

stoot

Stotteren

Van theorie naar therapie

ter

en

Mies Bezemer

Jan Bouwen

m.m.v. Coen Winkelman

Stotteren

www.coutinho.nl/stotteren3

Met de code in dit boek heb je toegang tot je online studiemateriaal. Dit materiaal bestaat uit onder andere praktische hulpmiddelen voor therapie (werkbleden, theoretische informatie, anamneselijsten enz.), figuren uit het boek en ondersteunende filmpjes.

Om je studiemateriaal te activeren heb je onderstaande code nodig.

Ga naar **www.coutinho.nl/stotteren3** en volg de instructies.

Stotteren

Van theorie naar therapie

Mies Bezemer
Jan Bouwen
m.m.v. Coen Winkelman

Derde, herziene druk

uitgeverij | C
coutinho

bussum 2018

© 2006/2018 Uitgeverij Coutinho bv

Alle rechten voorbehouden.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

Eerste druk, 2006

Derde, herziene druk, 2018

Uitgeverij Coutinho

Postbus 333

1400 AH Bussum

info@coutinho.nl

www.coutinho.nl

Omslag: Steef Liefting, Amsterdam

Noot van de uitgever

Wij hebben alle moeite gedaan om rechthebbenden van copyright te achterhalen. Personen of instanties die aanspraak maken op bepaalde rechten, wordt vriendelijk verzocht contact op te nemen met de uitgever.

ISBN 978 90 469 0628 6

NUR 896

Voorwoord bij de derde, herziene druk

Voor je ligt alweer de derde druk van *Stotteren, van theorie naar therapie*, een grondig herziene uitgave. Wij zijn verheugd dat uitgeverij Coutinho ons de gelegenheid gaf deze herziening vorm te geven. Dat er herzien moest worden was duidelijk. De eerste druk verscheen dertien jaar geleden, en in 2010 hadden we de gelegenheid enige belangrijke wijzigingen aan te brengen en bijlagen op de corresponderende website toe te voegen. Bij de herziene uitgave die nu voor je ligt zijn veel veranderingen aangebracht en is veel informatie toegevoegd en bijgeschaafd. Ook zijn de bijlagen op de website opnieuw uitgebreid met praktische informatie die gedownload en gebruikt kan worden.

Inmiddels staat dit boek in Nederland en België op de kaart. Op de meeste opleidingen logopedie wordt het gebruikt, en bij post-hbo-cursussen en trainingen stottertherapie is het boek veelal de begeleidende reader. Logopedisten-stottertherapeuten, die zich al gespecialiseerd hebben, gebruiken dit handboek ook graag en vinden de vele praktische oefeningen een welkome aanvulling op hun therapeutisch handelen. Al deze 'gebruikers' gaven ons door de jaren heen de nodige feedback waardoor mede de motivatie groeide om tot een derde herziene druk te komen.

De ontwikkelingen binnen de specialisatie stottertherapie voor logopedisten waren bovendien een aanleiding ons flink te verdiepen in recente ontwikkelingen binnen ons vak. Naast verschillende post-hbo-cursussen en de specialisatie tot stottertherapeut bij het Centrum voor Informatie, Onderzoek en Opleiding over Stotteren (CIOOS) is de European Clinical Specialization in Fluency Disorders (ECSF) in Nederland en België veelal de start van de specialisatie tot stottertherapeut. Wat is het dan prettig om naast de voornamelijk Engelstalige literatuur ook een Nederlands handboek te hebben, een boek dat tevens als springplank kan fungeren naar andere, vaak anders-talige, literatuur.

In 2014 verscheen in Nederland de Richtlijn 'Stotteren bij kinderen, adolescenten en volwassenen'. Deze ontwikkeling wordt in andere landen gevolgd met eigen richtlijnen. Een belangrijke functie van dit boek is het praktisch vorm geven van de suggesties die gegeven worden in de richtlijn.

Door de jaren heen zijn we geïnspireerd door vele collega's, studenten, pas afgestudeerde collega's en cursisten hbo die hun feedback hebben gegeven op dit boek. Het contact met collega's uit binnen- en buitenland inspireerde ons tevens tot het verder vormgeven van de praktische vertaling van 'stottertheorie' naar stottertherapie. Al deze collega's hier met naam noemen is een onmogelijke taak maar we willen niemand te kort doen, we zijn allen zeer dankbaar. Dank ook aan uitgeverij Coutinho, in het bijzonder Marianne Kruyskamp en Barbara Capel, en alle betrokken personen die aan deze uitgave hebben meegewerkt. Het herziene boek staat er nu en we zijn er blij mee.

Tot slot: een forse herziening van een boek als dit blijkt veel werk te zijn en veel tijd te kosten. Dit lukte alleen met steun die we kregen van de mensen die direct om ons heen staan met speciale vermelding van Willeke. We danken hen hiervoor.

Rest ons de lezer, de logopedist en de logopedist-stottertherapeut, veel plezier te wensen met dit boek. Het is een boek waar we met plezier aan werkten en waarvan we hopen dat de stottertherapie in Nederland en België opnieuw profijt zal hebben.

Middelburg, Schoonhoven, Baarn
Mies Bezemer, Jan Bouwen, Coen Winkelman
najaar 2018

Inhoud

	Inleiding	13
1	Wat is stotteren?	17
	Jan Bouwen	
1.1	Inleiding	17
1.2	Stotteren: verstoring en stoornis	20
1.3	Stotteren: een geïntegreerde visie	20
1.4	Vloeiend, normaal niet-vloeiend en stotterend spreken	25
1.5	Ontwikkelingsstotteren	29
1.6	Andere vloeiendheidsstoornissen	29
1.7	Hoe leg je aan cliënten en hun omgeving uit wat stotteren is?	31
2	Het ontstaan van stotteren	33
	Jan Bouwen, m.m.v. Coen Winkelman	
2.1	Inleiding	33
2.2	Wanneer begint het?	34
2.3	Hoe begint het?	35
2.3.1	Van normale niet-vloeiendheden naar niet-normale niet-vloeiendheden	36
2.3.2	Typen en tracks van Van Riper	38
2.4	Waardoor ontstaat het?	40
2.4.1	Is de oorzaak psychologisch?	41
2.4.2	Is de oorzaak biologisch?	50
3	Ontwikkeling	59
	Mies Bezemer, m.m.v. Coen Winkelman	
3.1	Inleiding	59
3.2	Het verwachtingen- en mogelijkhedenmodel (DCM)	60
3.3	Factoren die invloed hebben op de ontwikkeling en het persisteren van stotteren	61
3.3.1	Interne factoren	61
3.3.2	Externe factoren	68

