



Hogeschool PXL
Departement PXL - Healthcare
Opleiding Ergotherapie

Worstelen met woorden

Sherborne bewegingspedagogiek bij ontwikkelingsstotteren

Door **Doomen Kiara**
Janssens Jasmine

Bachelorproef aangeboden tot het bekomen van het diploma van
Bachelor in de Ergotherapie

o.l.v. **Johan Lemmens**, promotor
Vera Leekens en Leen Martens copromotoren

Hasselt, 2015



Hogeschool PXL

Departement PXL - Healthcare

Opleiding Ergotherapie

Worstelen met woorden

Sherborne bewegingspedagogiek bij ontwikkelingsstotteren

Door **Doomen Kiara**

Janssens Jasmine

Bachelorproef aangeboden tot het bekomen van het diploma van

Bachelor in de Ergotherapie

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

Vera Leekens en Leen Martens, copromotoren

Hasselt, 2015

Dankwoord

Dit afstudeerproject is tot stand gekomen met behulp van een heel aantal mensen. Wij willen ons dankwoord speciaal richten naar iedereen die geholpen heeft bij het verwezenlijken van dit afstudeerproject.

In de eerste plaats willen wij Meneer Johan Lemmens bedanken, hij heeft ons begeleid tijdens het hele proces van dit afstudeerproject. Hij bood een goede ondersteuning aan tijdens vergaderingen, het nalezen en verbeteren van dit werk. Ook nam hij een kritische houding aan om het niveau van dit afstudeerproject te verhogen.

Daarnaast willen wij onze stageplaats, het Centrum voor Ambulante Revalidatie Genk, bedanken voor de ervaring die we hebben mogen opdoen. Mevrouw Vera Leekens, Mevrouw Leen Martens en Mevrouw Nicole Mechelmans willen wij bedanken, omdat zij ons hebben begeleid binnen onze projectstage en ervoor hebben gezorgd dat we ervaring opdeden bij de therapie vanuit de Sherborne bewegingspedagogiek en kennis leerden maken met de uitvoering van de sessies.

Als laatste willen wij de Hogeschool PXL bedanken om de mogelijkheid te creëren stage te mogen doen in het CAR Genk en de docenten die ons geholpen hebben bij tal van leerrijke hoorcolleges.

Inhoud

Trefwoorden	
Abstract	
Inleiding	1
Methodologie	2
1 Literatuurstudie	4
1.1 Inleiding spraak- en taalontwikkeling	4
1.1.1 Spraak- en taalontwikkeling.....	4
1.1.2 Spraak- en taalcentrum in de hersenen.....	6
1.1.3 Model van Jackson	6
1.1.4 Stotteren in het model van Jackson	7
1.2 Stotteren volgens de DSM-5.....	8
1.2.1 Bijkomende kenmerken.....	9
1.2.2 Het beloop	9
1.3 Ijsbergtheorie	9
1.3.1 Inleiding	9
1.3.2 De ijsbergmetafoor	10
1.3.3 Primaire stotteren of kernstotteren	10
1.3.4 Secundaire stotteren	10
1.4 Soorten stotteren	11
1.4.1 Inleiding	11
1.4.2 Motorisch component van stottergedrag	11
1.4.3 Emotionele component van stottergedrag	11
1.4.4 Cognitieve component van stottergedrag	12
1.4.5 Mengvormen	12
1.5 Reacties van de luisteraar	14
1.5.1 Inleiding	14
1.5.2 Motorische component van luistergedrag	14
1.5.3 Emotionele reacties bij het luisteren naar stotteraars	14
1.5.4 Cognitieve component.....	14
1.5.5 De invloed van de reacties op het stotteren	14
1.6 Stotterernst meten	15
1.6.1 Inleiding stuttering severity instrument.....	15
1.6.2 Componenten stuttering severity instrument.....	15
1.6.3 Staalverzameling	16
1.6.4 Scoring	16
1.7 Factoren die stotteren uitlokken	17
1.8 Zelfbeeld.....	18
1.8.1 Inleiding	18
1.8.2 Drie basale behoeften	19
1.8.3 Zelfbeeld ontwikkelen.....	19
1.9 Hulpverleningsproces bij stotteren binnen het CAR	20
1.10 Behandeling	21
1.10.1 Inleiding behandeling.....	21
1.10.2 MIDVAS -principes.....	23

Trefwoorden

Kinderen

MIDVAS-principes

Ontwikkelingsstotteren

Sherborne bewegingspedagogiek

Stotterbehandeling

Abstract

Titel: ‘Worstelen met woorden, Sherborne bewegingspedagogiek bij ontwikkelingsstotteren’

Door: Kiara Doomen en Jasmine Janssens

Promotor: Johan Lemmens

Copromotoren: Vera Leekens en Leen Martens

Inleiding: In het CAR Genk worden kinderen met stotterproblematieken behandeld. Dit wordt multidisciplinair aangepakt. Hierbinnen valt de therapie vanuit de Sherborne bewegingspedagogiek. Er is onderzocht wat de linken zijn tussen Sherborne bewegingspedagogiek en de stotterbehandeling volgens de MIDVAS (motivatie, identificatie, desensitisatie, variatie, approximatie, stabilisatie) principes en in welke mate er wel of niet een invloed aangetoond kan worden die de Sherborne bewegingspedagogiek heeft op het kind. Er werd een open draaiboek opgesteld met oefensessies die gekozen of aangepast kunnen worden naargelang de noden van de groep.

Doel: Het doel van het onderzoek is nagaan hoe de Sherborne bewegingspedagogiek wordt toegepast binnen de integrale stottertherapie in het multidisciplinaire team.

Methode: De literatuurstudie die uitgevoerd werd bestaat uit een verdieping in theoretische literatuur omtrent ontwikkelingsstotteren en de behandeling daarvan volgens de MIDVAS principes. Hierna werd een praktijkstudie uitgevoerd omtrent de linken tussen Sherborne bewegingspedagogiek en de MIDVAS principes. Een participatory, action research werd uitgevoerd. Uiteindelijk werd er een open draaiboek opgesteld met oefensessies die aangepast kunnen worden aan de noden van de groep.

Resultaten: Er werden meervoudige linken gevonden. De onderdelen van de MIDVAS principes kunnen gekoppeld worden aan de Sherborne bewegingspedagogiek. Er werd een open draaiboek met oefensessies opgesteld die gebruikt kunnen worden voor een groep van 4 tot 7 jaar.

Conclusie: De efficiëntie van Sherborne bewegingspedagogiek binnen de totale stotterbehandeling kon in dit kwalitatief onderzoek niet worden vastgesteld. Er werken linken gelegd met de MIDVAS-principes maar er dient dieper op in gegaan te worden door een gerandomiseerd onderzoek.

Trefwoorden: kinderen, MIDVAS-principes, ontwikkelingsstotteren, Sherborne bewegingspedagogiek, stotterbehandeling

Inleiding

Spraak is het meest gebruikte en belangrijkste communicatiemiddel waarover de mens beschikt. Hierdoor kan de mens gevoelens en verlangens uitdrukken, maar ook relaties aangaan (Vuylsteke & Reunes, 2001). Bij sommige sprekers is de spraak niet zo vloeiend. Zij vertonen een stoornis in de vloeiendheid van de spraak (Borsel, 2011). In dit afstudeerproject gaan we na hoe Sherborne bewegingspedagogiek wordt toegepast binnen een integrale stottertherapie in het multidisciplinair team.

Vanuit het CAR Genk werd ons de vraag gesteld verder in te gaan op de relatie tussen Sherborne bewegingspedagogiek en stottertherapie. Voornamelijk omdat Sherborne bewegingspedagogiek al 20 jaar wordt toegepast binnen het CAR Genk bij stotteraars. Om een beeld te schetsen zijn er 500 stotteraars behandeld, waarvan 80% kinderen en 20% volwassenen. De kinderen krijgen gemiddeld 80 sessies van een half uur eenmaal per week gedurende 2 jaar.

Binnen de stotterbehandeling is het heel belangrijk dat de persoon via een holistische benadering bekeken wordt en dat de verschillende disciplines aan bod komen. De therapie vanuit de Sherborne bewegingspedagogiek in het CAR Genk is een heel invloedrijk onderdeel van de behandeling alsook de multidisciplinaire samenwerking die ook tijdens de Sherborne bewegingspedagogiek aan bod komt. De therapie wordt door zowel kinesitherapeuten, orthopedagogen, logopedisten en ergotherapeuten gegeven.

In het voorgaande afstudeerproject is er vastgesteld dat er een verband is tussen Sherborne bewegingspedagogiek en stottertherapie. Binnen dit afstudeerproject werd er verdieping gezocht in de normale spraak- en taalontwikkeling, het ontwikkelingsstotteren en in de Sherborne bewegingspedagogiek om een zo goed mogelijk beeld te krijgen en een open draaiboek op te stellen, dat aangepast kan worden aan de noden van de groep, gericht naar stotteraars. Veel wetenschappelijke literatuur is er niet te vinden, daarom leggen wij, maar ook Veronica Sherborne zelf, de nadruk op het belang van clinical good practice.

Methodologie

We zijn begonnen met het opstellen van een PICO. Hierbij zijn we tot de volgende resultaten gekomen: ons onderzoek begint bij stotterende kinderen met de leeftijd van 4 tot 7 jaar. De interventie die we gaan uitvoeren is Sherborne bewegingspedagogiek.

Op basis van deze PICO hebben we een literatuuronderzoek gedaan. Als eerste hebben we ons verdiept in de Sherborne bewegingspedagogiek. Er werden verschillende databanken geraadpleegd zoals: Pubmed, Google Scholar, Springer en ResearchGate. Er werden geen artikels gevonden over Sherborne en stotteren samen.

Tijdens de projectstage vonden we ook heel wat informatie. We hebben het protocol van een stotterbehandeling van het CAR Genk geraadpleegd. Hierin troffen we de specifieke behandelingen aan per soort stotteraar, ook is er een behavior check list (Brutten & Vanryckeghem, 2003) waarin een reeks gedragingen werden gevonden die kunnen voorkomen tijdens het stotteren. Het protocol is opgesteld door het CAR Genk op basis van bestaande regelgeving van het RIZIV. Tijdens deze stage hebben we ook heel wat Sherborne sessies gevolgd en zelf uitgevoerd. Omdat onze sessies gefilmd zijn, hebben we een toestemmingsformulier opgemaakt voor de ouders om ethische problemen te voorkomen. Fragmenten uit deze filmpjes worden naderhand ook gebruikt op onze presentatie (zie bijlage 2).

Ook hebben we een mail gestuurd naar het Internationaal Sherborne Co-Operation (ISCO) om de evidence based practice na te gaan van Sherborne bewegingspedagogiek. Op de website van het ISCO hebben we een vraag gepost (zie bijlage 1). Vanuit de Belgische- en de Zweedse Sherborne federatie hebben we informatie gekregen over bronnen van evidence based practice. Uiteindelijk hebben we een therapieplan opgesteld uit de kennis die we theoretisch en praktisch hebben verworven.

Dit eindwerk is een kwalitatief onderzoek, omdat er nagegaan wordt hoe Sherborne bewegingspedagogiek toegepast wordt binnen een integrale stottertherapie in het multidisciplinair team. Binnen het onderzoekontwerp bestaan de deelnemers uit kinderen tussen de leeftijd van 4

tot 7 jaar die stotteren en Sherborne bewegingspedagogiek volgen binnen het CAR Genk. We hebben voornamelijk geobserveerd om een zicht te krijgen over de Sherborne bewegingspedagogiek. Meetinstrumenten werden niet door ons gehanteerd. De literatuurstudie bestaat uit een systematische review waarbij we verschillende onderzoeken met elkaar hebben vergeleken om daar de uiteindelijke conclusie uit te trekken. De inclusiecriteria zijn dat de kinderen tussen 4 en 7 jaar moeten zijn. Deze kinderen moeten ook in een multidisciplinaire behandeling betrokken zijn binnen het CAR Genk en de diagnose ontwikkelingsstotteren moet gesteld zijn. De kinderen in de Sherbornegroepen kunnen ook andere problematieken hebben bv. autisme. In het CAR Genk worden er geen exclusiecriteria gebruikt kaderend binnen het groepje waar mee gewerkt wordt.

Wij voeren een participatory, action research uit, omdat onze deelname binnen dit onderzoek ook belangrijk is. Het is aan ons om een deel van de Sherborne oefensessies op te stellen en te geven. We nemen een participerende rol aan als stagiair ergotherapeut.

De volgende onderzoeksvraag werd opgesteld: 'Hoe wordt Sherborne bewegingspedagogiek toegepast binnen een integrale stottertherapie in het multidisciplinair team? Een open draaiboek, dat aangepast wordt aan de noden van de groep, uitgewerkt aan de hand van clinical good practice.' De oefensessies zijn 20 sessies van 30 minuten die gebruikt werden bij kinderen van 4 tot 7 jaar.

1 Literatuurstudie

1.1 Inleiding spraak- en taalontwikkeling

Als eerste wordt de spraak- en taalontwikkeling besproken. Dit is belangrijk om zicht te krijgen op de normale ontwikkeling van de spraak en taal. De snelheid en de eenvoud waarmee taal verworven wordt is individueel bepaald (Vingerhoets, 2012). Door de marges die als volgt beschreven worden kunnen we ook zien waar het mis gaat bij de stotterproblematiek. Spraak- en taalmoeilijkheden worden door Wagenaar (1998) als volgt gedefinieerd: 'Een aangeboren of prelinguaal verworven stoornis in de taalvaardigheid en in de spraak, die het begrijpen van taal, het spreken, of combinaties van beide kan betreffen, waardoor communicatienood ontstaat en die speciale pedagogische en didactische maatregelen vereist'.

1.1.1 Spraak- en taalontwikkeling

Volgens Bilo (2009) is de ontwikkeling van spraak- en taal geen opzichzelfstaand proces, maar maakt het deel uit van de totale ontwikkeling. Er is een duidelijk verschil tussen taal en spraak, maar toch is het onlosmakelijk met elkaar verbonden. Taal is een communicatiesysteem, een systeem van codes en afspraken waarmee boodschappen overgebracht kunnen worden. Via taal kan je informatie uitwisselen door onder andere spraak, maar ook de non-verbale communicatie is een belangrijk onderdeel van de communicatie. Spraak is een mondelinge realisering van taal, d.w.z. de productie van verstaanbare klanken. (Cranenburgh, 2009)

Er zijn een aantal voorwaarden om het spreken te leren. Eerst en vooral moet het kind over een spraakorgaan beschikken, omdat spreken een samenwerking van longen, strottenhoofd, stembanden, neus, lippen, tong en gehemelte is. Ook heeft het kind een voldoende ontwikkeld gehoororgaan met bijhorende corticale structuren nodig. Hierdoor is het kind in staat te leren luisteren naar spraakklanken van anderen en zichzelf. Het kind moet in staat zijn verschillende geluidspatronen van elkaar te onderscheiden en het geheugen moet zodanig ontwikkeld zijn dat deze klankpatronen kunnen worden vastgehouden en herkend kunnen worden (Bilo, 2007).

De ontwikkeling van spraak en taal is ingedeeld in verschillende periodes volgens Goorhuis en Schaerlaekens (1994, 2000). Alles begint bij *de voortalige- of prelinguale periode*, dit is de periode van 0 tot 1 jaar. Direct na de geboorte is er communicatie tussen het kind en zijn

omgeving d.m.v. oogcontact, gelaatsmimiek en huidcontact. Na 6 tot 8 weken gaat het kind vocaliseren door klinkerachtige geluidjes te maken. Na 13 weken worden deze gecombineerd met keelklinkers zoals k, ng en g. Vanaf 4 maanden gaan ze brabbelen en worden klinkers gecombineerd met bilabiale zoals m, p en b, labiodentale zoals w, v en f en dentale zoals d, t, l, s, n en z.

Het brabbelen bestaat uit 2 fasen. Eerst wordt er moedertaal-vreemd gebrabbeld d.w.z. dat er veel klanken en klankcombinaties voorkomen die niet moedertaal gebonden zijn. Vanaf de 6^e maand verdwijnen de vreemde klanken en wordt er moedertaal eigen gebrabbeld. Het brabbelen wordt uitgebreid met taaleigen klanken (onder invloed van de sprekende omgeving). Sociaal brabbelen vindt plaats vanaf 8 maanden. Het bevat steeds meer elementen van gesproken taal zoals stembuigingen, intonaties en pauzes. Ook zijn er duidelijke enkelvoudige lettergrepen zoals ba, da en ka. Daarna komt verdubbeling van deze lettergrepen zoals bababa. Vanaf 11 maanden verstaat het kind zichzelf en het woordje “nee”. In deze periode kan er nog geen sprake zijn van stotteren, omdat er nog geen zinsvorming voorkomt.

De vroegtalige- of vroeglinguale periode is van 1 tot 3 jaar. Als het kind 1 jaar is, zegt het zijn eerste woordje. Dit is vaak onderdeel van een spel, een toevoeging aan de gebaren die ze beheersen of betrekking hebben op de directe omgeving. Als 1-jarige zijn eenlettergrepige woorden, woorden uit 2 dezelfde lettergrepen en eenwoordzinnen gekend. Het kind voert complete monologen, maar zegt ook woorden na. Een 2-jarige kent 100 tot 200 woorden en gaat 2-woordzinnen vormen. Bepaalde woorden zoals lidwoorden en voorzetsels worden nog weggelaten, dus alleen essentiële woorden worden uitgesproken. Aan het eind van deze periode kent het kind 200 tot 400 woordjes.

De differentiatie periode is van 3 tot 5 jaar. Deze periode wordt gekenmerkt door het beter uitspreken van woorden, verbuigingen en vervoegingen, maar ook langere zinnen en door gebruik te maken van voornaamwoorden en voorzetsels. Hier kan het voorkomen dat het kind begint te stotteren, herhalend te stotteren. Het is een uiting van onzekerheid omtrent de grote hoeveelheid nieuwigheden die het kind allemaal moet hanteren. De zinsconstructie wordt uitgebreid, maar het kind is nog niet zo vaardig. Belangrijk om te weten is dat in deze fase het

kind emotioneel meer beleeft dan het kan verwoorden. Deze vorm van stotteren is niet het echte stotteren maar noemt fysiologisch stotteren of normale onvloeiendheden en verdwijnt na verloop van tijd. Na deze periode beschikt het kind in grote lijnen over de moedertaal. Rond 5 jaar beheerst het kind de regels van zijn moedertaal en kent ongeveer 2300 woorden. Van 5 tot 9 jaar vindt er *een voltooiingsfase* plaats van de spraak- en taalontwikkeling.

1.1.2 Spraak- en taalcentrum in de hersenen

Een taalgebruiker brengt niet alleen klanken voort, maar moet ze ook kunnen begrijpen. In onze hersenen zitten 2 centra die hier verantwoordelijk voor zijn. Het centrum van Wernicke (Wernicke, 1874, 1881 & Lichtheim, 1884) is het deel van de hersenen dat een belangrijke rol speelt bij het begrijpen van taal. Dit wordt ook wel het sensorisch spraakcentrum genoemd. Het is gelegen in de temporale kwab vlak achter de primaire schors en ontvangt alle informatie van de sensorische associatiegebieden. Daarna analyseert het centrum de waargenomen stemgeluiden en brengt deze in verband met opgeslagen akoestische woordbeelden. Zo komt de woordherkenning tot stand.

Het centrum van Broca (Broca, 1861) is het motorisch spraakcentrum. Het is gelegen in de frontale kwab, vlak bij het motorisch gebied. Dit centrum bevat motorische programma's die dienen voor de productie van spraakklanken. Het reguleert de patronen van de ademhaling en de stem die nodig zijn om te komen tot spraak. De motorische impulsen worden aangepast door terugkoppeling vanuit het auditieve associatie gebied.

1.1.3 Model van Jackson

Hughlings Jackson (1868) zei dat taal een dynamisch proces is dat ontstaat uit het geïntegreerde functioneren van het gehele brein: 'To locate the damage which destroys speech, and to localize speech, are two different things.' Het hiërarchisch model is opgebouwd uit drie niveaus die zowel tegelijk als parallel werken. Tegelijk wil zeggen dat de 3 niveaus steeds bij iedere actie zijn betrokken. Parallel wil zeggen dat er tussen de niveaus een soort hiërarchie is nl. de hogere niveaus beïnvloeden de lagere niveaus. Het is een model dat gebruikt kan worden bij het aanleren en automatiseren van vaardigheden, instructiemethoden in therapie/ sport, ...

Het eerste niveau is het archi-niveau, dit is ook meteen het oudste. Het is de basis van het model en bevindt zich in de hersenstam (m.n. de formatio reticularis), in de grijze stof van het ruggenmerg en in het archicerebellum. Het archiniveau heeft vooral te maken met reflexen. Jackson (1911) sprak daarom van 'Most automatic movements'. Dit niveau heeft drie functies: arousal, lichaamshouding en evenwicht.

1. Basis arousal of waakzaamheid komt door de inwerking van de ARAS. Dit is een ascenderend reticulair activerend systeem. Het zijn allemaal opstijgende zenuwbanen vertrekkend vanuit de formatio reticularis naar de cortex toe. Deze zenuwbanen maken in de cortex de hersenschors actief en zorgen voor corticale alertheid. Dit heeft als gevolg dat de persoon zintuiglijk, mentaal en motorisch alert wordt.
2. De lichaamshouding kan gehandhaafd worden door het inwerken van de DRAS. Dit is een descenderend reticulair activerend systeem met afdalende zenuwbanen vertrekkend vanuit de formatio reticularis tot aan het ruggenmerg. Dit systeem zorgt voor de juiste basisspanning in de spieren.
3. Evenwicht kan bewaard worden door de werking van het archicerebellum.

Het volgend niveau is het paleo-niveau. Het bevindt zich in de middenhersenen (basale kernen, hypothalamus, limbisch systeem, amygdala) en een klein stukje van het cerebellum. Dit niveau heeft een aantal functies zoals emoties en de expressie ervan, gedragspatronen (survival), automatisatie waaronder: cyclische motoriek, (complexe) houdingsregulatie, routines, eindfase in het leerproces en het lichaamsplan (met betrekking tot proprioceptie).

