

# RESTART-DCM Werkwijze

Marie-Christine Franken en Durdana Putker <sup>1</sup>

## *Copyright*

Het is niet toegestaan om deze tekst of een deel ervan te downloaden of door te sturen dan wel te distribueren zonder toestemming van de auteur(s), **anders** dan voor strikt persoonlijk, individueel gebruik.

## *Verwijzing*

U dient als volgt naar dit document te verwijzen:

Franken, M.C. & Putker, D. (2012). *Restart-DCM Werkwijze*. Behandelprotocol ontwikkeld in het kader van het ZonMW project *Cost-effectiveness of the Demands and Capacities Model based treatment compared to the Lidcombe programme of early stuttering intervention: Randomised trial*. <http://www.nedverstottertherapie.nl>

---

<sup>1</sup> Deze werkwijze werd ontwikkeld in nauwe samenwerking met alle aan de RESTART studie deelnemende logopedisten(-stottertherapeuten).

## Voorwoord

In de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw hebben diverse Amerikaanse spraaktaalpathologen in Nederland een workshop gegeven over hun wijze van werken met stotterende kinderen: dr. Jeanna en dr. Glyndon Riley, dr. Edward Conture, dr. Woodruff Starkweather en dr. Hugo Gregory. Hoewel al deze experts duidelijk eigen accenten in hun manier van werken hebben, is hun benadering op te vatten als een 'Demands-and-Capacities Model benadering': stotteren wordt daarbij beschouwd als een uiting van een disbalans tussen de 'Demands', de verwachtingen ten aanzien van vloeiend spreken, en de 'Capacities', de mogelijkheden of vaardigheden voor vloeiend spreken (Starkweather & Franken, 1991). De benadering van de genoemde experts verschilt sterk van een operante benadering van het stotteren, zoals bij het Lidcombe Programma (LP, Onslow et al, 2003).

Behandelen volgens het Demands en Capacities Model (DCM) is eind jaren tachtig van de vorige eeuw in Nederland uitgegroeid tot de behandelstandaard voor jonge kinderen die stotteren. Dit blijkt o.a. uit het feit dat deze benadering de laatste 25 jaar werd onderwezen aan Nederlandse logopedisten in opleiding. Dr. Starkweather is na zijn eerste workshop in Nederland nog diverse malen teruggekomen om cursussen te geven. Ook heeft hij een jaar in Nederland gewerkt en gewoond. In 1990 hebben dr. Starkweather en zijn collega's Gottwald en Halfond hun werkwijze gepubliceerd in het boek *Stuttering Prevention; a clinical method*. Van dit boek is in 1991 een Nederlandse vertaling verschenen. Een informatieboekje, speciaal geschreven voor ouders van jonge kinderen die beginnen te stotteren van de hand van Dr. Starkweather, werd ook vertaald en bewerkt voor de Nederlandse situatie (Beerthuisen-van Giesen, Franken & Nijhuis-Louwerens, 1991).

Echter, de precieze wijze van werken volgens het DCM-model in de Nederlandse praktijk varieerde vrij sterk. Soms kregen ouders alleen adviezen, bijvoorbeeld om langzamer en in korte zinnen tegen hun kind te spreken en weinig vragen te stellen terwijl andere logopedist(-stottertherapeut)en geen adviezen gaven maar daadwerkelijke gedragsveranderingen traiden. Sommige richtten zich alleen op verlaging van 'demands', de verwachtingen, terwijl anderen ook aan vergroting van de mogelijkheden van het kind werkten. Het DCM-model is zowel door Dr. Starkweather en zijn directe collega's zelf als door anderen in de loop der jaren bovendien verder uitgewerkt.

In het kader van het wetenschappelijke onderzoeksproject *Kosteneffectiviteit van de behandeling volgens DCM in vergelijking tot LP*, de zgn. RESTART-studie, is een behandelprotocol volgens het DCM model uitgewerkt. De bedoeling hiervan was om alle deelnemende logopedist(-stottertherapeut)en een vergelijkbare wijze van behandelen volgens DCM te laten uitvoeren. De eerste ruwe versie van de *RESTART-DCM Werkwijze* is eind 2006 - voorjaar 2007 voorbereid door Durdana Putker en Marie-Christine Franken. Alle deelnemende logopedist(-stottertherapeut)en hebben in de aanloopfase van het project hierop hun kritiek en aanvullingen gegeven resulterend in een definitief behandelprotocol dat tijdens de studie is gebruikt. In de eindfase van het project, in 2011, is besloten het protocol algemeen toegankelijk te maken. Daartoe is het protocol door een kleinere groep tekstueel nog eenmaal gereviseerd om het ook voor logopedist(-stottertherapeut)en *buiten* het project goed leesbaar te maken.

Bij dit protocol als geheel hebben we nog een aantal opmerkingen.

Ten eerste, er zijn meer auteurs dan de hierboven genoemde, wier werk tot de DCM-benadering gerekend kan worden. Bij de hier beschreven werkwijze is echter voornamelijk geput uit het werk van de genoemde auteurs. Ten tweede, de beschrijving van deze werkwijze kan geen cursus vervangen die de beschreven werkwijze en vaardigheden daadwerkelijk aanleert en traint. Verder, wanneer bij bepaalde onderdelen van het onderzoek voorafgaand

aan de behandeling behoefte is aan specifieke expertise– bijv. een differentiaaldiagnose fonologische en/of dyspractische problemen, een onderzoek naar de cognitieve en/of sociaal-emotionele mogelijkheden, of een onderzoek bij een vermoeden van een contactprobleem- is een doorverwijzing voor specialistisch onderzoek serieus te overwegen. Ook bij behoefte aan supervisie cq. coaching tijdens een lopende behandeling kan een logopedist-stottertherapeut worden geconsulteerd. Overleg met cq. doorverwijzing naar een collega logopedist-stottertherapeut verdient serieuze overweging als er na drie maanden behandeling geen vooruitgang te merken is. Tot slot, de RESTART-DCM Werkwijze is dus het resultaat van een groepsinspanning – iedereen die eraan bijgedragen heeft, danken we daarvoor heel hartelijk.

Durdana Putker en Marie-Christine Franken in samenwerking met:

Jeanette van Baarsen

Patricia Blokker

Mary de Boer

*Hannie Boevink<sup>2</sup>*

Esther Bunschoten

*Anneke Busser*

Karin Derks

Anne van Eupen

Alies Herweijer

*Eeuwkje Kraak*

*Ellen Laroes*

Caroline Nater-Berkeljon

Brunette van der Neut

Mark Pertijs

Fine Schillevoort

Irma Uijterlinde

Lisette van der Velpen

Meina Voors

Liesbeth van Wijngaarden

Corrie Witte

Brenda Zwinkels

## **Bijlagen**

1 Formulier Ouder-kind interactie

2 Als uw kind begint te stotteren

3 Communiceren met kinderen: een andere benaderingswijze

4 Visualisering spreekregels

---

<sup>2</sup> De namen van logopedist-stottertherapeuten die de revisie van het werkprotocol samen met DP en MCF hebben uitgevoerd zijn gecursiveerd.

## 1 Inleiding

In de benadering volgens het Demands en Capacities Model (DCM, o.a. Starkweather et al., 1990; Starkweather & Franken, 1991; Starkweather & Givens-Ackerman, 1997; Hill, 2003; Riley & Riley, 1999; Conture, 2003) wordt ervan uitgegaan dat gunstige veranderingen in motorische, linguïstische, sociaal-emotionele en/of cognitieve factoren bij het kind dat stottert en/of de omgeving tot een vermindering cq. herstel van het stotteren zullen leiden. De DCM-behandeling heeft tot doel de verwachtingen (eisen) aan de communicatie van de peuter of kleuter die stottert in balans te brengen met de mogelijkheden (capaciteiten) van het kind op motorisch, linguïstisch, sociaal-emotioneel en/of cognitief gebied. De logopedist(-stottertherapeut)<sup>3</sup> gaat in de onderzoeksfase op zoek naar punten in de communicatie die het kind druk geven.