3.4	Leerprocessen die het stotteren in stand houden en versterken	71
3.4.1	Instinct en reflexen	72
3.4.2	Rijping	72
3.4.3	Het menselijk leren	72
3.4.4	Leren volgens de eerste generatie gedragstherapie	73
3.4.5	Leren volgens de tweede generatie gedragstherapie	81
3.4.6	Leren volgens de derde generatie gedragstherapie	85
3.5	4CM vanuit cognitief gedragstherapeutisch perspectief	87
3.6	De ontwikkeling van stotteren beschreven in diverse werkmodellen	92
4	Diagnostiek	95
	Mies Bezemer	
4.1	Inleiding	95
4.2	ICF en de Richtlijn Stotteren	96
4.3	Diversiteit in theorieën, diversiteit in diagnostiek?	99
4.3.1	ICF, diagnostiek en het Erasmus-viercomponentenmodel (4CM)	99
4.3.2	ICF, diagnostiek en het verwachtingen- en mogelijkheden-model (DCM)	99
4.3.3	ICF en diagnostiek in relatie tot therapie bij andersoortige vloeiendheidsproblemen	100
4.4	Stotterdiagnostiek	100
4.4.1	Screening	101
4.4.2	Aanmelding	102
4.4.3	Anamnese	102
4.4.4	Intake en het eerste interview	104
4.5	Stotterdiagnostisch onderzoek	107
4.5.1	Analyse stottergedrag	108
4.5.2	Metten van stotterernst	114
4.5.3	Video-observatie ouder-kind	116
4.5.4	Analyse cognities, emoties en sociale aspecten	120
4.6	Differentiële diagnose	127
4.6.1	Broddelen en de combinatie stotteren-broddelen	127
4.6.2	Verworven stotteren	131
4.6.3	Manipulatief stotteren/aandachtsstotteren	133
4.7	Tot slot: functie- en betekenisanalyse, diagnose en verslaglegging	133
5	Therapieën, indicaties en keuzes	137
	Jan Bouwen & Mies Bezemer	
5.1	Inleiding	137
5.2	Controverse in de twintigste eeuw	138
5.2.1	Stutter Modification therapie (SM)	139
5.2.2	Fluency Shaping therapie (FS)	139

5.3	Consensus in de eenentwintigste eeuw	143
5.3.1	Integratie SM en FS	143
5.3.2	Breedspectrumbenadering	145
5.4	Therapieën voor jonge kinderen	146
5.4.1	Indirecte of directe therapie?	146
5.4.2	Het verwachtingen- en mogelijkhedenmodel	148
5.4.3	Lidcombeprogramma	148
5.4.4	DCM of Lidcombe, controverser of integratie?	148
5.4.5	Breedspectrumbenadering met DCM en Lidcombe?	150
5.4.6	Ouderbegeleiding	150
5.5	Therapie-indicatie, therapiekeuze en adviesgesprek jonge kinderen	151
5.5.1	Therapie-indicatie en therapiekeuze	151
5.5.2	Adviesgesprek	155
5.6	Therapieën voor oudere kinderen, jongeren en volwassenen	159
5.6.1	Voorbeelden SM-benadering	160
5.6.2	Therapievorm	165
5.7	Evaluatieonderzoek stottertherapie	167
5.8	Erasmus-stottertherapiemodel (STM)	169
5.9	Therapie-indicatie, therapiekeuze en adviesgesprek oudere kinderen en (jong)volwassenen	176
5.9.1	Therapie-indicatie en therapiekeuze	176
5.9.2	Adviesgesprek	181
5.10	Stottertherapie en psychotherapie	185
5.10.1	Gedragstherapie	186
5.11	Doorverwijzen	189

6 De therapeut 191

Mies Bezemer & Jan Bouwen

6.1	Inleiding	191
6.2	Evidence-, context- en expert-based practice	192
6.3	Therapeutische relatie	193
6.4	Gezamenlijke besluitvorming	196
6.5	Kwaliteit van de therapeut	200
6.5.1	Algemene therapeutvariabelen	200
6.5.2	Stotterspecifieke therapeutvariabelen	201
6.6	Therapeutische competenties	204
6.6.1	Methodisch handelen	204
6.6.2	Motiverende gespreksvoering	205
6.6.3	Eclectisch werken	211
6.6.4	Specialisatie	216
6.7	Wetenschappelijk onderzoek en common factors	217

7	Transfer en stabilisatie	221
	Mies Bezemer	
7.1	Inleiding	221
7.2	Transfer en stabilisatie vanaf het eerste gesprek	222
7.3	Stages of change: is de cliënt klaar voor verandering?	223
7.4	Mijn manier van spreken 'hoort bij mij'	226
7.5	Factoren die de transfer afremmen	227
7.6	Factoren die de transfer faciliteren	227
7.7	Neurologische factoren, wat zijn de mogelijkheden?	229
7.8	Werken met hiërarchieën	229
7.9	Oefeningen die de transfer ondersteunen	230
7.10	Stabilisatie – afbouw van de therapie	234
7.11	Het eindresultaat	235
7.12	Terugval	236
7.13	Zelfhulp	237
8	Therapie voor kinderen	239
	Mies Bezemer	
8.1	Inleiding	239
8.2	Oudergesprek: de praktische uitvoering	240
8.3	Stottertherapie bij het jonge kind: indirect of direct?	242
8.3.1	Indirecte therapie binnen het DCM	244
8.3.2	Directe therapie: het versterken van de capaciteiten (DCM)	264
8.3.3	Lidcombeprogramma	296
8.4	Stottertherapie in de basisschoolleeftijd	299
8.4.1	Kind in ontwikkeling	301
8.4.2	Van DCM naar 4CM en STM	302
8.5	ACT en stottertherapie bij kinderen	343
8.5.1	ACT en het 4CM	344
8.5.2	De hexaflex voor kinderen	345
8.6	Individuele therapie of groepstherapie	352
8.7	Stotteren en bijkomende problemen	352
8.7.1	Stotteren en spraak-/taalproblemen	353
8.7.2	Stotteren, taalontwikkeling en temperament	354
8.7.3	Onderzoek en begeleiding van stotteren en taal	354
8.7.4	Stotteren en fonologische problemen	356
8.7.5	Vloeiendheidsproblemen bij andere ontwikkelingsproblemen	357
8.7.6	Stotteren en meertaligheid	362
8.8	Wanneer stopt de therapie?	363
8.9	Tot slot	364

