatie therapie

### **Ontspanningstherapie volgens Jacobson en Schultz**

Het bewust ontspannen kan het functioneren in het dagelijks leven verbeteren. Er zijn verschillende bekende en minder bekende ontspanningsmethodes.

Een bekende methode is de Progressieve Relaxatie van Jacobson (1929). Hij was getraind in de psychologische methode van introspectie en deed onderzoek van bewuste spierspanning en -ontspanning. Zijn methode gaat uit van een precieze waarneming van de spiersamen-trekking, die de proefpersoon bewust en opzettelijk teweeg brengt, om tot een minimaal spanningsniveau te komen. Latere verkorte versies van zijn methode zijn in de psychologie bekend geworden ter bestrijding van angst (Van Dixhoorn-Verhoeven, 2002).

Een andere methode is die van mentale ontspanning, o.a. zelfsuggestie en hypnose, die uitgaat van concentratie van de aandacht op een zin, woord of beeld. In de autogene training (Schultz, 1973) herhaalt iemand een bepaalde formule die een ontspannen toestand beschrijft, o.a. zwaar, warm, rustig (Van Dixhoorn-Verhoeven, 2002).

De cliënten leren hier dus hun lichaam ontspannen. Van Riper past deze methode ook toe in de identificatie-fase. De cliënt leert lichaamsspanningen en de werking van de ademhaling kennen/identificeren.

### **Relaxatietherapie**

Wanneer stotteren gezien wordt als een discoördinatie van het lichaam of een fysieke manifestatie van het brein, ontstaan er nieuwe mogelijkheden in de stottertherapieën. Eén van de meest opvallende fysieke manifestaties van stotteren is namelijk fysieke spanning. Vlotte, vloeiende spraak is afhankelijk van een gevoel van fysiek gemak, welzijn en een vrijheid van angst. Het spraakproductiesysteem zal dan ook pas optimaal werken wanneer spieren of andere subsystemen samen werken in een toestand van actieve coördinatie. Von Riper: “Spraak verbetert omwille van een nieuwe integratie of coördinatie van het gehele musculaire systeem, welke de extrinsieke larynxspieren vrijmaken van de noodzakelijkheid om het hoofd te ondersteunen. Deze verbetering in lichaamshouding zou een betere ademhaling begunstigen en zo zorgen voor een verbeterde coördinatie van de klankvorming, articulatie en ademhalings-elementen nodig voor de spraak”. In plaats van slechte spreek- of bewegingspatronen/gewoontes te elimineren gaan somatische-educatie technieken de focus

leggen op het aanleren van nieuwe, optimale coördinatie en bewegingspatronen, die op hun beurt kunnen leiden tot een verhoogd gevoel van welzijn, relaxatie en uiteindelijk tot welbespraaktheid (Gilman, Yaruss, 2000).

De relaxatietherapie kan net als ontspanningstechnieken gelinkt worden aan de identificatie-fase van Van Riper. De cliënt leert zijn lichaam ontspannen.

### Ademhalingstherapie in coördinatie met het spreken

Volgens de ademhalingstherapie speelt de ademhaling een centrale rol in de bewustwording en regulatie van spanning (Balfourt & Van Dixhoorn, 1979). De meeste methodes richten zich op het regelen van de ademhaling, bijvoorbeeld door de ademhaling te tellen, langzamer te ademen of meer abdominaal te ademen. Er zijn verschillende ademhalingsmethoden met elk zijn eigen visie op de ademhaling (Van Dixhoorn-Verhoeven, 2002).

Volgens de NFS, de Nederlandse Federatie Stotteren, is spreken een bijzondere manier van uitademen. Al eeuwen is bekend dat bij een stotter de adem gespannen of geblokkeerd is. Ademregulatie kan op diverse manieren aangeleerd worden: ontspanningsoefeningen, loslaat-technieken en flankademhaling zijn hulpmiddelen om goede adem/spreek-technieken te leren. Ademregulatie alleen is meestal niet genoeg.

Er worden ademhalingstechnieken aangeleerd die het spreken kunnen bevorderen. Zo wordt een buikademhaling aangeleerd en het rustig en langzaam uitblazen van de lucht. Dit zorgt ervoor dat de persoon die stottert niet al de lucht ineens uitblaast bij het spreken, waardoor hij niet meteen moet verder praten op reservelucht.

Deze ademhalingstherapie kan gelinkt worden aan de identificatie-fase van de stottertherapie van Van Riper. Bij het identificatie-principe leert de cliënt de werking van de ademhaling en de verschillende ademtypes kennen of identificeren. Het is belangrijk om te weten hoe iemand ademhaalt, om een foutieve ademhaling te kunnen veranderen in een betere ademhaling.

### Spreekcontroletechnieken, o.a. de verlengde lettergreepspraak en inglijden

Verlengde spraak (Ryan, 1970;1974) is ontwikkeld om problemen bij het tot stand komen van de fonatie tegen te gaan. De nadruk ligt dus op het veranderen van de fonatie. Bij de verlengde spraak wordt elke lettergreep verlengd doordat de klinker langer dan gebruikelijk wordt aangehouden. De beginklanken worden zachtjes en gemakkelijk ingezet ('easy onset'), wanneer het stemhebbende medeklinkers zijn door ze enigszins uit te rekken, wanneer het



stemloze medeklinkers zijn door ze slechts licht te articuleren. De verlengde lettergreepspraak is strijdig met stottergedrag. De verlengde lettergreepspraak moet in het begin goed overdreven worden om een gevoel van verlenging te krijgen, om de techniek later bewust te kunnen toepassen. De spraak wordt uiteindelijk stap voor stap weer teruggebracht naar een vorm die normaler en prettiger klinkt. Het gevoel bewust iets met de spraak te doen moet wel aanwezig blijven (Janssen, 1992).

Vermindering in stotteren kan teweeg worden gebracht indien bepaalde kenmerken/aspecten van het spreken worden gewijzigd. Er worden nieuwe spraakpatronen ontwikkeld. Voorbeelden hiervan zijn ritmisch spreken of de verlengde lettergreepspraak ('prolonged speech'). De meeste gebruikte is de verlengde lettergreepspraak, die bestaat uit een verlaagde spreeknelheid, continu of uitgebreide stemvorming, verlengingen van woorden of klanken, verminderd articulatorische contacten, zacht begin van spraak/stem, en beheersing van de ademhaling (Metten et al, 2011).

De verlengde lettergreep spraak en zijn varianten zijn een groep nieuwe spraak patronen die de basis van een populaire behandeling voor stotteren (Ingham, 1984) vormen. Het is moeilijk om te bepalen welke functies van de verlengde lettergreep spraak nodig zijn voor het verminderen van stotteren omdat het spraakpatroon gelijktijdige veranderingen in de luchtwegen, het strottenhoofd, en articulatorische activiteit produceert. Experimentele studies hebben aangetoond dat de wijziging van fonatie en spreeknelheid bijdraagt tot het verminderen van stotteren (Packman et al., 1994).

In het CAR Genk wordt bij de kinderen gebruik gemaakt van de benamingen 'lappenpop' en 'robot'. De lappenpop staat namelijk voor de verlengde lettergreepspraak en het inglijden (zacht, soepel, ontspannen). De robot is het tegenovergestelde. Deze begrippen worden gebruikt bij het spreken maar ook bij motorische opdrachten. Het is namelijk belangrijk dat de personen die stotteren hun lichaam ook kunnen controleren en ontspannen voordat ze ontspannen kunnen spreken en controle krijgen over het spreken.

Van Riper spreekt over variatie als het gaat over spreektechnieken. Door het aanleren van verschillende spreektechnieken leren de personen beter omgaan met stotteren. Hierdoor wordt de stress rond het stotteren verminderd, wat een belangrijke factor is in de variatie-fase.

### Communicatievaardigheids-, assertiviteits- en sociale vaardigheidstraining

In het boek van Janssen (1992) wordt het trainen van sociale vaardigheden als een doelstelling van de stottertherapie beschreven. De doelstellingen op sociaal gebied zijn: de sociale angst van de cliënt verminderen, sociale vaardigheden aanleren of verbeteren en vermijdingsgedrag op sociaal vlak verminderen (Janssen, 1992).

Veel stotteraars hebben het moeilijk op gebied van sociale contacten. Zij zijn vaak beschaamd over hun spreken en zeggen liever niets. Zij zijn het dan ook niet gewoon om zichzelf te uiten. Hier worden technieken aangeleerd om meer te durven en zichzelf te durven uiten. In het CAR Genk zijn er de speciale 'stottergroepjes' waar enkele kinderen samen oefeningen doen en zo ook hun sociale vaardigheden trainen. Het trainen van sociale vaardigheden is één van de doelstellingen van deze stottergroepen waarbij SDM-therapie een meerwaarde heeft om deze te bereiken. Hierop wordt verder ingegaan in hoofdstuk vier.

Communicatie en sociale vaardigheidstraining behoren tot de variatie-fase van Van Riper. Er worden gesprekstechnieken aangeleerd die geoefend worden in verschillende situaties.

### Psychotherapie bij stotteren

Een persoon die stottert schakelt vaak een psycholoog of psychotherapeut in omdat hij geen uitweg meer ziet. Klachten die vaak worden genoemd door personen die stotteren zijn onder andere zich depressief voelen, het ervaren van hevige angsten, zijn relaties lopen niet zoals hij wenst, werkproblemen, ontevreden over zichzelf of over anderen, etc. Het stotteren wordt beschouwd als de boosdoener van al deze klachten. Het stotteren hoeft daarbij objectief niet meer zo sterk aanwezig te zijn, het spraakprobleem kon subjectief nog in sterke mate hun leven beïnvloeden (Reunes, 2001).

Volgens Reunes (2001) is het doel van de psychotherapie ervoor te zorgen dat de persoon zich beter in zijn vel gaat voelen. De cliënt wil zijn leven hervatten zonder belemmerd te worden door twijfels of angsten.

In het boek 'Als spreken moeilijk is' beschrijft Reunes (2001) verschillende soorten psychotherapie. In de (cognitieve) gedragstherapie wordt de nadruk gelegd op de gedragsverandering van de cliënt. Hierbij wordt rechtstreeks op het stotteren zelf gewerkt. Voorbeelden zijn: angstreductie, leren om met moeilijke spreeksituaties om te gaan of assertief gedrag aanleren. RET-therapie, oftewel rationele emotieve therapie, is een voorbeeld

van cognitieve gedragstherapie, met het doel het denken te veranderen. Ervaringsgerichte psychotherapie werkt vooral vanuit en met de beleving van de cliënt. In deze visie wordt een groot belang gehecht aan opbouw van relatie met cliënt. Het object van behandeling is eerder de persoon zelf in plaats van zijn klacht(en). De focus is vooral gericht op zelfverwezenlijking van de cliënt. De psychoanalyse ziet stotteren deels als symptoom. Het stotteren krijgt een plaats binnen het levensverhaal van de cliënt. De focus ligt op de totale persoon waarbinnen het stotteren als symptoom en de secundaire gevolgen ervan worden behandeld. Gezins- en systeembenaderingen gaan na welke waarde het stotteren heeft binnen het ruimere gezinssysteem. Ook in deze visie wordt het stotteren onrechtstreeks behandeld via de gezinsverhoudingen of interacties en door communicatievormen binnen het gezin te beïnvloeden. Dit is uiteraard een onvolledige en vereenvoudigde schets van verschillende psychotherapieën die mogelijk zijn. Afhankelijk van de persoon wordt er gekozen voor een bepaalde visie of aanpak die aansluit bij de noden van de cliënt.

Ook bij kinderen kan het zinvol zijn om een kinderpsycholoog te consulteren. In een multidisciplinair team, bijvoorbeeld in revalidatiecentra, is er een kinderpsycholoog betrokken bij de diagnose en behandeling van de cliënt. In het CAR Genk is dit ook zo. Het kind kan via speltherapie aangeven hoe het zich voelt. De spraak-taalontwikkeling, verstoord door het stotteren, kan niet los worden gezien van de totale ontwikkeling van het kind. Er wordt ook aandacht besteed aan de motorische, verstandelijke, sociale en emotionele ontwikkeling van het kind. Er vinden ook oudergesprekken plaats om hetgeen in de therapie gebeurt en de opvoedingssituatie thuis op elkaar af te stemmen (Reunes, 2001).

De cliënt leert via psychotherapie omgaan met stotteren. Dit kan gelinkt worden aan de desensitisatie- en aproximatie-fase van Van Ripers MIDVAS-principes. De cliënt leert praten over zijn gevoelens omtrent het stotteren. De persoon gaat de stress rond het stotteren proberen te verminderen en negatieve gedachten rationaliseren. Hierdoor krijgt de cliënt meer zelfvertrouwen en is dit bevorderend voor de stottertherapie in zijn geheel.

#### Automatisatietraining i.f.v. zelfcoaching

Het is belangrijk dat aangeleerde technieken ook geautomatiseerd worden. Indien de cliënten enkel de technieken toepassen in therapie zal er maar weinig resultaat geboekt worden. Het is belangrijk dat ze zichzelf kunnen coachen wat betreft hun spreken. Ze moeten zelf controle en inzicht hebben in hun situatie, en ook thuis of op school aangeleerde technieken toepassen.

Automatisatie is de laatste fase die Singelee (1994) bespreekt in de veranderingsfases die besproken worden in hoofdstuk 4.

Het oefenen van therapiesituaties in dagdagelijkse situaties kan in verband worden gebracht met het stabilisatie-principe van Van Riper. Het is belangrijk dat wat de persoon in therapie leert, hij/zij ook in andere situaties toepast. De transfer van het aangeleerde in therapiesessies naar de thuis-, school- of werksituatie is erg belangrijk.