Het neo-niveau is het jongste niveau en het wordt vernoemd als 'Least automatic movements'. Dit niveau bevindt zich in de cortex met thalamus en corpus callosum en het grootste deel in het cerebellum. Volgende functies behoren tot het neoniveau: praxis, gnosis, hogere functies zoals lichaamsbesef, cognitie, taal, intellect, ... en sociale en omgevingsinteractie.

1.1.4 Ontwikkelingsstotteren in het model van Jackson

Vanuit het archi-niveau wordt de doelloze beweging die voorkomt bij het ontwikkelingsstotteren (bijvoorbeeld: coördinatie van zenuwspieren) gekoppeld aan het neo-niveau. Er wordt bewust nagedacht voordat er gesproken wordt (bijvoorbeeld rekening houdend met een

ademhalingstechniek). Na veel oefenen spreekt men van het paleo-niveau. De techniek kan toegepast worden zonder dat er nagedacht wordt.

Het archi-niveau zorgt voor de alertheid en een juiste basisspanning in de spieren, die er bij het ontwikkelingsstotteren niet is bv. ademhalingsspieren. In het paleo-niveau kunnen gedragspatronen voorkomen zoals synkinesieën, vermijdingsgedrag, ... Willekeurige synkinesieën komen eerst voor in het neo-niveau, omdat de persoon het gedrag bewust uitvoert. Daarna kunnen de synkinesieën onwillekeurig worden en in het paleo-niveau terecht komen omdat ze geautomatiseerd zijn.

1.2 Ontwikkelingsstotteren volgens de DSM-5

Het ontwikkelingsstotteren valt onder neurobiologische ontwikkelingsstoornissen. Het ontstaat in de kindertijd en is een stoornis in de normale vloeiendheid en het tijds patroon van de spraak die niet passen bij de leeftijd van de betrokkene.

Volgens de DSM-5 (2014) heeft het ontwikkelingsstotteren enkele criteria:

- Stoornissen in het normale vloeiende verloop en het tijds patroon van de spraak die niet bij de leeftijd passen van de betrokkene en diens taalvaardigheid, die langere tijd persisteren, en gekenmerkt worden door frequent optreden van volgende kenmerken;
 - o Herhalen van klanken en lettergrepen;
 - o Verlengen van medeklinkers en klinkers;
 - o Onderbroken woorden (pauzes binnen het woord);
 - o Hoorbaar of geluidloos blokkeren;
 - o Monosyllabische herhalingen van hele woorden;
 - o Circumlocutie (vervangen van woorden om voor hem/haar moeilijke woorden te vermijden);
 - o Produceren van woorden met een overmaat aan lichamelijke spanning.
- De stoornis veroorzaakt vrees om te spreken of beperkingen in de effectieve communicatie, sociale participatie of schoolresultaten of werk, elk afzonderlijk of in combinatie;
- Het begint in de vroege ontwikkelingsperiode;

- De stoornis kan niet worden toegeschreven aan zintuigelijke beperking, motorische spraakstoornis, niet-vloeiende spraak samenhangend met een neurologisch letsel of een andere somatische aandoening, en kan niet verklaard worden door een andere psychische stoornis.

1.2.1 Bijkomende kenmerken

Stress en angst lijken de spreeksituatie te verergeren. De spreker gaat pogingen doen om niet-vloeiende spraak te vermijden door taalmechanismen te gebruiken zoals spraaktempo veranderen, bepaalde woorden vermijden, ... Of door spraaksituaties te vermijden bijvoorbeeld telefoneren. Onvloeiendheden in de spraak kunnen ook samen gaan met motorische bewegingen zoals knipperen met de ogen, trillingen, tics, ..

1.2.2 Het beloop

Zoals eerder vermeld begint het ontwikkelingsstotteren in de kindertijd. Het doet zich voor bij 80 tot 90% van de betrokken rond de leeftijd van 6 jaar waarbij de beginfase varieert van 2 tot 7 jaar. Het begin kan plotseling of sluipend zijn. Naarmate het kind zich meer bewust wordt van de spraakstoornis kan hij/zij mechanismen ontwikkelen om niet-vloeiende spraak en emotionele reacties te vermijden. Longitudinaal onderzoek toont aan dat 65 tot 85% van de kinderen herstelt, waarbij de ernst van het stotteren rond 8 jaar kan voorspellen of het kind herstelt of het stotteren tot in de volwassenheid voortduurt.

1.3 Ijsbergtheorie

1.3.1 Inleiding

De ijsbergtheorie kan gebruikt worden om aan de omgeving uit te leggen wat stotteren precies inhoudt, maar het is ook een heel belangrijk aspect binnen de behandeling. Joseph Sheehan (1970) verwoordde zijn theorie over het stotteren met een veelzeggende tekening van een ijsberg: 'Stotteren is als een ijsberg met een klein gedeelte boven en een groot gedeelte onder de waterlijn.' Aan de hand van een ijsberg met een boven- en onderkant kan de complexiteit van het stotteren inzichtelijker gemaakt worden.

1.3.2 De ijsbergmetafoor

Om te beginnen bestaat stottergedrag uit waarneembare en niet-waarneembare kenmerken. De waarneembare kenmerken kunnen bekeken worden als de bovenkant van de ijsberg. Het zijn de openlijke kenmerken van iemand, dus hetgene wat we kunnen zien en horen. Voor de meeste stotteraars vormen de open kenmerken maar een kleiner deel van hun stotterprobleem (Borsel, 2011). Hieronder vallen kenmerken zoals herhalingen, verlengingen en blokkades. Dit niet alleen, er valt nog veel meer te zien aan de buitenkant van een stotteraar of de bovenkant van de ijsberg, namelijk stopwoordjes, pauzes, klank toevoegingen, tempowisselingen, adem ontregelingen, meebewegingen en spierspanningen in het spraakorgaan en de rest van het lichaam.

De niet-waarneembare kenmerken zijn de onderkant van de ijsberg of de binnenkant van de stotteraar, datgene wat niet gezien of gehoord kan worden. Voornamelijk gevoelens zoals schaamte, angst, frustratie, boosheid, minderwaardigheid, machteloosheid en verdriet. Dit is nog lang niet alles, ook gedachten over het stotteren, over het spreken, over zichzelf en de omgeving en fysiologische aspecten, zoals verhoogde zweetproductie en een versnelde hartslag en ademritme. Het stotterprobleem bestaat dus uit: het spreken zelf, de gedachten en gevoelens en de omgeving.

1.3.3 Primaire stotteren of kernstotteren

De spraak van stotteraars kenmerkt zich door een aantal typische verschijnselen die primair stotteren of kernstotteren genoemd worden. Primaire kenmerken zijn herhalingen, blokkades en verlengingen (Borsel, 2011).

1.3.4 Secundaire stotteren

De secundaire stotterkenmerken treden pas op na het ontstaan van kernstotteren. Aanvankelijk maken deze kenmerken geen deel uit van het stotteren, maar zijn later aangeleerd gedrag om het stottermoment te overwinnen (Borsel, 2011). Von Riper (1972) onderscheidde een aantal types: vermijdingsgedrag (kind probeert stotteren te ontlopen, te verbergen of te onderdrukken), uitstelgedrag (kind wacht met spreken), starters (kleine beweging of inwendige impuls voor het begin van een woord), ontsnappingsgedragingen (duwen op het einde van een stottermoment, waardoor het kind erin slaagt uit een stottermoment te komen) en antiexpectancy (gedrag waarmee de stotteraar woordvrees probeert te voorkomen of te minimaliseren door te lachen of

snel te spreken). Dit gaat ook gepaard met ander, niet-verbaal gedrag zoals: knippen met de ogen, fronsen van voorhoofd, trillingen van neusvleugels, samenpersen van lippen en ook meebewegen van de romp. Deze onwillekeurige synkinesieën, ook wel ontsnappingsgedragingen genoemd, worden gezien als middeljes van de stotteraar om het stottermoment te overwinnen.

1.4 Soorten stotteren

1.4.1 Inleiding

Er zijn drie componenten die elkaar voortdurend beïnvloeden. Dit zijn denken, voelen en spreken. Wanneer een of ander component meer op de voorgrond treedt, kunnen er verschillende types van ontwikkelingsstotteren onderscheiden worden nl.: het motorische type, emotionele type en het cognitieve type (Boey, 2003). Bij elk type zijn de primaire kenmerken hetzelfde, alleen de secundaire kenmerken kunnen verschillen.

1.4.2 Motorisch component van stottergedrag

Bij dit type gaat het voornamelijk om handelingen en responsen die hoorbaar en zichtbaar zijn. Negatieve gedachten treden niet zo zeer op, de persoon gaat het spreken ook niet uit de weg, dit is het primair stotteren (Boey, 2003). Er kunnen verschillende motorische reacties ontstaan tijdens stottermomenten nl.: duwgedragingen zoals aangezichtstrekken, oogbewegingen, met handen tikken. De persoon die stottert gebruikt deze gedragingen om zo snel mogelijk uit het stottermoment te geraken, dit is secundair stotteren. Startgedragingen zijn ook typerend voor het motorisch type. Dit is een inwendige impuls of kleine beweging die vlak voor gevreesde klanken of woorden plaatsvindt om dit zonder stotteren te kunnen uitspreken. Voorbeelden hiervan zijn naar lucht happen of een klank voor een woord plaatsen. Als laatste zijn er uitstelgedragingen. Dit is gedrag dat gebruikt wordt in een gevreesde situatie door woord of klank uit te stellen tot de aangevoelde spanning of verwachting om te gaan stotteren wegebt. Dit is zichtbaar doordat de persoon die stottert stopwoorden gebruikt of zijn zin herbegint (Bezemer et al., 2006; Stotterteam CAR Genk, 2012).

1.4.3 Emotionele component van stottergedrag

Bij het emotionele type staat emotionele stress zowel externe (positief of negatief) of interne stress (spreek- of stotterangst) op de voorgrond dat het stotteren laat toenemen.

Primair stotteren zijn herhalingen, blokkades en verleningen zoals bij het motorische type. Onder de secundaire kenmerken vallen spreekangst en/of stotterangst en kent een wisselend verloop. De soorten emoties die zich bij stotteren voordoen (vooraf, tijdens en na het stotteren) zijn zeer verschillend. Deze worden niet altijd als onaangenaam en belastend ervaren, ook de intensiteit ervan wisselt. Veel voorkomende negatieve emoties zijn: frustratie, irritatie, woede, angst, schaamte en schuldgevoel. Positieve emoties kunnen optreden bij bijvoorbeeld een verjaardagsfeestje, een uitstap, ... (Boey, 2003; Stotterteam CAR Genk, 2012).

1.4.4 Cognitieve component van stottergedrag

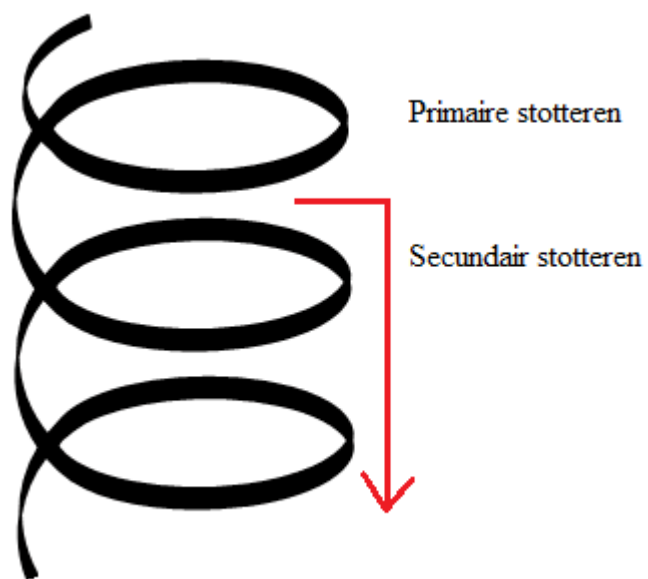
Wanneer de negatieve gedachten overheersen en de persoon sterk vermijdingsgedrag vertoont, wordt er gesproken van een cognitief type. Primaire kenmerken van het cognitieve type zijn de herhalingen, blokkades en verleningen. Onder secundaire kenmerken valt dat de persoon meestal weinig tot soms zelfs geen uitwendig stottergedrag heeft, maar inwendig is het stotteren ernstig. De persoon heeft een negatief beeld ontwikkeld van zichzelf als spreker en als persoon. Het cognitieve type komt zelden voor bij kinderen, maar vaker bij adolescenten en volwassenen (Boey, 2003; Stotterteam CAR Genk, 2012).

1.4.5 Mengvormen

Deze voorgaande soorten van stotteren kunnen ook samen voorkomen. Dan wordt er gesproken van mengvormen. Bijvoorbeeld het motorisch, emotioneel type. De onderverdeling van primair en secundair stotteren is hier ook toepasbaar. Hierbij kan het gaan om stotteren dat uitwendig zichtbaar is, maar bij een emotionele gebeurtenis of stress uit het zich nog sterker dan in een gewone situatie.

Het stottergedrag kan evolueren (zie figuur 1). Hiervoor wordt een spiraalvorm gebruikt om het te verduidelijken (Boey, 2003). De eerste cirkel omschrijft het basis stotteren. Het kernstotteren is een timingsstoornis in de hersenen die niet weggewerkt kan worden, maar wel controleren of veranderen. Dus het primair stotteren. De volgende cirkels zijn het aangeleerd gedrag, dus het secundair stotteren. Het aangeleerd gedrag verzwaart het stotterprobleem. Spreekangst, stress of omgevingsfactoren beïnvloeden het stotterprobleem. Negatieve gedachten kunnen overheersen en

er wordt een negatief zelfbeeld ontwikkeld. Elk type heeft 1 of meerdere spiralen (Stotterteam CAR Genk, 2012).



Figuur 1: stottergedrag in een spiraal
(Boey, 2003; Stotterteam CAR Genk, 2012)

1.5 Reacties van de luisteraar

1.5.1 Inleiding

De reacties van de luisteraars kunnen een grote invloed hebben op het kind dat stottert. Luisteren is een gedrag dat ook beschreven kan worden in termen van componenten.

Volgende componenten kunnen bij de luisteraar geobserveerd worden als ze luisteren naar een persoon die stottert. Een aantal voorbeelden volgens Wensen (2011) zijn: uitlachen, pesten, ongeduldig worden, hoofd wegdraaien ,... De groep luisteraars die het beste zijn voor het kind is individueel bepaald.

1.5.2 Motorische component van luistergedrag

Volgens een studie van Boey (2008) kunnen de reacties van luisteraars in 3 groepen ingedeeld worden:

- een groep die laat uitspreken;
- een groep die allerlei aanwijzingen geeft zoals: ‘adem goed’, ‘denk eerst na’, ...;
- een groep die kalm, rustig aanbeveelt.

1.5.3 Emotionele reacties bij het luisteren naar stotteraars

Het gedrag van luisteraars in reactie op stotteren kan emotioneel zijn. Bv. zelf nerveus of gespannen worden, ongeduld vertonen, kwaad zijn op het verschijnsel, zich onmachtig te voelen om het te kunnen wijzigen, ...

1.5.4 Cognitieve component van het luistergedrag

Het cognitieve component omvat meningen, opinies en opvattingen. Luisteraars hebben dikwijls meningen over de oorzaak van het stotteren, verschijnselen en de behandeling. Een deel van die opvattingen zijn cultureel beïnvloed. Bv. stotteren komt voort uit stress, het zijn net veeleisende ouders die stotteren veroorzaken, ...

1.5.5 De invloed van de reacties op het stotteren.

Het kind wordt zich meer en meer bewust van zijn stottergedrag. Ook hangt de reactie samen met de stotterernst. Er kunnen heel specifieke uitstel- en vermijdingsgedragingen ontstaan. Het is onmogelijk een reactie van de luisteraar niet te interpreteren. Wanneer we een sterk zelfbeeld

hebben is het al iets gemakkelijker om de negatieve interpretaties weg te cijferen (Roodvoets, 1999).

1.6 Stotterernst meten

1.6.1 Inleiding stuttering severity instrument

Om de ernst van het stotteren te bepalen wordt de SSI, stuttering severity instrument, gebruikt binnen het CAR Genk. Met dit instrument wordt de stotterernst jaarlijks getest voor de verlening van de therapieduur. Het SSI zit in de limitatieve lijst van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Het instrument dat ontwikkeld is door Glyndon D. Riley (2009) en kan zowel toegepast worden op kinderen als volwassenen. Het is een wetenschappelijk instrument om stottertherapieën te evalueren en om de samenhang te bepalen tussen de ernst van stotteren en andere variabelen zoals leeftijd, geslacht, zinslengte en de aard van de situatie.

1.6.2 Componenten stuttering severity instrument

Binnen de SSI spelen drie componenten een belangrijke rol (Riley, 2009).

Als eerste gaat het de *frequentie* van stille of hoorbare verlengingen en herhalingen van klanken en lettergrepen na. Herhalingen van eenlettergrepige woorden worden eveneens gescoord. Zinrevisies, pauzes zonder blokkades en woordherhalingen van meerlettergrepige woorden tellen niet mee. De hoogste score voor frequentie komt overeen met 30% stotteren en meer. Riley (2009) heeft dit onderdeel gekozen omdat het een hoge betrouwbaarheid heeft en omdat de gedragingen makkelijk waarneembaar zijn.

Ten tweede meet het de *geschatte tijd* van de drie langste blokkades en neemt daarvan het gemiddelde. Eerst wordt er een gemiddelde berekend van alle blokkades, omdat dat te veel rekenwerk vergt en minder relevant is. Vooral de langste stotters geven een idee van de ernst.

Als derde worden de *afleidende bijbewegingen* er uit gehaald. Hier toe behoren alle gedragingen die niet tot het kerngedrag van stotteren behoren. Ze worden onderverdeeld in 4 categorieën.

1. Afleidende geluiden: elk geluid dat het stotteren begeleidt zoals keelschrapen, ‘euh’, hoorbaar ademen, fluiten, snuiven, blazen, klakken, ...

2. Afleidende gelaatsgrimassen: elke ongewone beweging of spanning in het gezicht zoals lippen persen, kaakspieren spannen, knipperen met de ogen, ogen gedeeltelijk sluiten, tong vooruit duwen, ongecoördineerde bewegingen van de kaak, ...
3. Afleidende hoofdbewegingen, vaak oogcontact vermijden, hoofd wegdraaien, kijken door de kamer, naar voeten, naar het plafond, ...
4. Afleidende bewegingen van ledematen: bewegingen van het ganse lichaam en van één arm of één been: zich verzetten op de stoel, tikken met de voet, prutsen, met de arm zwaaien, ...

1.6.3 Staalverzameling

De spreektaal verschilt naargelang de proefpersoon al dan niet kan lezen. Een lezer wordt beschouwd als iemand die het leesniveau van het 3^e leerjaar behaalt. Lezers krijgen twee spreekopdrachten. Bij de job-schooltaak moet de persoon 3 minuten over zijn school of werk kunnen praten. Hiervan wordt een opname gemaakt. Bij de leestaak krijgt de persoon een tekst met 125 woorden te lezen. De moeilijkheidsgraad van de tekst hangt af van het leesniveau. Er zijn 3 teksten door het SSI voorzien: niveau van het 3^e leerjaar, 5^e leerjaar en het volwassenenniveau. Hiervan wordt ook een opname gemaakt. Uiteindelijk worden onmiddellijk de juiste en stotterende woorden aangeduid.

Zwakke lezers en kinderen die nog niet kunnen lezen worden beschouwd als niet-lezers (zie hoofdstuk 2.5). Aan niet-lezers wordt er een stripverhaal getoond en gevraagd om een verhaal te vertellen dat bij de prenten hoort. Of er wordt een prent getoond met veel visuele stimuli. Indien het kind hier niet op ingaat kunnen er opmerkingen bij gegeven worden, omdat dit meestal meer uitingen kan uitlokken. Dit verhaal wordt opgenomen en naderhand worden de gestotterde woorden en niet-stotterende woorden geteld tot er zich een hoeveelheid vormt van 150 woorden.

1.6.4 Scoring

Om *de frequentie* te meten gaat de onderzoeker, terwijl de persoon praat, elk vloeiend woord aanduiden met een stip en elk stotterend woord met een schuine streep. Voor elke taak worden er 150 woorden gescoord waarvan de eerste 25 en de laatste 25 niet mee tellen voor het percentage stotters. Aan de hand van de opname kan de score herhaald worden en zo wordt de

betrouwbaarheid hoger. Het aantal stoters wordt geteld op 100 woorden en wordt omgezet in een frequentiescore. De frequentie tabellen zijn ingedeeld volgens lezers en niet-lezers (zie bijlage 3). Bij de niet-lezers wordt enkel het vak van 'picture task' gebruikt. Deze score is meteen ook de totale frequentiescore. Bij de lezers wordt het vak van 'job task' en van 'reading task' gebruikt. Beide scores worden opgeteld om tot de totale frequentiescore van de lezers te komen.

Om *de duur* van de blokkades te meten, wordt een lengte geschat van de 3 langste blokkades. Als een blokkade langer dan 10 seconden duurt wordt er op een klok of horloge gekeken. Volgens Riley (2009) is het niet nodig om de tijd te timen met een chronometer. Het gemiddelde wordt van die 3 blokkades en wordt omgezet in een duurscore (zie bijlage 3).

De 4 categorieën van *afleidende bijbewegingen* worden gecodeerd naargelang er gestoorde bijbewegingen zijn (zie bijlage 3). Er is telkens een scoring van 0 tot 5 bij de categorieën nl.:

- 0 = geen bijbewegingen;
- 1 = niet waarneembaar, tenzij erop gelet wordt;
- 2 = nauwelijks waarneembaar voor een toevallige observator;
- 3 = afgeleid;
- 4 = erg afgeleid;
- 5 = ernstig en pijnlijk voor de luisteraar.

De scores van de 4 categorieën worden opgeteld. De totaalscore kan variëren van 0 tot 20.

