



Signaal Digitaal

Significant voor de
professionele hulpverlener

2023 - nummer 4

Verschenen op 12 december 2023

Signaal Digitaal is het digitale tijdschrift van Sig vzw.
Meer info op www.sig-net.be > Signaal Digitaal

Redactie

Geert Andries
Dieter Baeyens
Greetje Desnerck
Hilde Roeyers
Herman Van Hove
Petra Warreyn
Inge Zink



INCLUSIE IN-ZICHT

De werking van Sig wordt ondersteund door het Wetenschappelijk Netwerk, bestaande uit meer dan 40 leden verbonden aan universiteiten en hogescholen. De volledige namenlijst vindt u op www.sig-net.be > Wetenschap

Redactiesecretariaat

Tijdschrift Signaal Digitaal > signaaldigitaal@sig-net.be
p/a Sig vzw, Pachthofstraat 1, 9308 Gijzegem (Aalst) (B)

Stottertherapieën voor kleuters in model gebracht

Deel 2: Het gebruik van de modellen bij drie stotterbehandelingen

Sabine Van Eerdenbrugh⁽¹⁾

(1) Sabine Van Eerdenbrugh is als onderzoeker en docent verbonden aan de Thomas More Hogeschool, Antwerpen

Als stotterspecialist wil je ouders van jonge kinderen die stotteren informeren over het ontstaan en de verdere ontwikkeling van stotteren. Je wil hen ook vertellen op welke componenten de gekozen behandeling werkt. Hiervoor is het nodig verschillende stottermodellen en stotterbehandelingen te bekijken die momenteel in de praktijk van stotteren bij kleuters gebruikt worden. Maar tegenwoordig stellen jij en waarschijnlijk ook de ouders waarmee je werkt, zich ook wel vragen over de onderliggende evidentie. Dringend tijd dus om dit onderdeel te nemen.

In het eerste artikel (Deel 1: Wetenschappelijke basis voor twee stottermodellen) komen twee modellen aan bod: het Demands and Capacities model en het P&A driefactorenmodel. Het originele gedachtegoed, de onderliggende evidentie en een aanpassing van het originele model naar de hedendaagse praktijk worden voorgesteld voor beide modellen, bijvoorbeeld om het ontstaan van stotteren te duiden. Het is erg zinvol eerst dit artikel door te nemen vooraleer je het vervolgartikel leest.

In dit tweede artikel (Deel 2: Het gebruik van de modellen bij drie stotterbehandelingen) lees je hoe het Demands and Capacities model en het P&A driefactorenmodel de werking van Mini-KIDS, het Lidcombe Programma en de sociaal-cognitieve gedragstherapie kunnen duiden.

Beide artikels zijn een theoretische beschrijving en toelichting van heel praktische concepten en klinische benaderingen. Het is een verdieping van het webinar dat Sig eerder over dit thema organiseerde (in februari 2021), met hier ook het framework van de twee modellen en een concretere toepassing van de concepten op behandelniveau.

1. Actief monitoren of behandelen?

De allereerste stap die een stotterspecialist zet als een kleuter die stottert zich aanmeldt, is zicht krijgen op het geheel. Op basis van alles wat zich afspeelt, (a) stelt de stotterspecialist vast dat de kleuter inderdaad stottert, en (b) beslist de stotterspecialist of deze kleuter meteen behandeling nodig heeft, een tijdje actief opgevolgd moet worden (actieve monitoring), of geen interventie nodig heeft (zie ook Waelkens & Van Eerdenbrugh, 2022).

Idealiter worden kinderen die met of zonder behandeling zullen herstellen van stotteren, en kinderen die dat niet zullen doen, geïdentificeerd kort na het ontstaan van stotteren. Sugathan en Maruthy (2021) linken, op basis van statistische verbanden, vier factoren aan herstel van stotteren één jaar na aanvang: (1) fonologische vaardigheden, (2) articulatiesnelheid, (3) verandering in het patroon van het stottergedrag, en (4) de trend in stotterernst in het jaar na aanvang van het stotteren. Singer, Hessling, Kelly, Singer en Jones (2020a) stelden vast dat

kinderen die herstelden meestal jonger waren bij het ontstaan van stotteren, minder ernstig stotterden vóór de behandeling of betere spraak- en taalvaardigheden hadden dan kinderen bij wie het stotteren aanhield. Meisjes en kinderen zonder familieleden die stotterden hadden meer kans op herstel. Daarnaast vonden Singer, Walden en Jones (2020b) dat een minder optimale aandachtspanne eerder gelinkt kon worden aan het herstel van stotteren. In de longitudinale studie van Reilly e.a. (2013) waren voorspellers voor herstel onder andere geslacht, familiaal voorkomen van herstel, taalvaardigheid, temperament, kwaliteit van leven van het kind en non-verbale cognitie. De voorspellende kracht van deze factoren was echter laag, wat betekent dat deze factoren niet als klinisch relevant beschouwd kunnen worden. De bevindingen van Reilly e.a. versterkten de bevindingen uit de longitudinale studie van Yairi, Ambrose, Paden en Throneburg (1996).

In deze studie gold bijvoorbeeld dat veel kinderen die niet herstelden een familiaal voorkomen van stotteren rapporteerden, maar niet alle kinderen (Yairi e.a., 1996, p. 69). Klinisch gezien start iedere stotterspecialist een behandeling op voor elk kind dat stottert en behandeling nodig heeft, ongeacht of het kind wel of geen familielid heeft dat stottert. Dit toont aan dat een factor die statistisch gezien belangrijk is, daarom niet altijd ook klinisch zinvol is.

Het voorspellen van herstel met of zonder behandeling is dus helaas nog niet mogelijk op een niveau dat klinisch zinvol is. We kunnen enkel rekening houden met enkele betekenisvolle signalen en op basis daarvan een besluit nemen voor klinische actie. Vooral dankzij de longitudinale studies uitgevoerd door Yairi en collega's (onder meer beschreven in de publicaties van 1992, 1996, 1999) is duidelijk dat een grote groep kinderen binnen vier jaar na het ontstaan van stotteren op natuurlijke wijze (zonder behandeling) herstelt (Yairi & Ambrose, 1999). Lange tijd was wachten op natuurlijk herstel dan ook de aanbevolen aanpak. Uit een recente studie waarin 16 kinderen die stotterden gedurende 19.4 maanden na het ontstaan van stotteren geobserveerd werden, bleek dat slechts bij één kind (6.3%) herstel zonder behandeling optrad (Carey, Onslow & O'Brian, 2020). Dit

versterkt de bevindingen van Yairi en Ambrose (1999) dat 8.1 procent van 84 kleuters die stotterden binnen 12 tot 17 maanden na het ontstaan van stotteren herstelde zonder behandeling of met minimaal behandeladvies.

De lage herstelpercentages (zonder behandeling of met minimaal behandeladvies) van kleuters die stotteren in het eerste jaar na het ontstaan van stotteren zorgen ervoor dat wachten op herstel zonder behandeling niet de ideale aanpak blijkt. Daarbij tellen we het groeiende bewustzijn van kleuters over hun stotteren (Langevin, Packman & Onslow, 2009; Vanryckeghem, Brutten & Hernandez, 2005), de aanzienlijke negatieve impact van stotteren op de emotionele, sociale en gedragsmatige ontwikkeling en het welzijn gedurende de hele levensduur (McAllister, 2016; Briley & Ellis, 2020), en het behandelingssucces bij kleuters (onder meer, de Sonnevle-Koedoot, Bauwmans, Franken & Stolk, 2015; Jones e.a., 2005). Het is niet noodzakelijk om bij elk kind meteen een behandeling op te starten. Stotterspecialisten vinden het in sommige gevallen zinvoller het stotteren actief te observeren tijdens de eerste weken of maanden na het ontstaan. Een behandeling tijdig opstarten is echter essentieel om negatieve gevolgen bij het kind dat stottert te voorkomen als het stotteren stabiel blijft of geen tekenen van verbetering vertoont, bij zeer ernstig stotteren of wanneer kind of ouder(s) immens bezorgd blijven en dit het stotteren beïnvloedt.