### Besluit

Dit is een overzicht van de therapieën die worden toegepast in het CAR in Genk. Het is belangrijk om elk van deze therapieën niet apart te bekijken. Ze dragen elk hun steentje bij in de totale stottertherapie. De stottertherapie bestaat uit verschillende aspecten en therapieën en worden toegepast afhankelijk van de noden van de persoon die stottert. Niet elke persoon heeft nood aan elk aspect van de stottertherapie. Samen met de cliënt (en omgeving) wordt besproken wat zijn klachten en wensen zijn in functie van de stotterbehandeling. In elk van deze therapieën komt ook weer de rode draad van Van Riper voor die zeer belangrijk is binnen CAR Genk.

### **3. Sherborne Developmental Movement (SDM)**

In dit hoofdstuk wordt de Sherborne Developmental Movement besproken. Dit wordt gedaan door de achtergrond en basispijlers te bespreken, de doelgroepen waar SDM al toegepast wordt alsook wordt er onderzoek gedaan naar de effectiviteit van SDM bij deze doelgroepen.

#### 3.1. Achtergrond en basispijlers

##### *3.1.1. Uitgangspunten van Veronica Sherborne*

Veronica Sherborne bouwde haar methode op vanuit ervaringen met en observaties van baby's en kinderen. Alle kinderen hebben in hun ontwikkeling twee basisbehoeften: zich goed voelen in het eigen lichaam en in staat zijn om relaties aan te gaan. Deze behoeften zijn nl. ook belangrijk voor het ontwikkelen van (zelf)vertrouwen, een positief zelfbeeld, initiatiefname, exploratie en communicatie. Via beweging worden personen zich bewust van hun lichaam, maar ook van de omgeving. Beweging kan ervaren worden als middel om tot communicatie te komen, zowel verbaal als non-verbaal (Daems et al., 2012).

De eerste lichamelijke gewaarwordingen van een baby zijn o.a. gedragen en ondersteund worden, ingepakt, gevoed en gewassen worden. Deze fysieke ervaringen zijn tegelijk de eerste leerervaringen van een baby. De baby krijgt namelijk de eerste informatie over zichzelf. Door veel met het lichaam bezig te zijn, krijgt de baby een gevoel van lichamelijke zekerheid en leert het hoe het met zijn lichaam moet omgaan. Bewust worden van het eigen lichaam gebeurt eerst door bewegingen passief te ondergaan en later door zelf te bewegen. Dit lichaamsbewustzijn helpt het kind om controle en vertrouwen te krijgen over zijn lichaam en stelt het kind in staat om de omgeving te gaan ontdekken. De baby ontdekt ook al snel 'de andere' (meestal de ouders), waarmee hij al snel een relatie aangaat. Die relatie vormt zich vooral door fysisch contact en oogcontact. Door samen te bewegen en te spelen leren het kind en de volwassene elkaar kennen. Het is belangrijk dat de volwassene de signalen van het kind opvangt en hierop reageert. Door positieve reacties op die signalen, krijgt het kind vertrouwen in de wereld om zich heen. Dit zal het kind stimuleren om meer signalen uit te zenden en meer te communiceren (Sherborne Vereniging België, Sig, 2012).

Volgens Veronica Sherborne zijn lichaamsbewustzijn en een rijke mogelijkheid om relaties aan te gaan, twee belangrijke aspecten of basisvoorwaarden voor de ontwikkeling van de mens (Sherborne Vereniging België, Sig, 2012). Deze basisvoorwaarden worden ook de basispijlers genoemd, die worden besproken in het volgende deel van dit hoofdstuk.

### 3.1.2. Basispijlers

#### **1. Zelfbewustzijn**

Bij de basispijler zelfbewustzijn wordt er een onderscheid gemaakt tussen lichaamsbewustzijn en bewust zijn van de ruimte.

##### A) Lichaamsbewustzijn (body-awareness):

De aandacht gaat in de eerste plaats naar de totale beleving, namelijk ervoor zorgen dat het kind zich goed voelt en dat het zijn lichaam kan beheersen en vertrouwen. Het lichaam wordt in drie delen opgedeeld: het centrum van het lichaam, de gewichtsdragende delen en de perifere lichaamsdelen (zie bijlage 1).

Bewust worden van het centrum van het lichaam, de romp, is belangrijk omdat het de verbinding vormt tussen de onderste en de bovenste ledematen. Het zorgt enerzijds voor stevigheid en stabiliteit, maar anderzijds ook voor flexibiliteit en beweeglijkheid van het lichaam. Jonge kinderen bewegen nog niet gecoördineerd en hebben onvoldoende rompcontrole. Ze hebben weinig inzicht in het lichaamsschema. Zo komen er bijvoorbeeld ook in de kindertekening kopvoeters tot uiting, waarbij de armen en benen niet via de romp verbonden zijn. De romp is het fysische middelpunt van waaruit al onze bewegingen vertrekken. Daarom is het belangrijk dat kinderen het lichaamsbesef ontwikkelen (Daems et al., 2012).

Bewust worden van de gewichtsdragende delen van het lichaam, namelijk de heupen, knieën, schouders en ellebogen, is nodig om controle te krijgen over bewegingen. Deze lichaamsdelen moeten stevig maar ook flexibel zijn. Ze zijn verantwoordelijk voor de ontwikkeling van de algemene coördinatie, ze zorgen voor de soepelheid en stabiliteit van het lichaam (Daems et al., 2012).

Bewust worden van de perifere delen van het lichaam, namelijk de handen, de voeten en het hoofd, is belangrijk omdat ze met deze lichaamsdelen de omgeving kunnen verkennen.

Mensen kunnen zich op verschillende wijzen bewust worden van hun lichaam. In het schema van de Sherbornebeweging (zie bijlage 1) worden er drie verschillende wijzen besproken, nl. de grond, de zwaartekracht en de partner (Daems et al., 2012). De grond is een veilige basis om op te rusten en bewegen. Het contact met de grond en de druk die ons lichaam via die contactpunten uitoefent, geeft informatie over ons lichaam (sensorische input). De persoon wordt zich meer bewust van de aanwezigheid, vorm en structuur van de lichaamsdelen en van het gewicht en de druk ervan op de onderlaag. De zwaartekracht is een aspect van de

omgeving waarvan iemand zich bewust wordt door zich eraan over te geven of zich ertegen te verzetten. Het bewust worden van het eigen lichaam wordt ook gestimuleerd door lichaamscontact met anderen. Dit deel wordt besproken in de tweede basispijler.

### B) Ruimtebewustzijn (spatial awareness):

Eens de persoon zich bewust is van zijn eigen lichaam, kan de omgeving verkend worden. De ruimte rondom ons leren aanvaarden en vertrouwen stimuleert het zelfvertrouwen en het vormt een basis om relaties aan te gaan. Het bewustzijn van ruimte wordt onderverdeeld in twee delen, de persoonlijke ruimte en de algemene ruimte. De persoonlijke ruimte is de ruimte die ons eigen lichaam inneemt. De algemene ruimte is de ruimte waarbinnen de persoonlijke ruimte verplaatst wordt. Tijdens het verkennen van de algemene ruimte worden we ons bewust van alle ruimtedimensies en richtingen. Zo worden de ruimtelijke begrippen en concepten ook ontdekt (Daems et al., 2012).

## **2. Bewustzijn van anderen**

Door het opbouwen van goede relaties met anderen komt het kind sneller tot communicatie en leert het meer vertrouwen te hebben in anderen. De kwaliteit van de interactie kan een groot effect hebben op beide partners. Door de samenwerking wordt zelfvertrouwen verworven. Ze leren elkaars lichaamssignalen herkennen en interpreteren. Ze leren ook respect opbrengen voor elkaars grenzen. Vanuit het vertrouwen in een partner groeit ook het zelfvertrouwen en emotionele stabiliteit (Daems et al., 2012).

### De met-relatie

In de met-relatie draagt de ene partner zorg voor de andere. Ze leren zich op elkaar afstemmen. De zorgende partner heeft oog voor het welzijn van de ander, terwijl de verzorgde leert signalen te geven van welzijn of ongenoegen. De zorgende partner geeft steun aan de ander, en de verzorgde partner leert dit aanvaarden en moet zich kunnen over geven aan de partner. Wanneer dit vertrouwen in de ander aanwezig is, zal ook het zelfvertrouwen groeien. In de met-relatie is het de bedoeling dat de rollen van zorgende en verzorgde omgewisseld worden. Deze met-relatie is de rode draad doorheen Sherborne en zal ook onderbouw vormen voor volgende relaties (Daems et al., 2012).

### De tegen-relatie

Wanneer het kind voldoende zelfvertrouwen heeft en ervaringen in met-relaties heeft opgebouwd, kan het ook tegen de partner reageren. Veronica Sherborne noemt deze tegen-relatie 'friendly fight' (Daems et al., 2012). Het doel is dat het kind zijn energie op een positieve manier leert controleren en zich leert focussen op de activiteit en zijn concentratie daardoor optimaal te benutten. Het is een evenwaardige relatie waarbij beide partners rekening houden met elkaars kracht en zwakte.

### De samen-relatie

De samen-relatie is een relatie waarbij verantwoordelijkheid gedeeld wordt. Partners werken samen om tot een resultaat te komen. Vanuit het zelfbewustzijn en zelfvertrouwen kunnen ze beroep doen op de ander. Ze ondersteunen en helpen elkaar waar nodig.

#### *3.1.3. Bewegingskwaliteiten*

Veronica Sherborne was leerlinge van Rudolf Laban. Hier maakte Sherborne kennis met de bewegingskwaliteiten die een onderdeel zijn van Labans bewegingsanalyse. Uit deze bewegingsanalyse gebruikt Sherborne vier aspecten: lichaam, ruimte, relatie en bewegingskwaliteiten. De eerste drie elementen werden eerder besproken bij het lichaamsbewustzijn en het bewustzijn van anderen. De bewegingskwaliteiten geven een meerwaarde aan de motorische ervaring en expressie (Daems et al., 2012).

Laban onderscheidt vier bewegingskwaliteiten of -factoren: kracht (energy), flow (flow), ruimte (space) en tijd (time). Voor elke kwaliteit zijn er telkens twee uitersten, die attitudes worden genoemd (Daems et al., 2012; Hill, 2006).

Bij de bewegingskwaliteit 'kracht' worden er twee uitersten onderscheiden, nl. licht of zwak en zwaar of sterk. Kinderen moeten op een gepaste manier hun kracht leren gebruiken..

Elke beweging is een voortdurend gebeuren. Wanneer een beweging stopt is er geen 'flow' meer. De uitersten van flow zijn enerzijds 'vrij, ongebonden en ongecontroleerd' en anderzijds 'gebonden en gecontroleerd'. Vrije flowbewegingen kunnen moeilijk gestopt worden, bijvoorbeeld zwieren of glijden. Gecontroleerde bewegingen eisen meer concentratie en maturiteit.

Bij de bewegingskwaliteit 'ruimte' wordt er een onderscheid gemaakt tussen de directe ruimte en de flexibele ruimte. Beide aspecten zijn belangrijk want enerzijds is een flexibel



lichaam nodig om vrij te kunnen bewegen in de ruimte en anderzijds is aandacht rechtlijnig leren richten ook belangrijk.

Bij de bewegingskwaliteit 'tijd' zijn de tegengestelde attitudes traag en vlug. Iedereen beweegt volgens zijn eigen tempo. Kinderen bewegen meestal snel omdat traag bewegen motorisch moeilijker is. Een beweging kan ook 'plots en snel' of 'traag en aanhoudend' gebeuren. Deze verschillende tempo's leren ervaren en gebruiken is belangrijk.

#### *3.1.4. Doel*

Cyndi Hill (2006) beschrijft enkele belangrijke doelstellingen/effecten van SDM: een positief zelfbeeld, zelfvertrouwen, positief gevoel over zichzelf, vertrouwen in zichzelf en anderen, altruïsme en gevoeligheid, positieve aspecten van relaties, emotionele veiligheid, creativiteit en de kans op engagement in een plezierige, rustgevende en niet-oordelende omgeving

Het gebruik van Sherborne's benadering zorgt voor verkenning van fysieke mogelijkheden, omgaan met lichamelijke beperkingen (accepteren), verkennen en ontwikkelen van vertrouwen om te bewegen in de ruimte, ontwikkelen van concentratie en aandacht vaardigheden, ontwikkelen van interpersoonlijke vaardigheden, verbeteren van sociale interactie vaardigheden en uitbreiden van communicatieve vaardigheden (Hill, 2006).

#### 3.2. Onderzoeken naar effectiviteit Sherborne

Veronica Sherborne leefde in een tijd waarin er weinig vraag was naar evidence-based practice. Ze deed geen onderzoek, maar had wel een belangrijke kwaliteit van een onderzoeker: een open en kritische/onderzoekende geest. Ze leerde via 'trial and error' hoe ze bewegingslessen kon geven aan kinderen met beperkingen. Dit was haar start van een carrière die gebaseerd was op probleem-oplossend denken in beweging en speciale educatie, en de ontwikkeling van wat nu 'Sherborne Developmental Movement' (SDM) wordt genoemd. Veronica Sherborne had een onderzoekende attitude en baseerde zich op een klassieke houding van Philips en Pugh (1987, p. 48):

*"... the classic position of a researcher is not that of knowing the right answers but of one struggling to find out what the right questions might be!"*

In het boek van Marsden (2007) worden verschillende studies besproken die het effect van Sherborne onderzochten. Sherborne (1990) zelf schreef dat er twee basisbehoeften zijn die elk kind heeft, namelijk zich thuis voelen in hun eigen lichaam en het vormen van relaties. Ze was zich altijd bewust van de kracht van beweging om het welzijn van een persoon te

beïnvloeden. Een studie van Marsden, Hair en Weston toonde een enorme verbetering van de 'bewegingswoordenschat' van heel jonge kinderen na enkel achttien SDM-sessies. Zij verstaan onder 'bewegingswoordenschat' het opbouwen van bewegingservaringen, de vaardigheid om het lichaam snel en langzaam te kunnen voortbewegen, het besef van hoe een lichaamsdeel apart kan bewegen tegenover het bewegen van het hele lichaam etc. Filer verklaarde dat psychotherapie gebaseerd is op het principe dat beweging het patroon van denken en voelen van een individu weerspiegelt. Daarom is het logisch dat ook verbeteringen in beweging onderzocht en opgenomen moeten worden en niet enkel verbeteringen in communicatie en het opbouwen van relaties. Het belang van SDM als een interventie om het opbouwen van relaties te verbeteren is bewezen in elk van de studies beschreven in het boek van Marsden (2007).