Een RESTART-DCM-behandeling beperkt zich nooit tot adviezen aan de ouders. Afhankelijk van wat nodig blijkt, wordt er in de logopedie(-stottertherapie) gewerkt aan gedragsveranderingen, aan verwerking van gevoelens en aan training van vaardigheden. Als het verlagen van verwachtingen en het vergroten van mogelijkheden niet voldoende blijkt om het stotteren te verhelpen, kan direct aan vloeiender spreken worden gewerkt door *modeling* van langzamere, minder gespannen, makkelijkere spraak (zie de betreffende paragraaf verderop).

Iedere therapie start met omgevingsbegeleiding gericht op verlaging van de verwachtingen. Die kunnen komen van personen in de communicatieve omgeving van het kind en van het kind zelf. De verwachtingen ten aanzien van vloeiend spreken die van toepassing blijken voor het specifieke kind worden verlaagd door counseling en *training* van ouders, het kind zelf, broertjes en zusjes, leraren, verzorgers en belangrijke anderen die invloed op het kind hebben. Het doel is structureel (vaker) omstandigheden te creëren waarin het kind *met zijn mogelijkheden van dat moment* vloeiend kan spreken en om het kind aan te moedigen in die omstandigheden te spreken waardoor er een leerproces op gang komt.

Expliciete training van de *mogelijkheden* voor vloeiend spreken van het kind wordt indien nodig in tweede instantie toegevoegd aan de behandeling. Echter, in de fase van het trainen van de mogelijkheden onderhoudt de logopedist(-stottertherapeut) wat er aan verlagen van verwachtingen werd bereikt. Zo is ze tijdens de behandeling zelf steeds een voorbeeld voor een Vloeiendheid Bevorderend (VB) spreekmodel voor ouders, totdat expliciet aan afbouwen van dit voorbeeld wordt gewerkt.

Ouders merken weleens op dat de aanpassingen in de communicatie die van hen worden gevraagd – bijvoorbeeld het opvallend langzaam articuleren- abnormaal zijn. Hierop kan worden aangegeven dat die inderdaad ook abnormaal zijn: het gaat om tijdelijke aanpassingen, die bedoeld zijn om bij het kind een balans te herstellen.

## 2 Onderzoek

In het onderzoek voorafgaand aan behandeling worden zowel de mogelijkheden als de verwachtingen in kaart gebracht.

- a. Bij het kind worden reguliere tests en gestandaardiseerd onderzoek afgenomen:
  - de Schlichting Test voor Taalbegrip
  - de Schlichting test voor Taalproductie II (zinsproductie en woordproductie)
  - de Peabody Picture Vocabulary Test

---

<sup>3</sup> In overeenstemming met heersende conventies wordt bij de beschrijving van de RESTART-DCM Werkwijze 'hij' gebruikt ter verwijzing naar het kind en 'zij' ter verwijzing naar de logopedist(-stottertherapeut).

- een screening van de klankproductie en indien nodig, uitgebreid onderzoek bijvoorbeeld mbv Logoart en Metaphon.
- de OMAS (Riley & Riley, 1985).

b. Er wordt een video-opname gemaakt van de communicatie over en weer tussen ouder en kind, kortweg ouder-kind (OK) interactie genoemd, tijdens twee verschillende spreesituaties van elk  $\pm 10-15$  minuten. Een of beide ouders worden uitgenodigd voor de interactie-opname. Wanneer uit de anamnese blijkt dat het van belang is om de interactie met beide ouders te observeren voor een analyse van de communicatieve druk, of die met (een) broertje(s)/zusje(s), dan kan/kunnen deze er reeds in de onderzoeksfase of eventueel later bij worden gevraagd.

Ouder(s) en kind wordt gevraagd lekker te gaan spelen zoals zij dit normaal gesproken thuis zouden doen. Zij krijgen vrij spel materiaal (Playmobil) en spelen hier  $\pm 15$  minuten mee terwijl de videocamera loopt. Daarna krijgen zij een aantal puzzels van verschillende niveaus aangereikt en ook van het samen puzzelen wordt een video-opname van  $\pm 15$  minuten gemaakt.

De opname van deze ouder-kindinteractie wordt geanalyseerd en gescoord met behulp van het Formulier Ouder-kind interactie (Zie Bijlage 1 Restart-DCM Werkwijze). In de linkerkolom staat genoteerd om welke 'verwachting' het gaat: L (linguïstisch), C (cognitief), M (motorisch) of E (emotioneel). In de rechterkolom kan worden aangegeven in welke mate of hoe vaak dit gedrag tijdens de interactie voorkomt/opvalt. Wanneer de logopedist(-stottertherapeut) nog weinig geoefend is in het beoordelen van een ouder-kind interactie verdient het aanbeveling om de middelste vijf minuten van vrij spelen en de middelste vijf minuten van de puzzelsituatie volledig uit te schrijven (de eerste vijf minuten van de opname worden overgeslagen i.v.m. gewenning van betrokkenen aan de situatie). Hierbij worden aantekeningen gemaakt m.b.t. het soort interactie (bijvoorbeeld 'open vraag, wel adequaat binnen de situatie'). Het spreektempo van de ouder(s) en van het kind worden altijd uitgerekend. Frequentie, type(n) en ernst van het stotteren tijdens deze twee interacties wordt geanalyseerd. De SSI-score (Riley, 1994) wordt uitgerekend ter bepaling van de ernstgraad van het stotteren.

### **3 Globale opzet van de behandeling**

De ouders en het kind komen aanvankelijk wekelijks een uur voor therapie. De frequentie van de contacten kan in de loop van de behandeling gaan variëren en in de afbouwfase wordt de sessielengte teruggebracht naar een half uur. Na vier sessies met ouder en kind volgt als regel een oudergesprek zonder dat het kind daarbij aanwezig is; hiervoor worden beide ouders uitgenodigd.

#### **3.1 Het eerste oudergesprek**

De eerste afspraak na het logopedisch onderzoek is een oudergesprek. Ter voorbereiding hierop heeft de logopedist(-stottertherapeut) de video-opname van de ouder-kind interactie (zie bijlage 1 Restart-DCM Werkwijze *Formulier Ouder-kind interactie*) en de testgegevens uitgewerkt.

De doelen van dit eerste oudergesprek zijn:

- A. de ouders gelegenheid geven hun zorgen te uiten
- B. mondelinge en evt. schriftelijke informatie geven over stotteren en over de resultaten van het logopedisch onderzoek
- C. het ouder-kind kwartiertje en het logboek introduceren.

Ad (A). De ouders gelegenheid geven om hun zorgen te uiten (gedachten en gevoelens). De logopedist(-stottertherapeut) vraagt met welk gevoel de ouder(s) naar hun kind kijken, in het bijzonder als het stottert. Ze gaat na of de ouder last heeft van schuldgevoelens rond het stotteren van het kind en wat voor zorgen de ouder over het kind heeft. Als er sprake is van een schuldgevoel bij de ouder(s), wordt dit als eerste aandachtspunt in het oudergesprek genomen. Het doel is te komen tot een situatie waarin de ouders weten dat stotteren ontstaat op basis van erfelijkheid/aangeboren factoren en ontwikkelingsfactoren ("Het mes dat een wond veroorzaakt", Conture, 2001, p. 89) en dat de omgeving vervolgens dingen kan doen die het probleem verergeren of verlichten ("Het zout in de wond versus een pleister op de wond"). Aan de ouders wordt verteld dat er wetenschappelijk geen enkele aanwijzing is dat ouders stotteren veroorzaken.

