



RESTART-DCM Werkwijze

Marie-Christine Franken, Ellen Laroes, Joeri van Ormondt,
Femke de Smit en Lottie Stipdonk



HERZIENE UITGAVE 2025, versie 3.0

RESTART-DCM Werkwijze

Marie-Christine Franken, Ellen Laroës, Joeri van Ormondt,
Femke de Smit en Lottie Stipdonk

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., Laroes, E., Ormondt, J. van, Smit, F. de & Stipdonk, L. (2025). *RESTART-DCM* Werkwijze. Herziene uitgave 2025, versie 3.0. <https://www.restartdcm.nl>

Dankbetuigingen

In de eerste plaats willen we de onderzoekers-therapeuten bedanken op wiens werk de eerste versie van de RESTART-DCM Werkwijze was gebaseerd. Met name willen we noemen dr. Woodruff Starkweather, dr. Jeanna Riley en dr. Glyndon Riley, dr. Edward Conture, en dr. Hugo Gregory. In de tweede plaats bedanken we opnieuw heel hartelijk alle logopedisten(-stottertherapeuten) die hebben bijgedragen aan de eerste versie van de RESTART-DCM Werkwijze (2007). Heel speciaal, in dankbare herinnering, danken we Durdana Putker-de Bruijn[†], co-auteur van de eerste versie van de RESTART-DCM Werkwijze.

De ontwikkeling van dit document werd ondersteund door de afdeling KNO van het Erasmus MC. Lay-out en omslagontwerp zijn het werk van Erika Endrődiné Benkő (Home-made Graphics). De RESTART-DCM Werkwijze is in het Engels vertaald door Karen Laird. Deze vertaling werd gefinancierd door het Damsté-Terpstra Fonds voor praktische en preventieve Logopedie.

Inhoudsopgave



1 Inleiding	7
1.1 Het ontstaan van RESTART-DCM	8
1.2 Wanneer RESTART-DCM-therapie?	8
1.3 Het doel van RESTART-DCM-therapie	9
1.4 Algemeen overzicht van RESTART-DCM	10
2 Het assessment	12
2.1 Assessment ouder(s)	12
2.2 Video-interactie-analyse	12
2.3 Assessment kind	13
2.4 Het Overzichtsformulier assessment RESTART-DCM	13
3 Het eerste oudergesprek	16
4 RESTART-DCM therapie	18
4.1 Algemene aspecten	18
4.2 De opbouw van een behandelsessie	18
4.3 Drie oefenniveau's: tijdens de therapie, de OK-tijd en de dagelijkse communicatie	19
5 Fase I: het verlagen van Verwachtingen	21
5.1 Het verlagen van de Motorische Verwachtingen	21
5.2 Het verlagen van de Linguïstische Verwachtingen	22
5.3 Het verlagen van de Emotionele Verwachtingen	24
5.4 Het verlagen van de Cognitieve Verwachtingen	25
5.5 De Transfer van het Verlagen van Verwachtingen tijdens Fase I	26
6 Fase II: het vergroten van de Mogelijkheden van het kind	27
6.1 Het vergroten van de Motorische Mogelijkheden van het kind	27
6.2 Het vergroten van de Linguïstische Mogelijkheden van het kind	28
6.3 Het vergroten van de Emotionele Mogelijkheden van het kind	29
6.4 Het vergroten van de Cognitieve Mogelijkheden van het kind	31
7 Afbouw van therapie	33
Referenties	35
Bijlagen	
1 Formulier Ouder-kind-interactie	38
2 Overzichtsformulier onderzoek	39
3 Beginnen met RESTART-DCM THERAPIE: Informatie voor ouders	42
4 RESTART-DCM-balans	43
5 Communiceren met verlaagde Emotionele verwachtingen: twee stappen	44



1

Inleiding

In het kader van de RESTART-studie, het wetenschappelijke onderzoeksproject naar de Kosteneffectiviteit van de behandeling volgens het Demands en Capacities Model (DCM) in vergelijking tot het Lidcombe Programma, beter bekend als het RESTART-onderzoek (De Sonnevile-Koedoot, Stolk, Rietveld, Franken, 2015), is in 2007 een behandelprotocol volgens het DCM uitgewerkt. De bedoeling hiervan was om alle deelnemende logopedist(-stottertherapeut)en¹ een vergelijkbare wijze van behandelen volgens DCM te laten uitvoeren. Dit protocol was na bijna 15 jaar toe aan een herziening. Sommige delen waren erg specifiek gekoppeld aan dit onderzoeksproject of alleen van toepassing in de Nederlandse situatie. Andere delen moesten inhoudelijk worden bijgewerkt, zoals de bijlage voor ouders met informatie over stotteren. Daarnaast heeft de ervaring van het geven van workshops over deze behandeling duidelijk gemaakt dat bepaalde delen van het protocol anders moesten worden geformuleerd of gestructureerd. In 2021 verscheen daarom een herziene uitgave van de RESTART-DCM Werkwijze, versie 2.0.