SDM werd al toegepast bij verschillende doelgroepen, zoals kinderen/jongeren met autisme of ADHD, met sociale of cognitieve beperkingen, kinderen met bindingsangst e.d. (Marsden, 2007).

#### **4. Aanpak/visie CAR Genk**

In hoofdstuk 4 wordt de werking binnen het Centrum voor Ambulante revalidatie te Genk verder beschreven. De doelgroep in het CAR Genk waar er mee gewerkt werd in het kader van dit afstudeerproject wordt besproken. Ook de toepassing van het CAR Genk van de SDM in de stottertherapieën en SDM toegepast op enkele principes van Van Riper worden beschreven. Als laatste punt van dit hoofdstuk worden de veranderingsfasen van Singelee (1994), namelijk onwetendheid, machteloosheid, competentie en automatisering/perfectionering, kort besproken.

##### 4.1. Doelgroep CAR Genk

Het CAR richt zich tot kleuters, kinderen, jongeren en volwassenen met een stotterproblematiek die secundair een negatieve invloed heeft op het sociaal functioneren.

In de richtlijnen van het centrum zelf staat dit beschreven als volgt:

Groep 6: kinderen of volwassenen die lijden aan stotteren:

- ofwel samen voorkomend met een andere stoornis omschreven in ICD-10 (International Classification of Diseases), die de complexiteit van de globale problematiek van de rechthebbende verzwaart;
- ofwel waarbij uit de diagnosestelling op basis van ICF blijkt dat het stotteren voor de rechthebbende matige tot ernstige repercussies heeft op de domeinen 'activiteiten' en 'participatie' en/of wordt verzwaart met matig, aanzienlijk of volledig belemmerende extreme en/of persoonlijke factoren.

Rechthebbenden van groep 6 dienen naar het C.A.R. verwezen te worden door een geneesheerspecialist in de neurologie, in de psychiatrie, in de pediatrie of in de otorhinolaryngologie (N.K.O.), die niet behoort tot de bij de overeenkomst voorziene revalidatie-equipe (RIZIV, C.A.R.-overeenkomst 2012).

##### 4.2. SDM en spreekoefeningen in groep

Het trainen van de cognitieve functies is niet altijd de eerste en belangrijkste interventie bij SDM, maar dit wil niet zeggen dat SDM hier geen effect op heeft. Vaak gaan kinderen dit aspect onbewust ontwikkelen en verbeteren, bijvoorbeeld: concentratie verbetert, 'joint attention', verkennen van persoonlijke ruimte en omgeving (onder, op, snel,...). Verbeteringen in bewegingen zullen hen uiteindelijk ook helpen om de juiste woorden te gebruiken in verbale communicatie (Hill, 2006).

Voor SDM gebruikt werd bij de stottergroepen werden er allerlei rollenspelen geoefend, ademhalingsoefeningen gedaan en “buiten situaties” geoefend. Het betrof vooral spreek-situaties. SDM wordt nu toegepast op de doelstellingen van de stotter-/taalgroepjes (Seyler, 2008):

1. Stimuleren van lichaamsexpressie: door constant het lichaam te gebruiken, een betere lichaamskennis en lichaamsbeheersing bekomen.
2. Verschil tussen spanning en ontspanning aanleren: het continuüm van spanning en ontspanning wordt bij SDM voortdurend bespeeld.
3. Verhogen van het (zelf)vertrouwen: deze doelstellingen zijn zelfs de basisprincipes van SDM.
4. Ademhalingstype identificeren, aanleren, gebruiken: het afwisselen in de sensitiviteit speelt hier onrechtstreeks op in.
5. Verminderen situatieangst, spreekangst: vanuit het vergroot (zelf)vertrouwen steeds moeilijkere situaties in de therapie aanbieden en aankunnen. Het aanleren van het bespreken van dit alles.
6. Assertiviteitstraining: zie 5.
7. Sociale vaardigheidstraining: in contact treden met elkaar tijdens de SDM sessies, op een positieve manier.
8. Desensibilisatietraining: door bepaalde dingen vaak te doen, door succeservaring worden de negatieve gevoelens hiervan afgezwakt.
9. Rollenspelen: kennis maken met verschillende soorten relaties via SDM. Des te beter ze deze verschillende relaties beheersen, des te beter ze zich in kunnen leven in andere rollen.
10. Communicatievaardigheden trainen: SDM is een continue communicatie-interactiestijl.
11. Identificatie van het vermijdingsgedrag en leren elimineren: zich beter bewust worden door SDM van hetgeen wat ik doe en wanneer ik het doe.

Het ontwikkelen van de basisprincipes van Veronica Sherborne, namelijk vertrouwen en zelfvertrouwen, is voor de personen die stotteren een doelstelling op zich.

#### 4.3. Combinatie Van Riper en SDM

Hoe kan Sherborne invulling geven aan een aantal basisprincipes van Van Riper?

### *Identificatie en SDM*

Met identificatie bedoelt Van Riper het bewust worden van het eigen gedrag en het stotteren of spreken. Hierbij geeft hij voorbeelden zoals het bewust worden van verschillende lichaamsspanningen of ademhalingswijzen. Verder is het ook belangrijk om zich bewust te worden van het eigen vermijdingsgedrag is om dit gedrag te kunnen veranderen (Reunes, 2001).

Bij Sherborne is dit lichaamsbewustzijn ook zeer belangrijk, het is zelfs een basispijler. Het verschil tussen spanning en ontspanning van het lichaam wordt voortdurend bespeeld. Het ademhalingsstijpe identificeren, aanleren of gebruiken wordt ook onrechtstreeks geoefend door het afwisselen in de sensitiviteit. Identificatie van het vermijdingsgedrag en dit vermijdingsgedrag leren elimineren gebeurt doordat de persoon zich beter bewust wordt van wat hij/zij doet en wanneer hij dat doet (door SDM) (Seyler, 2008).

### *Variatie en SDM*

De variatiefase van Charles Van Riper wordt gekenmerkt door het controleren van de spraak in verschillende situaties. Tot variatie behoort ook het trainen van communicatie- en sociale vaardigheden (Barnard, 1987).

In Sherborne-sessies komt het trainen van communicatie- en sociale vaardigheden zeer duidelijk naar voor bij het vormen van relaties. Veronica Sherborne onderscheidt de samen-, met- en tegen-relatie (Daems et al., 2012). In SDM worden er rollenspelen gedaan en er wordt voortdurend met elkaar gecommuniceerd, zowel verbaal als non-verbaal.

Door het bewust worden van zichzelf en door het aangaan van relaties krijgt het kind een positiever zelfbeeld en krijgt het meer zelfvertrouwen. Dit is zeer belangrijk voor personen die stotteren, omdat zij vaak een minderwaardigheidsgevoel hebben. Sherborne-sessies kunnen het kind dus helpen om het zich beter in zijn vel te laten voelen.

#### 4.4. SDM en stotteren

In bijlage twee is één van de basisprincipes van Veronica Sherborne terug te vinden, namelijk de bewustwording van het eigen lichaam en hoe dit bereikt wordt. De bewustwording van eigen lichaam is ook voor kinderen die stotteren zeer belangrijk en dit zeker tijdens het stotteren. Zo kunnen, zoals in hoofdstuk één al vermeld, vele lichamelijke en zichtbare symptomen optreden tijdens het stotteren. Voorbeelden hiervan zijn het knipperen met de ogen, vuisten maken, tikken met de voeten, strekken van de nek, enzovoort. Om aan deze zichtbare symptomen te kunnen werken moeten kinderen zich hier eerst bewust van worden.

Tijdens de SDM-oefeningen wordt hier dus sterk aan gewerkt, eerst en vooral op het centrum van het lichaam, dan op de gewichtsdragende lichaamsdelen en dan op de perifere lichaamsdelen. Eens de kinderen zich bewust zijn van hun eigen lichaam wordt er in de stottergroepen een extra focus gelegd op de bewustwording van hun eigen lichaam tijdens het stotteren en dit ook met behulp van SDM-therapie.

#### 4.5. De veranderingsfases

Personen die stotteren hebben een inadequate kijk op het verloop van de behandeling. Ze zien stottertherapie vaak als een lineair progressief verlopend proces, waardoor mislukkingservaringen vaak geïnterpreteerd worden als bewijs dat het stotteren niet te veranderen is. Het is belangrijk om te leren dat therapie een cyclisch gebeuren is, waarbij succeservaringen worden afgewisseld met mislukkingen. Falen wordt dus gezien als een deel van het leerproces. Een belangrijke factor is de motivatie van de persoon die stottert. Hij moet realistische verwachtingen creëren omtrent het therapieresultaat. Vaak hebben personen die stotteren een onrealistisch beeld over vloeiend spreken. Het creëren van realistische verwachtingen zorgt ervoor dat de personen die stotteren voldoende doorzettingsvermogen en intrinsieke motivatie opbouwen, wat noodzakelijk is voor het slagen van de behandeling (Singelee, 1994).

Het leren van technieken om het stotteren onder controle te krijgen verloopt volgens vier verschillende stadia: onwetendheid, machteloosheid, competentie, automatisering/perfectionering (zie bijlage twee).

In de fase van onwetendheid beseft de stotterende persoon niet dat er een probleem is of wat het probleem is. Bij personen die stotteren met vermijdingsgedrag wordt het spreekprobleem uit de weg gegaan. Zij vermijden stresserende klanken, woorden of spreesituaties waardoor ze niet geconfronteerd worden met de gebrekkige vloeiendheid. Ook personen die een gebrekkig of foutief beeld hebben van het stotteren bevinden zich in de fase van onwetendheid. Deze onvoldoende kennis van het probleem maakt constructieve verandering onmogelijk. Veranderen of leren wil zeggen dat er eerst wordt overgegaan naar de fase van machteloosheid.

In de fase van machteloosheid beseft de persoon die stottert dat er een probleem is. De persoon wordt zich bewust van de gevolgen die het stotteren heeft op het sprekend en sociaal functioneren. De persoon verwerft een groter inzicht in het complexe proces van spreken en ervaart zichzelf als incompetent met betrekking tot deze vaardigheid.

In de fase van competentie leert de persoon verschillende technieken waardoor hij geleidelijk aan in een beperkt aantal situaties controle krijgt over zijn probleem. In deze fase is het belangrijk om te beseffen dat het leerproces bestaat uit succes- maar ook mislukking-ervaringen. Naarmate de behandeling vordert, leert de persoon die stottert in elke situatie om via de aangeleerde technieken het stotteren te controleren (Singelee, 1994). De persoon wordt in deze fase bewust bekwaam (zie bijlage 2).

Wanneer de vaardigheid onder automatische controle is gekomen, wordt er gesproken van de fase van automatisering of perfectionering. Naarmate de persoon oefent zal hij competent worden en uiteindelijk zal de vaardigheid onder automatische controle verlopen, maar dit kan niet zelf rechtstreeks uitgelokt worden (Singelee, 1994). De persoon wordt in deze fase onbewust bekwaam (zie bijlage 2).

Het is belangrijk om te beseffen dat zelfs bij automatisering nog ontsporingen kunnen optreden, dit wil zeggen dat de stotteraar nog wel eens over zijn woorden zal struikelen.

Deze educatiefase wordt toegepast bij de drie stottertypes. Bij het emotionele-cognitieve type wordt er wat langer stil gestaan bij het cognitieve gedeelte waar veel gepraat wordt over het probleem (Singelee, 1994).

Deze vier fases kunnen ook toegepast worden op SDM. Eén van de basispijlers van Veronica Sherborne is namelijk het bewust worden van het lichaam. De persoon is eerst onbewust onbekwaam wat betreft het gebruiken van zijn lichaam (fase van onwetendheid). Via Sherborne-oefeningen wordt de persoon zich bewust dat hij zijn lichaam eventueel onbekwaam gebruikt (fase van machteloosheid). Door bewust motorische vaardigheden te oefenen (fase van competentie) worden deze oefeningen geautomatiseerd waardoor de persoon onbewust bekwaam wordt (automatiseringsfase).

#### 4.6. Besluit

SDM wordt toegepast op verschillende doelstellingen binnen de stottergroepen. Deze zijn het stimuleren van lichaamsexpressie, het verschil tussen spanning en ontspanning aanleren, het verhogen van het (zelf)vertrouwen, het ademhalingstype identificeren, aanleren en gebruiken, het verminderen van situatieangst, spreekangst, assertiviteitstraining, sociale vaardigheidstraining, desensibilisatietraining, rollenspelen, het trainen van communicatievaardigheden en identificeren van het vermijdingsgedrag en dit leren elimineren.

Binnen de MIDVAS-principes van Van Riper geeft SDM voornamelijk invulling binnen identificatie en variatie. Identificatie omwille van de link tussen het bewust worden van het stotteren/spreken en het lichaamsbewustzijn, één van de basispijlers van SDM. Variatie omwille van het verband tussen de communicatie- en sociale vaardigheidstraining en het aangaan van de verschillende relaties met anderen, binnen SDM.

Een belangrijk gegeven binnen het samenbrengen van stotteren en SDM is het lichaamsbewustzijn. Voor kinderen die stotteren betekent dit het identificeren van zichtbare en lichamelijke symptomen om deze uiteindelijk te kunnen verminderen/eliminieren.

Het creëren van realistische verwachtingen is noodzakelijk voor het slagen van de behandeling. Het zorgt er namelijk voor dat de personen die stotteren voldoende doorzettingsvermogen en intrinsieke motivatie opbouwen. Het leren van technieken om het stotteren onder controle te krijgen verloopt volgens vier verschillende stadia: onwetendheid, machteloosheid, competentie, automatisering/perfectionering.