2. Stotterbehandelingen voor kleuters in Vlaanderen

Als een stotterspecialist beslist om een stotterbehandeling te starten, moet er een keuze gemaakt worden, aangezien er in Vlaanderen heel wat behandelingen bestaan voor kleuters die stotteren. Stotterspecialisten in Vlaanderen die meer dan één stotterbehandeling voor kleuters uitvoeren, zijn vooral getraind in Mini-KIDS (72.7%), het Lidcombe Programma (54.5%) of de sociaal-cognitieve gedragstherapie (45.5%) (Van Eerdenbrugh e.a., 2023). Om die reden zijn de behandelingsbenaderingen die hier aan bod komen de volgende: (1) Mini-KIDS, (2) het Lidcombe Programma, en (3) de sociaal-cognitieve gedragstherapie.

Van Eerdenbrugh, Vanhoutte en Waelkens (2019) lichtten in het verleden de gelijkenissen en verschillen tussen Mini-KIDS en het Lidcombe Programma uitgebreider toe. Omdat het niet de focus is van dit artikel om de drie individuele programma's te leren kennen, worden ze hier enkel kort toegelicht (gebaseerd op het TreatPaCS protocol, versie 2.5, 2022).

Mini-KIDS, het Lidcombe Programma en de sociaal-cognitieve gedragstherapie zijn drie behandelingen die niet gebaseerd zijn op een onderliggend stottermodel. Toch kunnen zowel het Demands and Capacities model als het P&A driefactorenmodel, dat een stotterspecialist gebruikte om aan ouders het ontstaan van stotteren uit te leggen, ingezet worden om te illustreren waar de gekozen behandeling op werkt. Om die reden wordt hier verder gebouwd op deel 1 van het artikel, waarin het Demands and Capacities model en het P&A driefactorenmodel besproken werden. Het opzet van beide modellen wordt gebruikt om de aspecten te kaderen waarop gewerkt wordt in Mini-KIDS, het Lidcombe Programma en de sociaal-cognitieve gedragstherapie. Eerst is echter een korte duiding van de drie programma's aan de orde.

2.1 Mini-KIDS

Het programma Mini-KIDS is niet gebaseerd op een specifieke theorie of model. Het is gebaseerd op de technieken van stottermodificatie (Van Riper, 1973) en bestaat uit drie of vier fasen, afhankelijk van de leeftijd en voortgang van het kind (Waelkens, 2018). Tijdens het assessment worden emoties en cognities van ouder en kind beoordeeld. In de behandeling volgen de fasen elkaar op.

Eén ouder en de kleuter wonen de behandelingssessies bij. In fase 1 (desensitisatie) is het belangrijk dat de ouders elkaar afwisselen wanneer ze beiden het pseudostotteren willen aanleren (wat de voorkeur heeft). De ervaringen en emoties van de kleuter en de ouders bij het pseudostotteren worden geleidelijk aan openlijk benoemd en besproken. Tastbare tokens kunnen gebruikt worden om het pseudostotteren te visualiseren, zoals een springende kikker (ko-ko-kom maar) of een slang (sssssstraks jij ook?).

De stotterspecialist en op een later moment ook de kleuter gebruiken het pseudostotteren. Het doel is om ouder(s) en de kleuter te desensitiseren voor stotteren, stotteren bespreekbaar te maken en ervoor te zorgen dat ouders het pseudostotteren gebruiken. Dat het kind durft pseudostotteren is een voorwaarde voor identificatie (fase 2). Het komt vaak voor dat het desensitiseren het stotteren herstelt, het stotteren ernstig doet dalen of er enkel korte en ontspannen momenten van stotteren overblijven. In dit geval is er geen identificatie (fase 2) en geen modificatie (fase 3). Dan gaan de kleuter en ouders meteen over naar generalisatie (fase 4).

Fase 2 (identificatie) wordt enkel ingezet voor kinderen ≥ 4 jaar omdat het bepaalde cognitieve en auditieve vaardigheden vereist. De kleuter en de ouder identificeren en onderscheiden de soorten stottergedragingen en de kwaliteit ervan tijdens spelletjes met geleidelijk toenemend taalniveau. Als bijvoorbeeld enkel herhalingen en verlengingen aanwezig zijn in de spraak van de kleuter en geen blokkeringen, worden enkel herhalingen en verlengingen als soorten stottergedrag geïdentificeerd. Dit gebeurt eerst in het pseudostotteren van de stotterspecialist, later ook in het pseudostotteren van de ouder en de kleuter. Uiteindelijk identificeert de kleuter de stottermomenten in de eigen spraak. De stotterspecialist zorgt ervoor dat de kleuter het stotteren niet koppelt aan negatieve gevoelens zoals bezorgdheid. Zodra de kleuter deze soorten stottergedragingen kan identificeren en onderscheiden, wordt ook de kwaliteit die de communicatie belemmert (duur, spanning of beide) besproken. Opnieuw vergemakkelijken tastbare tokens dit proces (een harde en een zachte slang voor gespannen en ontspannen verlenging; een lange en een korte slang voor een verlenging met lange duur en korte duur). De kleuter is klaar om door te gaan naar fase 3 als hij/zij de soorten stottergedragingen en de kwaliteit ervan in zijn/haar eigen spraak identificeert en onderscheidt. Dit hoeft niet honderd procent correct te zijn, maar wel vooral voor lange en gespannen stottermomenten. De ouder is klaar om door te gaan naar fase 3 als hij/zij de soorten stottergedragingen in pseudostotteren met een positieve houding vlot kan produceren en deze accuraat kan discrimineren in de spraak van de kleuter.

Voor de kleuter < 4 jaar leert de ouder enkel in individuele sessies of in een oudergroep de soorten stottergedragingen te identificeren en te discrimineren. In deze leeftijdsgroep is de ouder klaar om over te gaan naar fase 3 (modificatie) als hij/zij elk soort stottergedrag bij pseudostotteren met een positieve houding vlot kan produceren en deze accuraat kan discrimineren in de spraak van de kleuter. Als het stotteren inmiddels hersteld is of er blijven enkel korte en gemakkelijke momenten van stotteren met afnemende frequentie over, is er geen modificatie (fase 3) en gaan de kleuter en de ouders over naar fase 4 (generalisatie).

Fase 3 (modificatie) voor kleuters < 4 jaar: De ouder modelleert het pseudostotteren vlot in zijn/haar spraak. De aanpassing van de stottermomenten gebeurt geleidelijk en spontaan. De stottermomenten worden minder gespannen of korter. Bij sommige kleuters is dit enkel mogelijk als de stotterspecialist en ouder hen laten zien hoe ze via pseudostotteren spanning kunnen losmaken, maar dat hoeft niet voor alle kleuters.

Fase 3 (modificatie) voor kleuters \geq 4 jaar: De kennis en vaardigheden van de identificatie (fase 2) worden hier gebruikt om een moment van stotteren dat de kleuter belemmert te proberen veranderen. De kleuter heeft hierin de regie, de ouder(s) vragen niet om aanpassing. Eerst wordt dit getraind met pseudostotteren. Ook hier kunnen tastbare voorwerpen gebruikt worden om de kenmerken van het stottergedrag te visualiseren, zoals een knuffel. De stotterspecialist en de ouder(s) experimenteren met hun eigen spraak (modelleren zachte en harde, lange en korte, gemakkelijke en gespannen stottermomenten). Geleidelijk zal de stotterspecialist dit toepassen op echte stottermomenten. De ouder trekt zich geleidelijk terug en laat de kleuter de leiding overnemen. De doelen van fase 3 zijn bereikt als geleidelijk meer gemakkelijke, korte stottermomenten voorkomen, de ernst van stottermomenten daalt of herstel van stotteren waargenomen wordt in de spraak van de kleuter.

Ouderbegeleiding is de meest gebruikte techniek tijdens fase 4 (generalisatie). De stotterspecialist zoekt naar onderwerpen waar de ouder(s) nog onzeker over zijn of naar aspecten die meer

informatie of training nodig hebben. De ouder is een zelfstandig spraakmodel voor zijn/haar kleuter geworden. Herstel of lage stotternst (bijna geen stotteren) en afwezigheid van reactief gedrag over een lange periode is het doel van deze fase. De ouder(s) en kleuter rapporteren dat zij zich competent voelen om met ernstschommelingen om te gaan in het (eventueel) resterende stotteren.

De fasen in de behandeling worden op elk kind en gezin afgestemd. Niet alle technieken worden bij alle kinderen en ouders geïntroduceerd. De verschillende fasen kunnen ook meer of minder tijd in beslag nemen, afhankelijk van de vorderingen en behoeften van het kind en het gezin.