Vervolgens worden de totaalscores van de frequentie, duur en bijbewegingen samen opgeteld. De totaalscore van de opgetelde items valt tussen 0 en 45. Aan de hand van de onderste tabel, in bijlage 3, kan de totaalscore omgezet worden in een percentiel en in een kwalitatieve beoordeling.

1.7 Factoren die stotteren uitlokken

Het stotteren kan onder bepaalde omstandigheden meer zichtbaar of hoorbaar worden. Als het kind stottert kunnen bepaalde omstandigheden het stotteren uitlokken en versterken. De belangrijkste zijn hieronder op een rijtje gezet (CIOOS, 1998).

Als eerste zijn er de uitlokkende factoren. Deze factoren hebben vaak een stresserend karakter en kunnen de vloeiendheid verstoren, de factoren moeten zowel bij het kind als bij de luisteraars gezocht worden (zie hoofdstuk 1.4). Bij het kind kan een beperkte spraak- en taalontwikkeling maar ook een intolerantie of onverdraagzaamheid voor onvloeiendheden het stotteren uitlokken. Emoties kunnen een rol spelen m.n. angst, enthousiasme, spanningen en onzekerheid. Dit zijn vaak emoties die gepaard gaan met spreeksituaties. Andere uitlokkende factoren zijn terug te vinden in de gesprekssituaties en kenmerken van de luisteraar. Hierbij spelen de spreesnelheid van de luisteraar, het aantal luisteraars en de vertrouwdheid met de luisteraars een rol. Maar ook de complexiteit van het taalverwerkingsmodel, hiermee wordt bedoeld dat de spreker eenvoudige zinnen gaat gebruiken.

Ten tweede zijn er factoren die het stotteren versterken. Het jonge kind gaat eerst proberen strategieën rond zelfcorrecties toe te passen die hij aangenomen heeft bij normale onvloeiendheden (stotters tussen verschillende woorden). Deze correcties bieden niet de juiste oplossing bij abnormale onvloeiendheden (stotters midden in een woord). De hulpeloosheid neemt toe en het vertrouwen in het spreken daalt. Vervolgens kunnen er bijkomende reacties voorkomen zoals vermijdingsgedrag, uitstelgedrag, startgedrag, duwgedrag en ontsnappingsgedrag. Na weken of maanden groeien de reacties uit tot geautomatiseerd gedrag. De kinderen beginnen te reageren op alles waarvan ze vermoeden dat het met stotteren te maken heeft. Deze gedragingen vergroten het stotterprobleem.

1.8 Zelfbeeld

1.8.1 Inleiding

Het zelfbeeld ontstaat door hoe je jezelf ervaart en hoe anderen mensen op je reageren (Erikson, 1972). Bij sommige stotteraars kunnen gedachten rond stotteren een centrale plaats innemen in hun cognitieve systeem, waardoor hun stotterprobleem in sterke mate hun zelfbeeld bepaalt (Janssen, 1985).

Het stotteren oefent een grote invloed uit op het sociaal-emotioneel functioneren en het algemeen welbevinden. Het zelfbeeld van iemand bestaat uit verschillende aspecten. We hebben de inhoudelijke gebieden waaronder het beeld van iemand zijn eigen fysieke en sociale competenties

vallen. Dit is dus eigenlijk het beeld dat verkregen wordt over de eigen vaardigheden en de mogelijkheden die er zijn om nieuwe vaardigheden te verwerven en gewenste doelen te bereiken. Andere aspecten zijn schoolse vaardigheden, uiterlijk en eigen gedrag. Het zelfbeeld hangt sterk af aan de waardering die zichzelf wordt toegekend. Hoe beter het zelfbeeld, hoe hoger de zelfwaardering (Deci en Ryan, 2000). De ontwikkeling van een positief zelfbeeld is belangrijk binnen de Sherborne bewegingspedagogiek. Er wordt binnen het CAR Genk gestreefd naar een zo positief mogelijk zelfbeeld door de kinderen veel succeservaringen aan te bieden (zie hoofdstuk 2.1.1).

1.8.2 Drie basale behoeften

Er zijn 3 basale behoeften die bijdragen aan de ontwikkeling van een positief zelfbeeld volgens Deci en Ryan (2000). Als eerste is er de behoefte aan effectiviteit of competentie. Dit houdt in dat er een gevoel is dat iemand zelf iets kan verwezenlijken. Bijvoorbeeld: ‘Ik kan vloeiend praten’. Ten tweede is er de behoefte aan erkenning. Dit houdt in dat kinderen, maar ook volwassenen, zich geliefd, gewaardeerd en gerespecteerd voelen. Bijvoorbeeld: ‘Mijn vrienden accepteren mij zoals ik ben, met mijn stotteren erbij’. Als derde hebben we de behoefte aan autonomie, dat er zelf beslist kan worden wat er gezegd, gedaan en gevoeld wordt. Bijvoorbeeld: ‘Ik ben beschaamd als ik hardop moet lezen’. Deze basale behoeften gelden voor een normale ontwikkeling en kan dus afwijken als er een zich problematieken voordoen (Deci en Ryan, 2000).

1.8.3 Zelfbeeld ontwikkelen

Tijdens de periode van 4 tot 7 jaar, ontwikkelt zich een gedifferentieerd, abstract en stabiel zelfbeeld (Meihuizen, 2009). Kinderen tussen 6 en 7 jaar ondervinden dat hun zelfbeeld een invloed heeft op hun functioneren. Hierdoor komen ze er achter dat dit hun prestaties kan beïnvloeden. Rond de leeftijd van 6 is er nauwelijks overeenstemming tussen wat het kind zegt dat het kan en wat het feitelijk kan, dit neemt wel nog sterk toe met de jaren. Rond de leeftijd van 7 jaar kan er ontdekt worden dat er verschil kan zijn op sociaal, cognitief en motorisch gebied. Bij een positief zelfbeeld wordt succes gekoppeld aan eigen competentie. Bij een negatief zelfbeeld wordt succes toegeschreven aan toeval (Meihuizen, 2003).

Veranderingen in de sociale omgeving van een persoon bijvoorbeeld naar school gaan heeft verschillende effecten. Eisen en verwachtingen tegenover het kind gaan stijgen, de nadruk wordt meer gelegd op het zelfstandig uitvoeren van een opdracht, maar er vindt zich ook een uitbreiding van de sociale omgeving plaats. De verwachtingen van deze omgeving hebben ook een grote invloed op het zelfbeeld van het kind. Belangrijk is dat succes voorkomt in het goed en zelfstandig presteren op school en daarbuiten.

Ook respect, waardering en vertrouwen krijgen van anderen in zijn of haar mogelijkheden en competentie geeft ruimte voor autonoom gedrag. Succeservaringen zijn sterk afhankelijk van de reactie die gekregen wordt van een ander krijgt. Een kind dat stottert voelt zich minder competent op het gebied van sociale relaties en schoolprestaties omdat het onzekerder is. Falen wordt vaak toegeschreven aan het stotteren. Bij kinderen die stotteren is het dan ook zo dat dit vaak een negatieve uitwerking heeft op het ontwikkelen van een positief zelfbeeld. Voor het ontwikkelen van een positief zelfbeeld bij een kind dat stottert is het heel belangrijk dat er zo weinig mogelijk gevoelens van minderwaardigheid en incompetentie zijn. Stotteraars willen zo snel mogelijk van hun stotteren afkomen. Omdat ze intens bezig zijn met de doelgerichtheid ontstaat er wel eens spanning. Bij het falen van een bepaalde oefening spelen frustratie en zelfverwijt een grote rol die geen goede invloed heeft het op het zelfbeeld. Dit aspect zorgt er ook net voor dat we verder weg geraken van het doel van de therapie.

1.9 Hulpverleningsproces bij stotteren binnen het CAR

De verwijzing naar het CAR moet gebeuren door een pediater, NKO-arts, geneesheer specialist in de neurologie of in de psychiatrie. Daarna komt het kind met zijn ouder(s) op gesprek en wordt de hulpvraag in kaart gebracht. Vervolgens wordt er een test- en observatieperiode opgestart om de stotterernst in kaart te brengen. Tijdens deze periode wordt er een anamnese, specifieke stotteranamnese en een stotteronderzoek afgenomen, zie het eerder beschreven instrument SSI. Naargelang de bevindingen worden er bijkomende onderzoeken gepland zoals een taalonderzoek, motorisch en psychomotorisch onderzoek, intelligentie onderzoek en/of een belevingsonderzoek (Stotterprotocol CAR Genk).

Deze gegevens worden besproken in een adviesgesprek en indien nodig wordt er een revalidatieprogramma voorgesteld. Het programma wordt opgesteld in een multidisciplinaire setting afhankelijk van de noden van de kind. Dit multidisciplinair team bestaat uit een logopedist, ergotherapeut, kinesist, orthopedagoog, kinderpsychologe, maatschappelijk assistente, coördinerende geneesheer en een psychiater/revalidatiearts (Stotterprotocol CAR Genk).

Het opgestelde revalidatieprogramma omvat in totaal 2 tot 3 keer per week zowel individuele therapie als groepstherapie. Eventueel ook periodieke oudertraining in groepssessies.

De onderzoeken en behandelingen worden terug betaald door het RIZIV. De totale kostprijs is ongeveer €100 per uur, maar de ouders moeten enkel het remgeld (€1,67 per uur) betalen (Stotterprotocol CAR Genk).

1.10 Behandeling

1.10.1 Inleiding behandeling

Stotteren bij een kind komt voor vanaf 2 à 3 jaar. Bij een voorschools kind kan het zijn dat het stotteren spontaan herstelt (zoals eerder aangehaald hoofdstuk 1.1.1). Het is belangrijk dat er onmiddellijk therapie wordt gegeven vanaf het moment dat stress en vermijding een rol spelen binnen het stotteren (Bezemer et al., 2006). Sociale angst speelt in het begin nog geen rol, toch is het goed dat de therapie al van start gaat vooraleer dit komt opdagen. Sociale angst begint meestal voor te komen vanaf het moment dat het kind naar de lagere school gaat en in mindere mate tijdens de kleuterperiode. Effectieve therapie is belangrijk om problemen op lang termijn tegen te gaan, zoals problemen op school (bv. pestgedrag) of later op het werk (bv. geen doorgroeimogelijkheden), maar ook mentale gezondheidsproblemen (bv. negatief zelfbeeld).

In de behandeling van de stotterproblematiek is het belangrijk een onderscheid te maken tussen indirecte therapie en directe therapie. Belangrijk blijft de beslissing voor directe of indirecte therapie, deze is niet afhankelijk van de leeftijd van het kind, maar de mate waarin en de wijze waarop het stotteren zich ontwikkeld heeft en zich nog ontwikkelt (Bezemer et al., 2006). Bij jonge kleuters wordt een indirecte aanpak verkozen. De reden hiervoor is dat er bij beginnende

stotteraars een kans is dat het ook vanzelf verdwijnt en dat directe therapie het kind bewust maakt van zijn stotteren of het stotteren kan verergeren. De indirecte therapie kan verschillende vormen aannemen zoals speltherapie, Sherborne bewegingspedagogiek, counseling van de ouders, wijziging van interactiepatronen tussen kind of ouders en wijzigingen van de omgeving, ... De omgeving wordt zo breed mogelijk ingezet om de druk op het kind te verminderen. De verwachtingen die aanwezig zijn worden met de mogelijkheden van het kind in balans gebracht (Vuylsteke & Reunes, 2001).

Directe therapie houdt in dat het kind op regelmatige basis op behandeling komt en samen met de therapeut werkt aan het stotterprobleem. De concrete vorm en inhoud van de therapie kan verschillen van therapeut tot therapeut en van kind tot kind. Twee doelstellingen die het meeste terug komen zijn: bekomen en generaliseren van gecontroleerde spraak en behouden van een positieve houding tegenover het spreken (Borsel, 2011)

Elk stotterend kind is verschillend daarom wordt er een onderscheid gemaakt tussen een bilanprocedure voor kleuters en voor lagere schoolkinderen (zie tabel 1).

Tabel 1: bilanprocedure bij stotteren (Stotterteam CAR Genk, 2012)

Kleuters	Lagere schoolkinderen
Algemene anamnese	Algemene anamnese
Stotteranamnese	Stotteranamnese
SSI	SSI
Taalonderzoek	Motorisch/psychomotorisch onderzoek
Motorisch/psychomotorisch onderzoek	IQ- testing
IQ- testing	Taalonderzoek (indien nodig)
Belevingsonderzoek (indien nodig)	Belevingsonderzoek (indien nodig)

Als volgt wordt er ook een algemeen onderscheid gemaakt tussen de verschillende types van stotteren om een behandel plan op te stellen. Dit staat vermeld in tabel 2.

Tabel 2: accenten in de therapie volgens stottertype (Stotterteam CAR Genk, 2012)

Motorisch type	Emotioneel type	Cognitief type
Motivatie (1 à 2 sessies)	Motivatie (3 à 4 sessies)	Motivatie (3 à 4 sessies)
Identificatie (beperkt)	Identificatie uitgebreid + irrationele gedachten	Identificatie uitgebreid + irrationele gedachten
Ademrelaxatie	Relaxatie/ademhalingstechniek	Relaxatie/ademhalingstechniek
Spraak-veranderingstechnieken: verlengde lettergreep spraak (VLS) / delayed auditory speech (DAS)	Stottercontroletechnieken: inglijden of overglijden	Stottercontroletechnieken: inglijden of overglijden
Zelfinstructietraining	Zelfinstructietraining	Zelfinstructietraining
Gevoel van sterkte	Gevoel van sterkte	Gevoel van sterkte + rationele emotieve therapie (RET)
Delayed respons	Delayed respons	Delayed respons
Generalisatie	Generalisatie	Generalisatie
Zelfcontrole	Zelfcontrole	Zelfcontrole
Geleidelijke confrontatie	Geleidelijke confrontatie	Geleidelijke confrontatie
Assertiviteitstraining	Assertiviteitstraining	Assertiviteitstraining

1.10.2 MIDVAS -principes

Als een rode draad doorheen de stottertherapie lopen de MIDVAS-principes (motivatie, identificatie, desensitisatie, approximatie en stabilisatie) van Von Riper (1973). In de praktijk studie worden de MIDVAS-principes gelinkt aan Sherborne bewegingspedagogiek (zie hoofdstuk 2.4.2).

Motivatie

Het kind zit in de veranderingsfase onbewust onbekwaam (Maslow, 1954). Wanneer een kind nog nooit iets heeft gedaan kan het heel eenvoudig lijken, maar dit is niet altijd zo het geval. Bv. je weet niet dat je iets niet kunt. De fases van het leerproces komen terug over heel de behandeling. Het schema van de leertheorie van Maslow (1954) is te vinden in bijlage 4.

Kinderen hebben veel energie nodig om zich te motiveren. Het is namelijk al doende dat er geleerd kan worden. Het is belangrijk dat eigen verantwoordelijkheden versterkt worden bijvoorbeeld zelf verantwoordelijkheid durven nemen, hier hangt meteen aan vast dat er gekomen moet worden tot zelfdiscipline. Het is niet vanzelfsprekend dat alles in het proces vlot en vanzelf verloopt. Het zelfbewustzijn vergroten is ook een belangrijk aspect, maar dit komt terug in de cognitieve training.

Er kunnen twee redenen zijn waarom het kind niet gemotiveerd is. Ten eerste kan het kind het moeilijk vinden dat hij geconfronteerd wordt met zijn stottergedrag, maar ook kan het kind zijn problematiek onderschatten doordat hij in sommige situaties wel vloeiend spreekt. Ook in deze fase komen zelfverantwoordelijkheid en zelfwerkzaamheid aan bod, dit zijn belangrijke aspecten binnen het proces om de therapie vol te kunnen houden.

Identificatie

Het kind is zich bewust van zijn stottergedrag maar nog onbekwaam, bewust onbekwaam (Maslow, 1954). Dat wil zeggen dat het kind in deze fase zich bewust wordt dat hij/zij iets niet kan. Er wordt dus veel geoefend en geleerd. Het de bedoeling dat het kind het stottergedrag van anderen leert identificeren, analyseren en evalueren en daarna zichzelf. Er wordt gekeken naar een aantal stotterverschijnselen.

De eerste groep kan ingedeeld worden in uitwendige stotterverschijnselen. Dit kunnen zijn: Herhalingen, verlengingen, blokkades, vechtgedrag en/of startproblemen. Binnen de herhalingen zijn er nog verschillen tussen het herhalen van zinsdelen, hele woorden, woorddelen (lettergrepen) of klanken. Bij de verlengingen is er sprake van een verlenging van de klinkers of de medeklinkers. Wanneer er van een blokkade gesproken kan worden kunnen er bepaalde blokkades zijn op een bepaalde klank die voor iedereen anders is of het kunnen ademblokkades zijn. Bij vechtgedrag wordt geprobeerd het stotteren tegen te houden. Als laatste kan een persoon die stottert ook nog last hebben van startproblemen.

Er zijn ook nog andere spreekcomponenten die een rol spelen. Zo kan een persoon die stottert zijn spreektempo gaan opdrijven, zijn toonhoogte stijgen, luider gaan praten of gekapt en onzeker gaan praten.

Vermijdingsgedrag is ook een belangrijk aspect binnen het stotteren. Er kan gezocht worden naar synoniemen om het woord niet uit te hoeven spreken, stopwoorden gebruiken, pauzes inlassen (gevuld of niet-opgevuld door andere woorden), om zinnen heen draaien, een bepaald gesprek uitstellen, kortere en onvolledige zinnen gaan gebruiken, zachter gaan praten, zwijgen, geen oogcontact maken, doen alsof je het niet weet.

Er kan sprake zijn van meebewegingen, ook wel tics en spanningen genaamd. Deze kunnen plaatsvinden in het gelaat of in de ledematen, maar ook ter hoogte van de halsmusculatuur. Harder gaan transpireren en gaan trillen kan voorkomen.

Vervolgens zijn er ook gedragingen die niets met het stotteren te maken hebben. Zo kunnen er verschillende veranderingen optreden in verband met mondmotoriek, articulatie, algemene taalontwikkeling, verbale expressie en spraakverstaanbaarheid.

Verder kunnen ook problemen ontstaan in verband met assertiviteit. Hiermee wordt bedoeld dat de persoon het moeilijk heeft met spreken of lezen in de klasgroep, naar de winkel gaan, telefoneren (zelf opbellen of opnemen), het aangaan van sociale contacten of praten in een vreemde taal. Als assertiviteit langs de andere kant bekeken wordt kan het ook zijn dat de persoon zichzelf zo weinig mogelijk wil laten opvallen.

Angstverschijnselen zijn ook vaak geassocieerd met stotteren. Zo kan de persoon die stottert spreek-, letter-, woord- of situatieangst hebben ten opzicht van bepaalde personen.

Tijdens het stotteren vinden ook heel wat fysiologische componenten plaats. Allereerst de ademhaling. Deze kan costo-claviculair of ook wel borstademhaling genoemd zijn, claviculair of gejaagd, er kan gekeken worden of de ademhaling beheerst gebeurt of de coördinatie tussen de ademhaling en het spreken goed is en of er gepraat wordt op reservelucht.

Het is ook belangrijk dat er gekeken wordt of het stotteren een invloed uitoefent op het sociaal functioneren en of er sprake is van negatieve ervaringen. Daarbij hoort ook dat er gekeken wordt hoe het gaat met de emotionele gesteldheid van de persoon die stottert. Hierbij gaat het vooral of de persoon het probleem niet ontkent en of er sprake is van een positief of negatief zelfbeeld.

Bovendien is er nog een restgroep met andere problemen. Deze kunnen te maken hebben met het gedrag of van psychomotorische aard zijn. Ten slotte wordt er gekeken wat de spreekverwachtingen zijn van de persoon die stottert. Zijn eigen verwachtingen, die van de ouders en die van de partner.

De doelgroep van 4 tot 7 jaar, zijn vooral motorische en emotionele stotteraars. Cognitieve stotteraars komen niet vaak voor op jongere leeftijd, maar frequenter bij adolescenten en volwassenen.

Cognitieve herstructurering

Naast het bewuste is er nog een andere bron van waaruit gehandeld wordt, namelijk het onderbewuste. Het zou een enorm grote belasting zijn moest de mens alles dat meemaakt wordt opslaan in het bewustzijn. Wanneer overgegaan wordt naar een stotterbehandeling is het heel belangrijk dat het kind zowel bewust als onderbewust een einde wil maken aan het stotteren (Boey, 2013).

Omdat zelfverwijt een hele grote rol speelt in het stotteren, is het de bedoeling om de opvattingen die het kind hierover heeft meer neutraal en realistischer te maken, zodat het kind meer probleemoplossend te werk gaat. Cognitieve herstructurering wilt zeggen dat de stotteraar anders leert denken, waardoor hij zich ook anders kan gaan voelen en gedragen. Daaruit volgt dat hij anders kan stotteren of spreken (Roodvoets, 1999). Cognitieve herstructurering wordt dan ook verder gezet door cognitieve training.

Cognitieve training

In dit proces zijn er een heel aantal essentiële stappen. Als eerste zullen de gedachten over het spreken en het stotteren onder woorden moeten worden gebracht. De gedachten worden tot de

kern gebracht over wat een kind er mee wil uitdrukken. Deze worden geëvalueerd, er wordt nagegaan of ze wel de ware betekenis en van nut zijn voor de stotteraar om het spreekgedrag te verbeteren. Eens het kind tot inzicht is gekomen, dienen er alternatieve gedachten voor het stotterende kind te worden gevonden. Het is belangrijk dat deze zoveel mogelijk aansluiten bij de mogelijke feiten, maar ook realistisch uitvoerbaar zijn en een bijdrage leveren om het spreekgedrag te veranderen.

Tijdens het identificatieproces is het dus belangrijk dat het kind leert wat er gebeurt in een stottersituatie, maar ook hoe het spreken bij zichzelf en anderen verloopt. Hieronder verstaan wordt verstaan:

- identificatie van stottermomenten;
- ontstaan van stotteren en uitlokkende factoren;
- identificatie van vermijden, uitstellen, starter gebruiken of duwgedrag;
- identificatie van gedachten en gevoelens;
- luisterreacties leren zien en begrijpen.