Samengevat kan er gesteld worden dat iemand die maar weinig stottert toch een groot stotterprobleem kan hebben. Dit wordt aangepakt in de Sherborne-groepen.



## **5. Praktisch luik**

In dit hoofdstuk wordt het praktische gedeelte van het afstudeerproject besproken. Eigen ervaringen gedurende een stage in het CAR Genk in het kader van het afstudeerproject worden besproken. In een tweede gedeelte wordt de afname van de vragenlijsten besproken, onderverdeeld in het doel, de methodologie, de resultaten en eventuele conclusies hiervan. In een laatste stuk wordt een SDM-therapie besproken bij kinderen die stotteren, die onder begeleiding van een kinesist, voorbereid en gegeven werd. Deze therapiesessie werd ook gefilmd.

### 5.1. Groepstherapieën

Als stagiaire in het CAR Genk werden de groepsessies mee gevolgd. Hierbij ging het om verschillende groepen ingedeeld volgens leeftijd van kinderen tussen vier en twaalf jaar. Er werden Sherborne-sessies gevolgd bij personen die niet stotteren, maar wel een andere problematiek hadden, zoals ADHD of autisme. Daarnaast werden ook de stottergroepen gevolgd waarbij SDM wordt toegepast in combinatie met andere stottertherapieën. Deze groepen bestonden steeds uit vier à vijf kinderen tussen de vier en twaalf jaar. Binnen één groep kwamen meerdere soorten stotteren voor. Tijdens deze groepstherapieën was het mogelijk om veel observaties te doen en samen met de kinderen ervaringen te delen. Dit zorgt op zijn beurt voor een uitgebreidere kennis over het stotteren en SDM-therapie binnen de stottertherapie.

### 5.2. Vragenlijsten

#### *5.2.1. Doel*

Er werden vragenlijsten afgenomen om het effect van de stottertherapie in het CAR kwalitatief op te meten. Een ander doel was om te achterhalen wat er voor de kinderen en de ouders allemaal bij het stotteren komt kijken. Hierbij werd er gezocht naar antwoorden op vragen als: ‘In welke situaties wordt er meer gestotterd?’, ‘Welke technieken gaan de kinderen in hun dagelijks leven gebruiken?’,...

Door de afname van de vragenlijsten werd de kennis over stotteren en de stottertherapie uitgebreider om zo tot een nog beter begrip te kunnen komen.

#### *5.2.2. Methodologie*

De vragenlijsten zijn opgesteld op basis van reeds bestaande vragenlijsten alsook aan de hand van eigen observaties van de stottergroepen. De vragen zijn voornamelijk kwalitatief van aard. Ook werd er één kwantitatieve vraag gesteld, namelijk een tienpuntenschaal waarop de

kinderen en ouders de ernst van het stotteren moesten situeren. De keuze voor de schaal kwam teweeg door twee redenen, enerzijds biedt het een visuele voorstelling om de bepaling van de ernst van het stotteren te vereenvoudigen en anderzijds biedt het kwantitatieve resultaten.

Omwille van het taalgebruik werd er gekozen voor zelf opgestelde vragenlijsten, eerder dan reeds bestaande lijsten. Binnen de doelgroep zijn er zowel kinderen als ouders waarvan Nederlands niet hun moedertaal is. Vandaar de keuze voor een eigen vragenlijst, geschreven aan de hand van eenvoudig taalgebruik. Na de opstelling van de vragenlijsten werden deze gecontroleerd door een logopedist alsook een psycholoog. Zij hebben enkele aanpassingen aangeraden op het vlak van taalgebruik, die dan ook doorgevoerd werden in de uiteindelijke vragenlijsten.

Er werden drie verschillende vragenlijsten opgesteld. Eén voor de kinderen (5-13j), één voor de ouders van de kinderen en één voor volwassenen stotteraars. Er zijn twee redenen voor het opstellen en afnemen van een vragenlijst bij volwassenen. De eerste reden is om zo een breed mogelijk beeld van stotteren te verkrijgen door meerdere doelgroepen te bevragen. De tweede reden is dat volwassenen geacht worden hun gedachten en gevoelens beter te kunnen verwoorden dan kinderen. Van zowel de vragenlijsten voor de kinderen als die voor de ouders werden er twaalf vragenlijsten terug ontvangen en dus opgenomen worden in onze resultaten. Voor de volwassenen waren dit er vier. De vragenlijsten voor kinderen en ouders bestonden uit negentien vragen, deze voor de volwassenen stotteraars uit zes.

### *5.2.3. Resultaten*

Alle kinderen volgden twee à drie uur therapie per week. Iets meer dan de helft had eerder nog geen therapie gevolgd. Alle kinderen krijgen zowel individueel als in groep therapie. De resultaten van de vragenlijsten van de kinderen geven aan dat het stotteren zeer situatieafhankelijk is en dat de frequentie van het stotteren in verschillende situaties nog eens sterk varieert van kind tot kind. Wanneer hen gevraagd wordt welke soort oefeningen ze in de stottergroepen doen, geven zeven van de twaalf kinderen ‘spelletjes’ als antwoord. Dit wordt geïnterpreteerd als een positieve zaak, want één van de doelen van de stottergroepen voor kinderen is ook dat ze de therapie als fijn ervaren. Wanneer gevraagd wordt welke oefeningen ze leuk vinden antwoorden zes van de twaalf kinderen weer met ‘spelletjes’, dit ondersteunt onze voorgaande interpretatie. Drie van de twaalf kinderen antwoorden met ‘bewegen’. Deze interpretatie wordt ook ondersteund door het feit dat zeven van de twaalf kinderen aangeven

graag naar de therapie te komen. Wanneer de kinderen gevraagd worden welke aspecten ze minder leuk vinden, bekomen we zeer verschillende antwoorden. Vijf kinderen geven aan minder te stotteren door de geleerde spreektechnieken, twee geven aan minder te stotteren door het lezen en nog eens twee geven aan dat spelletjes hen helpen om minder te stotteren. Eén iemand geeft aan dat hij bewegen als hulp ervaart. Vijf van de twaalf kinderen zeggen ook thuis gebruik te maken van wat ze in therapie leren, twee kinderen zeggen dit soms te doen en vijf kinderen zeggen dit niet te doen. Van de zeven kinderen die zeggen het wel of soms te doen gebruiken drie hiervan ademhalingsoefeningen, twee gebruiken spreektechnieken, één iemand speelt spelletjes met spreken en één iemand oefent op het spannen/ontspannen. Wanneer de reactie van anderen op het stotteren van de kinderen bevraagd werd, gaven vier kinderen aan dat ze werden uitgelachen, drie gaven aan dat het stotteren genegeerd werd, drie zeiden dat anderen er gewoon op reageren en één iemand geeft aan dat ze ofwel begripvol reageren ofwel medelijden hebben. De ouders reageren bij zes kinderen niet op het stotteren, bij de anderen zijn de reacties verschillend. Zelf geven de kinderen zeer verschillende antwoorden wanneer er gevraagd wordt naar hun gevoel bij het stotteren. Zeven van de twaalf, beweren geen schrik te hebben om te praten, twee zeggen dit wel te hebben en drie zeggen het soms te hebben. Wanneer er gevraagd wordt aan de kinderen of zij vinden dat ze minder stotteren sinds het volgen van de therapie zeggen negen van de twaalf kinderen 'ja', twee zeggen 'een beetje' en één iemand zegt nee (deze laatste persoon is slechts twee weken in therapie).

Opvallend bij de resultaten van de ouders was dat enkele ouders hun kinderen hoger scoorden op de tienpuntenschaal dan de score die de kinderen zichzelf gaven. Hieruit kan er afgeleid worden dat deze kinderen hun stotteren als minder ernstig ervaren dan hun ouders dat doen. Dit fenomeen was herkenbaar bij vijf kinderen en hun ouders. Ook bij de meeste ouders komt er naar voor dat het stotteren van hun kind als situatieafhankelijk wordt ervaren. Als reactie op het stotteren valt het op dat deze zeer verschillend zijn van ouder tot ouder. Alsook hoe zij denken dat hun kind zich voelt tijdens het stotteren. Elf van de twaalf ouders geven negatief getinte antwoorden zoals, boos, onmacht, hulpeloos enzovoort, terwijl slechts één iemand denkt dat zijn/haar kind hier geen probleem van maakt. Wanneer er dan gevraagd wordt naar de reacties van anderen op het stotteren van hun kind antwoordt de meerderheid dat er positief gereageerd wordt door er bijvoorbeeld niet op in te gaan en dat slechts drie personen melden dat zij geplaagd of uitgelachen worden. De kinderen zelf reageren volgens hun ouders op zeer verschillende manieren, van boos en zenuwachtig gedrag tot geen reactie geven. Een andere

vraag die gesteld werd aan de ouders was of zij dachten dat hun kind graag naar de therapie kwam. Hierop antwoordde zeven personen met 'ja', twee personen met 'nee', één persoon met 'soms' en één persoon met 'meestal'. Wanneer aan de ouders zelf gevraagd werd wat hun indruk van de therapie in het CAR te Genk was viel het op dat er enkel positieve feedback uit resulteerde. Gaande van de hulp die de therapie biedt, dat er een goede begeleiding is, dat ze meer zelfvertrouwen zien bij hun kind enzovoort. Negen ouders geven ook aan dat zij technieken die gebruikt worden in het CAR thuis ook zelf gebruiken. Een laatste belangrijk aspect is dat negen van de twaalf ouders aangeven een positieve evolutie te zien in het stotteren van hun kind sinds zij therapie volgen in het CAR. Eén iemand geeft aan een beetje evolutie te zien, een ander iemand geeft aan dat het afhankelijk is van de situatie en één iemand zegt nog niet te kunnen oordelen omwille van het feit dat zij pas gestart zijn (twee weken), maar dat zij er wel alle vertrouwen in hebben.

De 'volwassenen' kandidaten waren van een leeftijd tussen zestien en zesenzestig jaar. De zestienjarige werd ook bij de volwassenen gerekend omdat ervan uit wordt gegaan dat een persoon van die leeftijd zich al voldoende goed kan verwoorden en dus niet bij de vragenlijsten voor de kinderen past. Zij gaven ook aan dat hun stotteren situatieafhankelijk is. Wanneer er wordt gevraagd naar de reactie van anderen komen er verschillende antwoorden, zo antwoorden sommige dat ze weinig tot geen reactie krijgen terwijl iemand anders zegt nagedaan te worden. Zelf reageren ze na het stotteren, boos, beschaamd, gefrustreerd of vinden ze het vervelend. Bij twee van vier reageert ook de familie niet en bij één iemand reageert enkel zijn vrouw erop. Ook zijn de gevolgen van het stotteren op hun dagelijkse leven bevestigd. Wat hieruit voornamelijk uitsprong is dat ze niet spraken, minder zelfvertrouwen hadden, spreekangst ontwikkelde met als gevolg minder sociale contacten. Er werd hen ook gevraagd naar de inhoud van de therapie in het CAR Genk, wat resulteerde in zeer verschillende antwoorden. Uit de antwoorden was af te leiden dat dit een bevestiging is van het situatieafhankelijke stotteren en dat de therapie afgestemd wordt op de noden van de persoon. Hun indrukken van de therapie zijn allemaal positief, zoals meer zelfvertrouwen hebben enzovoort. Ook bij hen komt er naar voor dat bepaalde technieken vanuit de therapie ook thuis gebruikt worden zoals het reguleren van de ademhaling, trager spreken, enzovoort. Slechts één iemand had al eens een Sherborne-sessie meegevolgd en vond hier meerdere aspecten positief aan, zoals de lichaamstaal, de motoriek, de ademhaling en het leren ontspannen. Hij verklaart ook dat hij resultaat ervaart in het dagelijkse leven. Alle vier zeggen ze een positieve evolutie te zien in hun stotteren sinds zij therapie volgen in het CAR Genk.

Maar wanneer er gevraagd wordt naar de acceptatie van hun stotteren zeggen slechts twee dit te hebben geaccepteerd, één iemand zegt dit ongeveer te hebben geaccepteerd en één iemand zegt het nog steeds niet te hebben geaccepteerd. Voor twee van de vier personen was de therapie een grote hulp voor het aanvaarden, bij één ander persoon waren dat zijn ouders.

De exacte percentages en antwoorden van de drie vragenlijsten zijn te vinden in bijlage 3.

#### *5.2.4. Conclusie*

Wanneer de verschillende vragenlijsten met elkaar vergeleken worden, zijn er veel verschillen maar ook enkele gelijkenissen te zien. In de drie vragenlijsten komt steeds terug dat het stotteren zeer individueel bepalend is en sterk afhankelijk is van situatie tot situatie. Een anders steeds terugkerend antwoord is dat zowel de kinderen als de ouders van de kinderen, als de volwassenen de therapie als positief ervaren en zeggen een positieve evolutie te bemerken bij hun stotteren.

Wat ook opmerkelijk is, is dat er meermaals zeer verschillende antwoorden op één dezelfde vraag worden beschreven. Dit kan te maken hebben met het individuele karakter van de problematiek van het stotteren, maar dit kan ook te maken hebben met onze manier van vraagstelling. Er werd namelijk grotendeels gebruik gemaakt van open vragen. Gesloten vragen en een concretere vraagstelling hadden misschien twijfel uitgesloten en concretere antwoorden opgeleverd.

Een ander punt dat kan aangehaald worden is het feit dat er subjectieve belevingen bevestigd worden, dit zorgt voor zeer individuele en dus uiteenlopende antwoorden. Hierdoor wordt het moeilijk om te gaan veralgemenen en algemene conclusies te gaan trekken.

Een laatste opmerking is dat de vragenlijsten niet persoonlijk door ons zijn afgenomen maar door de logopedist en de psychologen bij de kinderen. De ouders en volwassenen hebben hun vragenlijsten zelfstandig ingevuld. We hadden kunnen opteren de vragenlijsten persoonlijk af te nemen en eventueel een tolk te voorzien voor het overbruggen van een eventuele taalbarrière.