9	Breedspectrumtherapie voor jeugdigen en (jong)volwassenen	367
	Jan Bouwen & Mies Bezemer	
9.1	Inleiding	367
9.2	Breedspectrumtherapie	368
9.3	Eerste behandelsessie(s)	368
9.3.1	Doelstellingen van de cliënt	369
9.3.2	Therapie-inhoud en -opbouw	369
9.4	Cognitieve therapie	372
9.4.1	Doel cognitieve therapie	373
9.4.2	Cognitieve gedragstherapieën	374
9.4.3	Cognitieve therapie en ACT	376
9.4.4	Interventies cognitieve therapie	378
9.5	Emotionele therapie	392
9.5.1	Doel emotionele therapie	393
9.5.2	Interventies emotionele therapie	394
9.5.3	Zelfmonitoring emotionele component	400
9.6	Verbale therapie	402
9.6.1	Doel verbale therapie	403
9.6.2	Cognitieve component verbale therapie	403
9.6.3	Emotionele component verbale therapie	405
9.6.4	Integratie SM en FS	406
9.7	Sociale therapie	420
9.7.1	Doel sociale therapie	421
9.7.2	De transfer	421
9.7.3	Sociale vaardigheden	421
9.7.4	Sociale context	422
	Literatuur	430
	Register	447
	Over de auteurs	456

Inleiding

Dertien jaar na het verschijnen van de eerste druk van *Stotteren, van theorie naar therapie* ligt hier de derde grondig herziene uitgave. Het werd na zoveel jaar tijd de inhoud flink op de schop te nemen en te actualiseren.

Wat is er in deze druk veranderd?

In de eerste plaats is de indeling veranderd. Minder hoofdstukken betekent niet dat de inhoud is beperkt, in tegendeel. In de vorige uitgaven was er nog wel eens sprake van overlap tussen de hoofdstukken. Die is er voor een flink deel uitgehaald, behalve waar het functionele overlap betreft. De doorgaande lijnen zijn nu logischer gekoppeld aan twee centrale visies binnen de verklaring en behandeling van stotteren.

De keuze voor de benadering volgens het Demands and Capacities Model (DCM) en het Erasmus-viercomponentenmodel (4CM) maakten we eerder omdat dit het eclectisch werken mogelijk maakt. Het befaamde maatwerk binnen de stottertherapie wordt op deze wijze mogelijk. Stotteren is namelijk meer dan uitsluitend niet-vloeiend spreken. De door de tijd steeds verder vormgegeven benadering volgens DCM (bij jonge kinderen) loopt geleidelijk over naar het vertrouwde 4CM (bij oudere kinderen en volwassenen). Door deze keuzes krijgt de lezer vanaf het eerste hoofdstuk een beter begrip van de verschijnselen, ontwikkeling, onderzoek en therapie van stotteren vanuit deze benaderingen.

De lezer herkent in deze uitgave de duidelijke aandacht die, door alle hoofdstukken heen, gegeven wordt aan de inbreng van de cliënt en aan de keuzes die therapeut en cliënt hierbij maken met betrekking tot de te kiezen therapie. Dit is een logische en herkenbare aanpak binnen de hedendaagse gezondheidszorg.

In de internationale literatuur vindt men naast handboeken over stotteren ook handboeken over *fluency disorders*. In die laatste breder georiënteerde boeken is er naast stotteren ook ruime aandacht voor broddelen en andere vloeiendheidsstoornissen. Wereldwijd is er de laatste jaren gerichter aandacht ontstaan voor broddelen, wat zich heeft geuit in de oprichting van de ICA (International Cluttering Association) naast de bestaande IFA (International Fluency Association). Gelukkig en terecht werken beide organisaties veel samen.

In dit boek bespreken we naast stotteren niet alle andere vloeiendheidsstoornissen en ook het hoofdstuk over broddelen is verdwenen. Inmiddels is het boek *Broddelen, een (on)begrepen stoornis* (Van Zaalen & Winkelman, 2014) verschenen waarnaar wij met betrekking tot deze stoornis graag verwijzen.

Hoe dit boek te gebruiken?

Hoofdstuk 1 beschrijft het fenomeen stotteren: wat is het en hoe herkennen we het? Hoe kunnen we het beschrijven naar cliënten en naar derden? Het 4CM wordt hier al geïntroduceerd. In de kern blijft het model hetzelfde als in de vorige drukken, maar de vier componenten worden nu anders gevisualiseerd: de verbale, de cognitieve en de emotionele componenten vormen de kern en worden nu omgeven door de sociale component. Het model is ook toe te passen op broddelen, al zal de inhoud van de componenten dan uiteraard anders zijn.

Hoofdstuk 2 beschrijft het ontstaan van stotteren: wat is hierover heden ten dage bekend, wat nog niet, welke wetenschappelijke vragen en onderzoeken spelen er momenteel? De hier genoemde theoretische kennis betreft met name die zaken die van direct belang zijn als basis voor het therapeutisch handelen.

Hoofdstuk 3 beschrijft de ontwikkeling van stotteren, de leerprocessen die een rol gaan spelen. Hoe het stotteren tot problematiek kan leiden, wordt in dit hoofdstuk verduidelijkt. De lezer herkent duidelijk het DCM, een model dat goed gerelateerd is aan de algemene ontwikkeling van kinderen. In dit hoofdstuk krijgen verschillende leertheorieën een plaats, theorieën die als basis dienen voor de later beschreven therapieën. Naast het logopedisch handelen betrekken we immers ook veel interventies die beschreven zijn voor pedagogische en psychologische begeleiding. De lezer herkent de principes van het methodisch handelen, noodzakelijk voor de praktijkvoering. Een goed begrip van leerprocessen maakt de keuzes in ons therapeutisch handelen helder.