De nadruk wordt dus gelegd op gedragsveranderingen zoals angstreductie, vaardigheden leren om te spreken in moeilijke situaties of assertief gedrag aanleren. Er wordt steeds aandacht besteed aan belevingen, ervaringen en voorstellingen van cognitief-affectieve schema's.

Om dit beter uit te leggen wordt een gedrag analyserend model gebruikt, het S-O-R-K-C schema. In dit schema wordt er begonnen met een stimulus, dit is een situatie in de buitenwereld die bij de stotteraar spanningen oproept. Bijvoorbeeld: een bestelling doen in een frituur. Dit is dan ook meteen een situatie die niet veranderd kan worden. Vervolgens is er een organisme, dit is de persoon zelf met zijn eigen kenmerken. Op de situatie vindt een respons plaats. Dit is een reactie van de persoon op die situatie en deze kan zowel verbaal, emotioneel, motorisch of fysiologisch zijn. Als gevolg dat er consequenties zijn zoals angstig worden telkens als deze situatie zich opnieuw afspeelt. Als deze respons een consequentie heeft op kort- of langtermijn en wordt contingentie genoemd (Boey, 2013).

Desensitisatie

Cognitieve training is de basis voor emotionele training of desensitisatie. Dit houdt in dat het stotteren vermindert wordt door de samenhangende negatieve emoties en sociale angst weg te nemen of te reduceren (Roodvoets, 1999).

Janssen (1985) schrijft in haar boek *Gedragstherapie bij stotteren*:

- het spanningsniveau te verlagen samen met het verminderen van emotionele reacties op eigen stotteren;
- de vrees voor situaties, personen, woorden en klanken te verminderen;
- vermijdingsgedrag op verbaal en non-verbaal niveau te verminderen;
- sociale angst te verminderen, maar ook het aanleren of verbeteren van sociale vaardigheden en het verminderen van vermijdingsgedrag op sociaal niveau.

Het kind stelt zich bloot aan stimuli die het stotteren veroorzaken en leert deze te verdragen. In dit proces vindt emotionele training plaats. Deze interventie richt zich meer direct op emoties die geassocieerd zijn met het spreken en het stotteren. Dit zijn desensitisatieoefeningen met als doel om bijvoorbeeld spreekvrees, hulpeloosheid, ergernis en schaamte te verminderen. Dit niet alleen, maar er zullen ook bepaalde responsen aangeleerd worden zoals bijvoorbeeld competentiegevoel bij het spreken, maar ook assertiviteitsgevoel en frustratietolerantie.

Goleman (1997) somt onder andere de volgende kenmerken op van dit fenomeen:

- zelfbewustzijn of je eigen gevoelens (her)kennen;
- kunnen omgaan met gevoelens;
- jezelf kunnen motiveren;
- herkennen van gevoelens bij anderen;
- kunnen omgaan met relaties.

Een belangrijk onderdeel hierbinnen is adaptatie. Wanneer de stotteraar herhaaldelijk geconfronteerd wordt met een stimulus die een respons uitlokt dan kan de respons afnemen. Adaptatie speelt dus een belangrijke rol bij het tot stand komen van de intensiviteit van emotioneel gedrag. De vraag blijft nog altijd of adaptatie gemanipuleerd kan worden in de

context van een behandeling om emoties zoals spreekvrees, hulpeloosheid en schaamte voldoende te doen verminderen of van het stotteren af te koppelen.

Ook contraconditionering is een belangrijk begrip binnen dit proces. Geconditioneerde responsen zijn gekoppeld aan geconditioneerde stimuli. Stimuli in deze situatie kunnen stottermomenten zijn zoals: klank, woord, soort stottermoment, duur, spiergevoel in de keel of mond of ook met eigenschappen van de situatie bijvoorbeeld de groep, aanwezige mensen in een winkel, de telefoon, maar ook met de karakteristieken van een luisteraar bijvoorbeeld bekend of onbekend, streng uitziend, een leerkracht. Bij het contra conditioneren gaat de stimulus losgekoppeld worden van de respons.

Variatie

Dis is de fase van bewust bekwaam (Maslow, 1954). Er wordt gemerkt dat dingen al beter lukken, maar er moet nog veel over nagedacht worden Bv. je kan vloeiend spreken, maar moet er voortdurend op letten.

Geconditioneerde (re)acties zijn hardnekkig en verdwijnen niet gemakkelijk. Het primaire doel in deze fase is de wijziging van het primair stottergedrag. Het kind leert door middel van ervaringen in te zien dat hij een keuze heeft uit verschillende reacties, waaruit hij kan kiezen.

Het kind leert allerlei manieren van praten die mogelijk zijn zodat het kind zijn mond leert sturen. Spreken moet niet automatisch gepaard gaan met stotteren, vaak is dit het resultaat van stress. Bepaalde technieken kunnen gebruikt worden waardoor het spreken vergemakkelijkt. Een aantal voorbeelden zijn als volgt:

- variëren in tempo (tempocontrole);
- variëren met articulatie;druk;
- variëren met volume;
- variëren met spierspanning;
- variëren met toonhoogte;
- variëren van de stemgeving;
- variëren van de stottergedragingen.

Approximatie

Dit is de stap die net plaatsvindt voor de stotteraar in de fase zit van onbewust bekwaam. Het kind zal nog een aantal momenten ondervinden waarin het toch nog stottert. Dit zijn dan momenten waarin het verschiet of onder hoge stress komt te staan. Tijdens de therapeutische sessies kan het kind zowel individueel als in groep oefenen. Ook dagdagelijkse situaties komen aan bod. Dit zullen dan voornamelijk rollenspelen zijn en de transfers naar thuis, werk en school worden stap voor stap gemaakt.

In deze fase wordt er overgegaan van een therapeutische sessie naar een realistische omgeving. Het kind past zijn technieken die hij aangeleerd heeft toe in het dagelijkse leven. Vaak zijn dit situaties waarin de emotionele stress hoger ligt dan in de therapeutische sessie. Dit zorgt voor een vergrote kans op stotteren..

Zelfinstructietraining is ook een belangrijk aspect binnen deze fase. Omdat pasverworven vaardigheden nog niet heel goed geautomatiseerd zijn is de kans groot dat terugval plaatsvindt binnen zijn oude gewoontes. Daarom is het belangrijk dat de stotteraar regelmatig terug geconfronteerd wordt met stotter uitlokkende stimuli. Het doel is dus: het voorkomen van terugval.

Stabilisatie

Dit is een fase die niet altijd gegarandeerd kan worden. Het kind gaat in deze fase de resultaten en dus eigenlijk ook de basisvaardigheden proberen te onderhouden. Het kind wordt gestimuleerd om het nieuwe gedrag vast te leggen. Dit is de laatste fase: onbewust bekwaam (Maslow, 1954). Waarin dingen vanzelf lijken te gaan. In deze fase wordt het spreken bestuurbaar gehouden, ook in dagelijkse omstandigheden. Dat wil zeggen dat het kind stottervrij spreekt en dit zo kan aanhouden. Natuurlijk zal het niet voor elk kind mogelijk zijn om nooit meer eens een stotter te laten vallen. Na deze fase is de therapie afgerond.

1.11 Evidentie van Sherborne bewegingspedagogiek

Sherborne biedt interessante mogelijkheden voor het verkennen en ondernemen van projecten die de kennis verbeteren rond beweging, communicatie en interpersoonlijke relaties. Dit begrip, Sherborne bewegingspedagogiek, kan alleen voortkomen uit het lichaam van kennis, redeneren en onderzoek.

Enkele recente onderzoeken op het gebied van de neurowetenschappen onderbouwen de waarde van Sherborne bewegingspedagogiek. Neuronen in de pre-motorische cortex van de hersenen worden geactiveerd wanneer de hersenen betrokken zijn bij een doelgerichte activiteit bijvoorbeeld reiken naar voedsel (Ramachandran en Obermand, 2006). Een ander recent onderzoek is verricht naar nieuw ontdekte zenuwcellen in de hersenen, genaamd spiegelneuronen. Rizzolatti en collega's (2006) ontdekte dat wanneer een persoon keek naar een uitgevoerde actie het emoties ervaart, een vergelijkbaar patroon van neuronnen wordt opgeslagen in de hersenen. Het onderzoek geeft aan dat Sherborne bewegingspedagogiek veel belevingen geeft op vlak van lichaamsconcept, motorisch leren, imitatie, aansluiting en empathie.

Acties die uitgevoerd worden door een persoon kunnen motorische banen vormen in de hersenen bij iemand anders. Deze zijn verantwoordelijk voor het activeren van het uitvoeren van dezelfde actie. De acties worden binnen het geven van Sherborne bewegingspedagogiek vaak gemodelleerd door de persoon die de sessie leidt. Imitatie vereist een reproductie van acties die uitgevoerd worden door iemand anders. Als spiegelneuronen aan de grondslag zouden liggen van het imiteren zou dit de grondslag bieden voor het aanleren van nieuwe vaardigheden. Nochtans is het belangrijk te realiseren dat deze leerstrategieën niet afgestemd zijn op de leerstijl van elk kind (Rizzolatti et al., 2006).

Sherborne bewegingspedagogiek levert verschillende aanwinsten aan het kind, enkele daarvan zijn het versterken van connectiviteit en communicatie. De evidentie van Sherborne bewegingspedagogiek heeft een vrij lage empirische basis. Toch overleeft het programma al 4 decennia. Dit komt omdat men het ziet werken voor de kinderen, het blijft toepassen in de

praktijk en het niet zomaar blindelings wordt geloofd. De effectiviteit is bewezen door de kwaliteit van de reacties van de kinderen. (Elizabeth Marsden & Jo Egerton, 2007)

Veronica Sherborne toonde aan dat de bewegingsontwikkeling een cruciale rol speelt in het leven van alle kinderen. Het is essentieel om alle kinderen te helpen om zich te concentreren bij wat ze ervaren zodat ze bewust worden van wat er gebeurt in hun lichaam. Zo zijn ze in staat om te leren van hun bewegingservaringen (Sherborne 1990). Veronica Sherborne (1990): 'I call this 'listening' to the body'.

Momenteel kent haar programma een succesrijke toepassing in de opvoeding van peuters, kleuters en lagere schoolkinderen, in de begeleiding van kinderen, jongeren en volwassenen met een sensorische, motorische of verstandelijke beperking, bij kinderen en jongeren met sociale en emotionele problemen, in psychiatrie en in gezinsgerichte therapieën (Sherborne, 1990).

Sherborne bewegingspedagogiek is in het bijzonder voordeliger voor kinderen met leerstoornissen, kinderen met psychische stoornissen en kinderen die emotioneel en gedragsmatig gestoord zijn (Sherborne, 1990).

2 Praktijkstudie

2.1 Inleiding van de oefensessies

Een Sherborne sessie heeft een bepaalde opbouw met een gradering. Er kan niet verwacht worden van de kinderen dat ze elkaar vertrouwen na 2 sessies. De therapeut biedt hen een kader aan, de kinderen kiezen zelf of dit kader volgen of een andere weg volgen. Hierop inspelen is heel belangrijk. De therapeut moet aanvoelen wanneer hij/zij verder kan gaan met moeilijkere oefeningen. Als de kinderen er nog niet klaar voor zijn is het raadzaam om de oefeningen die niet gemakkelijk gaan nog eens te herhalen. Natuurlijk moeten de therapeuten een basiskwalificatie hebben om Sherborne te kunnen geven. Binnen het CAR Genk is er altijd één gediplomeerde Sherborne therapeut die de sessie leidt. De kinderen starten rond dezelfde periode, indien ze later instappen zullen de oefeningen terug naar de basis worden gebracht. Toch moet er voldoende uitdaging zijn voor de kinderen die al langer Sherborne therapie volgen. Er vindt ook een transfer naar de thuissituatie plaats. Dit gebeurt door een oudergesprek waarin Sherborne

bewegingspedagogiek wordt uitgelegd. Maar ook door het organiseren van een oudersessie, zo kunnen de ouders samen met het kind ervaren wat de therapie vanuit de Sherborne bewegingspedagogiek inhoudt.

Vanuit de zuivere Sherborne bewegingspedagogiek wordt er geen materiaal gebruikt. Wanneer er tijdens de therapeutische sessies materialen gebruikt worden is dit een sessie gebaseerd op Veronica Sherborne. Binnen het CAR Genk wordt de zuivere vorm vanuit de Sherborne bewegingspedagogiek gebruikt bij kinderen die stotteren.

In het CAR Genk werken de ergotherapeut en logopedist samen tijdens de stottertherapie die bestaat uit een deel Sherborne bewegingspedagogiek en een ander deel logopedie. Eerst wordt de Sherborne een sessie uitgevoerd, deze duurt 30 minuten. De ergotherapeut leidt de sessies maar de logopedist gaat observeren en/of participeren. Daarna gaat de logopedist verder met spreektechnische en communicatieoefeningen. En legt ze linken met de sherborne sessie ook de ergotherapeut is aanwezig.

2.1.1 Open draaiboek met oefensessies

De oefensessies zijn uitgewerkt binnen het CAR Genk (zie bijlage 5). Het zijn oefensessies opgesteld onder supervisie van een gediplomeerd Sherborne therapeut. Oefensessie wil zeggen dat de therapeut moet inspelen op het niveau van de kinderen en de inbreng op dat moment. Deze sessies zijn geen vast stramien van begin tot eindpunt. De sessies zijn ingedeeld in een inleiding, voorbeeldsessie en een afsluiting. Dit wilt zeggen dat je telkens een inleiding kan kiezen uit de voorbeelden, maar ook een voorbeeld sessie kan kiezen en ten slotte en gepaste afsluiting. De sessies kunnen gekozen worden afhankelijk van de noden van de groep. Soms moet het niveau van de sessies weer gereduceerd worden vanwege een nieuw lid in de groep. Het belang van succeservaringen speelt een grote rol binnen de therapie vanuit de Sherborne bewegingspedagogiek.

De tekeningen bij de beschreven sessies (zie bijlage 5) zijn gedeeltelijk gebaseerd op het boek van Loots & Perre (2009), de andere tekeningen zijn zelf uitgetekend.

De Sherborne oefeningen zijn beschreven in het vorig eindwerk (Jeunen & Lenaers, 2014). De basis pijlers zijn hier nog eens opgesomd (Loots & Perre, 2009). Deze pijlers zijn allemaal van belang voor kinderen die stotteren.

1. Lichaamsbewustzijn

De kinderen leren hun eigen lichaam kennen. Ook leren ze ervaren wat er gebeurt tijdens het stotteren. Het is de bedoeling dat de kinderen hun lichaam op een positieve manier leren aanvaarden en dat ze leren luisteren naar hun lichaam. In de ontwikkeling gebeurt het bewust worden van eigen lichaam meestal van de extremiteiten naar het centrum toe. Dit wil zeggen eerst de perifere lichaamsdelen, vervolgens de gewrichtsdragende delen en als laatste de romp.

2. Bewustzijn van de ruimte

De ruimte kan ingedeeld worden in algemene- en persoonlijke ruimte. Bij de persoonlijke ruimte wordt het verkennen van de eigen ruimte gestimuleerd, maar ook je eigen in de ruimte kunnen situeren. Bij de algemene ruimte leren de kinderen zelfzeker bewegen in de ruimte.

3. Bewustwording van de ander

Hier zijn drie types te onderscheiden nl. met-relaties, samen-relaties en tegen-relaties. Bij de met-relaties leren de kinderen zelfvertrouwen krijgen, maar ook het vertrouwen van anderen en hoe zelf veiligheid geboden kan worden. Als het vertrouwen groeit gaat het kind steeds spontaner bewegen wat ten goede komt bij het stotteren. Bijvoorbeeld, door oefeningen te doen op het vertrouwen voelen de kinderen zich gerustgesteld en zal de stress om te spreken kunnen dalen.

Samen-relaties stimuleren het leren samenwerken met anderen waardoor ze de krachten bundelen om een beter resultaat te verkrijgen. Samen overleggen om te komen tot een resultaat in een oefening is noodzakelijk. Ook leren kinderen naar hun lichaam luisteren en samen met hun lichaam te vechten. Dus de krachten leren bundelen voor één doel nl. het stottermoment overwinnen.

Tegen relaties zorgen ervoor dat de kinderen hun eigen lichaamskrachten oefenen en leren te controleren. De lichaamskrachten zelf leren controleren leidt tot zelfcontrole en lichaamscontrole, wat een belangrijk onderdeel is tijdens het spreken.

4. Bewegingskwaliteiten: kracht, flow, ruimte en tijd

De eerste bewegingskwaliteit is kracht. De kinderen leren hun krachten kennen door verschillende Sherborne oefeningen. Een voorbeeld van zo'n oefening is per twee in zit waarbij er met de ruggen tegen elkaar wordt geduwd. Ze leren dat ze hun kracht op een gepaste manier kunnen gebruiken om te bewegen en te praten. En niet om kracht te zetten om een woord tussen de lippen uit te duwen. Er wordt belang gehecht aan onaangepaste spanningen, waarbij veel kracht wordt gezet op de stembanden. De kinderen ontwikkelen eerst kracht omdat zachtheid en sensitiviteit een grotere maturiteit vereist.

Ten tweede is er de free flow (lappenpop), dit is het inglijden en overglijden (koppelen van de woorden). Het kind gecontroleerd leert bewegen. Eerst op grote basis en daarna kleiner bv. de spraakorganen.

Vervolgens is er ruimte. Dit is een oefening om hun bewegingsvrijheid/mogelijkheid uit te breiden. De kinderen leren de volledige driedimensionale en persoonlijke ruimte te gebruiken. Contact met elkaar maken doe je in die ruimte met woorden en binnen je persoonlijke ruimte.

Als laatste is er tijd (vooral naar de verengde lettergreep). Hier leren ze verschillende tempo's ervaren zoals traag, snel, ... Deze tempo's leren ze gebruiken bij het praten.

Tijdens de Sherborne sessies in het CAR Genk wordt er ook gewerkt aan een positief zelfbeeld. De 3 basale behoeften rond het zelfbeeld worden gestimuleerd. Er wordt gewerkt met succeservaringen. Doordat het kind succes ervaart, wordt er ook effectiviteit/competentie ervaren. Wanneer een kind de oefening niet uitvoert zoals het moet, wordt het er niet direct op gewezen, maar door indirect te modelleren wordt het juiste voorbeeld aangereikt. De houding van de

therapeut moet flexibel en meegaand zijn in wat de kinderen brengen. Het is niet de bedoeling een dirigerende houding aan te nemen.

Er is een positieve stimulans die zorgt dat het kind waardering krijgt. Als laatste is er de behoefte aan autonomie, dit wordt gestimuleerd doordat de kinderen zelf tot een oplossing te komen.

2.2 Linken tussen Sherborne en de MIDVAS-principes

Motivatie

De patiënt wil spreekgedrag veranderen, maar ook de omgeving, waaronder ouders, broers/zussen, leerkrachten enzovoort. Adviezen willen opgevolgd worden om op de juiste manier met het stotteren om te gaan. Zelf verantwoordelijkheid durven nemen om te komen tot zelfdiscipline is heel belangrijk.

Link met Sherborne: motivatie kan je stimuleren door de kinderen tijd te geven om zich klaar te maken voor de opdracht. Dit niet alleen, er moeten duidelijke signalen en afspraken gemaakt worden wat leidt tot zelfdiscipline van de kinderen. Ook wordt Sherborne in bewegings- of spelvorm aangebracht. Het is belangrijk dat de kinderen leren door naar elkaars bewegingsoplossingen te kijken en hierop in te spelen.

Bewegen vindt elk kind leuk zolang het op hun niveau is. Er wordt ook veel belang gehecht aan de eigen inbreng van de kinderen. Wanneer je brainstormt samen met de kinderen, neem dan hun voorbeelden en niet wat er in de voorbereiding staat. Het is noodzakelijk om zelf enthousiasme, motivatie en expressie te tonen. Ook een goede stemintonatie is een pluspunt. Hierdoor kan getoond worden dat er interesse is vanuit de therapeut en dit stimuleert de kinderen.

Identificatie

Leren waarnemen van lichaamsspanningen, de werking van de ademhaling en de verschillende ademtypes, de coördinatie tussen ademhaling/spreken, van de vermijdingsgedragingen, van de soorten stotters bij anderen en bij zichzelf (via observaties, band/beeldopnames). Er wordt aandacht besteed aan belevingen, ervaringen en voorstellingen van cognitief-affectieve schema's.

Link met Sherborne: door verschillende oefeningen te doen worden de kinderen bewust van hun eigen lichaam en dat van anderen. Voorbeelden hiervan zijn spreken zoals een lappenpop of robot, bewegen als een haas of slak, relaxerende oefeningen om het spanningsniveau te verlagen. Een van de aandachtspunten is dat Veronica Sherborne er van uit gaat dat er geen linken mogen worden gelegd naar een lappenpop of robot. Dit hoort niet meer bij de zuivere vorm van de Sherborne bewegingspedagogiek, maar wordt gebruikt om onderling aan de hulpverleners duidelijk te maken welk gevoel of welke beweging hiermee wordt bedoeld. Het kind leert afwisselend het lichaam op te spannen en te ontspannen. Op deze manier wordt een verschil waargenomen en kan het kind later wanneer het stottert hierop inspelen door linken te leggen. Wat eerst op groot niveau gebeurt, kan daarna toegepast worden op klein niveau. Het kind leert dus eerst zijn spieren te gebruiken over het hele lichaam, daarna de spraakorganen en de spieren die gebruikt worden om tot spraak te komen. Er wordt tijd besteed aan beleving door in de sessie in te spelen op wat de kinderen zeggen bijvoorbeeld vragen hoe de oefening ondervonden werd. Vermijdingsgedrag wordt uitgesloten door vragen te stellen zoals: 'Ken jij nog een andere manier om deze oefening te doen?'