Dit zijn allemaal punten die gedurende het onderzoek naar boven zijn gekomen en waar er in het geval van eventueel verder onderzoek in de toekomst rekening mee gehouden kan worden.

#### 5.3. Stottergroep in praktijk

Om een beter beeld te verkrijgen over de inhoud van de stottergroepen in het CAR Genk wordt in dit stuk een gehele stottertherapie besproken. Deze sessie is ook gefilmd, hiervoor

werd er een toestemmingsbrief (zie bijlage 4) door alle ouders van de aanwezige kinderen ondertekend.

### *5.3.1. Voorbereiding*

De leeftijden liggen tussen de zeven en tien jaar. Het groepje bestaat uit drie jongens en een meisje. Elk van deze kinderen is in behandeling omwille van verschillende soorten van stotteren alsook bijkomende problematieken zoals ontwikkelingsvertraging, leerproblemen, spraak- en taalproblemen, ADD en complexe ontwikkelingsstoornissen.

Er wordt steeds een inleiding, een midden en een slot voorzien zodat de structuur elke keer behouden wordt. Bij de inleiding houdt de therapeut een bol garen vast. Zij gooit deze naar een van de kinderen en vraagt bijvoorbeeld hoe de paasvakantie is geweest. Dan gooit dit kind het garen weer door naar een ander kind en zo gaat ze vervolgens de kring rond. Bij het verder gooien wordt ook een stuk van het garen vast gehouden zodat er uiteindelijk een web wordt gevormd. Als elk kind heeft kunnen praten, wat de sociale en communicatieve vaardigheden stimuleert, mogen ze elk om beurt onder het web doorkruipen. De inleiding is belangrijk zodat ze even tot rust komen en hier leren ze ook luisteren naar elkaar en zelf rustig iets vertellen. Onder het web doorkruipen zonder het touw te raken stimuleert ook het zelfbewustzijn, namelijk het lichaamsbewustzijn en het bewust zijn van de ruimte, de eerste basispijler van Veronica Sherborne.

Om af te sluiten wordt er gezorgd dat de kinderen weer tot rust komen. De kinderen mogen elk een voor een op een physiobal liggen, best op hun buik zodat ze volledig kunnen ontspannen. Er wordt hen gevraagd om zo ontspannen mogelijk, zoals een lappenpop, op de bal te blijven liggen. De andere kinderen houden de bal vast en kunnen eventueel voelen aan de armen of benen van de persoon op de bal of hij/zij volledig ontspanning is. Dan mag de persoon die op de bal ligt rustig en zoals de lappenpop vertellen wat die van de sessie vond. Als het kind niet spontaan verteld wordt er gevraagd wat hij/zijn fijn vond, wat hij/zij moeilijk vond etc.

### *5.3.2. De activiteiten in de stottertherapie*

In dit gedeelte worden de activiteiten van dichterbij bekeken en gelinkt aan de stotterbehandeling.

De eerste oefening is het rollen over een lengte. De kinderen gaan per twee op de mat zitten. De ene legt zich neer op de mat en de andere mag hem/haar naar de andere kant van de mat rollen. De persoon die gerold wordt moet eerst het lichaam opspannen (zoals de robot) en

daarna volledig ontspannen (zoals de lappenpop). In de stottertherapie worden deze begrippen ‘de robot en de lappenpop’ ook gebruikt. Hier wordt de kinderen geleerd om met de lappenopspraak te spreken, de zogenaamde verlengde lettergreepspraak. Om dit te kunnen doen moet ook het lichaam ontspannen kunnen zijn. Dit wordt aangehaald in deze oefening. Het kind wordt zich ook meer bewust van zijn eigen lichaam, namelijk het opspannen en ontspannen van het lichaam. Dit is een belangrijk aspect van de bewegingspedagogiek volgens Sherborne, maar ook binnen de MIDVAS-principes van Van Riper die eerder uitgelegd zijn.

De tweede oefening stimuleert de met-relatie uit de bewegingspedagogiek van Veronica Sherborne. De kinderen zitten per twee met de ruggen tegen elkaar. Het is de bedoeling dat de eerste persoon de tweede persoon vooruit duwt door de zaal. De tweede persoon moet dan communiceren met de persoon die duwt. Hij moet aangeven welke kant ze op moeten want de persoon die duwt houdt zijn ogen dicht en ziet dus niet waar ze naar toe gaan. Hierbij moeten ze elkaar dus helpen, de een begeleidt de andere. Het communiceren met elkaar is hier een belangrijk aspect, omdat het stimuleren van communicatieve en sociale vaardigheden ook een doel van de stotterbehandeling is, maar ook van de bewegingspedagogiek van Veronica Sherborne.

De volgende oefening wordt ‘uitbreken’ genoemd. De kinderen zitten weer per twee op de mat. Eén kind vormt een pakje, het maakt zich zo klein mogelijk. Het andere kind sluit dit pakje in en houdt het stevig vast. Het kind dat een pakje vormde moet nu proberen los te komen uit de greep van de tweede persoon, die natuurlijk tegen werkt. Dit wordt een tegen-relatie genoemd. Deze tegen-relatie wordt wel eens vergeleken met het vechten tegen een stottermoment. Het kind moet dan ook proberen een weg te vinden om toch het woord te kunnen uitspreken, of om toch zijn doel te kunnen bereiken. Deze oefening stimuleert het zelfbewustzijn en het bewust zijn van anderen. Het kind leert hier zijn eigen kracht maar ook die van de ander kennen. Het is ook belangrijk dat ze leren rekening met elkaar te houden en elkaar geen pijn te doen. Dit is tevens belangrijk doorheen de hele sessie.

De laatste activiteit is een mooi voorbeeld van een samen-relatie. De kinderen moeten per twee een manier zien te vinden om samen recht te staan. Ze bedenken eerst zelf oplossingen, daarna geeft de therapeut hen de opdracht om tegen over elkaar te gaan zitten met de voeten tegen elkaar en de handen vast. In het filmpje is te zien dat het eerst niet goed lukt, maar dat ze daarna goede afspraken met elkaar maken en goed overleggen en daarna lukt het wel. In

deze oefening worden zowel zelfbewustzijn, het bewustzijn van anderen en sociale en communicatieve vaardigheden gestimuleerd. Dit zijn belangrijke doelen/aspecten van de stotterbehandeling, van de principes van Van Riper en van de bewegingspedagogiek van Veronica Sherborne.



## **6. Rol van de ergotherapeut binnen de multidisciplinaire Sherborne-activiteiten**

In het laatste hoofdstuk komt de rol van de ergotherapeut binnen de stottergroepen waarbij SDM een onderdeel van de stottertherapie vormt aan bod. Dit gebeurt via verschillende invalshoeken, zowel theoretische als praktische. Het is belangrijk om de rol van de ergotherapeut te zien binnen het multidisciplinair team, dit gegeven dient dus steeds in gedachte gehouden te worden gedurende het lezen van dit hoofdstuk. In dit hoofdstuk wordt de meerwaarde die een ergotherapeut kan hebben binnen dit multidisciplinaire team voor de behandeling van stotteren besproken.

### 6.1. Functiekaart: ET in CAR LITP Genk

Het algemeen doel van de ergotherapeut binnen het CAR is om cliënten met leer-, ontwikkelings- en verworven stoornissen met problemen in hun dagelijks functioneren te behandelen met als doelstelling hun zelfredzaamheid te verbeteren op vlak van functies, activiteiten en participatie. Dit behandelen gebeurt volgens vooropgestelde ergotherapeutische doelstellingen binnen een multidisciplinaire setting kaderend binnen een ICF-benadering. Basisattitudes die aanwezig dienen te zijn, zijn creativiteit, vertrouwelijkheid, organisatie-sensitiviteit, visie, probleemanalyse, plannen, organiseren, coachen, luisteren, assertiviteit, inlevingsvermogen, stressbestendigheid, sensitiviteit, initiatief, nauwgezetheid, resultaatgerichtheid, flexibel gedrag, besluitvaardigheid, samenwerken, cliëntgerichtheid, voortdurend verbeteren en veiligheid bewustzijn.

### 6.2. Rol ET binnen ICF-benadering stotteren

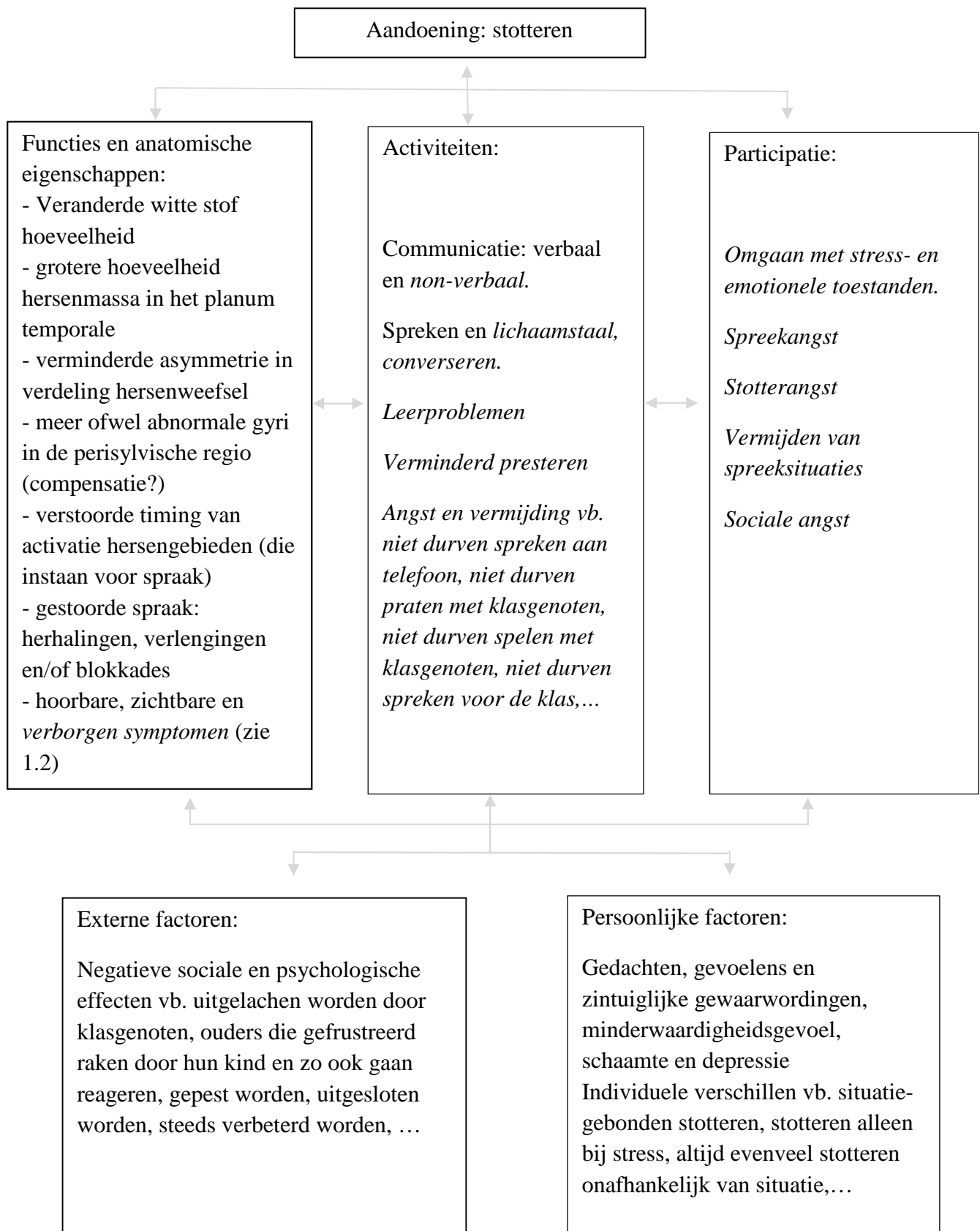
In hoofdstuk 1 werd het ICF toegepast op het stotteren al reeds besproken. In dit gedeelte wordt dit schema terug aangehaald. Onderstaand staat dit schema nogmaals met nu als extra toevoeging een indicatie, door middel van cursieve tekst, van de meerwaardes voor de ergotherapeut.

Zoals eerder vermeld richten ergotherapeuten zich voornamelijk op het verbeteren van zelfredzaamheid van de cliënten op gebied van functie, activiteiten en participatie. Dit is ook hier terug te zien. Op het gebied van functies ligt de nadruk voor de ergotherapeut voornamelijk op het in kaart brengen en behandelen van de verborgen symptomen, deze werden reeds besproken in hoofdstuk één. Op het gebied van activiteiten is dit vooral op de non-verbale communicatie, de lichaamstaal, het converseren, eventuele leerproblemen, verminderd presteren, en angst en vermijding. Bij participatie valt op dat de ET een grote rol heeft. Hier ligt de focus op het omgaan met stress- en emotionele toestanden, spreek- en stotterangst, vermijden van spreesituaties en sociale angst. Aan al deze aspecten wordt

binnen het multidisciplinaire team gewerkt en dit op een speelse, aangename manier voor de kinderen.

Iedere therapeut binnen het stotterteam heeft zijn eigen vakgebied. Het vakgebied van de ergotherapeut ligt voornamelijk bij ADL-activiteiten en meer specifiek bij niet spraakgebonden activiteiten. Voorbeelden hiervan zijn koken, circusoefeningen, bezoek aan een park, gaan winkelen, enzovoort. Gedurende deze activiteiten wordt de relatie tussen de kinderen alsook de relatie tussen kind en therapeut versterkt, wat ook een belangrijke factor is bij de stottertherapie. Dit draagt namelijk bij tot het bekomen van de volgende doelstelling. Deze doelstelling is om de kinderen te ondersteunen en te begeleiden in het aanvaarden van hun stotteren. De kinderen maken een klik bij zichzelf dat hun stotteren eigenlijk niet zo erg is. Dit heeft op zijn beurt weer een positieve invloed op het zelfvertrouwen en dus op het verminderen van spreekangst en vermijdingsgedrag. Dit wordt mee beïnvloed door het werken in groep. In de groepen wordt er namelijk niet ingegaan op het stotteren van de kinderen wanneer dit gebeurt. Zowel door de therapeuten niet, als door de kinderen zelf niet.