Hoofdstuk 4 beschrijft het onderzoek. Vele gangbare, goed toegankelijke en in de Richtlijn Stotteren beschreven onderzoeksmiddelen worden genoemd en inhoudelijk besproken. De onderzoeksmiddelen die gebruikt kunnen worden zijn gerangschikt naar leeftijdsgroep en problematiek. Ook basale vaardigheden, zoals het scoren van stottergedragingen, worden uitgelegd. Het diagnostisch onderzoek wordt van A tot Z beschreven met als leidraad de eerdergenoemde Richtlijn Stotteren. Er is een duidelijke link naar de later beschreven therapievormen. Er is meer aandacht voor differentiaal diagnostiek, met name bij de combinatie stotteren-broddelen, maar extra verdieping blijft ook wenselijk in andere vormen van niet-vloeiend spreken. Kennis van de normale spraak- en taalontwikkeling wordt bij de lezer verondersteld zodat het onderscheid tussen stotteren en normaal niet-vloeiend spreken kan worden begrepen.

Hoofdstuk 5 bespreekt de theorie van huidige gangbare therapievormen. Naar deze uitleg zal in de therapiehoofdstukken verwezen worden. Dit is van belang om de cliënt en de omgeving van gerichte informatie te voorzien en zo het inmiddels bekende *shared decision making* een kans te geven. Deze aanpak is van belang om na een onderzoek en indicatiestelling tot gemotiveerde behandelkeuzes te komen.

Hoofdstuk 6 bespreekt de therapeutvariabelen. Er is steeds meer bekend over het belang van de houding, de instelling, van de therapeut zelf in relatie tot te verwachten effecten van therapie. De zogenaamde *common factors* spelen in de hulpverlening een rol. Welke factoren die leiden tot effect van behandelingen zijn het duidelijkst aan te wijzen? De kracht van de therapeut en diens gespreksvoering blijkt cruciaal, naast de steun vanuit de omgeving en de therapie-inhoud zelf. De in dit hoofdstuk genoemde factoren sluiten aan bij de actuele discussie over de verschuiving van *cure* naar *care* en zullen door een therapeut graag ter harte worden genomen.

Hoofdstuk 7 beschrijft uitgebreid de transfer. Dit hoofdstuk staat niet aan het eind, omdat gedragsverandering immers een kans krijgt vanaf het eerste contact. Hiermee kan de therapeut een goede basis leggen voor een efficiënt therapieproces. Hoe is adequate gedragsverandering te stimuleren? Welke stadia zijn hierin te onderkennen? Hoe brengt de cliënt het geleerde in praktijk en welke hulpmiddelen kan de therapeut hierbij gebruiken?

Hoofdstuk 8 en 9 beschrijven de therapie bij stotteren. In hoofdstuk 8 wordt de therapie beschreven voor kinderen tot en met de lagere schoolleeftijd/begin middelbare school. Aanvankelijk wordt de benadering naar het DCM beschreven in zijn vele facetten. Therapie aangepast aan leeftijd, ontwikkeling en ontwikkelingsgebied krijgen ruime aandacht. Geleidelijk groeit de begeleiding uit naar de benadering door middel van het 4CM. Hoofdstuk 8 is een veelomvattend hoofdstuk geworden, omdat nu alle facetten van kindertherapieën hier genoemd staan, inclusief de verbale training. In Nederland is de invloed van cognitieve gedragstherapie binnen stottertherapie bekend. In deze herziening wordt ook de voortgaande ontwikkeling uitgelegd met therapeutische suggesties vanuit de Acceptatie Commitment Therapie (ACT), die velen als waardevol zien voor stottertherapie. Omdat we met dit boek de praktijk van stottertherapie veel aandacht willen geven, worden veel therapeutische interventies besproken. De modellen DCM en 4CM lenen zich hier uitstekend voor. Zij bieden ruimte tot vele interventies en flexibiliteit van handelen. De ervaring leerde ons dat deze in een behoefte voorzien. Op de website staat een flinke uitbreiding van te gebruiken bijlagen voor therapie bij kinderen en voor de begeleiding van hun ouders. Het hele hoofdstuk ademt 'therapie op maat', een onzes inziens belangrijk gegeven. Geen stotterproblematiek is gelijk, dus ook geen therapie is volledig gelijk.

Hoofdstuk 9 beschrijft de therapie van jongeren en volwassenen van met name stotteren als probleemgebied binnen de vloeiendheidsstoornissen. Ook hier is sprake van een eclectische benadering. De theorie van de verschillende therapievormen staat vermeld in hoofdstuk 5, de uitvoering van de therapie in dit hoofdstuk. Er is aandacht voor nieuwe ontwikkelingen in de psychotherapie, bijvoorbeeld voor ACT, een derde generatie gedragstherapie die te implementeren is binnen de bestaande stottertherapie. Studenten/lezers wordt aangeraden zich bij stottertherapie ook te scholen in psychotherapeutische vaardigheden, aangepast aan communicatieproblemen. De verbale therapie krijgt in dit hoofdstuk uitgebreid aandacht.

Het boek is uitgebreid en geactualiseerd. Een deel van de informatieve teksten is naar de website verplaatst. Daar staan ook anamneselijsten, werkbladen bij verschillende hoofdstukken, een lijst met nuttige vormen van digitale ondersteuning, illustrerende filmpjes, een lijst met literatuur voor cliënten over stotteren, enzovoort. De therapeut kan hiermee zijn voordeel doen en geïnspireerd raken.

Online studiemateriaal



Op www.coutinho.nl/stotteren3 vind je het online studiemateriaal bij dit boek. Dit materiaal bestaat onder andere uit:

- anamneselijsten
- werkbladen
- theoretische uitleg voor cliënten en ouders
- videofragmenten

Stotteren

- > Studiemateriaal
 - > Hoofdstuk 1
 - > Hoofdstuk 2
 - > Hoofdstuk 3
 - > Hoofdstuk 4
 - > Hoofdstuk 5
 - > Hoofdstuk 6
 - > Hoofdstuk 7
 - > Hoofdstuk 8
 - > Hoofdstuk 9

Welkom!