Ad (B). Mondelinge en schriftelijke informatie geven: hoofdstuk 1-3 van het ouderboekje van *Hoe te helpen als uw kind begint te stotteren* door Beerthuisen-van Giesen et al. (1991; zie bijlage 2 Restart-DCM Werkwijze). De volgende punten komen in ieder geval aan de orde:

- Wat is stotteren?
- Wat zijn normale onvloeiendheden cq. taal-denkonvloeiendheden? (Zie hoofdstuk 2 van *Hoe te helpen.....*)
- Wat is bekend over prognose, risicofactoren, mogelijkheden om invloed uit te oefenen op de communicatie van het kind.
- Het DCM model van Starkweather wordt uitgelegd zoals beschreven in *Hoe te helpen ...op pagina 14-15*.
- De resultaten van het logopedisch onderzoek worden met de ouders in het DCM model geplaatst. Oudergedragingen die de rust in de communicatie versterken worden benoemd met de bedoeling ze te versterken. De drukverhogende aspecten in de interactie worden ook met ouders doorgenomen en daarvan wordt gezegd dat de ouders in de therapie gaan leren hoe ze deze aspecten kunnen veranderen.
- Hoe stottert hun kind (frequentie, type, altijd / wisselend aanwezig)?
- Welke verwachtingen en mogelijkheden zijn van belang in het specifieke behandelplan van hun kind? Hierbij komt ook een evt. disbalans binnen het taalprofiel aan de orde.
- Doelen en opzet van de therapie voor hun kind, eventueel begeleiding van de leerkracht.

Ad (C). De ouders krijgen als huiswerkopdracht hun kind iedere dag (*minimaal* vijf dagen per week) een kwartier hun onverdeelde aandacht te geven: het zgn. OK-kwartiertje. Dit OK-kwartiertje dient om het kind een vast moment van de dag te geven waarin het zich gehoord en gezien voelt. In het vervolg van de behandeling wordt het ook benut om vaardigheden te oefenen; aanvankelijk gaat het daarbij om vaardigheden van ouders (om verwachtingen te verlagen) en later eventueel om vaardigheden van het kind (om mogelijkheden te versterken). De ouders krijgen tevens de opdracht om met een *logboek* te beginnen: daarin registreren ze in het begin van de behandeling tijdstip en duur van de speciale tijd met het kind. Naar behoefte kan de ouder meer observerende notities maken. Ouders die naar verhouding overmatig gericht zijn op het *onvloeiend* spreken van hun kind kan gevraagd worden om per dag vijf vloeiende zinnen van het kind te noteren<sup>4</sup>. Vrijwel altijd zullen ouders dan ontdekken dat hun kind verreweg de meeste tijd vloeiend spreekt. Verderop in de behandeling, als er aan

---

<sup>4</sup> Met dank aan Lia Tieleman

specifieke verwachtingen en mogelijkheden wordt gewerkt, houdt de ouder in het logboek de antwoorden op de volgende vragen bij:

- Wanneer / wat / hoe lang is geoefend?
- Hoe ging het? Wat was het resultaat? Hoe was dit voor u? Wat merkte u aan uw kind?
- Vragen voor de logopedist(-stottertherapeut)?

Naargelang de ingeschatte draagkracht cq. mogelijkheden van de ouder krijgt deze na het eerste oudergesprek al een opdracht mee om in het speciale OK –kwartiertje toe te passen. Deze opdracht is altijd gericht op het creëren van een *vloeienheidsbevorderende omgeving*, de basis en het begin van iedere therapie. Een voorbeeld van een dergelijke opdracht is: royale pauzes laten tussen het einde van de beurt van het kind en het begin van de beurt van de ouder.

### **3.2 Structuur van een behandeling met het kind erbij**

De volgende zaken zullen normaal gesproken tijdens een bezoek plaatsvinden:

- De logopedist(-stottertherapeut) observeert de interactie en de vloeienheid (frequentie en type onvloeiendheden) ongeveer 8 minuten terwijl de ouder met het kind speelt en praat.
- De logopedist(-stottertherapeut) leest de aantekeningen in het logboek van de ouder van die week door.
- De ouder en de logopedist(-stottertherapeut) bespreken kort hoe het de afgelopen week thuis ging en hoe het OK-kwartiertje / oefenen ging.
- De ouder laat zien hoe de behandeling uitgevoerd is in de afgelopen week.
- De ouder en de logopedist(-stottertherapeut) bespreken uitgebreid de behandelprocedures van de afgelopen week.
- De logopedist(-stottertherapeut) en de ouder bespreken de veranderingen in de procedures voor de komende week.
- De logopedist(-stottertherapeut) laat die veranderingen in de procedures zien (modeling); de ouder maakt hiervan aantekeningen in het logboek.
- De ouder probeert het voorbeeld van de logopedist(-stottertherapeut) met veranderde procedures zelf toe te passen en terwijl de ouder dit doet past de logopedist(-stottertherapeut) hierop de leerprincipes toe (erkennen/prijzen, indien nodig incidenteel verbeteren).
- De logopedist(-stottertherapeut) vat samen wat er in de volgende week verwacht wordt.
- De logopedist(-stottertherapeut) nodigt uit tot het stellen van vragen of verdere discussie met de ouder over relevante zaken. Wanneer dat nodig is, wordt aan het oplossen van problemen rond het oefenen gewerkt.

In het 2<sup>e</sup> oudergesprek (na weer vier sessies met het kind erbij) worden de gedragsveranderingen van ouders en kind besproken. Ook eventuele opvoedingsgerelateerde punten kunnen in deze sessie goed aan de orde komen, evenals emotionele verwachtingen van de ouders. De volgende trainingssessies zijn weer met het kind erbij.

## **4 Inhoud van de behandeling: het verlagen van verwachtingen**

### **4.1 Het verlagen van de *motorische* verwachtingen**

Indicatie: de ouder articuleert sneller dan het kind in vloeiende zinnen doet; zowel ouder als kind articuleren relatief snel (> 3.5 syllabe per seconde, zie Kloth et al. 1995); de ouder hanteert korte interactietijden cq. onderbreekt het kind; er is een chronisch hoog leeftempo /

gehaastheid in het gezin; er is een gewoonte om op momenten dat er weinig tijd is snel te praten.

Zie ook bijlage 1 Restart-DCM Werkwijze *Formulier Ouder-kind interactie*, analysepunten 2, 4 en 5.

Doel: verlagen van de tijdsdruk en bewegingssnelheid om de kans te verkleinen dat het kind tijdens het plannen en uitvoeren van zijn spraak- en taalproductie sneller gaat dan zijn mogelijkheden op die momenten toelaten. De ouder leert de tijd nemen om te luisteren, om het kind de tijd te geven die het nodig heeft om te communiceren wat het wil, wanneer het wil, met wie het wil, op welke redelijke manier dan ook (Conture, 2007).