Een ander belangrijk gegeven binnen het vakgebied van de ergotherapeut is de transfer naar het dagelijks leven van de kinderen. Zo wordt er dan getracht een overbrugging te maken tussen wat in de stottertherapie gebeurt naar de thuis- en schoolsituatie. Dit gebeurt bijvoorbeeld door het meegeven van opdrachten voor thuis die nadien gesuperviseerd worden door zowel de ergotherapeut als de logopedist als de kinesist. Een ander voorbeeld is dat er in therapie lappenpoppen geknutseld worden die later in school als 'reminder' kunnen fungeren. Hiermee wordt bedoeld dat wanneer het kind een moeilijk moment heeft tijdens de dag waarbij hij/zij veel stottert kan de leerkracht het kind helpen door de lappenpop erbij halen. Dit helpt het kind dan met het terug oproepen van de ademhalingstechnieken, lappenpoppen-spraak, enzovoort om zo het gestotter te verminderen.



*ICF stotteren door Tiziana Lenaers en Sofie Jeunen*

### 6.3. Ergotherapie en Sherborne Developmental Movement binnen CAR: theoretisch

Ergotherapeuten maken deel uit van het multidisciplinair team, en hun taak is ook het focussen op bepaalde aspecten van de (totale) ontwikkeling van het kind. In deze therapeutische setting is de ergotherapeut de tussenschakel tussen de fysiotherapeut en de logopedist. De ergotherapeut stuurt het kind naar onafhankelijkheid in zijn fysieke, psychologische en sociaal-emotioneel leven bij dagelijkse activiteiten (Hill, 2006).

Er wordt steeds gestart van een basispunt van psychologisch welbevinden/welzijn, waar het kind een positief zelfbeeld heeft en klaar is om zich te richten op de omgeving en anderen. Vanuit dit basisgevoel kan het kind begeleid worden in spel. Kinderen spenderen het grootste deel van hun dag spelend en moeten hun vaardigheden ontwikkelen door ervaringen in spel. De basisvereisten om onafhankelijkheid te bereiken komen vanuit spel. Kinderen met ontwikkelingsachterstand ontwikkelen niet typisch. Ergotherapeuten kunnen hulp bieden bij het weerleggen van hun aandacht en focus en zo hun vaardigheden te verbeteren door hun spel aan te passen aan hun eigen niveau met toezicht van de aangeleerde controletechnieken. Het is belangrijk om te starten met spelen met het kind zonder materiaal, nl. door de aandacht te focussen op zichzelf en therapeut (Hill, 2006).

Via SDM worden we een gelijkwaardige partner van het kind in een bevorderlijke 'spel'-omgeving. Het kind krijgt vertrouwen in de therapeut en zichzelf. De veiligheid in het spel stimuleert zelfvertrouwen, het kind bouwt succeservaringen op, wat leidt tot een positief zelfbeeld en onafhankelijkheid. Dit sluit aan bij SDM, die de ontwikkeling van het kind ziet als groeiend naar vrijheid en autonomie (in persoonlijke talenten en mogelijkheden) (Hill,2006).

Wanneer het kind voldoende zelfzeker is kan er materiaal gebruikt worden waarmee het kind nieuwe ervaringen kan opdoen door gebruik te maken van zijn lichaam en (ontwikkellende) ruimtelijk inzicht (Hill, 2006). Het kind is zich bewust van zijn lichaam en kan nu ook ruimtebewustzijn gaan ontwikkelen.

Volgens Hill (2006) is SDM voor de ergotherapeut niet enkel een therapeutisch middel, maar ook een basisfilosofie om hun therapie te ondersteunen en te handhaven.

#### 6.4. Ergotherapie en Sherborne Developmental Movement binnen CAR: praktisch

Om een beeld te kunnen schetsen van wat de ergotherapeut in de praktijk doet en ervaart binnen het multidisciplinaire stotterteam te CAR Genk worden in dit gedeelte de verschillende doelstellingen van de ergotherapeut nader besproken. Dit gebeurt op basis van eigen ervaringen in het meevolgen van de stottergroepen te CAR Genk alsook door een bevraging van twee ergotherapeuten, die momenteel werkzaam zijn in deze setting.

De stottergroepen in het CAR te Genk bestaan uit twee grote delen, enerzijds een taalgedeelte en anderzijds een motorisch gedeelte. Ze worden begeleid door een multidisciplinair team. Dit multidisciplinair team bestaat uit een logopedist, een ergotherapeut, een kinesist en/of een psycholoog, waarvan één een officiële Sherborne-therapeut is. Het samenkomen van deze verschillende disciplines is een sterkte van de stottertherapie. Elke discipline benadert de therapie vanuit zijn of haar individuele eigenheid. Deze omvat o.a. zijn/haar eigen opleiding, kennis, ervaring, standpunten, enzovoort. Zo wordt een zeer gedetailleerd en uitgebreid beeld van het kind gevormd. De benadering van de ergotherapeut wordt in volgende alinea's verder verklaard.

Een eerste doelstelling van de ergotherapeut binnen de stottertherapie is het ontwikkelen van creativiteit. De term creativiteit wordt hier gebruikt in zijn ruime betekenis, deze wordt nader verklaard. Als kinderen creatief werken wordt ook het spreken positief beïnvloed, een voorbeeld hiervan is "inner speech". Door het creatief werken wordt het aanwezige taboe rond spraak bij stotterende kinderen doorbroken, zij gaan dan onbewust spontaan spreken. Maar niet enkel dit aspect van de term creativiteit is een belangrijke taak van de ergotherapeut. Een ander belangrijk aspect is het aanbrengen van creativiteit in de activiteiten. Zo kan een kookactiviteit ook binnen de stottergroepen aangebracht worden op een creatieve manier zodat de focus op het taalaspect aan de orde blijft. Een voorbeeld van zo een kookactiviteit kan zijn om iemand het recept voor te laten lezen, de kinderen laten bespreken/overleggen wie welke taak krijgt, de kinderen te stimuleren samen te werken door te 'weinig' materiaal aan te bieden, enzovoort.

Een tweede doelstelling is het lichaamsbewustzijn. Zoals eerder vermeld in hoofdstuk één kunnen kinderen met een stotterproblematiek ook lichamelijke symptomen ervaren zoals ongecontroleerde bewegingen of tics in het aangezicht. Om de stotterproblematiek in zijn geheel te behandelen is het dus ook nodig om hier aan te werken. Het is in de eerste plaats dus noodzakelijk dat de kinderen zich bewust worden van hun eigen lichaam, alvorens ze zich

bewust kunnen worden van de lichamelijke symptomen tijdens stottermomenten. Bewustwording is een belangrijke, primaire stap in het behandelen van deze lichamelijke symptomen. De ergotherapeut gaat gebruik maken van motorische activiteiten om lichamelijk bewustzijn te bekomen. Een praktisch voorbeeld hiervan is een oefening op een evenwichtsbalk. De uit te voeren oefening is dat twee kinderen, die elk aan één uiteinde van de balk plaats nemen, aan de overkant trachten te geraken. De uitdaging is dat de kinderen de mat niet mogen raken en dus een manier moeten vinden om elkaar te kruisen zonder van de balk af te stappen. Een bijkomstige uitdaging van de ergotherapeut hierbij is de kinderen te begeleiden tot er een succeservaring bereikt wordt. Het lichamelijke bewustzijn is hier dan ook zeer belangrijk, kinderen dienen rekening te houden met de positie van hun hele lichaam om zowel het evenwicht niet te verliezen alsook om een kleine ruimte te delen met een andere persoon. Ze moeten zichzelf afvragen wat de beste positie is om hun voeten te plaatsen, in welke richting ze hun voeten het best draaien, waar ze hun armen houden, enzovoort. Dit lichamelijke bewustzijn is een andere belangrijke doelstelling binnen de SDM-therapie.

Een derde doelstelling is het aanpakken van de spreekangst. Ergotherapeuten gaan kinderen met spreekangst op een andere manier benaderen. Een vaak gebruikte oefening is het toepassen van een motorisch parcours. Kinderen moeten hierbij samen overleggen wat ze gaan bouwen, welk materiaal ze gaan gebruiken, hoe ze het materiaal gaan gebruiken, enz. en dit dan ook samen bouwen. Hier worden kinderen al gestimuleerd en gemotiveerd te spreken met elkaar zonder zich hier echt bewust van te zijn. Ook bij de uitvoering van het motorisch parcours gaan kinderen met probleemsituaties geconfronteerd worden, bijvoorbeeld het niet in staat zijn tot het uitvoeren van een opdracht als gevolg van angst. De taak van de ergotherapeut bestaat er dan in het kind te begeleiden en steun te bieden tot hij/zij de oefening kan voltooien. Dit leidt op zijn beurt weer tot een versterkt zelfvertrouwen.

Een vierde doelstelling is de kloof tussen de therapiesetting en de thuis- en schoolsetting te verkleinen. Zo wordt er bij stottertherapie vaak op gemerkt dat geleerde principes niet meegenomen worden in het dagelijks leven. Om dit tegen te gaan worden binnen de stottertherapie ook algemeen dagelijkse levensverrichtingen opgenomen. Voorbeelden van zulke activiteiten zijn het gaan eten van een ijsje waarbij de kinderen zelf hun ijs bestellen, telefoongesprekken voeren, enzovoort.

Deze doelstellingen omvatten vier grote gebieden, specifiek voor het vakgebied van de ergotherapeut. Onder deze gebieden vallen ook andere doelstellingen van de ergotherapeut

zoals eerder al besproken in dit hoofdstuk, deze doelstellingen overlappen ook met deze van de andere disciplines. Zo wordt er weer gekomen tot het belang van de multidisciplinaire samenwerking, die niet valt weg te denken.

### 6.5. Besluit

Zowel theoretisch als in de praktijk zijn er voorbeelden van wat de meerwaarde van een ergotherapeut binnen het multidisciplinaire team in de stottergroepen kan zijn. Ergotherapeuten kunnen een ander perspectief binnen de stottertherapie bieden. De ergotherapeut gaat het kind sturen naar onafhankelijkheid in zijn fysieke, psychologische en sociaal-emotioneel leven bij dagelijkse activiteiten. Doelstellingen voor de ergotherapeut zijn hierbij, creativiteit, het verkleinen van de kloof tussen de therapie-setting en de thuis- en schoolsetting, het verminderen van spreekangst, het aanvaarden van het stotteren, lichaamsbewustzijn, creativiteit, verbeteren van zelfredzaamheid en vergroten van zelfvertrouwen. Dit is op zijn beurt dan een meerwaarde binnen deze therapie. Maar het is belangrijk te onthouden dat dit alles geldt in samenwerking met de andere disciplines en dat het de multidisciplinaire samenwerking is die de stottertherapie zo compleet maakt.

## 7. Discussie/besluit

Bij aanvang van dit afstudeerproject zijn er twee hypothesen gevormd. De eerste hypothese is dat Sherborne Developmental Movement therapie een meerwaarde kan bieden binnen een stottertherapie in combinatie met andere stottertherapieën. Een tweede hypothese is dat een ergotherapeut binnen een multidisciplinair team, dat stottergroepen begeleidt, een meerwaarde heeft. Beide hypothesen kunnen we theoretisch onderbouwen door middel van een literatuurstudie, een enquête, de kennis van ervaringsdeskundigen en eigen praktijkervaringen.

Voor de eerste hypothese zijn we op zoek gegaan naar de afzonderlijke theoretische achtergrond van de Sherborne Developmental Movement therapie, het stotteren en de principes van Van Riper. Nadien zijn deze theorieën samengebracht en werden er overeenkomsten gezocht tussen deze drie eerst losstaande onderwerpen. De zoektocht naar de link tussen de drie onderwerpen resulteert tot het bekomen van één geheel, namelijk de totale stottertherapie. Verbanden die gemaakt werden tussen SDM en stotteren zijn het stimuleren van de lichaamsexpressie, het verschil van spanning en ontspanning aanleren, het verhogen van (zelf)vertrouwen, ademhalingstype identificeren, aanleren en gebruiken, assertiviteits-training, sociale vaardigheidstraining, desensibilisatietraining (waarbij er door het beleven van meermaals succeservaringen, eerdere negatieve gevoelens afgezwakt worden), communicatievaardigheden en identificatie van het vermijdingsgedrag en het leren elimineren ervan. De verbanden tussen SDM en Van Riper bevinden zich vooral in de MIDVAS-principes identificatie en variatie. Bij identificatie ligt de nadruk op het bewust worden van het eigen gedrag en het stotteren of spreken, een basispijler van SDM zelf is lichaamsbewustzijn, dit is dus een zeer belangrijke overeenkomst. Tot de variatiefase behoort het trainen van communicatie- en sociale vaardigheden, ook hier is er een overlapping met de SDM-therapie waarbij het trainen van communicatie- en sociale vaardigheden zeer duidelijk naar voor komen bij het vormen van relaties.

De tweede hypothese betreft de rol van de ergotherapeut binnen de stottergroepen. Meerdere aspecten, waarvoor de ergotherapeut een meerwaarde kan bieden, zijn opgedoken. De ergotherapeut heeft als hoofddoel het verbeteren van de zelfredzaamheid van de cliënten op het gebied van functie, activiteiten en participatie. Specifieker voor het onderdeel functie is dit het aankaarten en behandelen van de verborgen symptomen. Op het vlak van activiteiten wil de ergotherapeut meer zelfredzaamheid bereiken in de non-verbale communicatie, de lichaamstaal, het converseren, eventuele leerproblemen, verminderd presteren, angst en



vermijding. Bij de participatie ligt de nadruk op het omgaan met stress- en emotionele situaties, spreek- en stotterangst, vermijden van spreesituaties en sociale angst. Doelstellingen van de ergotherapeut zijn het versterken van de relatie kind-kind en kind-therapeut, het aanvaarden van het stotteren, het zelfvertrouwen vergroten, het ontwikkelen van creativiteit, de transfer van de stottertherapie naar het dagelijks leven, verminderen van spreekangst, vermijdingsgedrag tegengaan, het begeleiden van spreek-ongebonden activiteiten om zo toch het spreken onbewust te beïnvloeden, therapie organiseren in verschillende contexten en lichaamsbewustzijn.