Desensitisatie

Leren praten over stotteren, leren omgaan met stotteren, spreekdruk verlagen en spreken aangenaam maken, stotteren aanvaarden en niet vermijden om het al zo te kunnen afbouwen.

Link met Sherborne: er wordt ingespeeld op een stotter: 'kijk je stottert nu, weet je hoe dit komt? Waarom denk je dat dit nu gebeurt?'

De kinderen krijgen continu feedback van de hulpverlener of andere kinderen. Wanneer er negatief op wordt gereageerd is de hulpverlener er om hierop in te spelen.

De sociale angst wordt verminderd door mee te doen met een oefening in groep: de kinderen worden onrechtstreeks verplicht in interactie te gaan met elkaar. Dit gebeurt op een speelse wijze bijvoorbeeld samen/met-relaties: de kinderen zijn "verplicht" voor elkaar te zorgen of met elkaar om te gaan. Zonder dat kinderen er bewust mee bezig zijn komen ze tot interactie door bewegingsoefeningen uit te voeren. Er wordt overlegd hoe de oefeningen moeten gebeuren. Vaak zijn de kinderen zich onbewust dat ze spreken en dit gebeurt vaak zonder stotTERS. Wanneer de

sessie geëvalueerd wordt, kunnen we dit expliciet benoemen. Dit wordt door de kinderen als een succeservaring ervaren.

Er wordt ook duidelijk gemaakt dat alles is toegestaan, enkel elkaar pijn doen mag niet. De kinderen mogen zichzelf zijn en hoeven zich nergens voor te schamen. Ook op hulpeloosheid wordt ingespeeld: soms moeten de kinderen zelfstandig tot een bepaalde oplossing komen van een oefening, hierdoor wordt geen hulp geboden door de hulpverlener. Het probleemoplossend redeneren wordt hier gestimuleerd.

De spreekdruk wordt verlaagd door op een speelse situatie de kinderen aan het woord te laten. Het groepje kinderen blijft normaal gezien hetzelfde, de kinderen leren elkaar beter kennen wat ook de spreekdruk verlaagt. Dit zorgt ervoor dat het stotteren in de groep aanvaardbaar wordt gemaakt. Sherborne bewegingspedagogiek zorgt voor een veilige situatie doordat het stotteren aanvaard wordt en er afspraken worden gemaakt.

Door bepaalde oefeningen te herhalen of vaker te doen worden de negatieve gevoelens afgezwakt door succeservaringen. Het is belangrijk de therapie af te stemmen op de kinderen.

Variatie

Spreektechnieken aanleren, controletechnieken, inglijden en overglijden, gesprekstechnieken, communicatievaardigheden en sociale vaardigheden trainen.

Link met Sherbone: de kinderen worden zich bewust van verschillende soorten spanningen en vloeiendheden. Bewegingen worden snel of langzaam uitgevoerd, maar kunnen ook heel kort of lang zijn.

Als het kind praat zoals een robot wordt ieder woord of soms zelfs iedere lettergreep los uitgesproken, bij een lappenpop wordt het woord of lettergreep uitgesproken als een zwevende meeuw. Tijdens de Sherborne bewegingspedagogiek wordt er niet gepraat maar bewogen als een lappenpop en robot, zonder dit expliciet te benoemen. Dit dient ervoor om het kind bewust te maken dat er een verschil is in spanning en ontspanning van spieren. Er kan ook een oefening

worden gedaan waar hard op de mat wordt gestampt of geslagen, maar ook heel zacht. Er wordt dus gezorgd dat er zich bewustwording plaatsvindt van beweging of spanning op een groter niveau, dus over heel het lichaam.

Door meer variatie in te brengen in bewegingen krijgen de kinderen een betere kennis en beheersing van het lichaam. Het zelfvertrouwen wordt gestimuleerd door oefeningen te geven die net genoeg uitdaging geven.

Approximatie

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

Link met Sherborne: De kinderen leren omgaan met succeservaringen en oplossingen zoeken voor verlieservaringen. De kinderen leren vertrouwen krijgen in elkaar. Achteraf wordt de sessie besproken, wat was er leuk en wat minder leuk, wat ging er goed en wat ging er minder goed. Ze leren omgaan met emotionele stress, omdat ze in een onvoorspelbare situatie terecht komen. Dit zorgt bijna voor een verplichting contact te maken met andere kinderen.

Stabilisatie

Oefenen in therapiesituaties individueel en in groep, dagdagelijkse situaties oefenen vanuit de therapie zoals rollenspel en ADL, omgeving informeren en transfer bewerkstelling naar thuis-, school-, en werksituaties. zelfinstructie training: leren zelf instructies te geven ter vervanging van de therapeut.

Link met Sherborne: Het geleerde (lappenpop, spreken tijdens uitademing, ..) toepassen in het dagelijkse leven.

Het is niet de bedoeling de oefeningen toe te passen in dagdagelijkse context, de oefeningen zijn een hulp om de achterliggende doelen te bereiken. Dit is indirecte therapie zoals voordien

benoemd werd. Eens de kinderen begrijpen waarom de oefeningen worden gedaan, ervaren ze de link met het stotteren.

Zelfinstructietraining is wel een belangrijk onderdeel, de kinderen moeten het af en toe overnemen van de therapeut om te komen tot het einde van de oefening. Ze moeten elkaar hiervoor taken kunnen geven, de leiding kunnen nemen, ...

2.3 Rol van de ergotherapeut

Elke paramedici kan een Sherborne cursus volgen. Toch speelt de ergotherapeut een belangrijke rol in dit verhaal.

Sherborne bewegingspedagogiek ligt in het verlengde van de ergotherapeut aangezien hij/zij zich verdiept in de bewegingen van de mens, maar ook in het psychische. Dankzij de veelzijdige opleiding heeft de ergotherapeut een goed kijk op de psychomotoriek, maar ook kennis van de normale- en afwijkende ontwikkeling.

Tijdens de Sherborne therapie wordt ook het motorisch leren geoefend en gestimuleerd. De ergotherapeut is getraind in het analyseren van bewegingen en kan daarmee het bewegingsniveau van het kind inschatten. De eerste fase is ervaren en experimenteren van bewegingen.

Bijvoorbeeld: een brug maken, niet ieder kind maakt dezelfde brug. Dit kan zijn door op handen en knieën te zitten, maar ook door op handen en voeten te steunen of met de benen gespreid te gaan staan, ... Als het kind de uitvoering niet begrijpt kan de ergotherapeut het kind guiden, waardoor het kind de juiste beweging gaat aanvoelen.

De volgende fase is oefenen en aanleren. Het accent wordt gelegd op het goed leren en verbeteren van de bewegingen. Dit wordt gedaan door veel oefeningen te herhalen en door het ondersteunen met feedback. De laatste fase is de automatisatie van de beweging. Nadat er veel geoefend wordt ontstaat er een vertrouwen als het kind de beweging uitvoert. Het bewegingen gaat vanzelf en wordt steeds vloeiender.

In het multidisciplinaire team hanteren ze een bottom-up benadering. Dit wil zeggen dat de paramedici systematisch in stijgende lijn naar boven werken. Bij de therapie vanuit de Sherborne

bewegingspedagogiek zal je direct merken dat de oefeningen een bepaalde gradatie hebben. En naar gelang het niveau van de groep aangepast worden. Sherborne bewegingspedagogiek valt onder motorisch leren en is heel uitgebreid. Chaining is hierbinnen een belangrijk begrip, als ergotherapeut wordt aangeleerd elk gedrag beetje bij beetje aan te leren. Daarna worden verschillende motorische handelingen aan elkaar geschakeld tot eenvoudige gedragingen. Daarbij heeft de ergotherapeut kennis van de kinesiologicalische principes.

2.4 Participatie van ouders

Sherborne bewegingspedagogiek is vaak niet bekend in de volksmond, daarom is het belangrijk voor de ouders van het kind om te weten wat er precies gebeurt. Het CAR Genk organiseert drie dagen per jaar een sessie voor de ouders waarin de link tussen Sherborne bewegingspedagogiek wordt toegelicht en waarom het kind de therapie krijgt. Dit brengt de ouders dicht bij het kind, waardoor de gehechtheidsrelatie versterkt wordt. Tijdens de sessie kan er meteen een duidelijk beeld geschetst worden over de inhoud, maar ook over de omgang met het stotterende kind en begeleidingsmogelijkheden. Tijdens een Sherborne bewegingspedagogiek is het namelijk belangrijk dat steeds een reactie wordt gegeven op wat het kind doet. Zo wordt het kind zich ook bewust van zijn acties.

2.4.1 Gehechtheidsrelatie

Ouderparticipatie levert een belangrijke bijdrage aan de ontwikkeling van een gezonde gehechtheidsrelatie tussen ouder en kind. Bekeken in onze doelgroep is dit niet meer zo toepasselijk, omdat een veilige hechting in een veel vroeger stadium gebeurt. Toch leek het nuttig te vermelden dat het belangrijk is dat er een goede hechting is tussen kind en ouders. Wat is nu precies die gehechtheidsrelatie?

Om van moeder-kindinteracties te spreken zijn er bepaalde voorwaarden nodig. Als het kind een goed oogcontact wil maken moet het beschikken over: alertheid, gezichtsvermogen, fixatie, visuele aandacht en de coördinatie tussen hoofd en ogen met een normale hoofdbalans. Dit zijn voorwaarden die al in de eerste tot de tweede maand tot ontwikkeling komen. In een veel later stadium wordt de ouder-kind interactie meer bepaald door de spraak.

Het komt er dus op neer dat een hechtingsproces het intieme fysieke en emotionele contact tussen ouder en kind is. Dit proces begint al meteen vanaf de geboorte. Wanneer kinderen zich hechten aan een bepaald persoon voelen ze zich prettig als ze bij die persoon zijn en worden dan van onrust of stress gerustgesteld. Een gehechtheidsrelatie is pas afgerond op 7 à 8 maand. De relatie speelt een belangrijke rol wanneer het kind onder stress of nood staat of gescheiden wordt van zijn gehechtheidsfiguur.

2.4.2 Tips voor de ouders, leerkrachten, ...

- Laat het kind zijn spraakvaardigheden oefenen door zelf te spreken, zelf iets te bestellen of zelf iets te laten vertellen, ...
- Het is belangrijk om het kind te laten uitspreken, ook als het stottert.
- Geef geen advies aan het kind over zijn spraak aangezien het kind dat kan ervaren als het stellen van eisen en dit kan opgevat worden als kritiek. Advies geven aan de stotteraar kan ervoor zorgen dat hij zich nog meer bewust wordt dat hij anders spreekt of stottert. (Bezemer et al., 2006).
- Richt je aandacht op wat het kind zegt en niet zozeer op de manier waarop hij het zegt. Correcties en adviezen geven kunnen zorgen voor veel frustratie.
- Creëer een veilige spreekomgeving zodat het kind plezier beleeft aan het spreken.
- Stimuleer het spreken binnen het gezin. Spreekregels zoals luisteren naar elkaar, elkaar niet onderbreken, .. kunnen de andere leden van het gezin helpen, maar ook de stotteraar.
- Pas je spreken als ouder aan door rustiger en trager te spreken. Het spreektempo wordt vastgelegd rond 5 jaar, maar de mogelijkheid bestaat dat het jongere kind het tempo van de ouders gaat overnemen.
- Spreek met het kind over zijn stottergedrag wanneer het kind zich er bewust is. Jongere kinderen stellen al vast dat ze anders praten dan hun broer of zus. Het stotteren kan best uitgelegd worden aan het kind als deel uitmakend van het leren spreken. Het zijn vaardigheden die het kind nog moet leren. Het stotteren is een 'fout' die optreedt, maar fouten mogen voorkomen. Ook bij het leren fietsen of schrijven komen fouten voor. De vergelijking maken met een ander leerproces waarmee het kind bezig is, maakt het makkelijker om het te begrijpen.

- Beloningen geven is niet goed, dit kan leiden tot spreekangst en spanning. Je kan wel het kind bekrachtigen als hij ‘goed’ of ‘fout’ spreekt. Dit kan bijvoorbeeld door het geven van een knipoog Het bekrachtigen gebeurt pas wanneer het kind zich bewust is van het stottergedrag en er actief aan werkt.
- Stel realistische verwachtingen aan de therapie. Sommige ouders verwachten dat het kind stottervrij gaat praten na de therapie. Het kind kan hieruit concluderen dat hij niet mag stotteren (Vuylsteke & Reunes, 2001).

2.5 Matrix

Om enige duidelijkheid te bieden is er een matrix opgesteld vanuit de clinical good practice van de kinderen die worden behandeld binnen het CAR Genk. In het CAR Genk zijn er 9 kinderen met een stotterproblematiek die Sherborne bewegingspedagogiek volgen.

In deze matrix is er een verloop van het stottertype op te merken (zie tabel 3). Vanaf jonge kleuterleeftijd gaat het vooral om motorisch stotteren. Dit sluit niet uit dat er geen emotionele of cognitieve stotteraars tussen zitten, maar die kans is kleiner. Later als het kind op de lagere school zit komen er meer emoties bij. Waardoor er vaker bij lagere schoolkinderen het emotioneel type wordt aangetroffen.

De stotterernst, die gemeten wordt met het SSI (zoals eerder vermeld in hoofdstuk 1.6), wordt weergegeven met een percentiel. In deze matrix wordt het percentiel vergeleken van de beginfase van de therapie en na 1 jaar (zie tabel 3)

Tabel 3: matrix

Indirecte therapie					Therapie duur (incl. Sherborne)	Stotteremst Bij aanvang	Stotteremst Na 1 jaar
Sherborne	Motorisch type	Emotioneel type	Cognitief type				
Kleuter (4-6 jaar)	-----			Kind 1		Totaal score 27	
				Kind 2	Meer dan 1 jaar therapie	Totaal score 19	Totaal score 13
				Kind 3	Meer dan 1 jaar therapie	Totaal score 27	Totaal score 18
				Kind 4		Totaal score 31	
				Kind 5		Totaal score 30	
Lagere schoolkinderen (6-12 jaar)	-----			Kind 6	Meer dan 1 jaar therapie	Totaal score 25	Totaal score 19
				Kind 7		Totaal score 26	
				Kind 8	Meer dan 1 jaar therapie	Totaal score 30	Totaal score 7
				Kind 9		Totaal score 35	

Legende:
 _____: komt vaak voor
 -----: komt af en toe voor
 - - - -: komt zelden voor

Discussie

De eerste kritische bedenking die al snel duidelijk werd is de evidentie van het onderwerp. Aangezien er niet veel evidentie werd gevonden en deze al wat verouderd is, moest er vertrouwen zijn in clinical good practice. Er wordt zich afgevraagd of dit voldoende is om conclusies te trekken over de meerwaarde van Sherborne bewegingspedagogiek en mag dit eigenlijk niet direct gebeuren. Binnen het CAR Genk zijn er momenteel 9 kinderen die de Sherborne bewegingspedagogiek volgen binnen een integrale stotterbehandeling. Van die 9 kinderen heeft elk kind een verschillende mengvorm van de verschillende types van stotteren. Dat niet alleen, ook zijn enkele kinderen op een ander tijdstip in het groepje gekomen. Hierdoor moet het bereikte niveau telkens weer afgezwakt worden om iedereen succeservaringen te kunnen bieden. Met andere woorden bestaan er tot nu toe nog geen meetinstrumenten die de effectiviteit van de Sherborne bewegingspedagogiek kunnen aantonen.

Een tweede bedenking: er zijn geen exclusiecriteria. Een kind dat stottert en bijvoorbeeld ASS heeft kan trager zijn op vlak van ontwikkelen. Er wordt geen onderscheid gemaakt in vergelijkingen van resultaten van de SSI met een kind dat stottert en er eventueel nog een ontwikkelingsstoornis heeft.

Vervolgens is de link met de MIDVAS-principes en Sherborne bewegingspedagogiek gelegd vanuit clinical good practice. Hierover werd overlegd met het CAR Genk. Dit kan ook een valkuil zijn nl. meegesleept worden in hun verhaal.

Conclusie

Om een conclusie te trekken geven we een antwoord op onze onderzoeksvraag. Zoals al eerder besproken kan Sherborne bewegingspedagogiek door elke discipline uitgevoerd worden mits een diploma van een gevolgde cursus. Verschillende combinaties van disciplines voeren de therapie uit. Dit kadert het multidisciplinaire onderdeel. Sherborne bewegingspedagogiek wordt geïntegreerd binnen de stotterbehandeling en is daarom geen opzichzelfstaande behandeling. Met integratie bedoelen we niet alleen dat Sherborne bewegingspedagogie binnen het CAR Genk binnen de stotterbehandeling van het kind valt. Ook hebben we een beeld proberen te schetsen op welke manier Sherborne bewegingspedagogiek kan passen binnen de MIDVAS- principes. Er werden per categorie van de MIDVAS-principes relaties gevonden binnen de Sherborne bewegingspedagogiek. Deze specifieke therapie wordt ook niet altijd toegepast bij elk kind binnen de stotterbehandeling. Het wordt toegepast door rekening te houden met alle principes die gelden binnen de Sherborne bewegingspedagogiek. De toepassing gebeurt momenteel zoals het draaiboek dat uitschreven werd in bijlage 5. Wat ook nog geconcludeerd werd is dat stotteraars heel uiteenlopend kunnen zijn. Elk kind heeft zijn specifieke kenmerken met zijn eigen persoonlijkheid, krachten en zwaktes. De ene oefening zal al meer baad hebben bij het ene kind dan het andere. Over het algemeen zorgt Sherborne bewegingspedagogiek voor een fijne interactie binnen de groep kinderen. Binnen het CAR Genk zijn er momenteel te weinig kinderen om een grootschaliger onderzoek uit te voeren. Er werden resultaten en enkele tussenresultaten gevonden van de SSI, die aantonen dat er een vooruitgang is binnen de stotterproblematiek. Het is aan te raden verder onderzoek te voeren naar het effect van Sherborne bewegingspedagogiek bij ontwikkelingsstotteren. Hiervoor dient er een gerandomiseerd onderzoek plaats te vinden met een controle groep.

Bibliografie

Artikels

Alm, P. A. (2014). Stuttering in relation to anxiety, temperament, and personality: review and analysis with focus on causality. *J Fluency Disord*, 40, 5-21. doi: 10.1016/j.jfludis.2014.01.004

Craig, A. (2000). The Developmental Nature and Effective Treatment of Stuttering in Children and Adolescents. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 12(3), 173-186. doi: 10.1023/A:1009463703647

Gilman, M., & Yaruss, J. S. (2000). Stuttering and relaxation: Applications for somatic education in stuttering treatment. *Journal of fluency disorders*, 25(1), 59-76.

Irani, F., Gabel, R., Daniels, D., & Hughes, S. (2012). The long term effectiveness of intensive stuttering therapy: a mixed methods study. *J Fluency Disord*, 37(3), 164-178. doi: 10.1016/j.jfludis.2012.04.002

Oliveira, C. M., & Nogueira, P. R. (2014). Prevalence of risk factors for stuttering among boys: analytical cross-sectional study. *Sao Paulo Med J*, 132(3), 152-157.

Onslow, M., & O'Brian, S. (2013). Management of childhood stuttering. *J Paediatr Child Health*, 49(2), E112-115. doi: 10.1111/jpc.12034

Packman, A. (2012). Theory and therapy in stuttering: A complex relationship. *Journal of Fluency Disorders*, 37(4), 225-233. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.05.004>

Smith, K. A., Iverach, L., O'Brian, S., Kefalianos, E., & Reilly, S. (2014). Anxiety of children and adolescents who stutter: a review. *J Fluency Disord*, 40, 22-34. doi: 10.1016/j.jfludis.2014.01.003

Stipdonk, L., Liefink, A., Bouwen, J., & Wijnen, F. (2014). Extraversion and communication attitude in people who stutter: A preliminary study. *J Fluency Disord*, 42, 13-20. doi: 10.1016/j.jfludis.2014.08.001

Bachelorproef

Jeunen, S., Lenaers, T. (2014). *De bewegingspedagogiek van Veronica Sherborne als onderdeel van multidisciplinaire therapie bij kinderen die stotteren: een literatuuronderzoek* [Bachelorproef]. Hasselt: Hogeschool PXL, Ergotherapie.

Boeken

Bezemer, M., Bouwen, J., & Winkelman, C. (2010). *Stotteren van theorie naar therapie*. Bussum: Coutinho.

Bilo, R. A. C., & Voorhoeve, H. W. A. (2011). *Kind in ontwikkeling*. Amsterdam: Reed Business.

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

Boey, R. (2009). *Spreeken over stotteren*. Antwerpen: Standaard.

Boey, R. (2013). *Stottertherapie bij kinderen en tieners: een sociaal cognitieve gedragstherapie*: Vlaamse vereniging voor logopedisten.

Brosel, J. v. (2011). *Basis begrippen logopedie. Deel 2, communicatie stoornissen: stotteren en broddelen*. Leuven: Acco.

Cranenburgh, B. v. (2009). *Neuropsychologie over de gevolgen van hersenbeschadiging*: Reed Bussines.

Daems, J., Missinne, T., Bontinck, I., Jamin, B., Goethals, V., & Renterghem, M. v. (2012). *Sherborne bewegingspedagogiek: ontwikkelingsstimulerend bewegen*. Sint-Niklaas: Abimo.

Hengeveld, M. W. (2014). *Handboek voor classificatie van psychische stoornissen DSM-5 (Nederlandse vertaling)*. Amsterdam: Boom.

Kanne, M., & Grootenok, E. *Moresprudentie in de praktijk*. Delft: Eburon.

Loots, G., & Perre, W. V. d. (2009). *Een kijk op sherborne bewegingspedagogiek: het groene boekje*: Sig vzw vormingsdienst.

Marsden, E., & Egerton, J. (2007). *Moving with research: evidence-based practice in Sherborne Developmental Movement*. Great Britain: Sunfield publications.