De ouder:

- past royale interactietijden toe (ongeveer 1-2 seconden), nadrukkelijk **geen** overlappende spreekbeurten.
- geeft het kind voldoende tijd om zijn verhaal te doen.
- kan non-verbaal reageren ter bevordering van een rustige beurtwisseling door bijvoorbeeld een stopteken te maken als een kind erdoorheen praat; ook kan de ouder non-verbaal aanwijzingen geven om de spreekregels te handhaven, zoals een vinger op de lippen voor stil-zijn, een hand achter het oor houden voor goed luisteren etc., zie bijlage 4 Restart-DCM Werkwijze).
- spreekt met rustige, ontspannen en vloeiende spreekbewegingen op een natuurlijke manier als model voor het kind. De vuistregel voor het vinden van de goede snelheid is als volgt: even langzaam spreken als het kind zelf spreekt op vloeiende stukken, tenzij het kind relatief snel spreekt, dat wil zeggen  $> 3.5$  syll /sec. In dat geval moet de ouder leren via een eigen innerlijk model met langzaam-normale snelheid te spreken; wat soms een langere oefenperiode vraagt. Er wordt vaak een ontspanningseffect bij het kind gezien als de ouder minder gehaast gaat spreken; ook dit kan helpende terugkoppeling zijn.  
Na oefening meet de logopedist(-stottertherapeut) de spreesnelheid van de ouder nogmaals cf. de interactieanalyse tijdens het onderzoek: de gemiddelde articulatiesnelheid (zonder pauzes), evt. aangevuld door de spreesnelheid (inclusief pauzes) over minstens vijf uitingen te berekenen.
- houdt normaal oogcontact, passend bij de gewoonten in de cultuur / het gezin. Het nemen van oogcontact helpt om rustige interactietijden toe te passen cq. beurtoverlappingsen te voorkomen: je ziet wanneer de ander klaar is met spreken, cq. nog aan het praten is of nog wat wil zeggen.
- op momenten dat er heel weinig tijd is om te praten, geeft de ouder aan dat het geen goed moment is voor het verhaal en stelt dit uit tot een later, geschikt moment.
- bewaakt het algemene leeftempo in het gezin (in een rustig tempo van de ene naar de andere activiteit, voldoende "lege" tijd).

#### 4.2 Het verlagen van de *linguïstische* verwachtingen

Indicatie: aantal vragen dat door de ouder wordt gesteld is vrij hoog; het aantal bevestigende uitingen is vrij laag; aantal uitingen *per beurt* door de ouder is veel hoger dan aantal uitingen per beurt door het kind; de complexiteit van het taalgebruik (samengestelde zinnen, zinnen met inversie, lijdende zinnen; relatief moeilijke woorden, zinslengte) van de ouder is aanmerkelijk hoger dan passend is voor de leeftijd en ontwikkeling van het kind; de ouder introduceert vaak een nieuw onderwerp. Zie ook *Formulier Ouder-kind interactie analysepunten 1, 2 en 4* (Bijlage 1 Restart-DCM Werkwijze).



Doel: een nauwkeurige afstemming op het taalniveau van het kind, geen overstimulering van de taalontwikkeling, geen (te) hoge eisen aan taalverwerking.

De ouder:

- spreekt in zinnen en gebruikt woorden die qua lengte en complexiteit passen bij de ontwikkelingsleeftijd en het taalprofiel van het kind (zoals gebleken uit de voormetingen).
- zorgt voor een goede balans in de hoeveelheid gesproken uitingen door de ouder en het kind (ongeveer 1:1).
- gaat over op “het kind benoemen” als een kind erg stil blijft, ook als de ouder veel pauzes laat (voor een toelichting hiervan, zie bijlage 3 Restart-DCM Werkwijze)
- volgt zoveel mogelijk met aandacht en met ondersteunende taal het initiatief van het kind.
- stelt voornamelijk keuzevragen of gesloten vragen in plaats van een open vorm, als blijkt dat het kind meer stottert bij beantwoording van vragen in een open vorm.
- geeft de zinnen van het kind vaak herhalend terug “met een punt erachter”, soms met een kleine toevoeging die aansluit. (Kind: “Hondje aaien”. Ouder: “Jij wilt het hondje aaien. Je vindt hem lief.”). De ouder *probeert* dit altijd te doen als de uiting ongrammaticaal is, op een rustige manier en op een neutrale toon, zonder het kind expliciet te verbeteren (“Ik kies de meisje”. “OK, jij kiest het meisje.”).
- vraagt het kind niet expliciet om een verbetering als het iets nog niet goed uitspreekt.
- staat model voor iets niet altijd *precies* kunnen benoemen en het dan omschrijven (‘Een soort paard met van die strepen’) opdat het kind zichzelf minder druk oplegt.
- besteedt meerdere zinnen aan een inhoudelijk punt in het gesprek. Het kind krijgt de talige informatie herhaald en enigszins gevarieerd aangeboden. (cf. TenT, Schlichting & de Koning, 1998), **zonder** de vraag aan het kind om dit ook zo te doen. De ouder geeft alleen dit model. Voorbeelden van minimale veranderingen van de zinsstructuur: (a) “De hond gaat slapen. De poes gaat slapen”. (b) “De hond gaat slapen. De hond is moe.” Bij deze zgn. redundante wijze van spreken komen dezelfde woorden en zinsstructuren vaker terug. Hierdoor gaat de informatiedichtheid van het gesprek naar beneden. Het kind krijgt eenzelfde woord in verschillende contexten aangeboden, wat de opslag naar vorm en inhoud zal bevorderen. Iets vergelijkbaars geldt voor de zinsstructuur. Door het bewust toepassen van minimale veranderingen in de zin wordt ook de zinsstructuur geoefend.
- krijgt oog voor “minder praten” in sommige situaties. Op dagen dat het stotteren ernstig is, kan worden gezocht naar activiteiten waarbij weinig of niet hoeft te worden gepraat, bijvoorbeeld bewegingsspelletjes, puzzelen, kleuren, kleien, fietsen, knippen, muziek luisteren.

#### **4.3 Het verlagen van de emotionele verwachtingen**

Indicatie: op grond van de observaties en het oudergesprek lijkt het nuttig de ouder te leren emotioneel rustiger cq. minder eisend te reageren met betrekking tot het gedrag van het kind in het algemeen of het spreken in het bijzonder, gegeven het ontwikkelingsniveau van het kind. Zie ook Formulier Ouder-Kind interactie analyse punt 4 t/m 14.

Doel: de ouder aanvaardt het kind en de spraak van het kind in woorden en daden: de ouder realiseert zich dat het kind doet wat hij op dit moment kan. De ouder leert inspelen op het specifieke temperament van het kind, geeft aandacht aan het zelfvertrouwen van het kind, reageert neutraal-tolerant op het stotteren en maakt het kind ongevoeliger voor onvloeiendheden. De ouder bemoedigt het kind en stelt het gerust. Het kind stelt reële eisen

aan zichzelf. Deze zaken zullen vooral in de oudergesprekken aan bod komen. Waar mogelijk modelt de logopedist(-stottertherapeut) tijdens de sessies.

De ouder (indien van toepassing):

- voorkomt of tempert heftige emoties bij zichzelf in de nabijheid van het kind en biedt structuur en daarmee veiligheid en voorspelbaarheid.
- houdt rekening met het typische temperament van het kind voor zover dit relevant lijkt voor meer – minder stotteren (Riley & Riley, 2000; Conture, 2007, Bezemer et al. 2006). Het gaat primair om het signaleren van een *reactief* (gevoelig) temperament: snel angstig bij iets ongewoons / nieuws, snel opgewonden bij iets leuks, snel huilen / pijnjtes voelen, erg gevoelig voor zintuiglijke prikkels en van het *kunnen reguleren* van de reactiviteit. Bij dit laatste kan worden gedacht aan: hoe lang *blijft* het kind opgewonden bij het vooruitzicht van een leuk uitje of als papa thuiskomt van zijn werk, hoe lang *blijft* het boos of geschrokken. De logopedist(-stottertherapeut) helpt het probleemoplossende vermogen van de ouders te vergroten bij het zo gunstig mogelijk inspelen op de reactiviteit cq. het regulerende vermogen van het kind. Samen met de ouder wordt gezocht naar aanpassingen die een gunstige verandering kunnen bewerkstellingen. De ouder wordt veel ruimte gegeven om zelf met oplossingen te komen; de logopedist(-stottertherapeut) doet zelf ook suggesties om de ouder wat meer ideeën te geven. Wat voorbeelden.