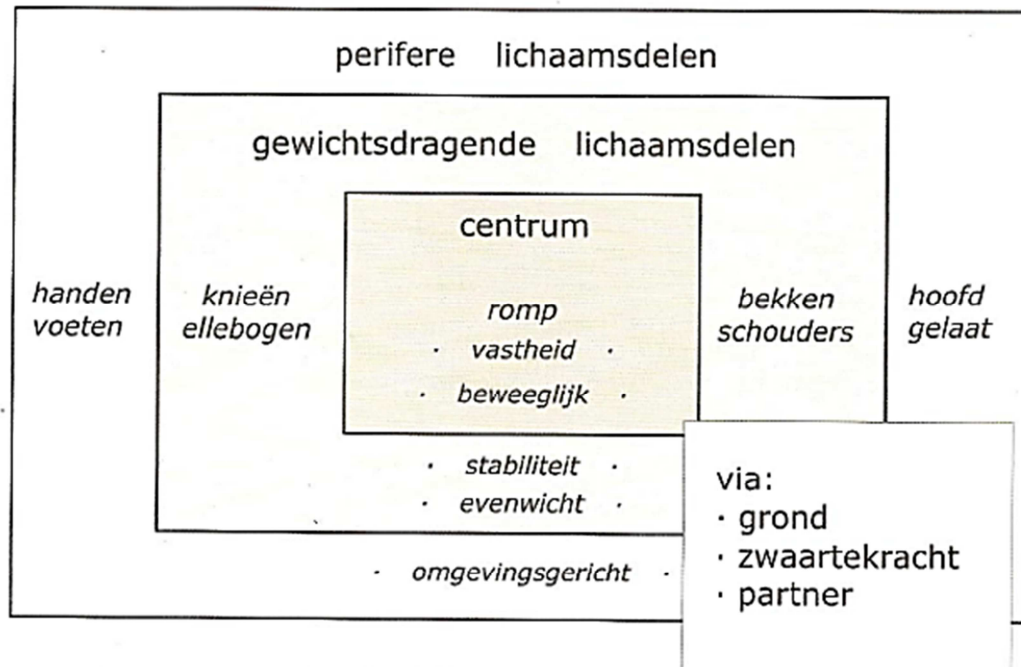
Bij de uitgevoerde enquête kwam sterk naar voor dat stotteren zeer individueel bepaald is en sterk afhankelijk is van situatie tot situatie alsook dat zowel de kinderen, als hun ouders en de volwassenen de therapie als positief ervaren en een positieve evolutie opmerken bij het stotteren. Een ander gegeven is dat het merendeel van de kinderen de stottertherapie als aangenaam en speels ervaart. Dit is uiteindelijk één van de doelstellingen van de stottertherapie zelf is.

Naar het vervolg van dit afstudeerproject toe is een eerste mogelijk onderwerp het uitschrijven van een behandelplan rond de combinatie van SDM en stotteren. Een tweede mogelijk onderwerp is het uitvoeren van een dubbelblind proef, bestaande uit twee doelgroepen: kinderen die stottertherapie volgen zonder SDM en kinderen die stottertherapie volgen met SDM als onderdeel. Hiervoor kunnen vragenlijsten worden gebruikt die voor en na een bepaalde periode therapie afgenomen kunnen worden. Dergelijk onderzoek moet echter wel door een ethische commissie worden goedgekeurd. Samengevat kan er gesteld worden dat verder onderzoek noodzakelijk is om betere resultaten te bekomen.

## 8. Bijlagen

### Bijlage 1

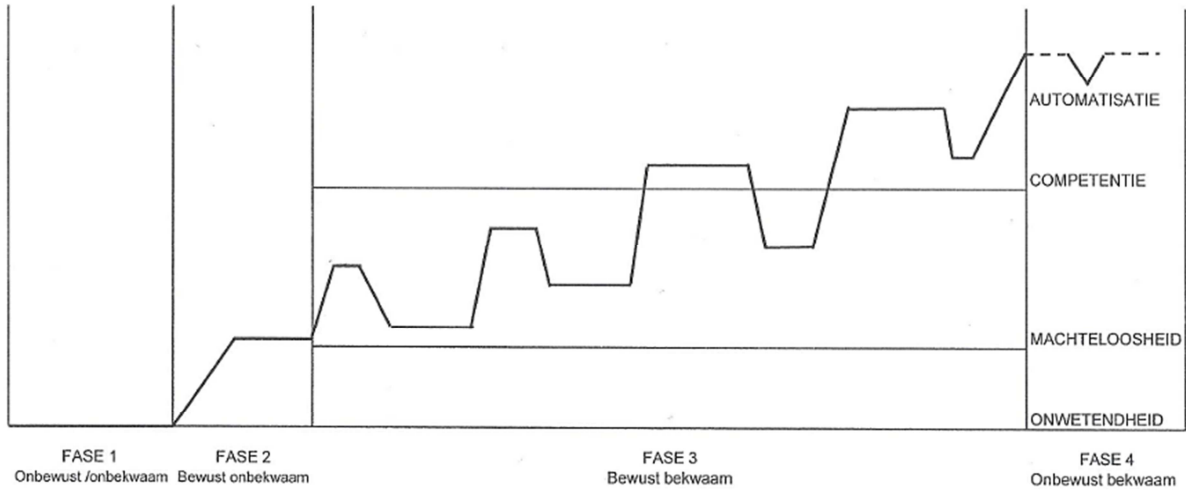
Bewustwording van het eigen lichaam:



*Figuur: Bewustwording van het eigen lichaam  
(Belgische Sherborne Vereniging, 1994)*

Sherborne Developmental Movement, bewustwording van het eigen lichaam.

VERANDERINGSFASES (SCHEMATISCH)



De veranderingsfases.

Vragenlijst kinderen

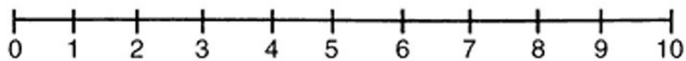
**1. Vraag 1: Hoelang stotter je al?**

Kinderen geven aan tussen de 2 en 7 jaar lang al te stotteren. Hier zijn we een verschil met wat de ouders zeggen.

**2. Vraag 2a: Hoe ernstig is je stotteren? Licht – matig – ernstig – zeer ernstig**

‘Licht als ik hier ben (= CAR), zeer ernstig als ik op school ben’, 2 x matig, 2 x zeer ernstig, 5 x licht, 2 x ernstig.

**Vraag 2b: Hoe erg vind jij dat je stottert? Probeer het hierop aan te duiden: 0 = niet stotteren, 5 = gemiddeld (niet veel, maar ook niet weinig) en 10 = erg veel stotteren.**



‘0: CAR, 4:thuis, 6: school’, 1 x 1, 4 x 5, 1 x 3, 2 x 2, 1 x 0, 1 x 10, ‘1 of 2’. Verschillende antwoorden met vorige vraag! Zie discussie.

**3. Vraag 3 + situatietabel: wanneer stotter je het meest?**

‘op school’, ‘als ik iets plezants wil vertellen’, ‘overall’, ‘spreekbeurt’, ‘als ik zenuwachtig ben’, ‘thuis’, ‘bij iets spannends’,... → Stotteren is situatieafhankelijk en zeer wisselend van individu tot individu.

**4. Vraag 4: Hoelang volg je therapie/les in het CAR?**

25%: 1 jaar, 16,67%: 7 m, 8,33%: 10m; 8,33%: 1j7m, 8,33%: 1,5j, 8,33%:6 m, 8,33%:3j, 8,33%:2 lessen → allemaal tussen 2 lessen en 3 jaar.

**5. Vraag 5: hoeveel uren per week kom je therapie volgen?**

75%: 2u/week, 8,33%: 2,5 u/week, 8,33%: 3u/week.

**6. Vraag 6a: heb je hiervoor ook al ergens logopedie/therapie gevolgd?**

41,67%: ja, 58,33%: nee.

**Vraag 6b: indien ja, waar?**

40%: zelfstandige logo, 40% op school, 20%: onbekend.

**7. Vraag 7: kom je alleen en/of in groep in het CAR? Alleen- alleen & in groep-in groep**

100%: alleen & in groep.

**8. Vraag 8: wat voor oefeningen doe je als je alleen bij de logopediste therapie krijgt?**

66,67%: spelletjes, 58,33%: spreekoefeningen of varianten (lappenpop/robot), 25%: ademhalingsoefening, 8,33%: ontspanningsoefening, 8,33%: praten over gevoelens.

**9. Vraag 9: welke oefeningen die je in groep?**

50%: bewegingsoefeningen, 58,33%: spelletjes, 16,67%: communicatievaardigheden (luisteren naar elkaar e.d.), 8,33%: luisteroefeningen, 16,67%: ademhalingsoefeningen, 8,33%: schrijfoefeningen.

**10. Vraag 10: welke oefeningen vind je heel leuk?**

50%: spelletjes, 25%: bewegen, 16,67%: 'weet het niet'.

**11. Vraag 11: welke oefeningen vind je minder leuk?**

25%: lappenpop, 16,67%: geen, 8,33%: bewegingsoefeningen, 16,67%: weet het niet, 8,33%: toets, 16,67%: spreekoefeningen, 8,33%: ademhaling.

**12. Vraag 12: door welke oefeningen vind jij dat je minder gaat stotteren en beter gaat spreken?**

41,67%: Spreektechnieken (lappenpop, zacht/los, glijbaan,...), 8,33%: bewegen, 8,33%: niet praten, 16,67%: lezen, 16,67%: spelletjes, 8,33%: niks.

**13. Vraag 13: Kom jij graag naar de therapie? Waarom wel? Waarom niet?**

58,33%: ja, 8,33%: nee, 16,67%: soms, 8,33%: individueel wel, groep niet, 8,33%: blijft graag thuis, groep wel fijn.

**14. Vraag 14: probeer jij thuis ook dingen te doen wat je in de therapie leert? Zoja, welke?**

41,67%: ja, 16,67%: soms, 41,67%: nee.

**Welke?** → 25% ademhalingsoefeningen, 16,67% spreektechnieken, 8,33%: spelletjes met spreken, 8,33%: gespannen/ontspannen.

**15. Vraag 15: hoe reageren andere kinderen op je stotteren?**

25%: 'gewoon', 30%: uitlachen, 25%: niks zeggen, negeren, 8,33%: begripvol, medelijden, 8,33%: /.

**16. Vraag 16: hoe reageert jouw mama of papa op jou als je stottert?**

50%: niks, 25%: zeggen 'praat rustig', 8,33%: 'tegen broers en zussen zeggen stil te zijn', 8,33%: 'papa doet mij soms na, mama helpt als het niet lukt', 8,33%: reageren bijna niet.

**17. Vraag 17: hoe voel jij je als je stottert?**

8,33%: ongelukkig, 16,67%: verdrietig, 8,33%: boos, 8,33%: niet blij, 8,33%: slecht, 30%: gewoon, 8,33%: 'Begint iets "zwaar" te voelen in mijn stem, verlegen, zenuwachtig', 8,33%: 'Ik wil dat het snel verdwijnt, maar aan de andere kant vinden ze het een talent want andere kinderen kunnen dat niet, ik zit er tussenin', 8,33%: weet het niet.

**18. Vraag 18: heb je soms schrik om te praten?**

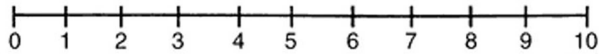
16,67%: ja, 25%: soms, 58,33%: nee.

**19. Vraag 19: vind je dat je minder stottert sinds ja naar het CAR komt?**

75%: ja, 16,67%: een beetje, 8,33%: nee (nog maar 2 lessen gevolgd).

## Vragenlijst ouders:

1. **Vraag 1: Hoe ernstig is het stotteren? Probeer dit hierop aan te duiden: 0 = niet stotteren, 5 = gemiddeld, 10 = zeer veel stotteren**



41,67%: 5, 8,33%: 1 en 4, 8,33%: 6-7, 8,33%: 2, 8,33%: 9, 8,33%: 6, 8,33%: 7, 8,33%: 8.

2. **Vraag 2: Is het stotteren situatie afhankelijk? Zoja, van welke situaties?**

25%: emoties (scheiding, verdrietig, enthousiasme, angst, bezorgdheid), 41,67%: stress/zenuwachtig, 8,33%: nee, 8,33%: /.

3. **Vraag 3 + 4: zijn er periodes waarin u kind niet stottert?**

4. **Situatietabel. (wordt samengenomen met vraag 3)**

Zeer uiteenlopende antwoorden (tijdens vakanties, zeldzaam, als ze kan paardrijden, als ze traag praat,...) → zeer individueel bepaald.

5. **Vraag 5: hoe reageren jullie op het stotteren van uw kind?**

16,67%: laten uitpraten, 30%: 'normaal', 8,33%: onderbreken en rustig opnieuw laten beginnen, 8,33%: langzaam laten praten, 8,33%/ denken aan ademhaling, 8,33%: rustig, oogcontact, 8,33%: verwonderd, 8,33%: 'meestal positief maar soms is het moeilijk om iedere dag hetzelfde te blijven herhalen.

6. **Vraag 6: Hoe denkt u dat uw kind zich voelt over het stotteren?**

25%: slecht, 16,67%: niet goed, 8,33%: niet durven praten, 8,33%: begrijpt het niet, 8,33%: hulpeloos, boos, onmacht, 8,33%: maken er geen probleem van.