2.2 Lidcombe Programma

Het Lidcombe Programma (onder meer, Jones e.a., 2005; Onslow e.a., 2003, 2023) is evenmin gebaseerd op een specifieke theorie of model. Het is een gedragsprogramma dat gericht is op het bereiken van (bijna) geen stotteren. Het programma is sinds de ontwikkeling ervan uitgebreid getest. Het bestaat uit twee fasen. Het doel van fase 1 is het bereiken van (bijna) geen stotteren; het doel van fase 2 is het blijven behouden van het (bijna) niet stotteren. Ouders worden voorbereid om adequaat te reageren als een terugval zou optreden.

Tijdens het programma wordt de vooruitgang gevisualiseerd aan de hand van ernstscores, die wekelijks door de stotterspecialist en dagelijks door de ouders toegekend worden, nadat zij de nodige training van de stotterspecialist kregen. De scores lopen van 0 (geen stotteren) tot 9 of 10 (zeer ernstig stotteren). Educatie over stotteren komt geleidelijk aan bod tijdens de behandelsessies wanneer en in de mate waarin ouders en kind er behoefte aan hebben. Als een kind geplaagd of gepest wordt, neemt de stotterspecialist de nodige maatregelen.

Het Lidcombe Programma is gericht op het kind, ook al worden de ouders intensief bij de behandeling betrokken. Het kind oefent elke dag om zonder of met zeer beperkt stotteren te spreken gedurende 10 tot 15 minuten tijdens een oefenmoment thuis. De ouders leren hoe zij

deze oefenmomenten kunnen organiseren en hoe zij ‘verbale contingenties’ kunnen geven. Een verbale contingentie is een soort verbale feedback die volgt op stottervrije spraak of stottermomenten. De verbale contingenties worden eerst gegeven voor stottervrije spraak tijdens de dagelijkse oefenmomenten, en vervolgens ook af en toe tijdens dagelijkse gesprekken buiten de oefenmomenten. Wanneer het kind neutraal of positief reageert op de verbale contingenties en de ouders deze correct en op een gepaste manier geven, worden de verbale contingenties in beperkte mate uitgebreid naar stottermomenten onder nauwkeurige begeleiding van de stotter-specialist. De verbale contingenties voor stotteren worden aanzienlijk minder vaak gegeven dan de verbale contingenties voor stottervrije spraak.

In eerste instantie geven de oefenmomenten het kind de gelegenheid om stottervrije spraak te oefenen tijdens speelse activiteiten die communicatie tussen kind en ouder vereisen. De kans op stottervrij spreken tijdens de oefenmomenten moet groot zijn en kan worden bekomen door activiteiten te selecteren die aansluiten op het taalniveau van het kind. Verbale contingenties, voornamelijk gegeven voor stottervrije spraak en af en toe voor stotteren, geven richting aan het kind.

De basisconcepten van het Lidcombe Programma zijn duidelijk benoembaar. Dit leidt vaak tot de incorrecte veronderstelling dat het Lidcombe Programma identiek is voor ieder kind. Niets is minder waar. Niet alle kinderen ervaren het programma op dezelfde manier (Goodhue, Onslow, Quine, O’Brian & Hearne, 2010; Hayhow, 2009) en individualisering van het programma is absoluut noodzakelijk (Van Eerdenbrugh, Packman, O’Brian & Onslow, 2018). Het stotteren van elk kind verschilt, maar ook de gezinsdynamiek verschilt. Individualisering is nodig voor de verbale contingenties (soorten & frequentie) en organisatie van oefenmomenten (soorten activiteiten, timing, enz.).

2.3 Sociaalcognitieve gedragstherapie

Ook de sociaalcognitieve gedragstherapie is niet gelinkt met een stottermodel, hoewel het geïnspireerd is door sociale leertheorieën. Een

belangrijke pijler in de sociaalcognitieve gedragstherapie is de oudertraining (Boey, 2010). De oudertraining bestaat uit 7 tot 10 individuele sessies van één uur of groepsessies van 90 minuten waarin ouders informatie krijgen over wat stotteren is, welke stottergedragingen er bestaan, hoe stotteren zich kan ontwikkelen, wat de verborgen kenmerken van stotteren zijn, wat stotteren kan uitlokken, en wat de invloed is van gespreksomstandigheden en reacties van luisteraars.

De oudersessies zijn gericht op het veranderen van de attitude van ouders ten opzichte van stotteren door desensitisatie en cognitieve herstructurering. Het idee is dat een veranderde attitude (adequaat reageren op het stotteren en het juiste voorbeeld geven) enkel mogelijk is als de attitude afgestemd wordt op neutrale of positieve cognities en emoties. Ouders leren een spreek-situatie te analyseren en geschikte technieken toe te passen. Zij leren dit onder begeleiding van de stotter-specialist met als doel dit daarna zelfstandig te doen.

Het programma bestaat uit vijf fasen. Elke fase wordt enkel gegeven indien nodig en duurt zo lang als nodig is voor het kind en het gezin.

Fase 1 (conditioneren van spreekactiviteiten) heeft tot doel het spreken (weer) aangenaam te maken. Er wordt gekozen voor activiteiten waarbij factoren als tijdsdruk, cognitieve belasting en taalcomplexiteit vermeden worden. De conditionering bij deze activiteit kan bestaan uit het wegnemen van tijdsdruk, het vereenvoudigen van de taalinhoud, het verminderen van de articulatiecomplexiteit of het verlagen van de communicatiedruk. De ouder(s) passen deze technieken twee tot drie keer per week thuis toe gedurende 20 tot 30 minuten. Deze technieken kunnen worden uitgebreid door na vier of vijf sessies andere activiteiten te introduceren, bijvoorbeeld een ander spel spelen of ander speelgoed gebruiken, of bijvoorbeeld praten over afbeeldingen in een boek.

In fase 2 (cognitieve training gericht op emoties) is het belangrijk dat een kind emoties kan herkennen en benoemen of beschrijven, omdat ze een belangrijk onderdeel zijn van stotteren. De emoties worden als neutrale concepten bij

het kind geïntroduceerd door middel van spel. In het begin ligt de nadruk op het spel, daarna gaat het naar de inhoud. Het doel is dat het kind leert omgaan met bepaalde emoties zoals opwinding of tijdsdruk. Na de eerste basisemoties gaat het kind over tot het ventileren (benoemen, beschrijven) van complexere emoties zoals opwinding, drukke situaties, stress, spanning, ongeduld, frustratie en irritatie. Soms is het nodig een kind te leren zijn gedachten te counteren (cognitieve herstructurering). Het doel is dat een kind zijn/haar eigen emotionele reacties op stress veroorzakende gebeurtenissen kan reguleren zonder tussenkomst van een ander.

Tijdens fase 3 (cognitieve training gericht op cognities) worden cognities bij het kind geherstructureerd. Het kind leert positief te oordelen over zichzelf en leert probleemoplossend te werken: het leert probleemoplossend gedrag te formuleren, begrijpt waarom een gedrag afwijkt, genereert oplossingen, kiest een oplossing, voert de gevolgen ervan uit en evalueert deze. Het kan nodig zijn deze vaardigheid te "drillen". Dat wil zeggen, het kan nodig zijn problemen intensief aan te bieden die een soortgelijke oplossing vereisen en de copingvaardigheden van het kind te bekrachtigen als het deze laat zien. Rollenspel vergemakkelijkt de generalisatie van wat het kind geleerd heeft.

Fase 4 (desensitisatie) kan nodig zijn om de frustratiedrempel te verhogen en de angst voor het spreken te verlagen. Desensitisatie is gericht op de eigen spraak en luisterreacties. Deze fase begint met het desensitiseren van normale onvloeiendheden. De stotterspecialist introduceert het pseudostotteren, maar ouder(s) en broers en zussen voeren het ook uit. Het kind, ouder dan 3 jaar, voert dit ook uit.

Daarna volgt de desensitisatie van stottermomenten, voornamelijk klank- en lettergreepherhalingen. Voor sommige kinderen is het nodig ook verlengingen en blokkeringen te desensitiseren. De stotterspecialist is waakzaam om het kind te helpen negatieve associaties met stotteren tegen te gaan. Ten slotte worden ook positieve associaties ten aanzien van de eigen spreekvaardigheid van het kind nagestreefd om positieve gevoelens op te wekken.

In fase 5 (vaardigheidstraining) worden vaardigheden getraind om spraak en taal divers te gebruiken. Dit kan zijn om iets te vragen, te zoeken, uit te leggen, verhalen te vertellen, te fantaseren, enz.