- Monks, F. J., & Knoers, A. M. P. (2009). *Ontwikkelingspsychologie: inleiding tot de verschillende deelgebieden*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Reunes, G., & Vuylsteke, P. (2001). *Als spreken moeilijk is: een gids voor stotteraars en hun omgeving*. Tielt: Lannoo.
- Roodvoets, J. M. (1999). *Stotterbehandeling op maat: werkboek voor een integrale therapie met een menselijk gezicht*. Maarssen: Elsevier /De Tijdstroom.
- Sherborne, V. (1990). *Developmental movement for children: mainstream, special needs and pre-school*. Cambridge University Press.
- Tan, X. (2005). *Dysfatische ontwikkeling: theorie, diagnostiek, behandeling*. Amsterdam: Suyi.
- Wachter, L. D., & Soom, C. V. (2008). *Academisch schrijven: een praktische gids*. Leuven: Acco.
- Wensen, C. (2011). *Stotterkit: stotteren, hoe werkt het bij jou?* Amsterdam: Niño.

Brochure

Centrum voor Informatie, Opleiding en Onderzoek over Stotteren (1998). *Stotteren (h)erkennen*. Antwerpen: CIOOS vzw.

Protocol

Stotterteam van CAR Genk (2012). *Stotterprotocol*. Genk

Website

LITP. (n.d.). *Hoe werken we?* Geraadpleegd op 7 mei 2015 via <http://www.litp.be/index/be-nl/6167/navigationcats/1399/>.

LITP. (n.d.). *Thema week stotteren C.A.R. Genk oktober 2013*. Geraadpleegd op 7 mei 2013 via <http://www.litp.be/index/be-nl/8462/>.

Bijlagen

Bijlage 1: mails ISCO

Onderstaande vraag werd gepost op de site van International Sherborne Co-Operation

Subject: New Form Entry: Contact Form
To: cklinta@hotmail.com
From: no-reply@weebly.com
Date: Mon, 9 Mar 2015 11:59:55 -0700

You've just received a new submission to your [Contact Form](#).

Submitted Information:

Name

Kiara Doomen

Email

kiara.doomen@student.pxl.be

Comment

Hello,

Me and my colleague student are making a thesis about sherborne and stuttering. We have to find why sherborne is effective by children who stuttering. And also write down 20 sessions.

But I have a question about the evidence based practice. Is there evidence that sherborne is effective? Because we can't find any articles about it.

We already asked it to Véronique Goethals. But she only can give the name E. Marsden, who did some research. And she said that we have to mail to you for further information. (or maybe some articles)

Greetings

Kiara Doomen and Jasmine Janssens

Antwoord vanuit de Zweedse federatie

← ← →



cia klinta <cklinta@hotmail.com>

di 10/03/2015 10:53

Markeren als ongelezen

Hi Kiara and Jasmine!

Interesting work you are asking about.

I really hope you will share your results with ISCO so we can put it on the international site in future :-)

The International Sherborne cooperation ISCO has a membersite where yo can find academic papers, internatioonal reports and resourses. We are really interested in results and need MORE evidence work. People have through almost 40 years FOLLOWED good development and behaviour of SDM work but we have a lack of evidenced based.

Dr Elisabeth Marsden contacted different international persons - from Greate Britain, Polen, Finland and Swedem- who had done some reasearch about SDM and in 2007 published by Sunfield Publication "Moving with Reeach" evidence based practice in Sherborne Developmental Movement.

What is your background? How loong have you been working with SDM?Are you a member in ISCO or the Belgium Association?

I am a speach therapist and have been working with deaf Children at specialschool, mainstream Children and adults for many years. Unfourtainly i don't known about special with stuttering.....but hope ypu will find out :-)

Hope this helps you to start and PLEASE let ISCO known about your very IMPORTANT work -studies.

i have been working with SDM for 34 years - I KNOWN it is a VERY GOOD tool :-)

Best regards

Cia Klinta

ISCO rep.Sweden



Kiara Doomen

di 10/03/2015 16:23

Verzonden items

Markeren als ongelezer

Aan: cia klinta <cklinta@hotmail.com>;

Hello,

We definitely want to share our results. But we don't know if the evidence based practice is good enough because we can't set up a big research.

We are studying occupational therapy and our intership is for 7 weeks The thesis is for our graduation and we only get sherborne on our intership. We are not member in the ISCO or Belgium association. Unfortunately! Is there a possibility to become a member?

And how do we contact the ISCO?

Greetings



cia klinta <cklinta@hotmail.com>

wo 11/03/2015 11:28

Markeren als ongelezen

Hi again

ISCO is looking forward to share your results in future :-)

You have contacted ISCO by sending this questionnaires from ISCOs homepage
Every country who has a Sherborne Association has a representant in ISCO
I am the Swedish rep. and Veronique G. is the Belgium rep. as you asked before

Membership in ISCO Coasts 25 Pounds per year.

As you see I sent a copy to Lis Marsden (GB rep in ISCO) - she is handling the membership in ISCO

Good luck with your interesting work! We will Contact you if we get in touch with someone who knows
about stuttering and SDM

Keep in touch

Best regards Cia Klinta

ISCO



Kiara Doomen

za 14/03/2015 8:56

Verzonden items

Markeren als ongelezen

Aan: cia klinta <cklinta@hotmail.com>;

Hello,

Thank you for your help!

Antwoord vanuit de Belgische federatie



Bart Jaminé <bart@jamine.be>
zo 15/03/2015 13:42

Markeren als ongelezen

Aan: Kiara Dooman;

• U hebt geantwoord op 17/03/2015 9:29.

Beste Kiara
Beste Jasmine

Fijn om te vernemen dat jullie geïnteresseerd zijn in de Sherborne Bewegingspedagogiek en de effectiviteit ervan.

Er is bij mijn weten echter geen evidence-based onderzoek gedaan naar de effecten van Sherborne op stotteren. Sherborne beoogt doelen die betrekking hebben op de emotionele ontwikkeling (o.a. vertrouwen en zelfvertrouwen). Wetenschappelijk onderzoek naar stotteren verwijst eveneens naar een mogelijk verband tussen stotteren en emotionele ontwikkeling of emotie als uitlokkende factor van stotteren. In de literatuur zijn er echter geen sluitende antwoorden te vinden op de vraag of het controleren van emoties het stotteren doet verminderen.

De Sherborne bewegingspedagogiek vertrekt vanuit een holistische visie op de ontwikkeling van kinderen. Daarom is de impact van de bewegingsmethode op de afzonderlijke ontwikkelingsaspecten moeilijk te meten. Bovendien is niet alles wat meetbaar is ook goed; en niet alles wat goed is meetbaar. Of m.a.w. de afwezigheid van bewijs is geen bewijs voor de niet-werkzaamheid van een methode. Dat is de reden waarom Sherborne vooralsnog niet aan evidence-based practise werd onderworpen.

In het boek 'Sherborne Bewegingspedagogiek - Ontwikkelingsstimulerend bewegen' (ISBN 978-90-5932-883-9) wordt een hoofdstuk geweid aan de ontwikkeling van taal en communicatie en de link met Sherborne. Mogelijk kan dit een ingangspoor zijn voor jullie verder onderzoek.

Ik wens jullie in ieder geval veel succes!

Vriendelijke groeten

Bart Jaminé
Sherborne Vereniging België
International Course Leader Sherborne
www.sherborne.be



← BEANTWOORDEN ← ALLE BEANTWOORDEN → DOORDUREN ...



Kiara Doomen
di 17/03/2015 9:29
Verzonden items

Markeren als ongelezen

Aan: bart@jamine.be;

Beste,

Bedankt voor de informatie en de tip!

We hebben ook doorgerekregen dat het boek van E. Marsden nuttig zou zijn, omdat daar enige evidentie onderzocht werd. Maar zijn er nog artikels, .. die de evidentie van sherborne bewijzen? (niet op het stotteren gericht)

Mvg
Kiara Doomen



Bart Jaminé <bart@jamine.be>

vr 20/03/2015 20:25

Markeren als ongelezen

Beste Kiara

Ikzelf heb geen weet van artikels of publicaties die de evidentie van Sherborne aantonen.

Mogelijk kunt u terecht bij de documentatiedienst van SIG vzw, waar heel wat werken (eindwerken, papers, ...) rond Sherborne zijn verzameld.

Sig Docudienst
Kerkham 1 bus 2
B 9070 Destelbergen
Tel. (0032) (0)9 238 31 25
email: docudienst@sig-net.be
www.sig-net.be

Vriendelijke groeten en succes

Bart Jaminé

Sherborne Vereniging België
International Course Leader Sherborne
www.sherborne.be



Kiara Doomen

di 24/03/2015 10:26

Verzonden items

Markeren als ongelezen

Aan: bart@jamine.be;

Beste,

Toch bedankt, ik ga eens kijken op de site van sig docu.

Mvg
Kiara Doomen

Bijlage 2: toestemmingsformulier

Toestemmingsformulier

Beste ouder(s),

Omwille van ons eindwerk vragen wij uw toestemming om de Sherborne sessies te filmen van uw zoon/dochter. Deze filmpjes zullen gebruikt worden in de presentatie van ons eindwerk, dat gaat over Sherborne en ontwikkelingsstotteren. De filmpjes worden niet voor verdere doeleinden gebruikt.

Datum:

Naam + voornaam:

Naam zoon/dochter:

Handtekening:

Met vriendelijke groeten,

Kiara Doomen en Jasmine Janssens

Toestemmingsformulier

Beste ouder(s),

Omwille van ons eindwerk vragen wij uw toestemming om de Sherborne sessies te filmen van uw zoon/dochter. Deze filmpjes zullen gebruikt worden in de presentatie van ons eindwerk, dat gaat over Sherborne en ontwikkelingsstotteren. De filmpjes worden niet voor verdere doeleinden gebruikt.

Datum:

Naam + voornaam:

Naam zoon/dochter:

Handtekening:

Met vriendelijke groeten,

Kiara Doomen en Jasmine Janssens

Bijlage 3: SSI

Stuttering Severity Instrument

TEST FORM

by Glyndon D. Riley, Ph.D.

NAME _____ SEX M F GRADE _____
 SCHOOL _____ DATE OF BIRTH _____
 EXAMINER _____ DATE _____ AGE _____
 READER _____ NON-READER _____

Copyright 1980 C.C. Publications, Inc.
 P.O. Box 23499, Tigard, Oregon 97223

FREQUENCY Use Readers Table 1 and 2 or Non-Readers Table, not both.

1. Job Task		2. Reading Task	
Percentage	Task Score	Percentage	Task Score
1	2	1	2
2-3	3	2-3	4
4	4	4-5	5
5-6	5	6-9	6
7-9	6	10-16	7
10-14	7	17-26	8
15-28	8	27 and up	9
29 and up	9		

3. Picture Task	
Percentage	Task Score
1	4
2-3	6
4	8
5-6	10
7-9	12
10-14	14
15-28	16
29 and up	18

Frequency Task Score 1 and 2 or 3

DURATION

Estimated Length of Three Longest Blocks	Score
Fleeting	1
One half second	2
One full second	3
2 to 9 seconds	4
10 to 30 seconds (by second hand)	5
30 to 60 seconds	6
More than 60 seconds	7

Duration Score

PHYSICAL CONCOMITANTS

Evaluating Scale:	0 = none, 1 = not noticeable unless looking for it, 2 = barely noticeable to casual observer, 3 = distracting, 4 = very distracting, 5 = severe and painful looking
Distracting Sounds:	Noisy breathing, whistling, sniffling, blowing, clicking sounds . . . 0 1 2 3 4 5
Facial Grimaces:	Jaw jerking, tongue protruding, lip pressing, jaw muscles tense . . . 0 1 2 3 4 5
Head Movements:	Back, forward, turning away, poor eye contact, constant looking around 0 1 2 3 4 5
Movements of the Extremities:	Arm and hand movement, hands about face, torso movement, leg movements, foot tapping or swinging 0 1 2 3 4 5

Total Physical Concomitant Score

Total Overall Score

CHILDREN'S SEVERITY CONVERSION TABLE (I)

Instructions: To convert the total overall score to a percentage, circle the appropriate number below.

Total Overall Score (circle one)	Percentile	Severity
0-5	0-4	Very Mild
6-8	5-11	
9-13	12-23	Mild
14-15	24-30	
16-19	31-40	Moderate
20-23	41-77	
24-27	78-89	Severe
28-30	90-95	
31-45	96-100	Very Severe

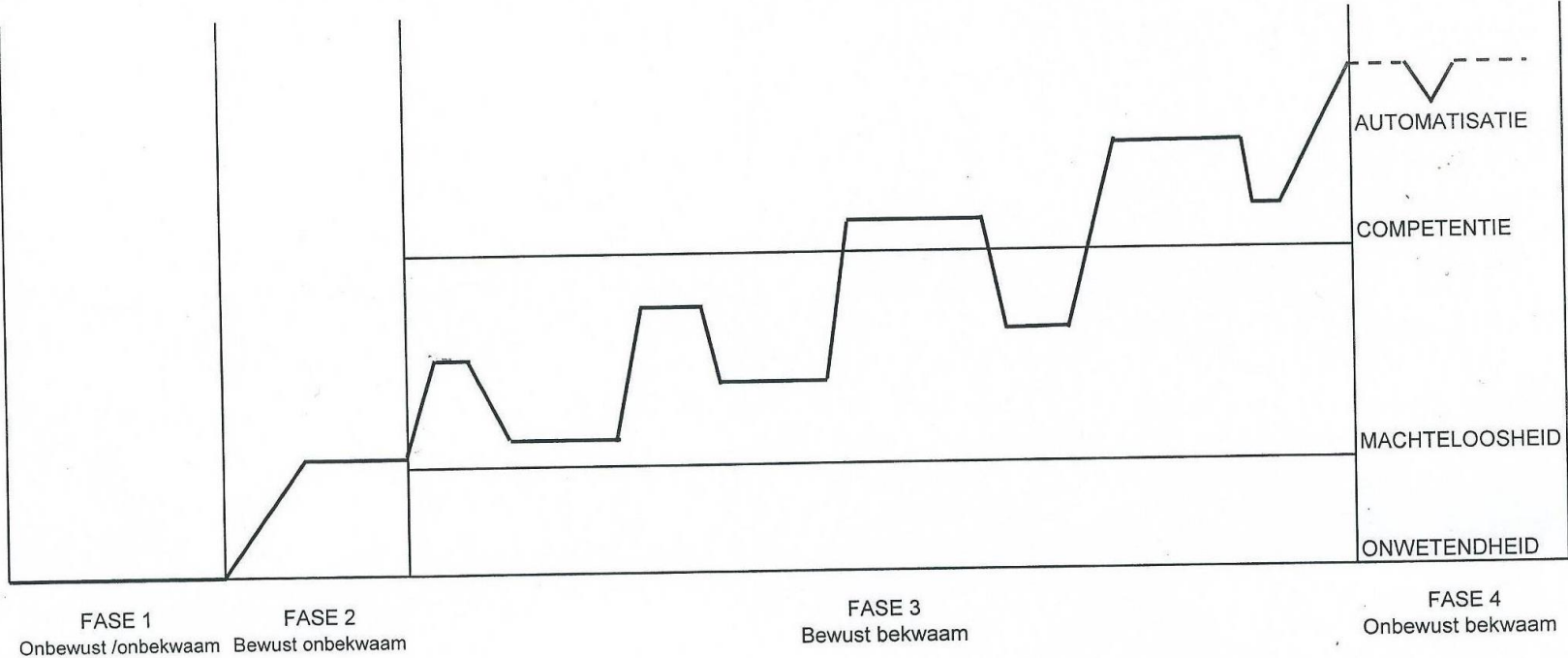
ADULT'S SEVERITY CONVERSION TABLE (II)

Instructions: To convert the total overall score to a percentage, circle the appropriate number below.

Total Overall Score (circle one)	Percentile	Severity
0-16	0-4	Very Mild
17-19	5-11	
20-21	12-23	Mild
22-24	24-30	
25-27	31-40	Moderate
28-30	41-77	
31-33	78-89	Severe
34-36	90-95	
37-45	96-100	Very Severe

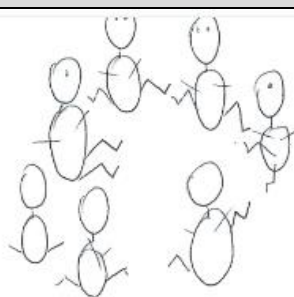
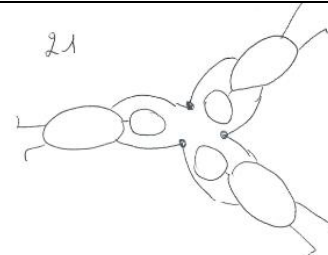

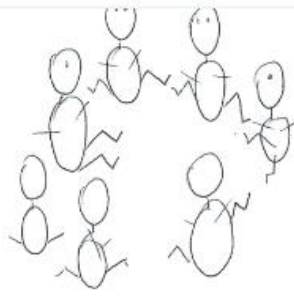
Bijlage 4: leerstadia model van Maslow (1954)

VERANDERINGSFASES (SCHEMATISCH)

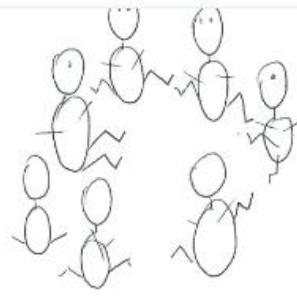


Bijlage 5: oefensessies vanuit de sherborne bewegingspedagogiek

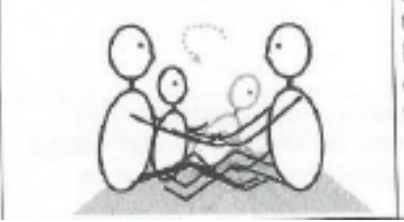
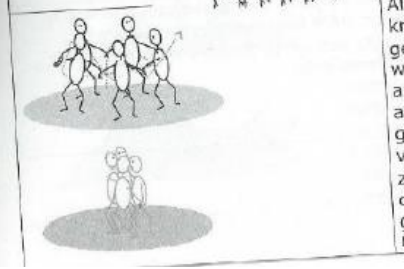
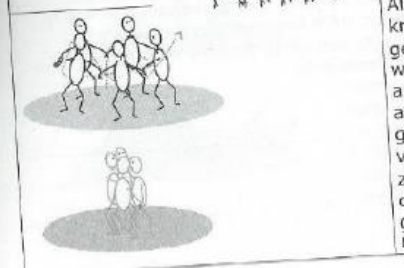
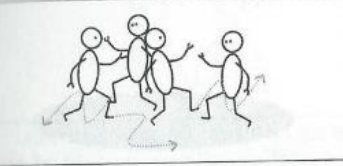
Inleiding

Oefening	Afbeelding
De kinderen zitten in een kring: Eerst zegt ieder zijn eigen naam, vervolgens proberen de kinderen elkaars naam te zeggen door de kring rond te gaan.	
De kinderen liggen op hun buik in een cirkel. De hoofden wijzen naar elkaar toe. De kinderen zeggen een naam van een ander kind en raken de vinger (of een ander lichaamsdeel) van deze persoon aan.	21 
De kinderen gaan verspreid liggen. De therapeut tikt 1 kind aan. Als het kind dit voelt wordt het "wakker". Dit kind gaat weer een ander kind aantikken	
Iedereen komt samen in een kring, er wordt een vraag gesteld waar de kinderen 1 voor 1 een antwoord op geven. Er wordt ingespeeld door de therapeut. <ul style="list-style-type: none">- Wat gaan jullie nog doen vandaag?- Wat hebben jullie in de vakantie gedaan?- Wat gaan jullie in de vakantie doen?- Wat hebben jullie gisteren gedaan?	

De kinderen zitten in een kring en herhalen
de namen van de kinderen door te zeggen:
“ik ben X, wie ben jij?”

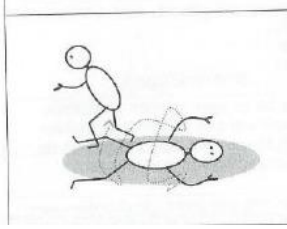


Voorbeeld sessie

Oefening	Afbeelding
<p>De hele groep gaat in een grote kring zitten. Iedereen houdt elkaars handen vast in zit. Knieën worden dicht bij het lichaam gehouden. Vervolgens probeert iedereen tegelijkertijd recht te staan terwijl de kring behouden blijft.</p>	
<p>De kring blijft behouden en iedereen houdt elkaars handen vast. De therapeut vraagt om zo dicht mogelijk naar elkaar toe te komen. De therapeut vraagt zo ver mogelijk uit elkaar te gaan zonder de handen los te laten.</p>	
<p>De kring wordt op 1 plaats losgelaten zodat er een begin en een einde wordt gevormd. Het kind dat in het begin staat moet overal als een slang doorheen de groep en de rest moet volgen.</p>	
<p>De kinderen lopen door elkaar. Ze kiezen zelf op welke manier ze stappen. Telkens krijgen ze een opdracht van de therapeut.</p> <p>Bijvoorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none">- 'Hallo' zeggen als je iemand tegenkomt- 'Hallo ik ben ...' zeggen als je iemand tegenkomt <p><i>Let op: de kinderen erop wijzen dat er oogcontact gemaakt moet worden</i></p>	

Per 2

Kind A gaat op de grond liggen, kind B stapt over, rond, ... kind A. Daarna wisselen de rollen.



Per 2

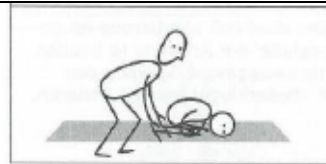
Beide kinderen gaan rechtstaan met het gezicht naar elkaar toe en geven elkaar een hand. Kind A probeert kind B om te trekken of duwen.