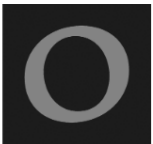
Kies een hoofdstuk om verder te gaan.



Hoofdstuk 1



Hoofdstuk 2



Hoofdstuk 3



Hoofdstuk 4



Hoofdstuk 5



Hoofdstuk 6



Hoofdstuk 7



Hoofdstuk 8



Hoofdstuk 9

16

1

Wat is stotteren?

Jan Bouwen

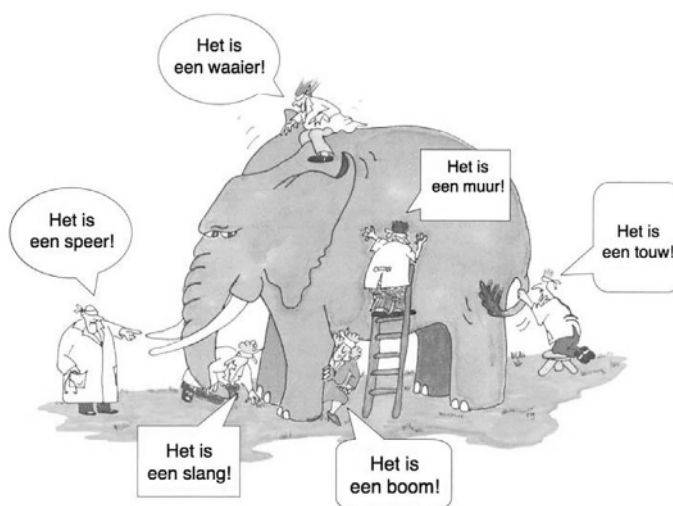
1.1 Inleiding

Iedereen kan stotterend spreken onderscheiden van vloeiend spreken en iedereen weet wat stotteren is, maar vaak blijkt dat niet iedereen hetzelfde onder ‘stotteren’ verstaat. Voor de een is het iets wat we allemaal weleens doen; we ervaren immers allemaal weleens een verstoring in het spreken. Voor de ander is het een ingewikkelde stoornis, een spraakhandicap waardoor iemand niet goed kan functioneren en participeren. De vraag ‘Wat is stotteren?’ zal door de een eenvoudig beantwoord kunnen worden met: ‘Een verstoring in de vloeiendheid van het spreken,’ terwijl de ander een beeld schetst van een complexe communicatiestoornis met allerlei niet-helpende gedachten en emoties.

De Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organization, WHO) definieerde in 1980 ‘stotteren’ als volgt: ‘Stotteren is een verstoring in het ritme van de spraak waarbij de spreker precies weet wat hij/zij wil zeggen, maar dat voor dat moment niet kan vanwege onwillekeurige – stille en hoorbare – herhalingen en verlengingen van spraakklanken.’

Iemand die zelf stottert, zal de voorgaande definitie onvolledig vinden. Hij zal de nadruk willen leggen op de *gevolgen* van het stotteren: ‘Stotteren is dat je je schaamt als je praat.’ In de loop der jaren zijn er verschillende definities van stotteren gepubliceerd.

Iedereen benadert de vraag vanuit zijn beleving en zijn ervaring, en beschrijft datgene wat voor hem opvallend is. In een Indische parabel, die vertaald is door Saxe (1872), betasten blinden die gedreven zijn om hun kennis te vergroten voor de eerste keer allen een afzonderlijk deel van een olifant. De een betast (onderzoekt) uitgebreid een slag tand, de ander een oor, weer een ander de slurf, et cetera. Vervolgens scheppen zij vanuit hun zeer gedetailleerde en gedegen, maar toch wel beperkte onderzoek een beeld van de olifant en proberen zij te beschrijven hoe het dier eruit ziet. Geen van allen kan de olifant exact omschrijven, omdat zij slechts een deel van de olifant bestuderen en hierdoor geen inzicht krijgen in het geheel (zie figuur 1.1).



Figuur 1.1
Olifant met blinden

Deze metafoor wordt vaak gebruikt om aan te geven dat bij complexe fenomenen en problemen meerdere factoren een rol spelen. Specifiek onderzoek naar een van die factoren kent allerlei beperkingen, waardoor er geen conclusies kunnen worden getrokken die het gehele probleem betreffen. Het maken van onderscheid tussen de verstoring en de stoornis maakt het mogelijk om de stotterproblematiek te ontrafelen en oorzaken en gevolgen te scheiden.

Een therapeut heeft te maken met de fundamentele vragen hoe het stottermoment – de verstoring – ontstaat én hoe deze verstoring zich kan ontwikkelen tot een stoornis. De verstoring zelf geeft in meer of mindere mate herhalingen en verlengingen in het spreken; dit noemen we *kernstotteren*. Wanneer de persoon die stottert hierop gaat reageren, komen er allemaal gedragingen bij die geleidelijk worden aangeleerd en zelfs geautomatiseerd kunnen worden. Deze reacties van de cliënt op zijn (kern)stotteren worden het *secundair* stottergedrag genoemd. Voor de luisteraar is de (langdurige) blokkade vaak het opvallendste, en voor de stotterende spreker het vervelendste, secundaire symptoom.

Stotteren volgens Van Riper

Van Riper beschrijft stotteren als een geïntegreerd gedrag dat gevormd wordt door de kerngedragingen en de bijkomende (secundaire) stottergedragingen. Deze laatste zijn bijkomend omdat ze niet de basis zijn, en ze zijn secundair omdat ze later optreden in de ontwikkeling. De kerngedragingen zijn (1) de herhalingen en (2) de verlengingen. Van Riper spreekt in plaats van van ‘verlenging’ liever van ‘fixatie’. Hij is van mening dat een blokkade niet het derde kerngedrag is, maar gezien moet worden als een verlenging: ‘We feel that they (blockages) belong under the category of prolongations, that they reflect the silent and prolonged fixations of articulatory or laryngeal postures.’ De verlengingen/fixaties zijn een gevolg van de poging van de persoon die stottert om de herhaling te voorkomen: ‘If one prolongs, one doesn’t repeat’ (Van Riper, 1982). Als je deze redenering

volgt, valt de verlenging niet onder het kerngedrag. Het is in de praktijk echter erg moeilijk om het eerste moment van stotteren te herkennen; vaak treden er zowel herhalingen als lichte verlengingen op.