Het kind oefent gespreksvaardigheden, zoals beurt nemen (en wachten), leren onderbreken, aanvullende vragen stellen, maar ook luistervaardigheden zoals feedback of aandacht geven.

Sociale gespreksvaardigheden hebben betrekking op verbaal en non-verbaal gedrag in interactie met andere kinderen en volwassenen. Verbaal gedrag omvat taalgebruik en gespreksvaardigheden. Non-verbaal gedrag omvat houding, gebaren, oogcontact en gezichtsuitdrukking.

Het trainen van articulatievaardigheden is nuttig bij jonge kinderen die ernstig stotteren, bij wie de spraakproductievaardigheden beneden verwachting zijn en die op het stotteren reageren met irritatie of frustratie. Deze vaardigheden omvatten mobiliteit met tong en lippen, klankimitatie, kracht en spanning, diadochokinetische en klankspecifieke oefeningen.

Een kind gaat over naar de fase follow-up wanneer (1) het stotteren zich niet verder ontwikkelt, (2) er een vermindering is van de stotterernst gedurende minstens 3 à 4 maanden, (3) het kind een positieve attitude ontwikkeld heeft ten opzichte van zijn/haar spraak, (4) het kind weerbaar is ten opzichte van stotterinducerende factoren, en (5) de ouder(s) een stabielere en vloeiendheidsbevorderende omgeving aan het kind bieden, en zelfstandig en gepast omgaan met het stotteren.

3. Behandelaspecten per stotterbehandeling volgens twee modellen

De drie stotterbehandelingen werken elk op een specifieke manier en selecteren aspecten waarop gewerkt wordt in de behandeling. Vaak is dit een trapsgewijze aanpak: wanneer het stotteren of de geassocieerde gevoelens en gedachten na een bepaalde fase nog altijd aanwezig zijn,

worden een volgende stap of bijkomende aspecten opgenomen in de behandeling.

Omgekeerd kan evengoed: wanneer het kind niet meer stottert na slechts één of een beperkt aantal fasen van een behandeling, kan de behandeling sneller beëindigd worden.

In wat volgt komen de aspecten waarop elke stottertherapie werkt aan bod, en worden ze telkens zowel in het Demands and Capacities model als het P&A driefactorenmodel geplaatst.

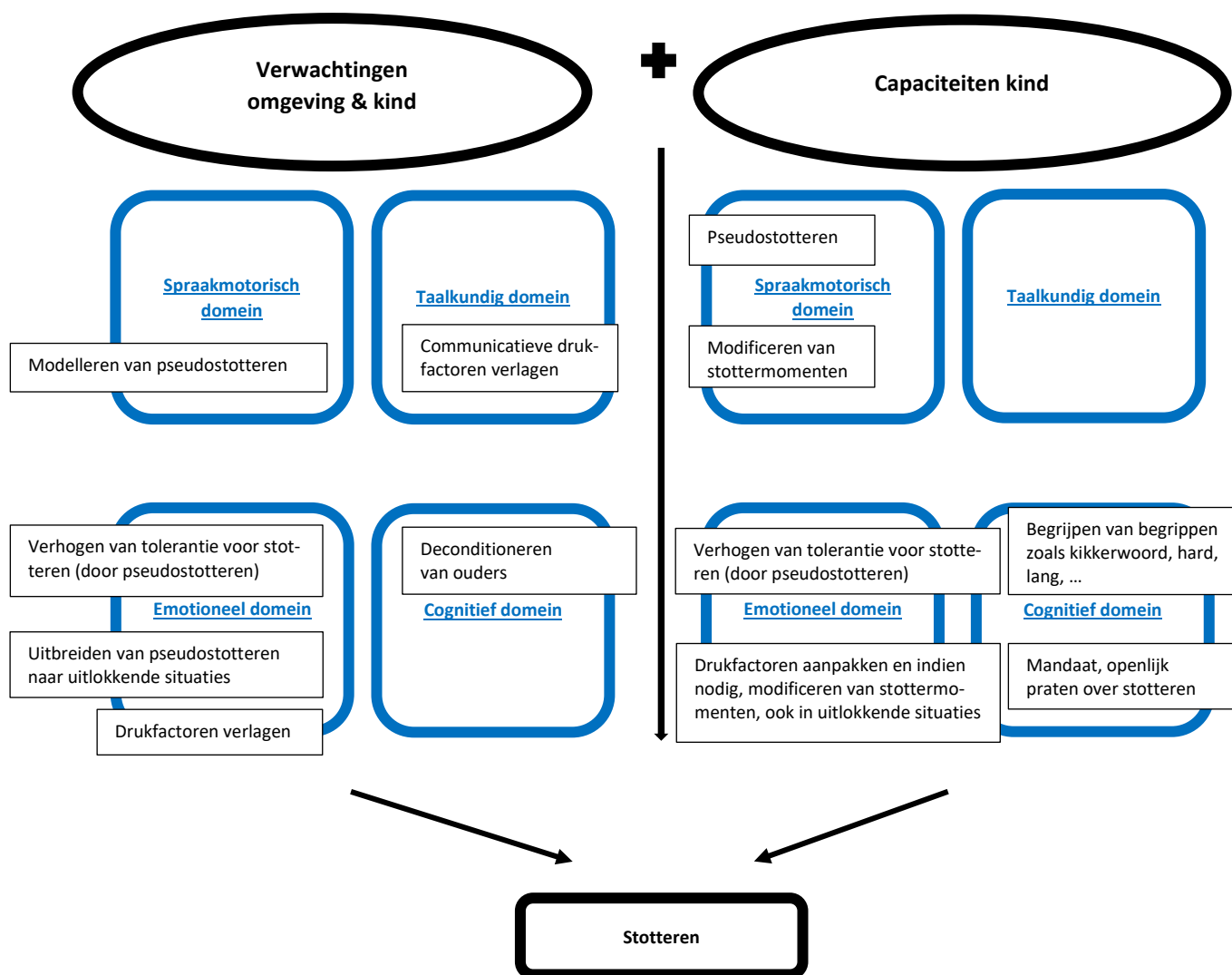
Dit kan ouders helpen om inzicht te krijgen in de werking van de gekozen behandeling.

3.1 De werking van Mini-KIDS in model gebracht

3.1.1 Mini-KIDS en het Demands and Capacities model

Figuur 1 toont het opzet van het Demands and Capacities model (Starkweather e.a., 1990), met de aspecten waarop binnen Mini-KIDS gewerkt wordt. Het is belangrijk te weten dat adviezen, gerelateerd aan het proces dat de behandeling voorafgaat, en het uitgebreid onderzoek naar de risicofactoren en in standhoudende factoren, niet mee opgenomen zijn in deze figuur, omdat ze niet standaard opgenomen zijn in de behandeling.

Figuur 1: Behandelaspecten van Mini-KIDS in het Demands and Capacities model



Ouders passen zelf pseudostotteren toe, evenals hun kind. Het kind modificeert ook in een later stadium stottergedrag in zijn eigen spraak. Bij ouders en kind verhoogt de tolerantie voor stotteren door het pseudostotteren. Het pseudostotteren van ouders wordt ook ingezet op emotioneel uitlokkende situaties, evenals het pseudostotteren en modificatie van de stottermomenten van het kind. Stotteren wordt openlijk besproken met ouders en kind. Het kind identificeert stottergedragingen en de kwaliteit ervan.

Een mogelijke uitbreiding zou kunnen zijn dat pseudostotteren en de modificatie van stottermomenten ook ingezet kan worden in complexere situaties op het vlak van spraak en taal. Afhankelijk van kleuter en gezin, kunnen meer of minder aspecten op het model geplaatst worden (individualisering van het behandelprogramma).