\* Als leuke uitjes veel opwinding geven en veel stotteren, is een mogelijke suggestie: uitproberen hoe het werkt als een leuk uitje kort van te voren wordt aangekondigd, de ouders het kind niet extra enthousiasmeren en er achteraf op een rustige toon met benoeming van de emoties over wordt nagepraat of in eerste instantie een tekening over wordt gemaakt waarover vervolgens gepraat kan worden. De demping en de visuele ondersteuning kunnen regulerend werken.

\* Als speciale gebeurtenissen c.q. veranderingen vaak veel extra stotteren geven, kan aangeven in een kalender van die gebeurtenissen of een vakantie- of weekschema worden gemaakt omdat een visueel overzicht vaak meer rust geeft.

\* Als het zetten van de schoen in Sinterklaastijd een verergering van het stotteren geeft - waarschijnlijk als gevolg van de spanning/opwinding die dit met zich meebrengt- kan worden geprobeerd of het afbakenen van het aantal keer dat de schoen mag worden gezet in combinatie met een aankondiging hiervan vooraf, vermindering van het stotteren geeft: “Je mag drie keer je schoen zetten en mama/papa zal zeggen wanneer je dat mag doen”.

\* Een hoge mate van opwinding / spanning (“arousal”) bij het kind reguleert vaak eerder als de emoties op een invoelende, beheerste toon worden benoemd, als er eventjes de ruimte voor wordt gelaten en er vervolgens wordt overgegaan tot de orde van de dag met rustig gedrag. Als het kind nog lang in de emotie blijft, bijv. boosheid, kan op een rustige, neutrale toon worden aangegeven dat ‘ie op zijn kamer nog even lekker boos mag zijn. Het is niet de bedoeling dat het kind de verwijzing naar zijn kamer als een straf voor het uiten van zijn boosheid ervaart; er wordt voorkomen dat de boosheid versterkt wordt door de aandacht die het in de sociale situatie mogelijk toch krijgt.

De logopedist(-stottertherapeut) haakt bij dit punt zoveel mogelijk in op situaties en voorbeelden waar de ouder zelf meekomt.

- laat ruimte voor emotionele reacties en benoemt deze “met een punt erachter” (ontvangstbevestiging); dit helpt het kind om goed in contact te zijn met zijn gevoel en

geeft er ruimte aan. Zie bijlage 3 Restart-DCM Werkwijze *Communiceren met kinderen: een andere benaderingswijze*.

- biedt structuur in conflictsituaties van kinderen onderling die opwinding en meestal dus meer stotteren geven (“Hier hebben we een probleem: jullie willen allebei in dezelfde stoel voor de televisie zitten.”); de ouder modelt hoe een oplossing kan worden verzonnen en moedigt het kind aan hierin mee te denken (“Hoe lossen we dit op? Misschien kunnen jullie om de beurt 5 minuten in de stoel gaan zitten; of de een gaat vandaag in de stoel zitten en de ander morgen; weten jullie nog een oplossing?”). Een voorbeeld van een boek over dit onderwerp is Shure en DiGeronimo (1994).
- geeft *geen* adviezen over de manier van spreken aan het kind.
- laat normale, niet-vloeiende momenten in het spreken (woordherhalingen) horen op een rustige, ontspannen wijze.
- verandert een te perfectionistische instelling bij zichzelf en probeert deze zo nodig ook bij het kind af te zwakken (Riley & Riley, 2000; zie evt. schriftelijke informatie voor ouders in bijlagen 7.2 van Bezemer e.a., 2006, 2010 2<sup>e</sup> druk). “Goed is goed genoeg”, “Een foutje moet kunnen”.
- staat model met betrekking tot omgaan met dingen die men goed kan, waar men gemiddeld goed, ‘gewoon’ in is, en wat men (nog) niet goed kan: “Ik ben het aan het leren”, “Dat kan ik niet zo goed”, “Dat vind ik moeilijk”, “Wat goed dat ik daar tegen kan” (bij iets niet kunnen/weten/fout hebben).
- let er extra op dat het kind goed uitgerust is (past eventueel het dag- of weekprogramma aan).
- wordt zich bewust van zijn/haar non-verbale reacties op onvloeiendheid (evt. fronsen, wegstaren, weggaan, conversatie ‘bevroren’ enz.). De gevoelens van de ouder m.b.t. het stotteren worden met de ouders besproken; de logopedist(-stottertherapeut) reageert daar empathisch op. Als de *ouders hun eigen gevoelens* over het stotteren erkennen en accepteren, is de volgende stap het erkennen en accepteren van het stotteren en het veranderen van het evt. niet-helpende non-verbale gedrag.
- kan het stotteren met het kind op een neutrale, niet oordelende wijze bespreken en geeft het kind aan dat het spreken bij iedereen wel eens lastig gaat. De ouder stelt het kind gerust dat stotteren mag: “Je bent het praten aan het leren”.

#### **4.4 Het verlagen van de *cognitieve* verwachtingen**

Indicatie: er zijn observaties dat de ouder het kind cognitief overvraagt gezien zijn ontwikkelingsniveau. Zie ook Formulier Ouder-Kind interactie analyse punt 1 en punt 15.

Doel: de ouder wordt alert op cognitief overvragen van het kind en past dit aan waar nodig. De klinische praktijk leert dat cognitief overvragen het stotteren verergert.

De ouder (indien van toepassing):

- stelt vragen die qua complexiteit passen bij de leeftijd (dus geen vragen buiten de context als blijkt dat het kind daar niet op reageert of er veel bij gaat stotteren). Let op, dit soort relatief complexe vragen wordt door ouders vaak niet als zodanig herkend: “Vertel eens aan mama wat je op school hebt gedaan”; “Vertel eens aan papa wat je aan mij vertelde over het meisje bij jou in de klas” (Voorbeelden uit Starkweather & Givens-Ackerman, 1997, p. 121). De ouder probeert dergelijke vragen zoveel mogelijk achterwege te laten.
- is gericht op *de inhoud* van wat het kind zegt.

- stelt één vraag tegelijk –als vragen stellen nodig is - zoveel mogelijk passend bij het cognitief niveau van het kind en hij/zij wacht rustig het antwoord af.
- volgt het kind in zijn initiatieven met de volle aandacht in plaats van zelf nieuwe onderwerpen aan te dragen en daar de aandacht van het kind voor te vragen.
- converseert tijdens het spelen en kijkt boekjes met het kind op een passend niveau van taaldenk-relaties (zie bijvoorbeeld Van den Dungen, 2007).
- biedt kennis van de wereld aan die past bij de leeftijd - een kleuter hoeft bij veel zaken alleen de hoofdlijnen te weten, niet alle details.
- vraagt het kind zo min mogelijk te 'spreken op verzoek' (versjes / verhaaltjes opzeggen e.d) als het kind hier meer bij gaat stotteren.

Tot slot van dit deel over het verlagen van de verwachtingen een algemene opmerking. Als de logopedist(-stottertherapeut) twijfelt of de behandeling thuis wel (goed) wordt uitgevoerd, vraagt ze de ouder (zo vaak als ondersteunend lijkt) een thuisopname van een relevante situatie te maken. Het liefst op video, eventueel alleen audio.