Overeenkomstig de terminologie van Van Riper worden de herhalingen en de korte verlengingen ook nu als het basaalste kerngedrag gezien. De opvallend langdurige verlengingen, de blokkades en de bijkomende, per persoon variërende gedragingen vallen onder het (ontwikkelde) secundaire stottergedrag.

De definiëring van stotteren is anders voor de researcher, die de oorzaak van de verstoringen onderzoekt, dan voor de ervaringsdeskundige en de clinicus, die zich meer richten op de gevolgen van de verstoringen en de stoornis beschrijven. Door dit verschil in perspectief en doordat stotteren zich niet zo gemakkelijk laat omschrijven, bestaan er verschillende definities.

Stotteren in honderd jaar

Omdat dit boek ook een verbinding legt naar anderstalige literatuur is een uitleg van de verschillende gangbare beschrijvingen van stottergedrag door de tijd heen hier op zijn plaats:

- 1931 'Een verstoring in het ritme van de spraak; een periodieke blokkering; een krampachtige herhaling van een klank' (Travis, 1931).
- 1988 'Onhoorbare en hoorbare elementaire herhalingen en verlengingen' (Wingate, 1988, in Yairi & Seery, 2015).
- 1992 'Een plaats binnen een uiting waarin de spraakproductie wordt onderbroken door een probleem in de planning of uitvoering van de spraak. Deze onderbrekingen zijn ongewild. Hierdoor zijn de spraakuitingen die optreden tijdens onvloeiende segmenten overbodig en afwijkend van de ideale of voorgenomen vorm' (Onslow et al., 1992).
- 2010 'Spraak die wordt gekenmerkt door frequente herhaling of verlenging van geluiden, lettergrepen of woorden, of ook wel door herhaalde aarzelingen of pauzes die het vloeiende verloop van de spraak onderbreken. Dit dient alleen dan als een stoornis te worden geklasseerd indien de ernst ervan zodanig is dat het vloeiende verloop van de spraak duidelijk wordt belemmerd' (WHO, 2010).
- 2014 'Een abnormaal hoge frequentie en/of duur van onderbrekingen in de voorwaartse stroming van spraak. Deze onderbrekingen treden meestal op als (a) herhalingen van klanken, lettergrepen of eenlettergrepige woorden, (b) verlengingen van klanken, of (c) blokkades of blokkeringen van de luchtstroom of fonatie in de spraak' (Guitar, 2014).

Dit hoofdstuk gaat over het onderscheid tussen verstoring en stoornis, over het onderscheid tussen verschillende vormen van (niet-)vloeiend spreken. Tevens beschrij-

ven we hier een geïntegreerde visie die als leidraad kan dienen bij het bestuderen van het ontstaan, de ontwikkeling, de diagnostiek en de behandeling van stotteren. De opzet van dit boek is op de praktijk gericht en daarom eindigt dit hoofdstuk met suggesties voor hoe de therapeut aan een cliënt en zijn omgeving kan uitleggen wat stotteren is.

1.2 Stotteren: verstoring en stoornis

De WHO wilde voor elke ziekte en stoornis een definitie opstellen om de diagnostiek voor iedereen toegankelijk en eenduidig te maken. Tevens wilde zij door een eenduidige definiëring stoornissen kunnen inventariseren ten behoeve van de statistiek. De aldus ontstane consensus dekt de lading van de stoornis stotteren echter niet voldoende.

De definitie van stotteren beschrijft het stotterend spreken, dat wil zeggen de verstoringen, maar niet de psychosociale gevolgen die leiden tot de stoornis stotteren.

‘Ik stotter eigenlijk niet, bij mij hoor je niets, daar zorg ik wel voor. Ik ben gewoon heel báng om te praten. Als ik op straat loop, ben ik als de dood dat iemand mij de weg gaat vragen, en ik durf ook niet met de trein te reizen, want stel dat iemand mij iets gaat vragen. Als op het werk de telefoon gaat, loop ik meestal zogenaamd even weg. En als ze me iets vragen, zeg ik meestal dat ik het niet weet en dan voel ik me zo dom. Dat frustreert me enorm, want ik weet het wel, maar ik durf gewoon niet te praten, omdat ik bang ben dat ik er een keer niet uitkom. Dat ik de hele dag bang ben, dát is mijn probleem.’

‘Dat Matthijs stottert, maakt ons niet zo veel uit, maar dat hij zich zo isoleert en altijd op zijn kamertje achter de computer zit, daar maken wij ons grote zorgen over. Ook op school gaat het niet goed. Laatst zei een docent dat Matthijs zich te passief opstelt en dat hij nooit eens spontaan iets zegt. Ze hebben twijfels of hij wel stage kan lopen.

We kunnen er niet met hem over praten, want dan wordt hij boos of hij krijgt een huilbui. En dan gaat hij naar buiten en racet hij met z’n brommer weg. We zijn bang dat hij ooit een ongeluk krijgt of nog erger, als u begrijpt wat ik bedoel.’

De twee voorbeelden hiervoor maken duidelijk dat stotteren gepaard kan gaan met schaamte, frustratie en angst bij de spreker én met bezorgdheid bij de ouders. Als een cliënt zich stoort aan de verstoringen, kunnen deze zich ontwikkelen tot een stoornis en zelfs tot een handicap.