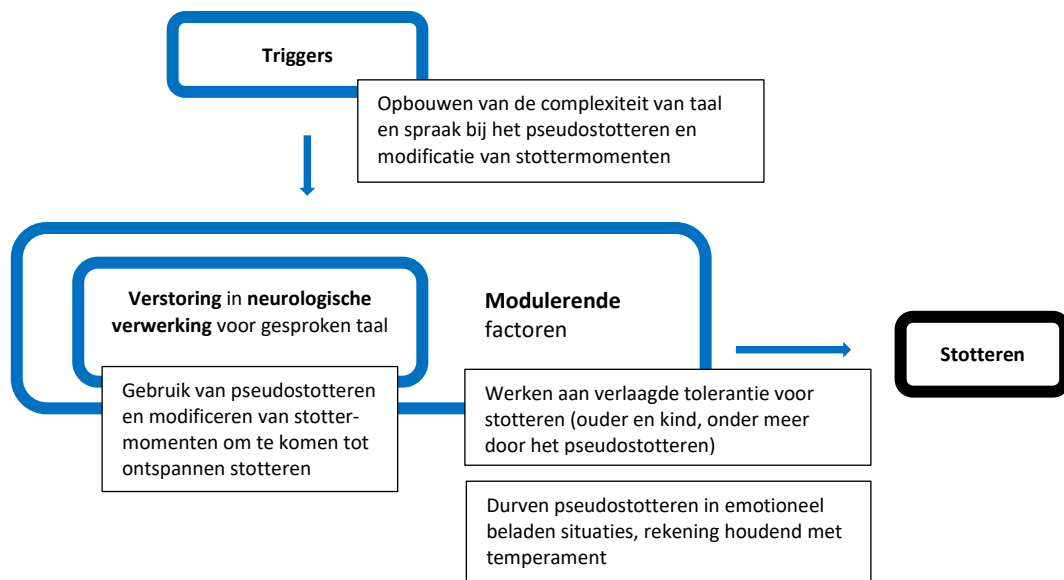
3.1.2 Mini-KIDS en het P&A driefactorenmodel

Figuur 2 toont het opzet van het P&A driefactorenmodel (Packman, 2012). Ook hier is enkel ingegaan op de belangrijkste behandelaspecten van Mini-KIDS.

Een mogelijke trigger zou de complexiteit van spraak en taal kunnen zijn. Het pseudostotteren en de modificatie van stottermomenten worden geleidelijk aan toegepast in complexere spraak- en taalsituaties. Het is heel waarschijnlijk dat er direct ingewerkt wordt op de verstoring in de neurologische verwerking voor gesproken taal. Het pseudostotteren in eerste instantie, en later het modificeren van de stottermomenten, zorgen ervoor dat het kind ontspannen leert stotteren of vlotter leert spreken. Het is mogelijk dat de neurale activiteit die hiermee gepaard gaat (en vermoedelijk anders is dan de neurale activiteit tijdens het stotteren) de verandering brengt. Daarom zijn oefenmomenten thuis van groot belang.

Tegelijkertijd wordt ervoor gezorgd dat het kind geen fysiologische reacties ontwikkelt voor het stotteren, in eerste instantie door het kind te leren pseudostotteren. Er wordt hierbij ook rekening gehouden met het temperament van het kind. Het pseudostotteren heeft als belangrijkste doel dat het kind durft te stotteren. Het pseudostotteren en het modificeren van stottermomenten gebeuren geleidelijk aan, ook in meer emotioneel beladen situaties en steeds op eigen initiatief van het kind.

Figuur 2: Behandelaspecten van Mini-KIDS in het P&A driefactorenmodel



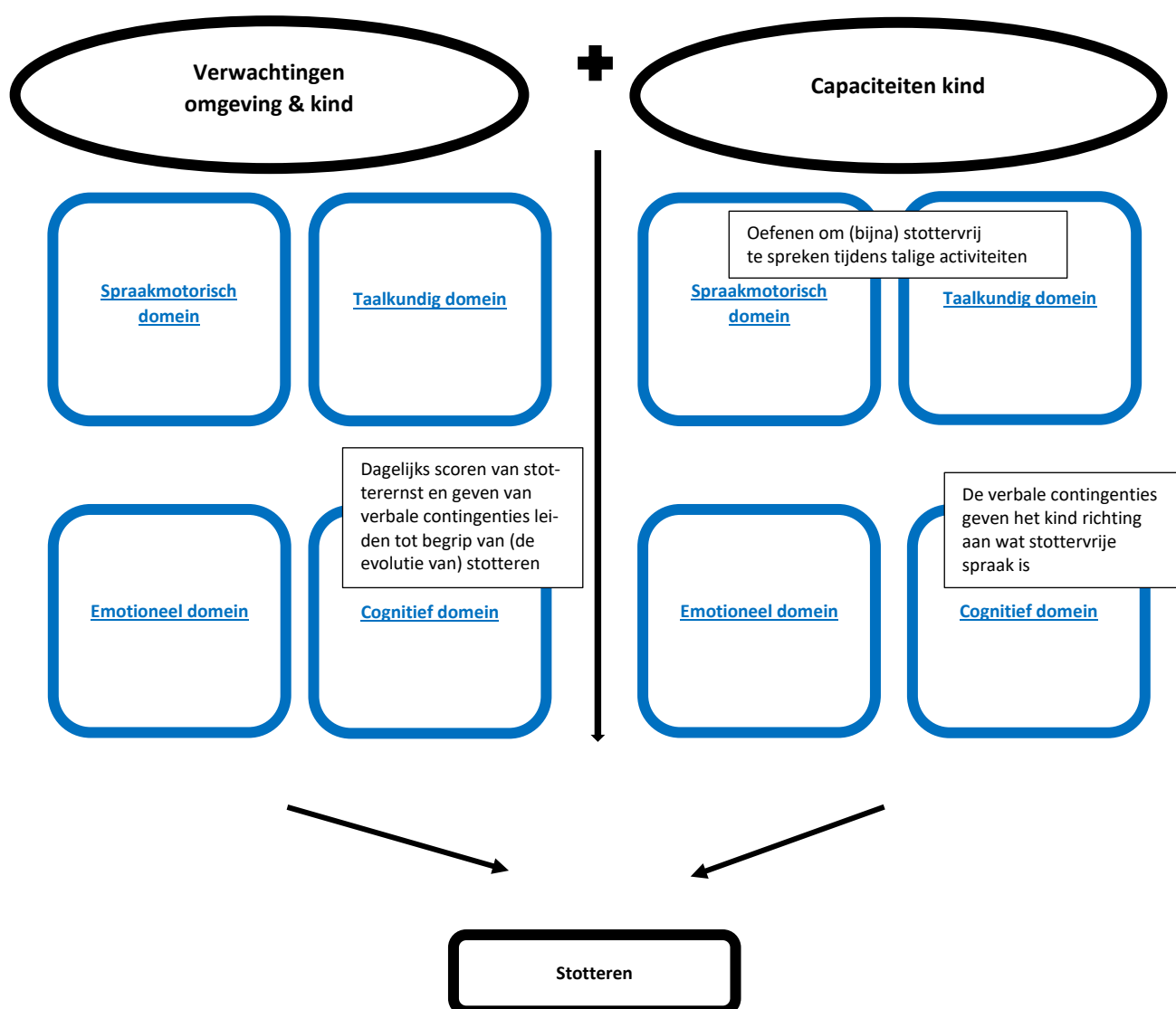
3.2 De werking van het Lidcombe Programma in model gebracht

3.2.1 Lidcombe Programma en het Demands and Capacities model

Aspecten waarop in het Lidcombe Programma gewerkt wordt, kunnen in het Demands and Capacities model (Starkweather e.a., 1990) geplaatst worden.

Meteen valt op dat er voornamelijk met de capaciteiten van het kind aan de slag gegaan wordt. Het achterliggende idee bij het Lidcombe Programma is dat het weinig zinvol is de thuiscontext van de kleuter aan te passen wanneer deze zich ook in andere contexten bevindt die niet altijd aangepast kunnen worden. Er wordt dus voornamelijk gefocust op de capaciteiten van het kind zelf, die tijdens de oefenmomenten thuis versterkt worden (Figuur 3).

Figuur 3: Behandelaspecten van het Lidcombe Programma in het Demands and Capacities model



Aangezien de nadruk in het Lidcombe Programma vooral ligt op het oefenen van de stottervrije spraak van het kind zonder dat het kind het gevoel heeft dat stotteren niet mag, worden de belangrijkste behandelaspecten onder de capaciteiten van het kind geplaatst. Mogelijk kan een discussie hierover leiden tot een andere interpretatie: aangezien ouders de oefenmomenten organiseren, de talige activiteiten kiezen en de verbale contingenties geven zou het ook kunnen dat de behandelaspecten onder de verwachtingen geplaatst worden. Dit strookt echter niet met de bedoeling van de behandelaspecten: ze worden niet ingezet om een verandering bij ouders teweeg te brengen, wel om de capaciteiten van de kinderen te versterken. Daarom staan de behandelaspecten volgens de auteur terecht onder de capaciteiten van het kind. Op zich zou het model uitgebreid kunnen worden door toe te voegen wat het programma teweegbrengt. Zo draagt het wekelijks bespreken van stotteren tijdens de behandel sessies met het kind bij tot een sfeer van openheid, wat zowel bij kind als ouder positieve gevolgen heeft op emotioneel en cognitief vlak. Deze behandelaspecten zijn hiervoor echter niet bewust ingezet, waardoor ze dan onterecht een plek in het model zouden krijgen.