## **5 Inhoud van de behandeling: het versterken van de vaardigheden**

Wanneer de vloeiendheidsbevorderende omgeving voldoende vorm aan het krijgen is, kan het versterken van de vaardigheden voor vloeiendheid van het kind aan de orde gaan komen. NB De vloeiendheidsbevorderende omgeving *blijft* de basis van therapie en blijft daarmee altijd een vast onderdeel binnen iedere therapiesessie.

### **5.1 Het versterken van de *spraakmotorische* vaardigheid**

Indicatie: wanneer uit het OMAS-onderzoek (Riley & Riley, 1985) naar voren komt dat de oraal-motorische vaardigheden onvoldoende zijn, is het versterken van de motorische vaardigheden een relevant therapiedoel.

Doel: sequentiëren van vloeiende spraakbewegingen geeft versterking van de auditieve-spraakmotorische koppeling; op basis van deze versterking verbetert de feedforward motorische planning en uitvoering, merkbaar aan een verbeterde nauwkeurigheid, vloeiendheid en snelheid van de spraakbewegingen. Zie ook Riley en Ingham (2000).

De logopedist(-stottertherapeut) traint de spraakmotorische vaardigheden op basis van Speech Motor Training (Riley & Riley, 1985; 1999). Het doel hiervan is: automatiseren van nauwkeurige, vloeiend ("smooth" geproduceerde en voldoende snelle spraakbewegingen; eerst met een model, gaandeweg zonder model. Huiswerk (dagelijks ongeveer 10 minuten) wordt meegegeven op het niveau dat het kind net beheerst, dat wil zeggen minimaal 8/10 producties gaan adequaat.

### **5.2 Het versterken van *taal*/vaardigheid**

Indicatie: testen hebben laten zien dat er sprake is van een *disbalans* in de taalontwikkeling door een achterstand / stoornis (verschil van ongeveer één standaarddeviatie of meer ten opzichte van de meeste componenten) in één of twee taalcomponenten (zinsbegrip, woordbegrip, zinsproductie, woordproductie, klankproductie) of tijdens het logopedisch onderzoek bleek een *vertraagde beschikbaarheid* van woorden of zinsstructuren tijdens spontaan spreken, de benoemtaak of uit de informatie van de ouders. Een vertraagde beschikbaarheid van de woordvorm kan blijken uit normale taalovloeiendheden als: /pala, pala, paraplu/. Een vertraagde beschikbaarheid van het woord als geheel (lexicaal-semantisch) kan blijken uit lange (gevolde) pauzes voor een inhoudswoord, uit omschrijvingen of uit

opmerkingen van het kind zelf zoals: “Mijn hoofd weet het maar mijn mond niet”. Een vertraagde beschikbaarheid cq. problemen met de planning van de grammaticale structuur kan blijken uit lange (gevulde) pauzes, woord- of zinsdeelherhalingen, revisies of valse starts. NB. Zich normaal ontwikkelende kinderen hebben alle consonanten fonologisch gezien initiaal verworven op de leeftijd van vier jaar, met uitzondering van de /r/. Signaleren van pragmatische problemen -problemen met het taalgebruik- op grond van observatie, signaleringsinstrumenten of testen.

Doel: wegwerken van een eventuele disbalans; de hypothese is dat dit bijdraagt aan een verbetering van de spraakvloeiendheid (Anderson et al, 2005; Coulther et al, 2009).

NB: alle evt. taal- en spraakoefeningen worden gedaan met een rustige, ontspannen spreekwijze waarbij de logopedist(-stottertherapeut) voor de ouder model blijft staan voor alle eerder geleerde interactieveranderingen. Er wordt goed in de gaten gehouden dat het trainen van de taalmogelijkheden geen verhoging van de verwachtingen geeft.

De logopedist(-stottertherapeut) werkt samen met de ouders aan de volgende doelen:

- wegwerken van een evt. disbalans in het taalprofiel van het kind via gepaste taalstimulering
- verbeteren van de woordvinding door vaardigheidstraining (o.a. semantische categorieën oefenen en/of klankovereenkomsten leren gebruiken) en/of door modeling van coping-strategieën ('dat ding om te..')
- verbeteren c.q. automatiseren van de zinsproductie door relevante zinsstructuren in spelvorm te automatiseren (bijv. door middel van TenT (Schlichting & De Koning, 1998)
- indien werken aan de fonologische vaardigheden geïndiceerd is, betracht de logopedist(-stottertherapeut) terughoudendheid met betrekking tot een *snelle* groei van de fonologische ontwikkeling. Geschikte methoden zijn Hodsen en Paden (Williams Hodsen & Pagel Paden, 1991) en Metaphon (Howel & Dean, 1998) met een accent op hoortraining en uitlokken binnen faciliterende contexten, evt. automatiseren via OMAT – SMT. Fonologische problemen worden nooit met een directe stimulatie van de klankproductie behandeld. De logopedist(-stottertherapeut) probeert het kind dus niet de plaats of wijze van articulatie beter laten voelen door het kind te vragen de articulatie druk flink te verhogen, zoals “luid sissen als een slang”.
- verbeteren van de pragmatische vaardigheden (zie Van den Dungen, 2007; Bezemer et al 2006, 2010 2<sup>e</sup> druk).

### 5.3 Het versterken van de *emotionele* capaciteit

Indicatie: het kind komt relatief onzeker over (moeite met afscheid nemen, snel huilen, verlegen, behoefte aan bevestiging) en/of is erg gevoelig rondom spreken c.q. stotteren (boos of gefrustreerd reageren, reageren met spanning, vermijding van praten of stotteren). Deze informatie wordt verkregen vanuit observatie en uit ouder- en/of leerkrachtgegevens.

Doel: versterken van de emotionele weerbaarheid van het kind waardoor het minder gevoelig wordt voor destabilisatie van de vloeiendheid.

De logopedist(-stottertherapeut) werkt samen met de ouders aan onderstaande doelen. Als het om een doelgedrag gaat dat de ouder ook thuis gaat toepassen, modelt de logopedist(-stottertherapeut) altijd eerst het beschreven doelgedrag voor de ouder – voor zover mogelijk – en de ouder laat dit vervolgens zien in de praktijk. Pas als de logopedist(-stottertherapeut) inschat dat de ouder het betreffende gedrag acceptabel beheerst, wordt het meegegeven als opdracht voor thuis.

- versterken van de *basiszekerheid* van het kind door het geven van een ‘ontvangstbevestiging’ bij initiatieven van het kind en het te benoemen evt. gevolgd

door een 'tweede stap' (zie bijlage 3 Restart-DCM Werkwijze *Communiceren met kinderen: een andere benaderingswijze*) waardoor het kind zich gehoord en gezien voelt. Ouders die doorgaans vrij vlak op hun kind reageren, kunnen uitgenodigd worden wat explicieter, enthousiaster te reageren: het kind voelt zich daardoor meer gezien en gehoord.