Let op: de kinderen mogen elkaar geen pijn doen

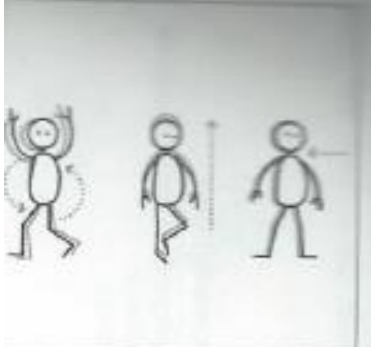
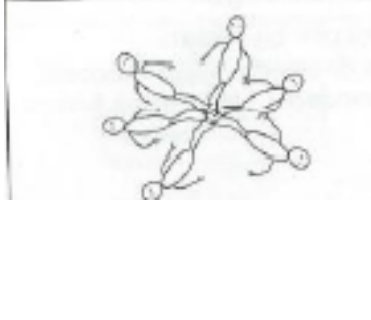
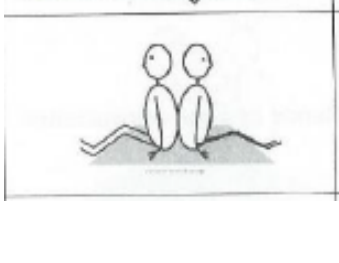
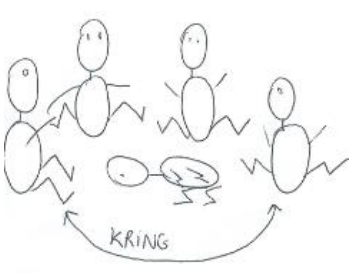
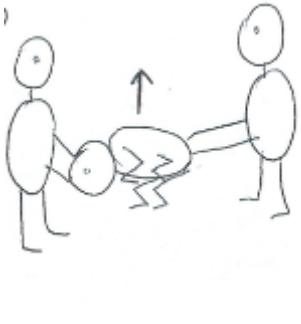


Per 2

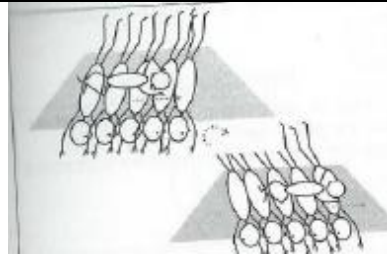
Kind A gaat zitten, kind B moet het bolletje proberen los te krijgen.



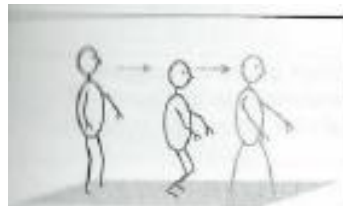
Voorbeeld sessie

Oefening	Afbeelding
<p>De kinderen liggen op hun buik en proberen zich op verschillende manier te verplaatsen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - met de armen - met de benen - met de armen en benen - ... 	
<p>De kinderen maken een kring, ze gaan liggen op hun rug en de voeten wijzen naar het midden. De kinderen raken elkaars voeten aan en wiebelen/friemelen met elkaars voeten.</p>	
<p>Per 2 De kinderen zitten met de rug tegen elkaar. Dan gaan ze wiegelen door naar voor, achter, links, rechts, ... te bewegen.</p>	
<p>De kinderen zitten in een kring en iedereen gaat in een bolletje liggen. Kind A mag over alle bolletjes heen stappen.</p>	
<p>Kind A ligt als een ontspannen bolletje op de grond. De andere kinderen proberen dit bolletje op te heffen.</p> <p><i>Lukt dit niet, stel de vraag: waarom het niet lukt?</i></p>	



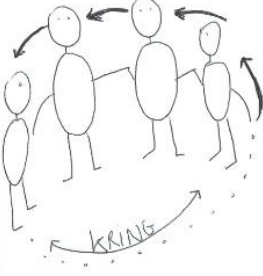
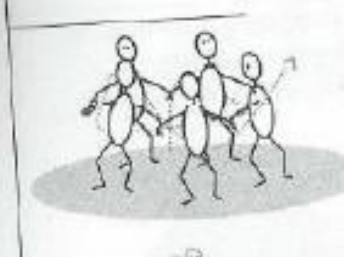
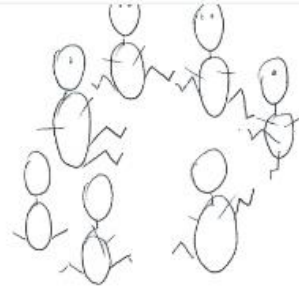
De kinderen liggen allemaal op hun buik, 1 persoon (eventueel de therapeut) gaat op de kinderen liggen. Doordat de kinderen samen op hetzelfde tempo en door rekening te houden met elkaar naar een kant rollen kan de persoon mee verplaatst worden.



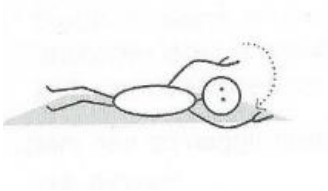
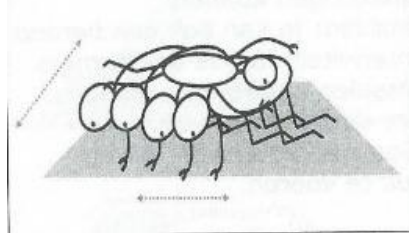
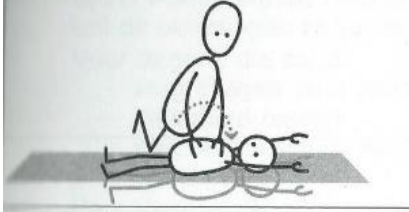
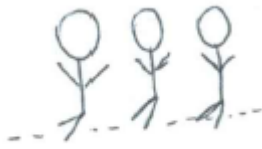
De kinderen wandelen door elkaar.
Afwisselend gespannen en ontspannen.



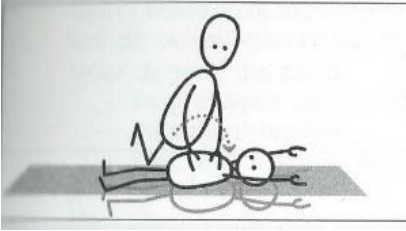

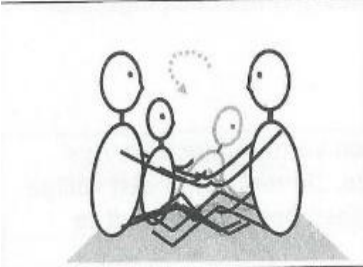
Voorbeeld sessie

Oefening	Afbeelding
<p>De kinderen zitten in een treintje, elk kind masseert het kind voor zich. Daarna schuift de eerste persoon achteraan aan.</p>	
<p>Per 2 Kind A gaat voor een muur staan. Kind B gaat tussen het kind en de muur staan en probeert ervoor te zorgen dat het kind niet naar de muur kan kijken.</p>	
<p>De kinderen staan in een kring en hebben elkaars handen vast. Laat de kinderen zelf bepalen hoe ze in de kring ronddraaien (welke kant, snel, zacht). Alle kinderen geven om de beurt een inbreng.</p>	
<p>Alle kinderen staan in een grote cirkel, bij het horen van je naam komt het kind naar het midden van de cirkel.</p>	
<p>Alle kinderen zitten in een kring. Ze moeten met de handen bewegen, later de voeten.</p>	


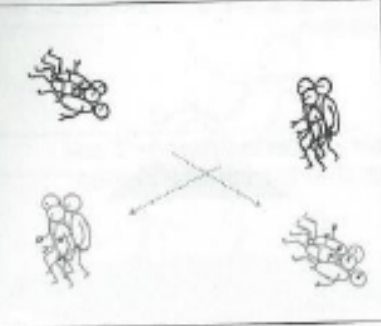

Voorbeeld sessie

Oefening	Afbeelding
<p>De kinderen zitten in een kring en liggen op hun buik. Ze rollen samen naar dezelfde kant of de andere kant</p> <p>De therapeut geeft aan of er snel wordt gerold of traag.</p>	
<p>De kinderen liggen op een rijtje langs elkaar op hun buik. Het kind dat aan de buitenkant ligt rolt steeds over de hele rij</p> <p><i>Let op: iedereen komt aan de beurt</i></p>	
<p>Per 2</p> <p>Kind A gaat liggen en kind B rolt kind A vooruit. De kinderen vragen aan elkaar of het zo goed is, trager moet of sneller moeten rollen.</p>	
<p>De kinderen zitten achter elkaar in een grote trein. De therapeut duidt iemand aan die uit de trein moet proberen te ontsnappen.</p> <p>Wanneer de persoon ontsnapt, mag deze vooraan of achteraan in de trein gaan zitten.</p>	

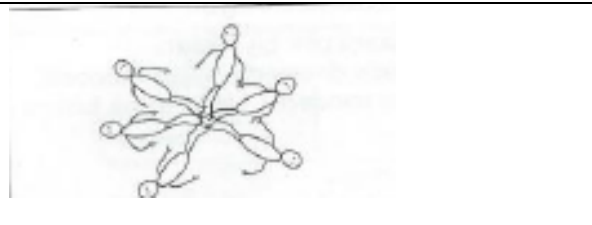
Voorbeeld sessie

Oefening	Afbeelding
<p>Per 2</p> <p>Kind A gaat liggen terwijl kind B kind A vooruit rolt.</p> <ul style="list-style-type: none">- Met 1 hand- Met 2 handen- Rustig met de voeten- ...	 A stick figure is shown sitting on the floor, rolling another stick figure (a child) forward with their hands. The child is lying on their back, and the person is positioned behind them, pushing them forward.
<p>Per 2</p> <p>Kind A gaat aan de andere kant van de ruimte zitten. Kind B loopt naar kind A toe. Dit mag op verschillende manieren. Maar het moet zo stil mogelijk gebeuren. Kind A roept “stop” wanneer hij denkt dat kind B achter hem staat.</p>	 A sequence of four stick figures shows a person walking from left to right towards another person who is sitting on the floor. The walking person's position changes in each frame, moving closer to the sitting person.
<p>Iemand in het midden(zittend), die persoon moet bewegen, dit gebeurt door de anderen die het kind rondduwen.</p>	 A stick figure is sitting in the center, surrounded by four other stick figures. The surrounding figures have their arms extended towards the central figure, suggesting they are pushing or supporting them.



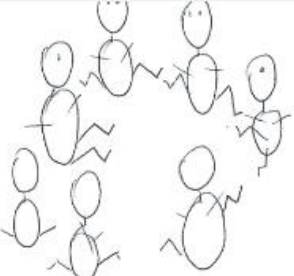
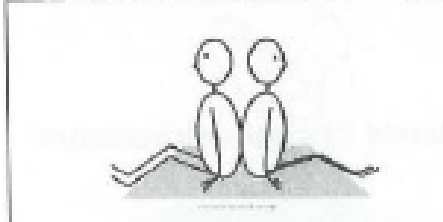
Voorbeeld sessie


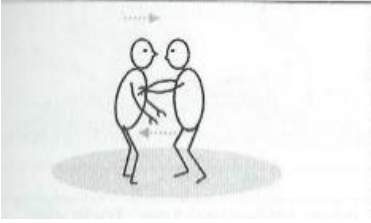

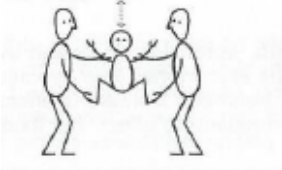
Oefening	Afbeelding
<p>Per 2</p> <p>Kind A gaat aan de andere kant van de ruimte zitten. Kind B loopt naar kind A toe. Dit mag op verschillende manieren. Maar het moet zo stil mogelijk gebeuren. Kind A roept “stop” wanneer hij denkt dat kind B achter hem staat.</p>	
<p>Ruimte in 4 hoeken verdelen</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 hoek: hoog - 1 hoek: Laag - 1 hoek: Smal - 1 hoek: Breed <p>Bij een signaal wisselen de kinderen van hoek en dan kiezen ze zelf hoe ze hoog, .. uitbeelden.</p> <p><i>Het is niet erg dat er meerdere in de hoek staan, de kinderen kunnen dan ook samenwerken.</i></p>	
<p>Stappen op verschillende manieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sierlijk - Grote stappen - Schuivend stappen - Springen - Voeten heel hoog heffen - ... <p><i>Let op: inspelen op wat de kinderen zeggen</i></p>	

De kinderen liggen op hun rug in een kring met de voeten tegen elkaar. De therapeut vraagt op welke manier de kinderen het liefste stappen.


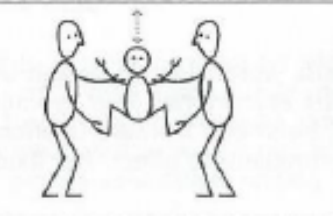

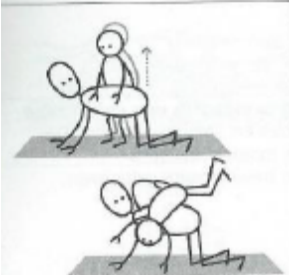


Voorbeeld sessie

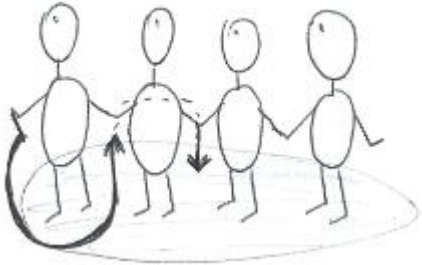
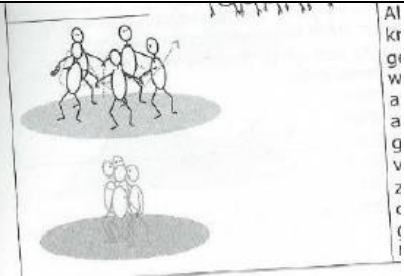
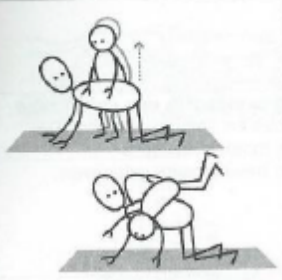
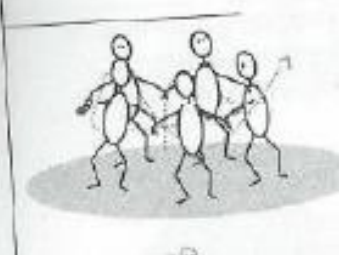
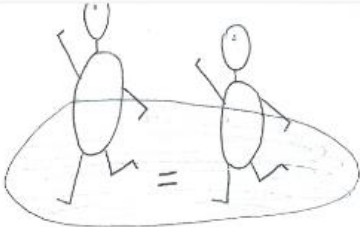
Oefening	Afbeelding
<p>De kinderen zitten in een kring op de mat en stampen met hun voeten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traag en hard - Snel en hard - Benen even laten rusten - Heel zacht en traag - Heel zacht en snel - ... 	 <p>A stick figure is sitting on a mat. To the right of the figure, there are several arrows pointing down and up, indicating the direction and timing of foot movements during the exercise.</p>
<p>De kinderen zitten in een kring op de mat en kloppen met hun handen op de mat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hard en langzaam - Hard en snel - Traag en zacht - Zacht en snel - ... 	 <p>A stick figure is sitting on a mat. To the right of the figure, there are several arrows pointing down and up, indicating the direction and timing of hand movements during the exercise.</p>
<p>De kinderen gaan in een kring zitten. De therapeut vraagt wat de kinderen het liefste doen en wat voor de kinderen het vermoeiendste/moeilijkste is.</p>	 <p>Several stick figures are sitting in a circle on the floor, representing a group of children in a session.</p>
<p>Per 2</p> <p>De kinderen zitten met de ruggen tegen elkaar. Het zitvlak moet op dezelfde plaats blijven en de kinderen moeten hard duwen.</p> <p>Variatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tel tot 3 en dan tegelijk duwen - Veranderen van plaats, iemand gaat 	 <p>Two stick figures are sitting back-to-back on the floor, illustrating the exercise where they push against each other's backs.</p>

<p>proberen de ander te verschuiven.</p> <p><i>Let op: wisselen van wie er duwt en wie geduwd wordt.</i></p>	
<p>Per 2</p> <p>Kind A en B staan recht en schuiven de vingers over elkaar. Vervolgens duwen ze even hard met de handen tegen elkaar.</p> <p>Variaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zo hard mogelijk duwen als het kind kan (om de beurt) - Kind A duwt terwijl kind B moet tegenhouden 	
<p>Therapeut gaat op een lijn staan, de kinderen duwen de therapeut weg. Daarna evalueren ze hoe het ging.</p> <p>Eventueel onderling afspreken hoe de kinderen gaan duwen (taakverdeling).</p>	
<p>Per 3</p> <p>2 personen helpen kind A met springen door te ondersteunen aan de elleboog en de hand vast te houden. Het kind dient zelfstandig te springen maar krijgt ondersteuning van de 2 personen.</p> <p><i>Eventueel eerst 2 therapeuten aan de buitenkant. Vervolgens doen de kinderen deze oefening met elkaar.</i></p>	
<p>Kind A gaat op de rug liggen, 2 andere personen pakken kind A bij de enkels en bij de handen vast. Daarna wordt het kind op gehoffen en heen en weer gewiegd.</p>	

Voorbeeld sessie

Oefening	Afbeelding
<p>De kinderen zitten in een kring en een voor een kiezen ze zelf een beweging die de hele groep gaat uitvoeren.</p> <p>Bijvoorbeeld: klappen, armen in de lucht, wuiven, ...</p>	
<p>Kind A gaat op de rug liggen, 2 andere personen pakken kind A bij de enkels en bij de handen vast. Daarna wordt het kind op gehoffen en heen en weer gewiegd.</p>	
<p>De kinderen wandelen slap door het lokaal.</p> <p>Als de kinderen heel slap zijn kunnen ze neer vallen. De therapeut komt voelen of ze daadwerkelijk slap zijn.</p>	
<p>Kind A gaat op handen en knieën zitten.</p> <p>Kind B komt op de rug liggen en gaat heel slap over kind A hangen.</p>	

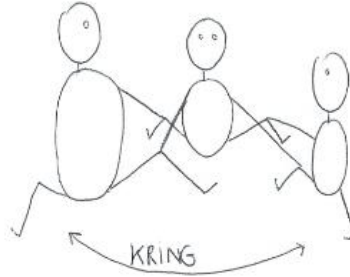
Voorbeeld sessie

Oefening	Afbeelding
<p>De kinderen geven elkaar een hand en wandelen rond als een slang. Het eerste kind bepaalt de snelheid:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Snel/traag - Hard/stil - ... 	
<p>De kinderen staan in een kring en geven elkaar de hand. Als eerst maken ze de kring zo groot mogelijk, daarna zo klein mogelijk. Doe dit een aantal keer.</p>	
<p>Per 2</p> <p>Kind A gaat op handen en knieën zitten.</p> <p>Kind B komt op de rug liggen en gaat heel slap over kind A hangen. Daarna moet kind B op een andere manier er over hangen (eigen inbreng van de kinderen).</p> <p><i>Let op: de handen en voeten mogen de grond niet raken</i></p>	
<p>De kinderen staan in een kring. Ze geven elkaar een hand en gaan naar achter hangen. Iedereen probeert elkaar in evenwicht te houden. Probeer dit nu ook per 2.</p>	
<p>Per 2</p> <p>Kind A doet kind B na.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hard / zacht wandelen - Snel/ langzaam wandelen 	

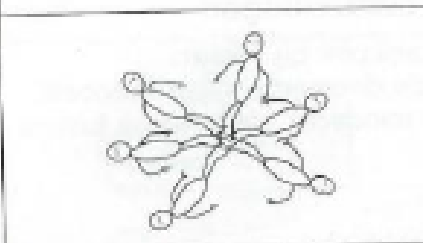
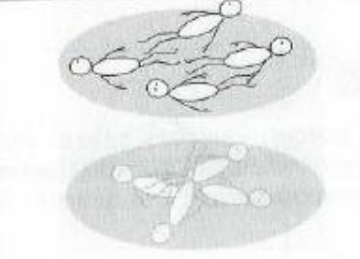
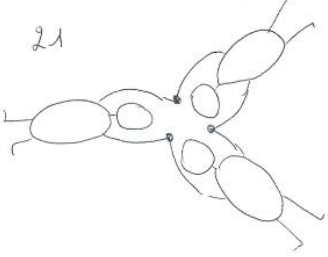

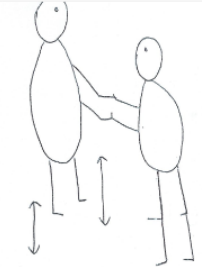
- Stoppen
- Over de grond kruipen

Vergeet niet om te wisselen van rol!

De kinderen zitten in een cirkel. Jouw linkerhand ligt op de rechterknie van je linkerbuurman. Je rechterhand ligt op de knie van je rechterbuurman. Er wordt telkens een signaal gegeven door te pitsen op de knie. Iedereen moet de ogen sluiten. Als de therapeut 'stop' zegt, moet degene waarbij het signaal als laatst was zeggen "bij mij".



Voorbeeld sessie

Oefening	Afbeelding
<p>De kinderen liggen in een kring met de tenen tegen elkaar en de handen tegen elkaar. Eerst brengen ze samen de voeten omhoog, daarna de handen.</p>	
<p>Iedereen ligt op de rug. De kinderen moeten zoveel mogelijk de tenen tegen elkaar houden en de handen vastpakken</p>	
<p>De kinderen liggen op hun buik in een cirkel met hun gezicht naar elkaar toe. Therapeut stelt de vraag: ‘Hoe kunnen we elkaar aanraken?’</p> <ul style="list-style-type: none"> - Handen - Schouders - Hoofd - Vingers - Ellebogen - ... 	
<p>Kind A maakt een brug, kind B maakt gebruik van de brug met zijn handen om hoger te kunnen springen.</p>	
<p>Per 2</p> <p>Kind A en kind B houden elkaars handen vast. De therapeut zegt: “er bestaan verschillende manieren van springen, welke?” Deze manieren moeten de kinderen uitproberen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Samen springen 	

- Om de beurt
- Traag/ snel
- ...

Per 3

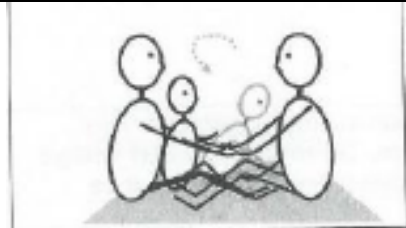
2 personen helpen kind A met springen door te ondersteunen aan de elleboog en de hand vast te houden. Het kind dient zelfstandig te springen maar krijgt ondersteuning van de 2 personen.