3.2.2 Lidcombe Programma en het P&A driefactorenmodel

Eén van de grondleggers van het Lidcombe Programma ontwikkelde het P&A driefactorenmodel (Packman, 2012). Hoewel het Lidcombe

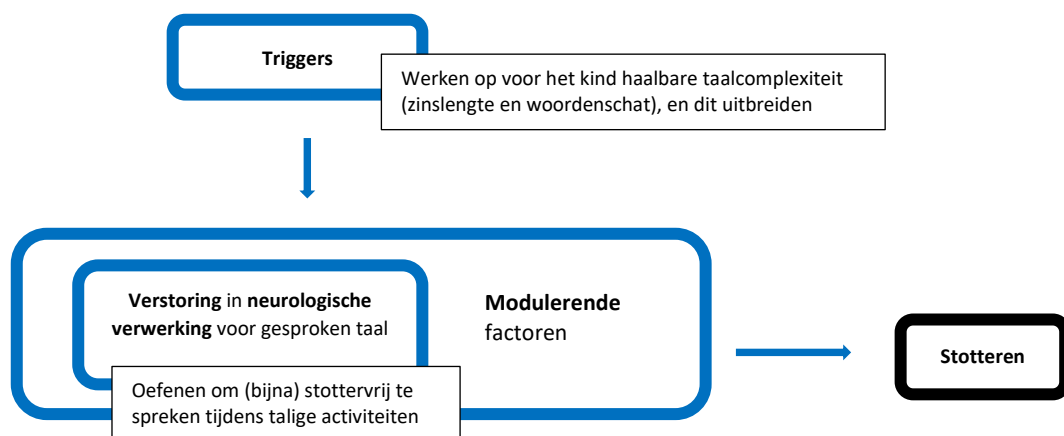
Programma niet gebouwd is op dit model, kan het model de behandelaspecten van het Lidcombe Programma wel redelijk eenvoudig plaatsen (Figuur 4).

Het oefenen van de stottervrije spraak is de kern van het Lidcombe Programma en de verbale contingenties sturen het proces daarbij, zonder dat het gevoel gegeven wordt dat stotteren niet mag. De ideale context hiervoor wordt geschapen op het niveau dat haalbaar is voor het kind op dat moment. De complexiteit van de taal is een trigger waarvan de beïnvloeding tijdens de aanvankelijke oefenmomenten zoveel mogelijk uitgeschakeld wordt en die opgebouwd wordt naarmate het stottervrij spreken lukt. Tijdens het oefenen is het waarschijnlijk dat neurale activiteit, die vermoedelijk anders is tijdens de oefenmomenten dan tijdens het gewone spreken, leidt tot het verminderen of herstel van stotteren.

Daarom zijn oefenmomenten thuis ook in dit programma van groot belang. Het focussen op de modulerende factoren is meestal niet noodzakelijk, omdat het kind normaal gezien relatief snel tot een vlottere spraak komt, waardoor de noodzaak hiervoor verdwijnt.

Wel houdt de stotterspecialist nauwkeurig in het oog of het kind neutraal of positief reageert op de verbale contingenties, en er geen negatieve reacties tegen ontwikkelt. Zo nodig grijpt de stotterspecialist in om deze evolutie te keren.

Figuur 4: Behandelaspecten van het Lidcombe Programma in het P&A driefactorenmodel



3.3 De werking van de sociaal-cognitieve gedragstherapie in model gebracht

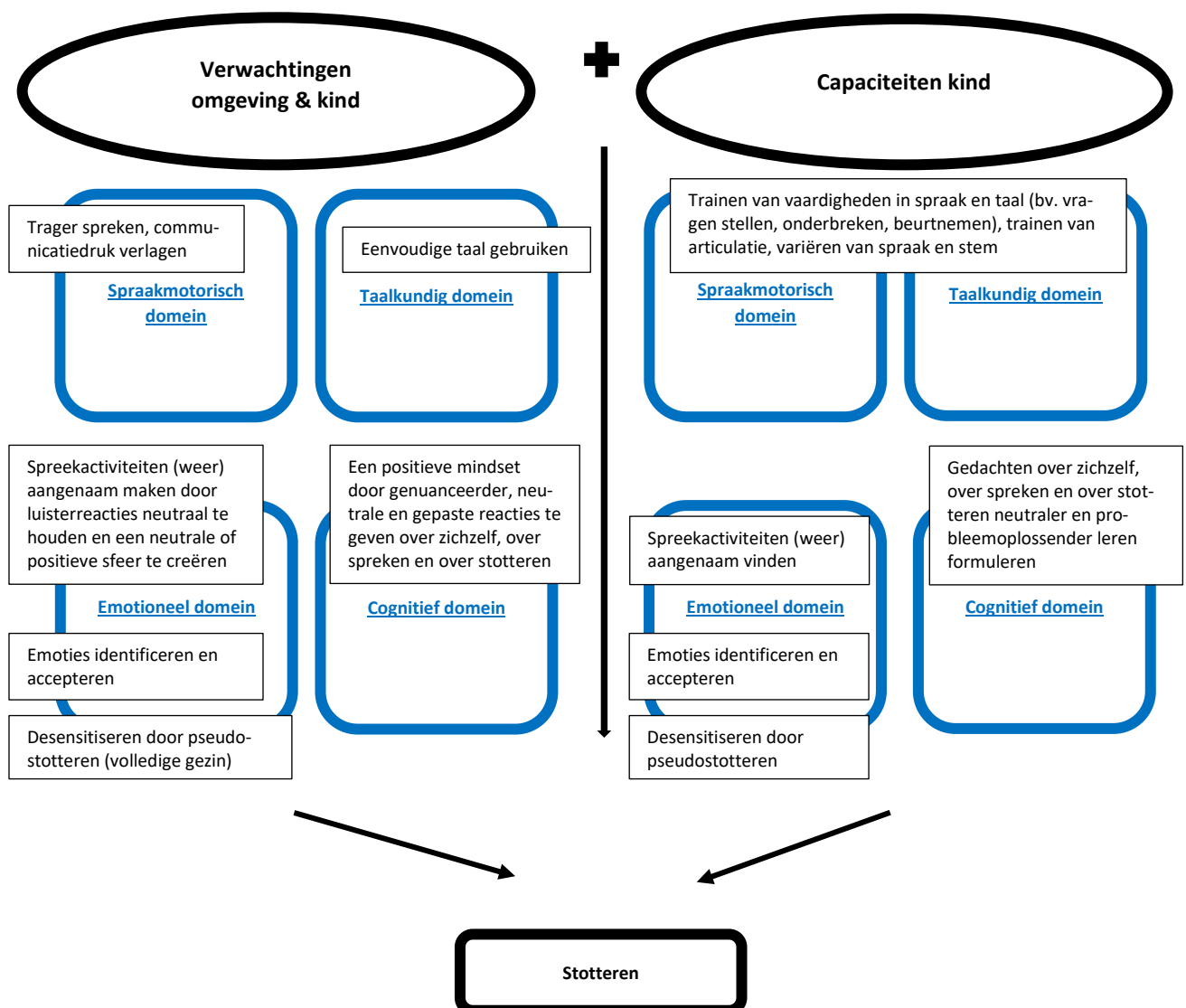
3.3.1 Sociaal-cognitieve gedragstherapie en het Demands and Capacities model

Figuur 5 toont de belangrijkste behandelaspecten die in de sociaal-cognitieve gedragstherapie aan bod komen volgens het opzet van het Demands and Capacities model (Starkweather e.a., 1990).

De behandelaspecten die in de sociaal-cognitieve gedragstherapie gebruikt worden, kunnen

in het model geplaatst worden onder zowel verwachtingen als capaciteiten. Deze worden tegelijkertijd ingezet, en door de ouderbegeleiding kunnen ze gesynchroniseerd worden met de behandelingsessies. Het is duidelijk dat in deze behandeling heel wat aandacht gaat naar de mogelijke verdere ontwikkeling van het stotteren en hoe een kind en gezin hiermee kunnen omgaan. Training van de spraak- en taalvaardigheden van het kind is minder prioritair in het programma (Fase 5) en vaak niet noodzakelijk, gezien voldoende vermindering of herstel van het stotteren.