- versterken van het *zelfvertrouwen*; de ouders helpen zoeken naar de optimale hoeveelheid aandacht en vooral de kwaliteit van de aandacht die de ouder geeft: voldoende voor het kind en niet uitputtend voor de ouder. Soms leren ouders echt meer en kwalitatief betere aandacht te geven; soms leren ze juist iets meer afstand te nemen en het kind zelf dingen te laten doen die adequaat zijn voor zijn leeftijd, zoals zichzelf wassen en aankleden, veters strikken, e.d. De ouders bemoedigen het kind om uitdagingen aan te gaan waar het succesvol in kan zijn, in het bijzonder op het gebied van spreken ("Ik denk dat jij dat heel goed kunt vertellen / vragen / uitleggen").
- versterken van *zelfwaardering* bij het kind door de ouder te leren zelfwaardering te modelen ("Jij zult heel blij/ tevreden / trots zijn"). De ouder schrijft in het logboek welke zinnen tegen het kind zijn geuit wat dit betreft.
- versterken van een rustige, *erkennende* houding ten aanzien van de onvloeiendheden bij het kind zelf: als het kind stottert én er op een heftige manier op reageert geeft de ouder op een rustige, invoelende toon een ontvangstbevestiging ter constatering ("Oeps, een stottertje", "Je zat even vast", "Het praten ging even moeilijk") en geeft een tweede stap ter relativering "Ja, kan gebeuren, je bent het praten aan het leren", "Het is al weer over", "Nog maar eens proberen").
- bij kinderen die een sterk negatief gevoel hebben rondom spreken en stotteren en graag naar verhalen luisteren kan bij het doel hen neutraal naar hun stotteren te leren kijken eventueel gebruik gemaakt worden van verhalen (bijv. Kerseboom, 2004; Het eindje dat moeilijk praten kon).
- als kinderen blijik geven van negatieve emoties in verband met stotteren zoals angst, schaamte en boosheid: de logopedist(-stottertherapeut) maakt vrijwillig onvloeiendheden die lijken op die van het kind en ze modelt daarbij milde gevoelens en steunende gedachten, tonend dat je niet bang hoeft te zijn voor stotters, bijvoorbeeld iets in de trant van: "Oh, zat ik me daar even te duwen zeg", "Tjonge, wat een spierballen in mijn mond". "Oops daar had ik een stottertje, daar schrok ik heel eventjes van, maar het is alweer voorbij; kan gebeuren als je het praten aan het leren bent". Het doel hiervan is *niet* om de stotter in frequentie te laten afnemen, maar om het kind gerust te stellen, om een eventuele schrikreactie bij het kind te neutraliseren zodat geen klassiek geconditioneerde reactie optreedt.
- desensitiseren voor stotteren: ouders wordt gevraagd om *gemakkelijke* onvloeiendheden te modelen als ze met het kind praten (1 à 2 x per dag), aangepast aan de leeftijd van het kind en de specifieke manier van stotteren van het betreffende kind. Ouders gaan dit in de eigen omgeving alleen doen als zij zich er prettig bij voelen. Ouders oefenen het toepassen van onvloeiend praten zolang met de logopedist(-stottertherapeut) tot ze dit zonder ongemak kunnen modelen voor hun kind. Als ouders zich hierbij (nog) ongemakkelijk voelen, modelen ze ongemak rond onvloeiendheden en dat is nu juist niet de bedoeling.
- als de therapie *in een eindfase* is gekomen: desensitisatie voor omgevingsfactoren die opwinding of lichte stress geven bij het kind met als risico dat de vloeiendheid onstabiel wordt. Met andere woorden: het kind wordt geleidelijk minder gevoelig gemaakt voor meer druk gevende communicatie. De ouders leren de tijdens de therapie gemaakte

aanpassingen heel geleidelijk af te bouwen als de stabiliteit van de vloeiendheid bij het kind dit toelaat. In de therapie wordt door de logopedist(-stottertherapeut) kortdurend, bijv. twee minuten, een drukverhogend element toegevoegd, bijvoorbeeld het verkorten van de interactietijden met een enkele keer zelfs een overlap van de uitingen van het kind, of een iets hoger spreektempo, meer luisteraars, interrupties, open vragen e.d. In principe komen alle elementen van het verlagen van de verwachtingen in aanmerking. Deze gedoseerde drukverhoging wordt geleidelijk uitgebouwd als de vloeiendheid van het kind zo stabiel is dat het dit toelaat. De logopedist(-stottertherapeut) voegt dus een element een paar minuten toe en gaat dan weer terug naar de vloeiendheidsbevorderende manier van spreken waardoor de communicatieve druk weer verlaagd wordt. Een poos later wordt hetzelfde of een ander element kortdurend toegevoegd als de mogelijkheden voor vloeiendheid van het kinderen voldoende blijken: het kind blijft vloeiend spreken ondanks de drukverhoging. De ouder gaat dit thuis ook geleidelijk tijdens het OK kwartiertje toepassen. Als de vloeiendheid stabiel blijft gaan de ouders heel geleidelijk ook tijdens momenten op de dag licht de druk verhogen en zij leren hierbij consequent terug te schakelen naar de vloeiendheidsbevorderende manier van spreken als de verhoogde druk teveel blijkt voor de vloeiendheid.

#### **5.4 Het versterken van de *cognitieve* vaardigheden**

Indicatie: het kind hanteert geen adequaat beurtgedrag, het kind doet alles snel, maakt een perfectionistische indruk, het kind denkt dat het niet goed is dat hij stottert.

Doel: het aanleren van bij de leeftijd passende concepten die gemakkelijk en onbezorgd communiceren bevorderen.

De logopedist(-stottertherapeut) werkt samen met de ouders aan het aanleren van:

- het concept van beurtgedrag en spreekregels (Conture, 2007; zie bijlage 4 Restart-DCM Werkwijze voor bijbehorende plaatjes om dit visueel te ondersteunen):
  - \* Luister wanneer anderen praten (oren open)
  - \* Praat niet voor anderen (wacht op je beurt)
  - \* Onderbreek anderen niet (mondje dicht).

Evt. kunnen als vooroefening spelletjes als Memory, Lotto en allerlei spelletjes met een dobbelsteen worden gedaan waarbij het aspect 'om de beurt' wordt geoefend. In tweede instantie komt het 'praten om de beurt' aan bod, evt. met behulp van een 'Spreekbeker' of 'Meneer of Mevrouw om de beurt'(zie Beerhuizen-van Giesen et al 1991 p. 36-37).

- het concept *langzaam - snel* door dingen afwisselend langzaam en snel te doen, bijvoorbeeld middels kleuren met krijtjes en via bewegen met het hele lijf, en via verhalen (bijv. de fabel van de haas en de schildpad met als 'boodschap': "Haastige spoed is zelden goed".)
- het concept dat sommige dingen makkelijker gaan als je het niet zo hard probeert (evt. visueel ondersteund met de Chinese vingerval).
- het concept dat "stotteren mag"; iedereen heeft wel 1-3 dingen die hij *minder goed* kan, naast dingen die hij *gewoon kan* en 1-3 dingen die hij *goed kan* (eventueel op vel uittekenen in een "kindfiguur").

#### **6 Directe therapie met kinderen gericht op vloeiender spraak**

Indicatie: wanneer het bovenstaande is doorgewerkt, maar het kind heeft naar de overtuiging van ouders, logopedist(-stottertherapeut) en/of kind nog steeds niet-acceptabele (niet

normale) onvloeiende spraak, dan wordt gestart met direct beïnvloeden van het stotterend spreken (zie Starkweather et al 1991, *Modificatie van het gedrag van het kind* par. 4.3 blz. 89).

Doel: het kind gebruikt geleidelijk aan steeds "normalere" onvloeiendheden:

- meer ontspannen in plaats van gespannen
- meer van het type herhaling dan van het type blokkade of verlenging
- vaker een enkelvoudige herhaling dan meervoudige.

Methode: de beïnvloeding van het stotterend spreken gebeurt spelenderwijs en aangepast aan het ontwikkelingsnivo van het kind. Welke veranderingen in het spreken worden gekozen hangt af van de stotterkenmerken bij het kind en van datgene dat het stotteren vermindert in ernst en frequentie.