Eventueel eerst 2 therapeuten aan de buitenkant. Vervolgens doen de kinderen deze oefening met elkaar.

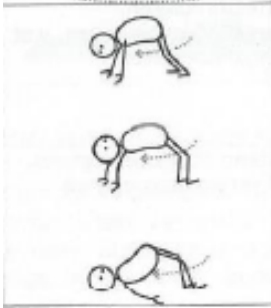
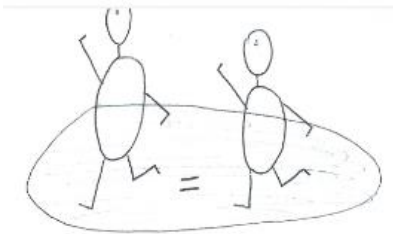
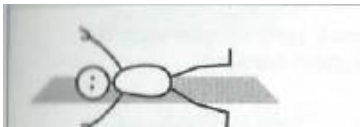



De kinderen zitten in een kring dicht bij elkaar. Kind A gaat in het midden zitten en laat zich volledig slap en ontspannen doorgeven door de andere kinderen.

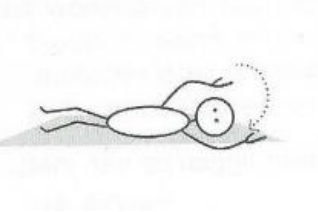



Let op: de kinderen mogen kind A niet pijn doen, laten vallen, ...



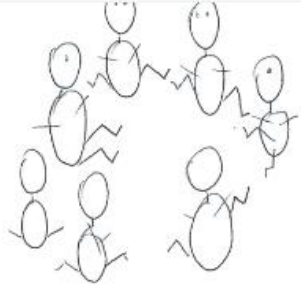
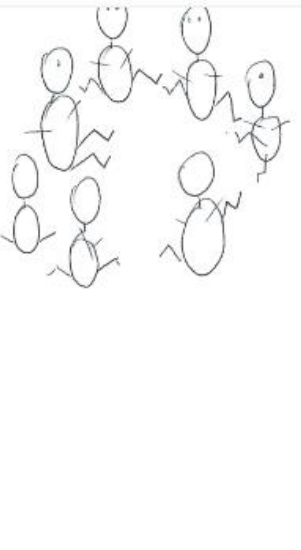

Voorbeeld sessie

Oefening	Afbeelding
<p>Per 2</p> <p>Kind A moet stevig staan op handen en knieën. Kind B moet kind A kunnen omduwen. Daarna wissel je van rol.</p> <p><i>Let op: voorzje een moment waarop je evalueert wie er stevig staat en wie niet. Leg uit hoe je stevig kan staan en laat de kinderen dat ook uitproberen.</i></p>	
<p>Per 2</p> <p>Kind A gaat achter kind B staan. Kind A doet kind B na.</p> <p><i>Let op: wissel van rol!</i></p>	
<p>Op de mat tot rust komen door op de rug te liggen en de ogen te sluiten</p>	
<p>Per 2</p> <p>Kind A zit op handen en knieën. Kind B zit ook op handen en knieën achter Kind A. Kind A legt zijn benen op de schouders van kind B. Vervolgens gaan ze samen rondstappen.</p>	

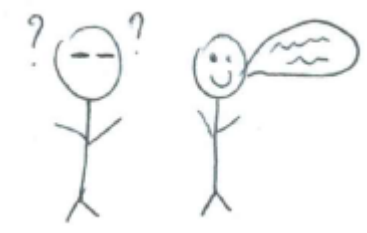
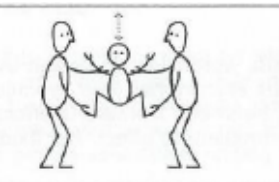
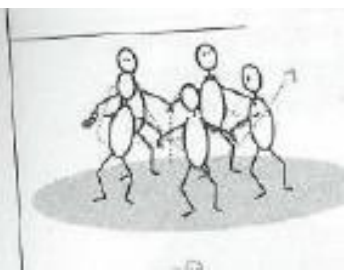
Voorbeeld sessie

Oefening	Afbeelding
<p>De therapeut stelt de vraag: “hoe kan je rollen?” De kinderen mogen een voor een een mogelijkheid laten zien. De inbreng van het kind gaan we ook allemaal proberen na te doen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - zijwaarts - koprol - achterwaartse koprol - per 2 rollen - over iemand rollen - ... 	 <p>A stick figure is shown lying on its side on the ground, with a dashed circle around its head indicating a rolling motion.</p>
<p>Koprol over de schouders van de therapeut die neerzit met de benen gespreid</p>	 <p>Two stick figures are shown. The top one is a therapist kneeling with legs spread, supporting a child on their shoulders. The bottom one shows the child performing a headstand over the therapist's back.</p>
<p>De therapeut ligt op de rug met beide benen opgetrokken. Kind A ligt met de romp op de onderbenen. De therapeut beweegt de benen voor- en achterwaarts zodat het kind lijkt te vliegen.</p> <p>Vervolgens kunnen de kinderen dat ook zelf per 2 proberen.</p>	 <p>A stick figure is shown lying on its back on the therapist's raised legs. Arrows indicate the therapist's legs moving forward and backward.</p>
<p>De therapeut neemt het kind aan één arm en één been vast terwijl het op de grond ligt.</p> <p>Draai het kind rond zodat het in de lucht zweeft.</p> <p><i>Let op: spreek op voorhand af hoe je het kind weer veilig op de grond zet.</i></p>	 <p>A stick figure is shown being held by a therapist. The therapist is holding the child by one arm and one leg, lifting them into the air.</p>

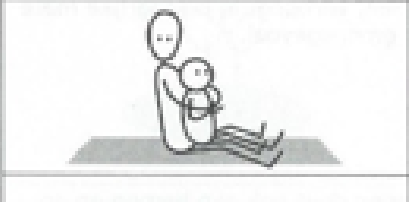
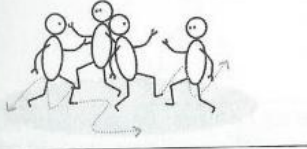
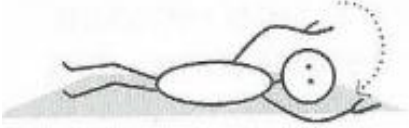

Voorbeeld sessie

Oefening	Afbeelding
<p>Iedereen zit in een kring. Kind A doet een ritme voor. De anderen volgen dat ritme.</p> <p><i>Let op dat iedereen aan de beurt komt</i></p>	
<p>Kind A doet even de ogen dicht. De therapeut duid iemand aan die een ritme aan mag geven. Dan lopen de kinderen rond op het ritme dat de afgesproken persoon aangeeft. Kind A moet ondervinden wie het ritme aangeeft.</p> <p><i>Let op: het ritme mag niet steeds hetzelfde zijn, er moet variatie in zitten.</i></p>	
<p>De kinderen gaan in groep achter elkaar staan. De persoon die als eerst staat geeft het ritme van stappen aan.</p> <p><i>Let op: de kinderen moeten afspreken welke voet eerst, de maat aangeven, ...</i></p>	

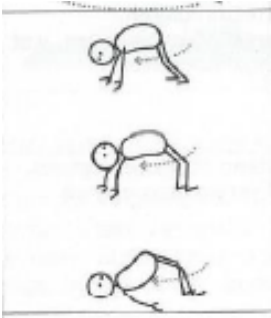
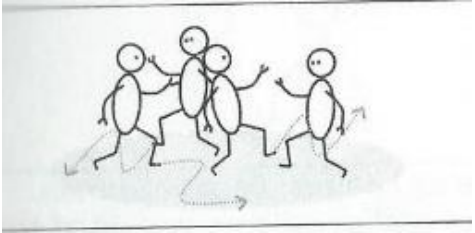
Voorbeeld sessie

Oefening	Afbeelding
<p>Kind A houdt de ogen dicht, kind B begeleid kind B naar de andere kant van de ruimte door verbale instructies te geven.</p> <p><i>Let op: kind B mag kiezen langs welke weg kind A moet lopen.</i></p>	 A simple line drawing of two stick figures. The figure on the left has a horizontal line for eyes and two question marks above its head, representing a blindfolded person. The figure on the right has a smiling face and a speech bubble containing wavy lines, representing a guide giving verbal instructions.
<p>Per 3 (of meer)</p> <p>Kind A en kind B staan zijdelings naast kind C. Kind A en kind B nemen kind C vast aan de armen en benen. Kind A en kind B brengen kind C al zwevend naar de andere kant van de ruimte.</p>	 A line drawing showing three stick figures. Two figures on the left and right are holding the arms and legs of a third, smaller figure in the center, illustrating how to hold someone to move them.
<p>Iedereen staat in een kleine kring. Kind A staat in het midden van de kring en laat zich slap hangen. De rest moet kind A zachtjes rondduwen.</p> <p><i>Let op: de kinderen mogen kind A niet pijn doen, laten vallen, ...</i></p>	 A line drawing of four stick figures standing in a circle, holding hands. One figure is in the center, and the others are around it, illustrating a group activity.

Voorbeeld sessie

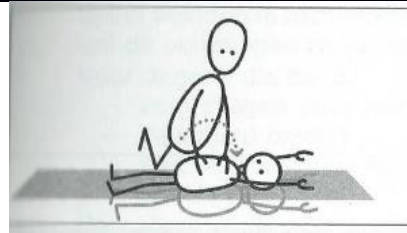
Oefening	Afbeelding
<p>Per 2</p> <p>Kind B gaat zitten met de benen gestrekt vooruit.</p> <p>Kind A gaat liggen op de benen van kind B. En kind B masseert de rug van kind A.</p>	
<p>De kinderen lopen door elkaar zonder elkaar te raken. De ruimte wordt steeds verkleint.</p>	
<p>Per 2</p> <p>Kind A ligt in ruglig met handen en benen gespreid. Kind B probeert kind A om te draaien zodat hij op zijn rug ligt.</p> <p><i>Let op: wisselen van rol!</i></p>	
<p>Kind A zit op handen en knieën, kind B ligt op de rug van kind A. Kind A wiegt in verschillende richtingen, eventueel ook rondstappen.</p> <p><i>Let op: kind B mag kiezen hoe hij op de rug van kind A ligt.</i></p>	

Voorbeeld sessie

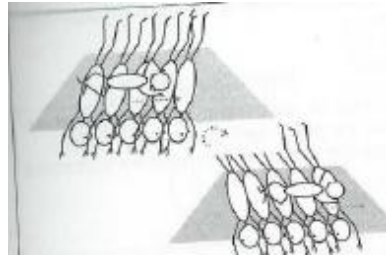
Oefening	Afbeelding
<p>Kind A gaat in een brug zitten. De andere kinderen moeten zelf manieren verzinnen om er onder of er over te gaan. Kind B neemt een andere vorm van brug aan. De andere kinderen moeten zelf manieren verzinnen om er onder of er over te gaan.</p> <p><i>Let op: elk kindje moet brug geweest zijn en elk kindje moet onder elke brug door geweest zijn vooraleer men door gaat naar volgende oefening (tenzij het kind echt niet wil)</i></p>	
<p>De kinderen wandelen door elkaar. Er wordt variatie ingebracht door de kinderen zelf.</p> <ul style="list-style-type: none">- Traag wandelen- Snel wandelen- Stil wandelen- Met veel geluid wandelen- Achteruit wandelen- ... <p>De therapeut roept de groep even samen. Als de therapeut in de handen klapt bewegen de kinderen heel stijf en star. Als de therapeut “ja” roept bewegen de kinderen heel slap.</p>	
Variaties van rollen:	

Per 2

Kind A rolt kind B naar de andere kant van het lokaal. Daarna worden de rollen omgewisseld.



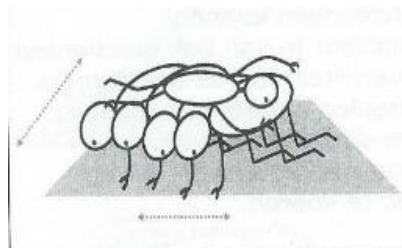
Vervolgens liggen de kinderen allemaal naast elkaar en rolt de laatste over iedereen zodat het laatste kind nu als eerste ligt. Dat principe blijft duren totdat ze aan het eind van het lokaal zijn.



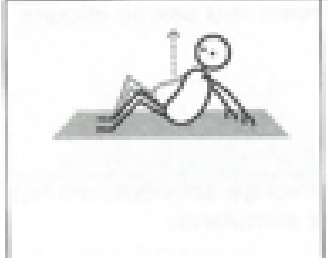

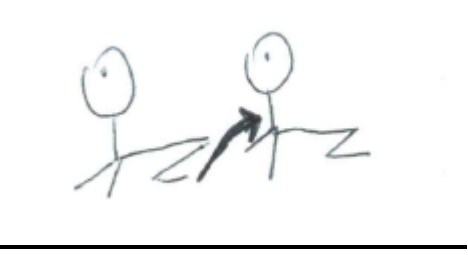
De kinderen liggen op hun buik met hun gezicht naar elkaar toe, ze geven handen. Op deze manier proberen ze samen naar de andere kant van het lokaal te rollen.



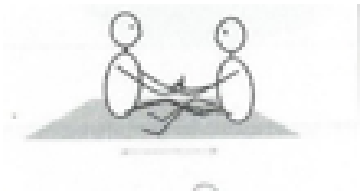
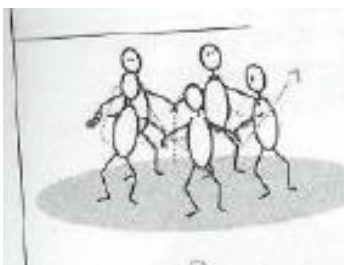
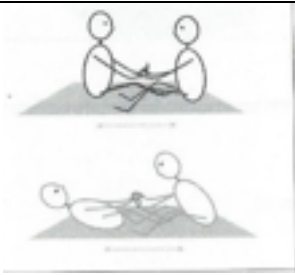
De kinderen liggen allemaal op hun buik, 1 persoon (eventueel de therapeut) gaat op de kinderen liggen. Doordat de kinderen samen op hetzelfde tempo en door rekening te houden met elkaar naar een kant rollen kan de persoon mee verplaatst worden.



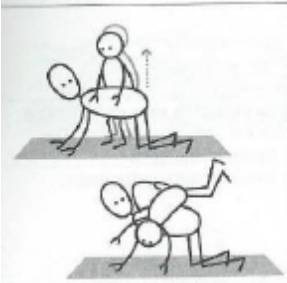
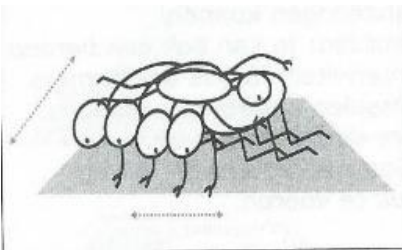
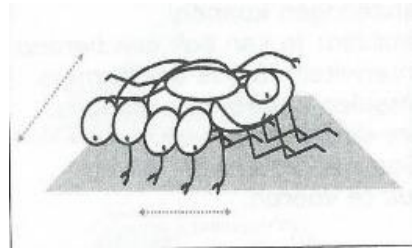
Voorbeeld sessie

Oefening	Afbeelding
<p>De kinderen maken een brug door de rug en het bekken op te heffen. Deze brug wordt een aantal keren herhaald door het opnieuw uit te voeren.</p> <p>Vervolgens vraagt de therapeut of de kinderen nog andere manieren weten om bruggen te maken. De kinderen maken een voor een brug en de andere kinderen doen dit na.</p>	 A stick figure is shown lying on its back on a mat. The figure is lifting its hips and buttocks off the ground, forming a bridge shape. The figure's arms are bent at the elbows, and its feet are flat on the ground.
<p>Per 2</p> <p>Kind A gaat op handen en knieën zitten. Kind B gaat er bovenop zitten. Kind A probeert om rond te stappen. Daarna wordt er gewisseld van rol en daarna ook van partner.</p> <p><i>Let op: de kinderen moeten aangeven wanneer het pijn doet!</i></p>	 A stick figure is sitting on its hands and knees. Another stick figure is sitting on top of the first figure's back. The second figure is holding a ball in its right hand.
<p>Kind A en kind B gaan achter elkaar op handen en knieën zitten. Kind A legt zijn benen op de schouders van kind B. De andere kinderen gaan op verschillende manieren onder en over de brug kruipen. Daarna vormt een ander duo de brug.</p> <p><i>Let op: de kinderen helpen elkaar met het bouwen van de brug, de kinderen die de brug vormen geven op tijd aan wanneer het niet meer gaat.</i></p>	 Two stick figures are sitting on their hands and knees, one in front of the other. The front figure has its legs raised and placed on the shoulders of the back figure. A thick horizontal line is drawn below the figures, representing the ground.

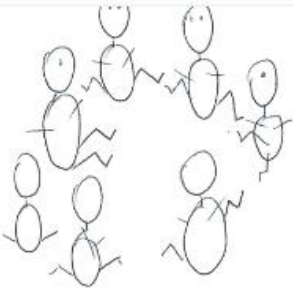
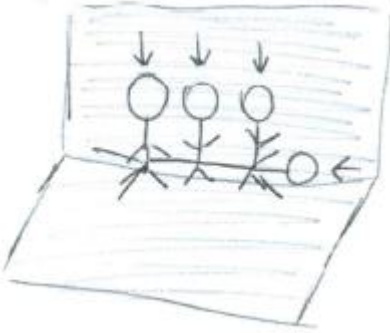
Voorbeeld sessie

Oefening	Afbeelding
<p>Per 2</p> <p>Kind A en kind B zitten op de grond rug tegen rug. Kind B gaat ontspannen zitten en houdt zich niet tegen. Kind A gaat kind B door de ruimte voortbewegen. De rollen wisselen daarna om.</p> <p><i>Let op: de kinderen duwen niet allebei tegelijkertijd!</i></p>	
<p>Iedereen staat in een kleine kring. Kind A staat in het midden van de kring en laat zich slap hangen. De rest moet kind A zachtjes rondduwen.</p> <p><i>Let op: de kinderen mogen kind A niet pijn doen, laten vallen, ...</i></p>	
<p>Per 2</p> <p>Kind A en kind B zitten tegenover elkaar en geven elkaar de handen. Kind A gaat liggen terwijl kind B zit. Kind B trekt kind A terug naar zit, terwijl kind B dan gaat liggen.</p> <p><i>Let op: wisselen van partners!</i></p>	

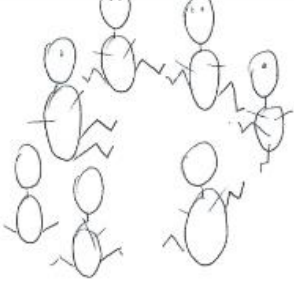

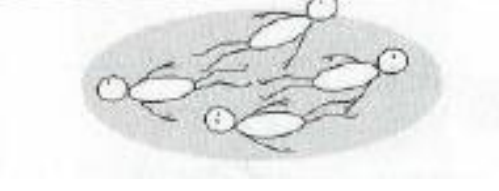
Voorbeeld sessie

Oefening	Afbeelding
<p>Per 2</p> <p>Kind A zit op handen en knieën. Kind B laat zich hangen over kind A. Vervolgens wisselen de rollen, daarna wisselt men van partner.</p>	
<p>“Kunnen we door op onze buik te liggen iemand naar de andere kant van de ruimte brengen?”</p> <p>De kinderen liggen allemaal op hun buik, 1 persoon (eventueel de therapeut) gaat dwars op de kinderen liggen. Doordat de kinderen samen op hetzelfde tempo en door rekening te houden met elkaar naar een kant rollen kan de persoon mee verplaatst worden.</p> <p><i>Let op: iedereen komt aan de beurt om op de ruggen te liggen.</i></p>	
<p>Iedereen gaat naast elkaar op handen en knieën zitten. Een vrijwilliger mag op de ruggen gaan liggen. De vrijwilliger laat zich heel ontspannen hangen terwijl de rest van de groep heen en weer wiegt.</p> <p><i>Let op: alle kinderen moeten aan de beurt komen!</i></p>	 <p>Op handen en knieën</p>

Voorbeeld sessie

Oefening	Afbeelding
<p>Iedereen zit in een kring en maakt zijn lichaam wakker op verschillende manieren. Bijvoorbeeld: met de handen draaien, met de voeten draaien, kleine klopjes geven op de benen, met de nek draaibewegingen maken, ...</p>	
<p>De kinderen (behalve 1 vrijwilliger) zetten zich met de rug tegen de muur en met de benen vooruit gestrekt. De vrijwilliger gaat op de benen van de andere kinderen liggen. De kinderen die zitten krijgen allemaal een lichaamsdeel toegewezen en geven het kind dat op de benen ligt verschillende prikkelingen en voeren verschillende bewegingen uit met hun handen.</p> <p>Achteraf is er een evaluatiemoment van wat de kinderen leuk en minder leuk vonden.</p> <p><i>Let op: de kinderen die zitten mogen geen pijn hebben, alle kinderen moeten aan de beurt komen!</i></p>	

Einde

Oefening	Afbeelding
<p>De kinderen zitten in een kring en komen tot rust. De therapeut vraagt wat de kinderen leuk vonden aan de sessie.</p>	 A line drawing showing seven stick figures sitting in a circle on the floor, facing each other. They are drawn in a simple, childlike style with circular heads and rectangular bodies.
<p>De kinderen liggen op hun rug in een kring met de voeten tegen elkaar. De therapeut vraagt op welke manier de kinderen het liefste stappen, traag en slap of gespannen en stijf. Deze oefening moet aansluiten op de sessie.</p>	 A line drawing showing seven stick figures lying on their backs in a circle. Their feet are pointed towards the center of the circle, and they are touching or very close to each other.
<p>De kinderen gaan door elkaar liggen op de matten en komen tot rust. Er wordt niet bewogen of gesproken.</p>	 A line drawing showing seven stick figures lying on their backs on a shaded oval mat. They are arranged in a circle, with their bodies overlapping or touching, and their feet pointing towards the center.