Figuur 5: Behandelaspecten van de sociaal-cognitieve gedragstherapie in het Demands and Capacities model



3.3.2 Sociaal-cognitieve gedragstherapie en het P&A driefactorenmodel

De toepassing van het P&A driefactorenmodel (Packman, 2012) op de behandelaspecten van de sociaal-cognitieve gedragstherapie is te zien in Figuur 6.

Het is duidelijk dat de behandelaspecten in de sociaal-cognitieve gedragstherapie eerder ingezet worden voor het tegengaan van de ontwikkeling van de modulerende factoren. Het is mogelijk dat de drempel voor triggers hierdoor hoger komen te liggen. Dat wil zeggen, dat de trigger het stotteren niet meer beïnvloedt zoals het dit eerder wel deed. Volgens het model (Packman, 2012) kan de interactie tussen triggers die niet meer uitlokkend werken en afwezigheid van in stand houdende modulerende factoren voldoende zijn om tot verbetering of herstel van stotteren te leiden. Soms is vaardigheidstraining noodzakelijk om de gewenste doelen van het programma te bereiken, maar deze staat in de sociaal-cognitieve gedragstherapie nooit los van de andere behandelaspecten en is minder prioritair.

4. Conclusie

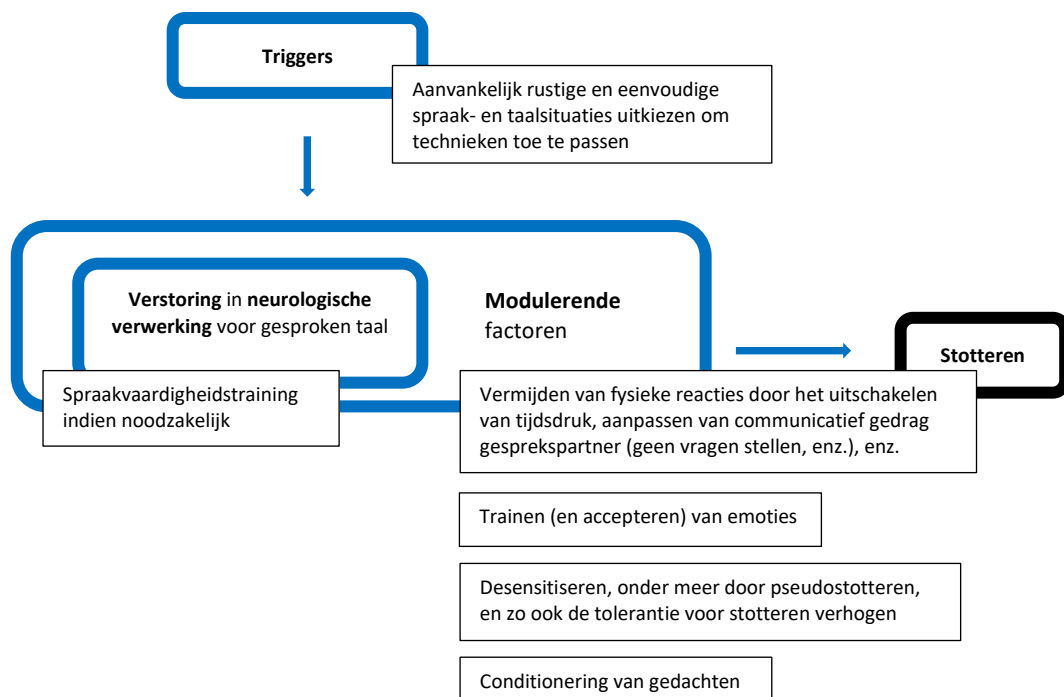
Het Demands and Capacities model en het P&A driefactorenmodel kwamen in het eerste van deze twee artikels uitgebreid aan bod om het ontstaan van stotteren te kunnen kaderen naar ouders toe.

Beide modellen zijn praktisch heel toepasbaar, ook bijvoorbeeld om ouders uit te leggen welke factoren een invloed kunnen hebben op de verdere ontwikkeling van stotteren.

Het blijkt echter noodzakelijk het Demands and Capacities model aangepast te gebruiken, aangezien niet elke factor ondersteund is door evidentie. Het recentere P&A driefactorenmodel, dat slechts enkele factoren formuleert, is wel bruikbaar in de voorgestelde versie, omdat bijna alle factoren in dit model wel gesteund zijn door voldoende evidentie.

Met de nodige voorzichtigheid en kritische blik zijn beide modellen dus bruikbaar in de praktijk, bijvoorbeeld om het ontstaan van stotteren te illustreren, zoals voorgesteld in het eerste artikel.

Tabel 6: Behandelaspecten van de sociaal-cognitieve gedragstherapie in het P&A driefactorenmodel



Het kader van beide modellen blijkt ook heel bruikbaar om te duiden hoe een behandeling werkt voor kleuters die stotteren. Behandelingen werken namelijk in op factoren die gekend zijn.

In dit tweede artikel hebben we geprobeerd de behandelaspecten van drie behandelingen voor kleuters die stotteren in beide modellen te plaatsen onder de betreffende factoren. Deze drie behandelingen zijn Mini-KIDS, het Lidcombe Programma en de sociaal-cognitieve gedragstherapie.

Uit de modellen blijkt dat de drie behandelprogramma's andere prioriteiten leggen, maar wel steeds duidelijk kunnen uitleggen hoe de aanpak van het stotteren gebeurt. Stotterspecialisten kunnen deze modellen gebruiken in de uitleg aan ouders over de werking van het behandelprogramma die zij opstarten.

Dankbetuiging

Graag wil ik mijn meest directe collega's in de stotterwereld bedanken. Ik heb de laatste jaren heel veel van hen bijgeleerd, waardoor ik het heb aangedurfd deze vertaling van theorie naar praktijk op papier te zetten.

Deze collega's noem ik graag bij naam: Kurt Eggers, Mark Meersman, Veerle Waelkens en Anne-Lise Leclercq. Uiteraard gaat mijn dank ook naar de Australische collega's, en vooral naar Ann Packman, Sue O'Brian en Mark Onslow. Ik kon me het laatste decennium gretig laven aan hun onuitputtelijke kennis.

Referenties

Boey, R. (2010). *Sociaal-cognitieve gedragstherapie voor stotteren bij heel jonge kinderen*. Standaard Uitgeverij.

Briley, P. M., & Ellis, C. (2020). Behavioral, social, and emotional well-being in children who stutter: the influence of race-ethnicity. *Logopedics Phoniatrics Vocology*, 1-9. <https://doi.org/10.1080/14015439.2020.1801833>

Carey, B., Onslow, M., & O'Brian, S. (2020). Natural recovery from stuttering for a clinical cohort of pre-school children who received no treatment. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 23(1), 48-56. <https://doi.org/10.1080/17549507.2020.1746399>

de Sonnevle-Koedoot, C., Bouwmans, C., Franken, M.C., & Stolk, E. (2015). Economic evaluation of stuttering treatment in preschool children: the RESTART-study. *Journal of Communication Disorders*, 58, 106-118. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2015.10.006>

Goodhue, R., Onslow, M., Quine, S., O'Brian, S. & Hearne, A. (2010). The Lidcombe Program of early stuttering intervention: mothers' experiences. *Journal of Fluency Disorders*, 35(1), 70-84. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2010.02.002>

Hayhow, R. (2009). Parents' experiences of the Lidcombe Program of early stuttering intervention. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 11(1), 20-25. <https://doi.org/10.1080/17549500802571704>

Jones, M., Onslow, M., Packman, A., Williams, S., Ormond, T., Schwarz, I., & Gebski, V. (2005). Randomised controlled trial of the Lidcombe program of early stuttering intervention. *British Medical Journal*, 331(7518), 659-661. <https://doi.org/10.1136/bmj.38520.451840.E0>

Langevin, M., Packman, A., & Onslow, M. (2010). Parent perceptions of the impact of stuttering on their preschoolers and themselves. *Journal of Communications Disorders*, 43(5), 407-423. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2010.05.003>

McAllister, J. (2016). Behavioural, emotional, and social development of children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 50, 23-32. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2016.09.003>

Onslow, M., Attanasio, J., & Harrison, E. (2003). Parents talk about the Lidcombe Program. In M. Onslow, A. Packman, & E. Harrison (Eds.), *The Lidcombe Program of early stuttering intervention: A clinician's guide* (pp. 193-206). Pro-Ed.