- Modellen van en eventueel aan het kind leren variëren in soorten stotters (terug in ernst van de stottermomenten, zie Beerhuizen Starkweather et al 1991 pag. 90-91)
- Via spelvorm en modeling leren gebruiken van:
  - variatie in tempo met allerlei materiaal
  - variatie in articulatie-druk
  - variatie in luidheid, melodie en intonatie

Ook tijdens deze fase is er aandacht voor de cognitieve en emotionele kanten aan de gedragsverandering en de opdrachten en spelletjes. Het evenwicht tussen verwachtingen en mogelijkheden blijft een centrale rol vervullen. De stottertolerantie blijft een aandachtspunt. Ook hierbij wordt steeds duidelijk besproken wat er thuis uitgevoerd gaat worden, op welke manier en hoe lang. Liever meerdere keren per dag kort oefenen, terloops, in een prettige sfeer dan lange, op 'training' gerichte activiteiten. Belangrijk blijft dat ouders in het dagelijkse leven de communicatieve druk laag houden en niet een 'geneeslast' op de schouders van hun kind gaan plaatsen. Ouders moeten leren hoe de oefensituaties geleidelijk aan steeds moeilijker gemaakt kunnen worden wat betreft taal en complexiteit van de situatie. Ouders en kind participeren gelijkwaardig in oefensituaties: om beurten het doelgedrag gebruiken. Ten overvloede: de logopedist(-stottertherapeut) observeert zoveel mogelijk hoe ouders dit in de praktijk doen; zij gaat niet alleen af op hoe ze **zeggen** dat ze het doen.

Wat steeds de 'ondergrond' blijft is:

- het kind en de ouders blijven de overtuiging 'stotteren mag' houden. Dit omdat deze houding zo min mogelijk secundair stottergedrag uitlokt
- het kind durft te stotteren en verdraagt zijn stotteren zonder gespannen te worden (zie hierboven).

## **7 Criteria voor afbouwen en vroegtijdig beëindigen van de therapie**

Bij onderstaande criteria wordt de behandeling (geleidelijk) afgebouwd:

- Het kind spreekt normaal-vloeiend (heel jonge kinderen gedurende ongeveer zes weken en oudere kinderen [4½ - 6 jaar] ongeveer 3-4 maanden) of heeft nog slechts incidenteel niet-vloeiendheden die minimaal-abnormaal zijn (losse herhalingen met meestal 1 iteratie).
- De ouders passen een vloeiendheidsbevorderende omgeving toe of de logopedist(-stottertherapeut) schat in dat de ouders de rest van de verandering zelfstandig kunnen handhaven
- Het spreken van het kind is acceptabel voor ouders, kind en logopedist(-stottertherapeut)
- De ouders weten wat ze kunnen doen mocht er een terugval optreden.



Starkweather et al. (1991) beschrijven *afbouwen* van de therapie als volgt:

- Drie maanden lang één afspraak van 30 minuten per maand
- Eenmaal per drie maanden in de volgende 21 maanden.

#### **Criteria voor vroegtijdig beëindigen DCM therapie**

- De ouder wil de behandeling staken / ziet af van de behandeling / wil een andere aanpak.
- De therapie volgens DCM slaat niet aan: het stotteren blijft naar het oordeel van de logopedist(-therapeut) in overleg met de ouders te lang op hetzelfde peil of verergert zelfs, terwijl de ouders de therapie goed toepassen.
- De logopedist(-stottertherapeut) besluit dat de ouder de behandeling niet goed uitvoert en correctie hiervan blijkt in 4 opeenvolgende sessies niet mogelijk.

### **8 Referenties**

- Anderson, J.D., Pellowski M.W. & Conture, E.G. (2005). Childhood stuttering and dissociations across linguistic domains. *Journal of Fluency Disorders*, 30 (3), 219-253.
- Beerhuizen-van Giesen, R., Franken, M.C. & Nijhuis-Louwerens M. (1991). *Hoe te helpen als uw kind begint te stotteren*. Assen: Dekker & v.d. Vegt.
- Bezemer, M., Bouwen, J. & Winkelman, C. mmv Embrechts, M. (2006, 2<sup>e</sup> druk 2010). *Stotteren. Van theorie naar therapie*. Bussum: Coutinho.
- Conture, E.G. (2001). *Stuttering. Its nature, diagnosis and treatment*. Boston: Allyn & Bacon.
- Conture, E.G. (2007). Workshop *Childhood stuttering: Its nature, diagnosis and treatment*. Rotterdam juni 2007.
- Coulther C.E., Anderson, J.D. & Conture, E.G. (2009). Childhood stuttering and dissociations across linguistic domains: a replication and extension. *Journal of Fluency Disorders*, 34 (4), 257-278
- Dekker, J., Hoogland, M., Eliëns, M. & Van der Giessen, J. (2004). *Video-interactiebegeleiding*. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum.
- Dell, C.W. (1986). *Stotterende kinderen*. Rotterdam: Ad. Donker.
- Dungen, L. van den (2007). *Taaltherapie voor kinderen met taalontwikkelingsstoornissen*. Bussum: Coutinho.
- Gregory, H.H. (2003). *Stuttering Therapy. Rationale and Procedures*. Boston: Pearson.
- Haselager, J.T., Slis, I.H., & Rietveld, A.C.M. (1991). An alternative method of studying the development of speech rate. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 5, 53-63.
- Het eendje dat moeilijk praten kon*. Te bestellen via NFS.
- Howel J. & Dean, E. (1998). *Fonologische stoornissen. Behandeling van kinderen volgens de Metaphon-therapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Kerseboom, R. (2004). *Vertel mij wat. Kinderen helpen met verhalen*.
- Kloth, S.A.M., Janssen P., Kraaimaat, F.W. & Brutten, G.J. (1995). Speech-motor and linguistic skills of young stutterers prior to onset. *Journal of Fluency Disorders*, 20, (2) 57-170.
- Onslow, M., Harrison, E. & Packman, A. (2003). *The lidcombe program of early stuttering intervention: A clinician's guide*. Austin TX: Pro-Ed.
- Riley, G.D. & Ingham, J.C. (2000). Acoustic duration changes associated with two types of treatment for children who stutter. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 43 (4) 965-978.
- Riley J. & Riley, G. (1985). *Oral Motor Assessment and Treatment. Improving Syllable Production*. Austin, TX: Pro-ed.

- Riley, J. & Riley, G. (1999). Speech Motor Training. In: *The handbook of early stuttering intervention*. M. Onslow en A. Packman (red.), (p.139-158). San Diego: Singular Publishing Group
- Riley G. & Riley, J.(2000). A revised component model for diagnosing and treating children who stutter. *Contemporary issues in communication sciences and disorders*, 27, 188-199.
- Shure, M.B. & DiGeronimo, T.F. (1994). *Raising a thinking child*. NY: Pocket Books.
- Schlichting, L. & Koning, T. de (1998). *TenT. Taalachterstand en Taalverwerving. Een programma voor kinderen met een grammaticale achterstand*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Starkweather, C.W. & Franken, M.C. (1991). Preventie van stotteren en vroegtijdige interventie bij zeer jonge stotteraars. In: *Preventie en vroege interventie bij spraak-, taal-, en gehoorstoornissen*. H.F.M. Peters en C.W. Starkweather (red.), (p.93-135). Amsterdam/Lisse: Swets en Zeitlinger.
- Starkweather, C.W., Ridener Gottwald, S. & Halfond, M.M. (1990). *Stuttering Prevention. A clinical method*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Starkweather, C.W., Ridener Gottwald, S. & Halfond, M.M. (1991). *Als een kind begint te stotteren. Interventie bij jonge stotterende kinderen*. Assen: Dekker & v.d. Vegt.
- Starkweather, C.W. & Givens-Ackerman J. (1997). *Stuttering*. Austin, TX: Pro-ed.
- Williams Hodsden, B. & Pagel Paden, E. (1991, 2<sup>nd</sup> edition). *Targeting Intelligible Speech: A Phonological Approach to Remediation*. Second Edition. Austin: Pro-ed.