1.3 Stotteren: een geïntegreerde visie

De zoektocht naar dé oorzaak van stotteren heeft veel inzichten opgeleverd, maar tegelijkertijd werpen de resultaten weer veel vragen op. Stotteren is complex. On-

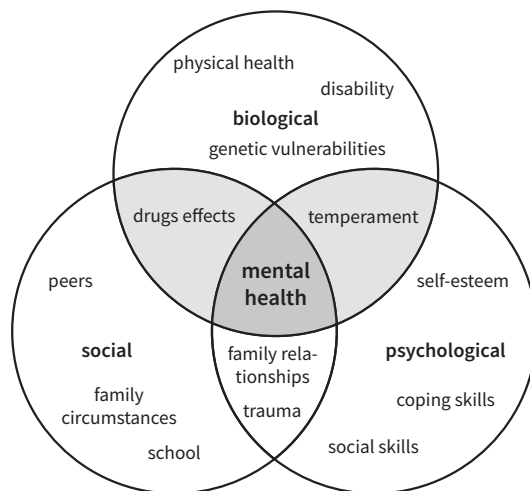
derzoekers kunnen slechts een deel van het geheel bestuderen. ‘Zolang de vraag naar één oorzaak van stotteren wordt gesteld, zal er geen goed antwoord op komen. Er zijn namelijk veel verschillende stotterverschijnselen, en elk ervan heeft zijn eigen grote en kleine oorzaken’ (Damsté, 1984). Desondanks zijn de resultaten van fundamenteel onderzoek en theorievorming over de oorzaak van stotteren belangrijk voor de therapeut. Clinici ontwikkelden in de loop der jaren vanuit verschillende theorieën werkmodellen waarin meerdere factoren die een rol spelen bij stotteren werden opgenomen. Deze multifactoriële werkmodellen bleken bruikbaar voor de preventie, diagnostiek, vroegtijdige interventie en behandeling van stotteren. Voorbeelden van deze modellen zijn het verwachtingen- en mogelijkhedenmodel (Demands and Capacities Model, DCM; Starkweather, 1985), het negencomponentenmodel (Riley & Riley, 1979), het Erasmus-viercomponentenmodel (Stournaras et al., 1980) en het Dynamic Multifactorial Model (Smith & Kelly, 1997).

In hoofdstuk 2, dat gaat over het ontstaan van stotteren, zal blijken dat verschillende factoren stotterverstoringen kunnen veroorzaken. In hoofdstuk 3, waarin de ontwikkeling van de stotterverstoring naar de stotterstoornis centraal staat, wordt duidelijk dat voor de diagnostiek en behandeling van stotteren niet alleen oorzakelijke (causale) factoren, maar ook uitlokkende, instandhoudende en versterkende factoren onderzocht moeten worden. Al met al een behoorlijke uitdaging voor een logopedist/logopedist-stottertherapeut.

Om te voorkomen dat de lezer door de bomen het bos niet meer ziet, wordt in dit eerste hoofdstuk het Erasmus-viercomponentenmodel (Stournaras et al., 1980), kort weergegeven als het 4CM, uiteengezet. Het theoretisch en klinisch bruikbare 4CM dient als leidraad voor de bestudering van de volgende hoofdstukken. Bovendien willen wij met het 4CM als denkkader voor de lezer een brug slaan tussen theorie en praktijk. Er is gekozen voor het 4CM omdat het voor studenten en logopedisten/logopedisten-stottertherapeuten, cliënten en hun ouders op een begrijpelijke manier verschillende theorieën over het ontstaan van stotteren verenigt. Het model biedt inzicht in een mogelijke ontwikkeling van een verstoring naar een stoornis. Tevens biedt het model structuur tijdens de fase van diagnostisch onderzoek en geeft het houvast bij het opstellen en uitvoeren van het behandelplan.

Het 4CM bewijst al jaren dat het een zeer efficiënt werkmodel is en wordt door docenten en vele collega's als zeer praktisch ervaren vanwege de didactische en klinische toepasbaarheid. Om het 4CM te plaatsen binnen een brede visie binnen de gezondheidszorg beschrijven we hier als introductie kort het veelgebruikte biopsychosociale model. Het 4CM, dat vanuit de gedragstherapie (psychologie) voor stotteren is ontwikkeld, is in dit model te plaatsen. Het in de medische wereld ontwikkelde biopsychosociale model werd beschreven in het *Science*-artikel ‘The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine’ (Engel, 1977). Het (bio)medische model, dat onder medici vóór die tijd gangbaar was, bleek te beperkt. Er was behoefte aan uitbreiding met psychologische en sociale factoren die bij tal van medische problemen speelden. Factoren die voor psychologen (namelijk intrapersoonlijke factoren) en voor sociologen (interpersoonlijke factoren) vanzelfsprekend waren, werden door

Engel geplaatst in het nieuwe biopsychosociale model. Onder invloed van de genetica kwam het biopsychosociale model wat op de achtergrond, maar de laatste twee decennia staat het model, mede dankzij de inzichten in de epigenetica, weer volop in de belangstelling (Fava & Sonino, 2017; Weidig & Michaux, 2015). De link met stotteren is helder: ook stotteren kent biologische factoren (onder andere de spraakverstoring zelf, aanleg, temperament), psychologische factoren (onder andere de manier van denken, copingvaardigheden en emotionele beleving) en sociale factoren (interactie met omgeving). Doordat we in het 4CM stotteren in alle facetten beschrijven en verklaren, past 4CM heel herkenbaar in het schematisch weergegeven biopsychosociale model van Engel (zie figuur 1.2).



Figuur 1.2
Biopsychosocial model of health (Engel, 1977)

Het 4CM

Het 4CM is een multifactorieel model waarin de basisstructuur van stotteren wordt beschreven aan de hand van vier componenten. Het vormt daarmee een theoretisch en klinisch raamwerk om de stotterproblematiek te beschrijven en te verklaren ten behoeve van de diagnostiek en de behandeling van stotteren (Stournaras et al., 1980).

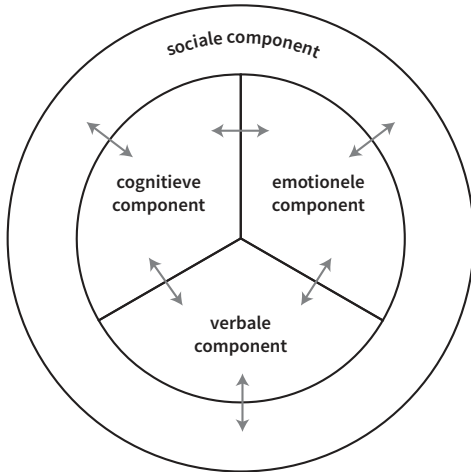
Het Erasmus-viercomponentenmodel voor stotteren

Frank Stournaras, destijds werkzaam aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, heeft reeds in de jaren zeventig een viercomponentenmodel voor stotteren ontwikkeld, en hij was daarmee een pionier in Nederland (Stournaras et al., 1980). In de gedragstherapie werden de klassieke en operante leerprincipes gecombineerd tot het zogenoemde tweefactorenmodel (Mowrer, 1947). Later werd het tweefactorenmodel uitgebreid tot een driefactorenmodel waarin drie subsystemen elkaar en het totaal wederkerig beïnvloeden: cognities, fysiologische en emotionele reacties, en gedragsreacties (Orlemans, 1981).