Onslow, M., Webber, M., Harrison, E., Arnott, S., Bridgman, K., Carey, B., Sheedy, S., O'Brian, S., Mac-Millan, V., Lloyd, W., & Hearne, A. (2023, version 1.5). *The Lidcombe Program treatment guide*. <https://www.uts.edu.au/sites/default/files/2023-03/Lidcombe%20Program%20Treatment%20Guide%20v1.5%202023-03-01.pdf>

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

Reilly, S., Onslow, M., Packman, A., Cini, E., Conway, L., Ukoumunne, O.C., Bavin, E., Prior, M., Eadie, P., Block, S., & Wake, M. (2013). Natural history of stuttering to 4 years of age: a prospective community-based study. *Pediatrics*, 132(3), 460-467. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-3067>

Singer, C. M., Hessling, A., Kelly, E. M., Singer, L., & Jones, R. M. (2020a). Clinical characteristics associated with stuttering persistence: a meta-analysis. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 63(9), 2995-3018. <https://doi.org/10.1044/2020.JSLHR-20-00096>

Singer, C. M., Walden, T. A., & Jones, R. M. (2020b). Attention, speech-language dissociations, and stuttering chronicity. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(1), 157-167. https://doi.org/10.1044/2019_asjlp-19-00039

Starkweather, C. W., Gottwald, S. R., & Halfond, M. M. (1990). *Stuttering prevention: A clinical method*. Prentice Hall.

Sugathan, N., & Maruthy, S. (2020). Predictive factors for persistence and recovery of stuttering in children: a systematic review. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 23(4), 359-371. <https://doi.org/10.1080/17549507.2020.1812718>

TreatPaCS (2022). *Treatment for Preschool age Children who Stutter: protocol (versie 2.5)*. <https://treatpacs.be>

Van Eerdenbrugh, S., Paackman, A., O'Brian, S., & Onslow, M. (2018). Challenges and strategies for speech-language pathologists using the Lidcombe Program for early stuttering. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27(3S), 1259-1272. https://doi.org/10.1044/2018_AJSLP-ODC11-17-0185

Van Eerdenbrugh, S., Uijterlinde, I., Eggers, K., & Franken, M.-C. (2023). Attributes that affect the choice of treatment for preschool age children who stutter: an observational study. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 75, 117-130. <https://doi.org/10.1159/000528101>

Van Eerdenbrugh, S., Vanhoutte, S., & Waelkens, V. (2019). Directe therapie bij stotterende kleuters: verschillen en gelijkenissen tussen het Lidcombe programma en Mini-KIDS. *Logopedie*, 32(5), 21-31.

Van Riper, C (1973). *The treatment of stuttering*. Prentice-Hall.

Vanryckeghem, M., Brutten, G. J., & Hernandez, L. M. (2005). A comparative investigation of the speech-associated attitude of preschool and kindergarten children who do and do not stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 3(4), 307-318. <https://doi.org/10.1016/j.fludis.2005.09.003>

Waelkens, V. (2018). *Mini-KIDS: stottertherapie bij jonge kinderen (2-6 jaar)*. Leuven: Acco.

Waelkens, V., & Van Eerdenbrugh, S. (2022). Chapter 4: Children showing signs of stuttering. In K. Eggers & M. Leahy (Eds.), *Clinical cases in dysfluency (pp. 32-43)*. Taylor & Francis Group in the series Clinical Cases in Speech and Language Disorders. <https://doi.org/10.4324/9781003179016-4>

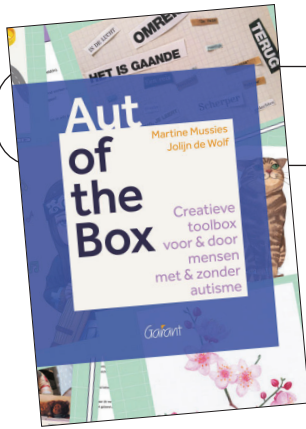
Yairi, E., & Ambrose, N. (1992). A longitudinal study of stuttering in children: A preliminary report. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 35(4), 755-760. <https://doi.org/10.1044/jshr.3504.755>

Yairi, E., Ambrose, N. G., Paden, E. P., & Throneburg, R. N. (1996). Predictive factors of persistence and recovery: Pathways of childhood stuttering. *Journal of Communication Disorders*, 29(1), 51-77. [https://doi.org/10.1016/0021-9924\(95\)00051-8](https://doi.org/10.1016/0021-9924(95)00051-8)

Yairi, E., & Ambrose, N.G. (1999). Early childhood stuttering I: persistency and recovery rates. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 42(5), 1097. <https://doi.org/10.1044/jslhr.4205.1097>

Contact

Sabine Van Eerdenbrugh
sabine.vaneerdenbrugh@thomasmore.be



Martine Mussies & Jolijn de Wolf

Aut of the box

Creatieve toolbox voor & door mensen met & zonder autisme (10 kaarten)

Garant • ISBN 9789044139266
Clipbox met 10 kaarten en handleiding (40 blz.) • €40

Deze toolbox is niet alleen leuk, maar ook zinvol. Creatief bezig zijn kan helpen om in contact te komen met jezelf en uitdrukking te geven aan gevoelens die moeilijk in woorden te vangen zijn. Het laat je als het ware 'opruimen in je hoofd': je gedachten ordenen en de wereld om je heen overzichtelijker maken.

Met een creatieve opdracht bezig zijn kan rust brengen in je drukke (innerlijke) wereld, bijvoorbeeld als je overprikkeld bent of dreigt te geraken. Bij onderprikkeling kan het juist een laagdrempelige stimulans zijn om invulling te geven aan je tijd.

Deze creatieve toolbox bestaat uit een handleiding en kaartenset met creatieve opdrachten en nodigt uit tot zelfexpressie, zelfreflectie en psycho-educatie. De kaarten zijn in eerste instantie ontwikkeld voor mensen met autisme, maar kunnen iedereen inspireren om creatief bezig te zijn. Het kan veel voldoening geven om iets zelf te maken en dat stimuleert mentaal welbevinden.

De opdrachten kunnen individueel of in groepsverband, met of zonder begeleiding uitgevoerd worden. De opdrachten zijn ook zelfstandig uit te voeren – met eenvoudige materialen – en autismevriendelijk omschreven.



Diënné Flohr-Kamphuis

Het huis onder de regenboog

Regenboog-verhalen met duiding en tips

Garant • ISBN 9789044139372 • 215 blz.
geïllustreerd, vierkleurendruk • €22,50

Het huis onder de regenboog verhaalt over 43 uiteenlopende situaties die op de een of andere manier allemaal te maken hebben met (gender) identiteit/seksualiteit. Over de eerste seksuele gevoelens, de vreugde en verwarring. Over het zich anders voelen, de ontkenning en eenzaamheid. Over vruchtbaarheid en transgender-zijn, de verwarring en schaamte. Over uitgaan, het plezier en de gevaren. Over de gevolgen voor thuis, school en werk. Over religie, de schuldgevoelens en vergeving. Over eindelijk jezelf kunnen zijn, de trots en de Gay Pride.

Vrijwel alle aspecten van identiteit onder het brede spectrum van de regenboog komen aan bod. Een peuter die helemaal als zichzelf haar vierde verjaardag mag vieren, een puber waarvan de vader homoseksueel blijkt te zijn, de eerste binder, pesten en alleen in een verzorgingshuis; het is zomaar een greep uit de 43 verhalen.

Bijzonder is voorts dat ieder verhaal in regenboogkleuren geïllustreerd is en bovendien voorzien is van uitleg/tips. Ook geeft dit boek een overzicht op (medisch) transgendergebied. Hierbij zijn ook keuzewijzers opgenomen t.a.v. bijvoorbeeld hormonen. *Het huis onder de regenboog* eindigt met een beknopt Vademecum op LHBTIQ+-gebied: van uitgaan tot zorg, van logopedie tot kleding.

Dit bijzondere boek is voor iedereen bestemd die op de een of andere wijze te maken heeft met vragen op het brede gebied van (gender)identiteit/ seksualiteit. Het boek is tevens te gebruiken als coachingsinstrument tijdens begeleidingsgesprekken, thuis, op school en in praktijken.