7. **Vraag 7: hoe reageren andere op het stotteren van uw kind?**

30%: normaal, 25%: plagen, uitlachen, 8,33%: aanvullen, 8,33%: nauwelijks negatieve reacties, 8,33%: goed, zeggen niks, 8,33%: verbaasd dat zoiets kon door scheiding, 8,33%: /

8. **Vraag 8: hoe reageert uw kind zelf na het stotteren?**

8,33%: boos, 16,67%: normaal, gewoon, 8,33%: geen problemen mee, 8,33%: heeft zelf nooit echt gereageerd, 8, 33%: blijft het proberen, 8, 33%: zenuwachtig, 8, 33%: heel goed, 8, 33%:

blijft er rustig bij, 8, 33%: soms niets, soms droevig, 8, 33%: dan probeer van zelf opnieuw te vertellen.

**9. Vraag 9: zijn er al eerdere behandelingen voor het stotteren geweest? Zoja welke?**

30%: ja, 58,33%: nee, 8,33%: /.

**10. Vraag 10: hoelang volgt uw kind al therapie in het CAR?**

16,67%: +/- 1 jaar, 25%: +/- 1,5 jaar, 8,33%: 7-8 maanden, 25%: +/- 6 maanden, 16,67%: +/- 3 jaar, 8,33%: 2 weken.

**11. Vraag 11: welke therapie krijgt uw kind hier?**

75%: stottertherapie, 16,67%: logopedie, 30%: groep + individueel, 8,33%: psychologische ondersteuning.

**12. Vraag 12: komt uw kind graag naar de therapie?**

16,67%: nee, 8,33%: soms, 58,33%: ja, 8,33%: meestal, 8,33%: aanmoediging nodig.

**13. Vraag 13: wat is uw indruk van de therapie die wordt gegeven?**

41,67%: goed, 8,33%: positieve resultaten, 8,33%: groepssessies geweldig, 30%: helpt, verbetert, 8,33%: goede begeleiding, 8,33%: meer zelfvertrouwen, durft praten.

**14. Vraag 14: past u zelf technieken toe die in de therapie gebruikt/aangeleerd worden? Zoja, welke?**

75%: ja, 8,33%/ nee, 8,33%: /, 8,33%: soms.

Welke?: 50%: de lappenpoptechniek (vb. 'zoals lappenpop praten'), 25%: ademhaling reguleren, zeggen als hij stottert niet onderbreken, niet verbeteren, niet uitlezen, zo goed mogelijk raad toepassen.

**15. Vraag 15: ziet u een positieve evolutie in het stotteren sinds de therapie?**

75%: duidelijke evolutie, 8,33%: een beetje, 8,33%: het stotteren is stressgevoelig, 8,33%: pas gestart, maar vertrouwen in therapie.



Vragenlijst volwassenen:

**1. Vraag 1: wat is u leeftijd?**

Kandidaten tussen 16-66 jaar.

**2. Vraag 2: voor welke problematiek bent u naar het CAR Genk gekomen?**

50%: stotteren, 25%: omdat ik te snel sprak en regelmatig bleef hangen, 25%: spreekangst.

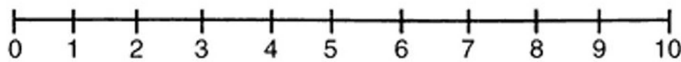
**3. Vraag 3: hoe bent u terechtgekomen bij het CAR Genk?**

25%/ dankzij mijn vrouw en dat ze zei dat ik te snel sprak en mij niet goed verstond, 25%: via de huisarts, 24%: via de psychiater, 25%: gevonden op het internet.

**4. Vraag 4: vanaf welke leeftijd stottert u al?**

25%: toen ik 25 jaar was, +/- 12 à 13 jaar, 25%: +/- 3 jaar, 25%: begonnen in kleuterklas, gestopt in lagere school (ouders negeerden het stotteren), herbegonnen in het middelbaar.

**5. Vraag 5: Hoe ernstig is uw stotteren? Probeer dit hierop aan te duiden: 0= niet stotteren, 5= gemiddeld, 10= zeer veel stotteren**



50%: 4, 50%: 5.

**6. Vraag 6: is het stotteren situatie afhankelijk? Zoja, welke situaties?**

25%: als ik met een hoge baas moet spreken, 25%: ja, als ik zenuwachtig ben, 25%: ja, kleine groepjes= meer stotteren + onbekende mensen = meer stotteren, 25%: ja, ik stotter meer in stresssituaties vb. spreekoefeningen op school.

**7. Vraag 7: situatietabel**

Zeer verschillende antwoorden → stotteren is situatieafhankelijk en verschillend van persoon tot persoon.

**8. Vraag 8: zijn er periodes wanneer u niet stottert? Zoja welke?**

25%: ja, als ik op mijn woorden let, 25%: als ik me heel rustig houd denk ik, maar ik ben altijd een beetje gejaagd, 25%: /, 25%: als ik slaap.

**9. Vraag 9: hoe reageren anderen/vreemden op u stotteren?**

25%: dat weet ik niet want er heeft niemand iets gezegd, 25%: ze reageren weinig, soms zie ik ze een beetje lachen, 25%: /, 25%: ouders negeren het, vrienden doen me soms na.

**10. Vraag 10: hoe reageert u zelf na het stotteren?**

50%: boos/lastig op mezelf, 25%: beschaamd, 25%: frustrerend, vervelend.

**11. Vraag 11: hoe reageert u familie op u stotteren?**

50%: niet, 25%:/, 25%: alleen mijn vrouw reageert erop.

**12. Vraag 12: wat voor gevolgen heeft het stotteren op u dagelijks leven?**

25%: Niet spreken als er een groep is die ik niet ken dan zal ik niks zeggen, 25%: Het stotteren heeft alles bepaald, ik ontweek heel veel vb. telefoneren. Ik heb altijd een spreekangst maar nu doe ik alles wat ik wil vb. de weg vragen, 25%: weinig sociaal contact, 25%: Niks speciaal behalve dat ik elke week naar therapie kom. Nu minder <-> vroeger meer ingetogen, minder zelfvertrouwen en minder spreken → geven allemaal aan dat het invloed had/heeft op hun sociaal leven.

**13. Vraag 13: heeft u al eerdere behandelingen gevolgd voor het stotteren? Zoja, welke?**

75%: nee, 25%: logopedie op jonge leeftijd.

**14. Vraag 14: hoelang volgt u al therapie in het CAR?**

25%: bijna 2 jaar, 25%: vanaf september 2013 (= 3 maanden), 25%: +/- 2,5 jaar, 25%/ sinds maart 2013 (= 8 maanden).

**15. Vraag 15: welke therapie krijgt u hier?**

25%: Spreken, lezen, in groep, zinnen maken en letten op mijn tempo met spreken, 25%: Praten, uitspraakoefeningen, ademhalen, leren omgaan met stotteren, 25%: durven spreken, gecontroleerd spreken, spreekoefeningen,... 25%: Groepstherapie, individuele logopedie, rollenspel, spreek- en ademhalingsoefeningen, articulatieoefeningen → verschillende antwoorden wat bevestigt dat het stotteren afhankelijk is van de persoon en de stottertherapie afgestemd wordt op de noden van deze personen.

**16. Vraag 16: wat is u indruk van de therapie die hier wordt gegeven?**

25%: heel goed, leer elke dag meer, 25%/ goed, prima, 25%/ positief, 25%: veel vooruitgang met zelfvertrouwen, ik praat duidelijker en stotter minder, nuttig → allemaal positieve/goede indruk.

**17. Vraag 17: uit welk onderdeel van de therapie haalt u het meeste voordeel? En waarom?**

50%: groepssessies, 25%: praten over stotteren, 25%: geen idee.

**18. Vraag 18: welke technieken die in de therapie worden aangeleerd gebruikt u het meest in het dagelijks leven?**

50%: ademhaling reguleren, 25%: zo veel mogelijk, 25%: trager spreken beter articuleren, schouders ontspannen.

**19. Vraag 19: heeft u al eens een Sherborne-sessie meegevolgd?**

75%: neen, 25%: ja.

**20. Vraag 20: zoja, wat vond u er positief aan? Want vond u er negatief aan?**

25%: lichaamstaal, motoriek, ademhaling en leren ontspannen, 75%: /.

**21. Vraag 21: heeft u daar iets van meegenomen naar het dagelijkse leven toe?**

25%: ja, als ik iets moet zeggen, dan let ik op mijn tempo om te spreken, 75%: /.

**22. Vraag 22: ziet u een positieve evolutie in het stotteren sinds de therapie?**

100%: ja.

**23. Vraag 23: heeft u het stotteren geaccepteerd? Zoja, wat heeft hierbij geholpen?**

50%: ja, 25%: neen, 25%: +/-.

**Wat?:** 50%: de therapie, 25%: blijf het moeilijk vinden om te accepteren maar til er veel minder zwaar aan dan vroeger, 25%: ouders.



Beste ouders,

Wij zijn Tiziana en Sofie, 3<sup>e</sup> jaarsstudenten ergotherapie van de PXL. In functie van onze studie maken wij een eindwerk over stotteren bij kinderen en het effect van de stottertherapieën. Om een beter beeld te kunnen krijgen van de stottertherapie binnen het CAR willen wij graag enkele onderdelen filmen. Dit zal gebeuren tijdens de groepstherapie op woensdag 23 april 2014. Om de privacy van uw kind en uzelf te behouden wordt de video nadien bewerkt. De gezichten van de kinderen zullen niet herkenbaar zijn. Het wordt ook enkel gebruikt bij de voorstelling van ons eindwerk.

Om te bevestigen dat u op de hoogte bent en hiermee akkoord gaat vragen wij nog even deze brief te ondertekenen.

Alvast bedankt!

Met vriendelijke groeten,

Tiziana en Sofie

Naam + handtekening ouder(s):

.....  
.....

## 9. Referentielijst

(2014). Stotteren. from <http://www.litp.be/website/litp/assets/files/car/tekst%20stotteren.pdf>

(2014). Stotteren. from

<http://www.stotteren.nl/images/volwassenen/Visie%20op%20Stotteren%20def.pdf>

(2014). Stotteren. from

[http://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/299/943/RUG01001299943\\_2010\\_0001\\_AC.pdf](http://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/299/943/RUG01001299943_2010_0001_AC.pdf)

f

(2014). Stotteren. from <http://www.cvst.be/infostotteren/Definities.html>

American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*. (fifth ed.) Amsterdam: Boom.

Barnard, T. (1987). *The effectiveness of the precision fluency shaping program controlling stuttering behaviour in adults*. College of education Brock University, Ontario.

Bertens, A. & Weeda-Hageman, J. (1998). *Kinderen die stotteren*. Amsterdam: Boom.

Boey, R. (2003). *Stotteren en stottertherapie bij heel jonge kinderen, sociaal-cognitieve gedragstherapie*. Leuven: Acco.

Boey, R. (2009). *Hoe stotteren ontstaat en zich ontwikkelt, epidemiologie en fenomenologie*. Leuven: Acco.

Chang, S. E., Erickson, K. I., Ambrose, N. G., Hasegawa-Johnson, M. A., & Ludlow, C. L. (2008). Brain anatomy differences in childhood stuttering. *Neuroimage*, 39, 1333-1344.

Craig, A., Blumgart, E., & Tran, Y. (2011). Resilience and stuttering: factors that protect people from the adversity of chronic stuttering. *American Speech-Language-Hearing Association, 54*, 1485-1496.

Daems, J., Missine, T., Bontinck, I., Jamin, B., Goethals, V., & van Renterghem, M. (2012). *Sherborne bewegingspedagogiek: Ontwikkelingsstimulerend bewegen*. Abimo Uitgeverij.

De Ridder, D. (2008). *Recente neurologische ontwikkelingen op het gebied van stotteren*. Sig vzw, Destelbergen.

Gilman, M. & Yaruss, J. S. (2000). Stuttering and relaxation: applications for somatic education in stuttering treatment. *Journal of Fluency Disorders, 25*, 59-76.

Hill, C. (2006). *Communication through movement: SDM - towards a broadening perspective*. Clent: Sunfield Publications.

Leekens, V. (2014).

Ref Type: Personal Communication

Marsden, E. & Egerton, J. (2007). *Moving with research: Evidence-based Practice in Sherborne Developmental Movement*. Clent: Sunfield Publications.

Martens, L. & Mechelmans, N. (2014).

Ref Type: Personal Communication

Metten, C., Bosshardt, H. G., Jones, M., Eisenhuth, J., Block, S., Carey, B. et al. (2011). Dual tasking and stuttering: from the laboratory to the clinic. *Disability and rehabilitation, 33*, 933-944.

- Prins, D. & Ingham, R. J. (2009). Evidence-based treatment and stuttering--historical perspective. *Journal of speech, Language and Hearing Research*, 52, 254-263.
- Reunes, G. (2001). *Als spreken moeilijk is*. Gent: Terra-Lannoo.
- Reunes, G. (2008). *Spreken is goud*. Gent: Academia Press.
- Seyler, T. (2008). Psychomotorische stottertherapie en Sherborne ontwikkelingspedagogiek. *Sherborne Vereniging België*, 18-24.
- Sherborne, V. (1990). *Developmental movement for children: mainstream, special needs and pre-school*. Cambridge: The Press Syndicate of the University of Cambridge.
- Singelee, S. (1994). Een cognitief-gedragsmatig controleprogramma voor volwassen stotteraars. *Berichtenblad V.V.G.T.*
- Sommer, M., Koch, M. A., Paulus, W., Weiller, C., & Buchel, C. (2002). Disconnection of speech-relevant brain areas in persistent developmental stuttering. *Lancet*, 360, 380-383.
- Van Dijk, A. & Van Alphen, W. (1985). *Stotteren, hoe komt het? Wat kan je eraan doen?* Nijkerk: Intro.
- Van Hartingsveldt, M. (2010). *Beroepsprofiel ergotherapeut*. Boom: Lemma.