Stournaras, geïnspireerd door Brutton en Schoemaker (1967), Van Riper (1971) en Orlemans (1981), zag in het circulaire driefactorenmodel een mogelijkheid voor het beschrij-

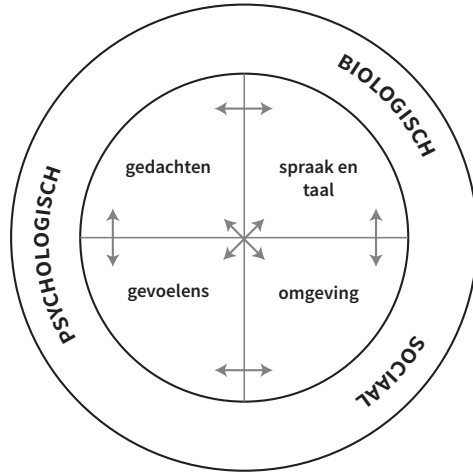
ven van stotterproblematiek. Hij kon er de emoties, de cognities en het spreken van iemand die stottert in onderbrengen. Voor de interactie met de omgeving, die bij stotteren zo'n specifieke rol speelt, creëerde hij een extra sociale component. Zo ontstond het Erasmus-viercomponentenmodel voor stotteren, waarmee stotteren in een theoretisch model en in een praktisch werkkader geplaatst kon worden (Stournaras et al., 1980).

Het vertrouwde 4CM is volledig te plaatsen binnen het biopsychosociale model van Engel (figuur 1.2). De 'versmelting' ervan wordt gevisualiseerd in figuur 1.3b.



Figuur 1.3a

Erasmus-viercomponentenmodel (4CM) voor gebruik in therapie (Bezemer & Bouwen, 2018, naar Stournaras et al., 1980)



Figuur 1.3b

4CM ingepast in biopsychosociale model van Engel (Bezemer & Bouwen, 2018, naar Stournaras et al., 1980)

Ervaring en voortschrijdend inzicht met 4CM vanuit de praktijk maakte dat de vorm werd aangepast, waardoor we deze nu anders visualiseren (figuur 1.3a). In de kern blijft het model overeind: het blijft een viercomponentenmodel. De centrale verbale, cognitieve en emotionele componenten vormen nu de kernen en worden als het ware omgeven door de vierde, sociale, component (zie figuur 1.3a). Immers, alle leerprocessen staan in directe relatie tot de sociale component, of in ICF-terminen (*International Classification of Functioning, Disability and Health*): de externe factoren spelen mee in alle drie de centrale componenten.

Verbale component

Stotteren gaat gepaard met hoorbaar en/of zichtbaar (uitwendig) en onhoorbaar en/of onzichtbaar (inwendig) spraak-, taal- en motorisch gedrag.

Subcomponenten van de verbale component

De *spraak*subcomponent omvat de onderbrekingen in het vloeiend spreken die zich uiten in hoorbare herhalingen en verlengingen van klanken en lettergrepen, hoorbare en niet-hoorbare blokkades, pauzes, stopwoorden en aanloopjes. Onder deze subcomponent valt eveneens datgene wat iemand doet op het spraakniveau om het stotteren te beïnvloeden. Dat kan bijvoorbeeld leiden tot veranderingen op het gebied van de prosodie, zoals tempoversnellingen en -vertragingen en wijzigingen in de intonatie en luidheid. De *taal*subcomponent omvat het gebruik van synoniemen, het omschrijven van woorden, het veranderen van de zin (omredigeren) en het spreken in telegramstijl. Deze aanpassingen kunnen voor de omgeving opvallen en dus hoorbaar zijn, maar soms ook niet. De *motorische* subcomponent omvat de non-verbale symptomen die gepaard gaan met het spreken. Daaronder vallen de motorische activiteiten van de spraakorganen en/of bewegingen van andere delen van het lichaam, zoals aangezicht, armen en benen, en ademverstoringen, bijvoorbeeld het vooruitschuiven van de adem of het extra inademen.

Cognitieve component

Iemands zelfbeeld wordt gevormd door de gedachten (cognities) die hij heeft over zichzelf in relatie tot zijn omgeving. Niet-vloeiend spreken kan van grote invloed zijn op het zelfbeeld. Deze cognities treden op voor, tijdens en na het moment van spreken. Een niet-helpende attitude tegenover stotteren en tegenover gesproken communicatie in het algemeen komt veelvuldig voor.

Emotionele component

Voor, tijdens en/of na het stotterend spreken kan er sprake zijn van specifieke emoties. Daarbij kan de ervaring van gevoelens, zoals spanning, angst, schaamte en minderwaardigheid, onderscheiden worden van meer autonome fysiologische reacties, zoals de ontregeling van de adembeweging en de hartslag, huidreacties en wijzigingen in de lichaamstemperatuur. De ademontregelingen zijn in dit geval een gevolg van de emotionele spanning en horen als zodanig niet bij de verbale component.

Sociale component

Stotteren is een communicatiestoornis die mede wordt beïnvloed door factoren op het interpersoonlijke vlak. Het stotteren kan leiden tot een verstoorde interactie tussen de persoon die stottert en zijn omgeving. Elke specifieke spreesituatie, zoals spreken in een groep, door de telefoon of tijdens een sollicitatiegesprek, kan weer een andere invloed hebben. De problemen in de participatie kunnen zich in deze component laten gelden. De sociale component heeft zijn invloed op de drie eerdergenoemde componenten. Let op: de (intrapersoonlijke) reacties op de omgeving door de cliënt behoren tot de cognitieve en/of emotionele component.

Het ontstaan van de verstoring en het ontwikkelingsproces, waarbij elk van de hiervoor beschreven basiscomponenten een rol kan spelen, worden later in dit hoofdstuk verder uitgewerkt.