Door mondiale ontwikkelingen in de stottertherapie met betrekking tot onder andere neurodiversiteitsdenken en het gebruik van de term vloeiendheid, en door praktijkervaringen is de werkwijze opnieuw gedeeltelijk herzien. Het doel van RESTART-DCM therapie, 'optimale vloeiendheid', bleek niet altijd duidelijk te zijn en is derhalve aangepast. Ook kregen we van cursisten veel vragen over de invulling van Fase III. Deze fase was optioneel voor kinderen bij wie nog een vorm van stottermodificatie geïndiceerd was. Stottermodificatie is echter een therapie die buiten het kader van het DC-model valt. Dat bracht ons ertoe om terug te gaan naar de basis van RESTART-DCM met twee fases: Fase I 'Het verlagen van Verwachtingen' en Fase II 'Het vergroten van de Mogelijkheden van het kind'. Enkele interventies die bij Fase III beschreven stonden betroffen het vergroten van de Mogelijkheden en zijn daarom aan Fase II toegevoegd. Ten slotte zijn twee bijlagen iets gewijzigd. Ten overvloede: In deze RESTART-DCM werkwijze wordt ervan uitgegaan dat de logopedist basiskennis over stotteren en verschillende behandelmethodes heeft. Op basis van een gedegen anamnese en eerste stotteronderzoek beslist de logopedist samen met ouders (Shared Decision Making) tot het wel of (nog) niet starten van therapie. Wanneer therapie geïndiceerd is kan, rekening houdend met de voorkeuren van ouders en de kindspecifieke kenmerken, gekozen worden voor RESTART-DCM-therapie.

Daarnaast, de beschrijving van deze werkwijze kan geen workshops vervangen. In een workshop RESTART-DCM (basisworkshop en verdiepende workshops) worden de vaardigheden om samen met ouders te werken aan de vermelde behandeldoelen daadwerkelijk getraind. Voor logopedisten die een workshop hebben gevolgd worden op de RESTART-DCM website extra materialen beschikbaar gesteld.

¹ Verderop in de tekst wordt voor het gemak steeds de term logopedist gebruikt. Daarnaast wordt het mannelijk voornaamwoord gebruikt voor het kind en het vrouwelijke voornaamwoord voor de logopedist.

1.1 Het ontstaan van RESTART-DCM

In de jaren zeventig van de vorige eeuw begonnen meerdere wetenschappers-onderzoekers behandelmethoden voor jonge kinderen die stotterden te ontwikkelen gebaseerd op het idee dat stotteren het gevolg is van een onbalans. Zo lezen we bij Starkweather (1987, p.75): "When the child lacks the capacity to meet demands for fluency, stuttering, or something like it, will occur". Dit idee is geformaliseerd in het Demands en Capacities Model (DCM, o.a. Starkweather, 1987; Starkweather et al., 1990; Starkweather & Franken, 1991; Starkweather & Givens-Ackerman, 1997). De therapie die gebaseerd is op dit model heeft tot doel de Mogelijkheden (capaciteiten, vaardigheden) van het kind op motorisch, linguïstisch, emotioneel en cognitief gebied in balans te brengen met de (interne en externe) Verwachtingen (eisen, uitdagingen) aan de communicatie van de peuter of kleuter die stottert (ontwikkelingsleeftijd 2-6 jaar).

Oorspronkelijk werd verwacht hiermee de onbalans op te lossen en het stotteren te laten verdwijnen. Inmiddels is duidelijk dat dit niet voor alle kinderen zo werkt. Hoewel de precieze oorzaak van stotteren nog niet volledig duidelijk is, lijkt het erop dat er zowel genetische als neurologische factoren in combinatie met ontwikkelingsfactoren bepalen of een kind wel of niet gaat stotteren en blijft stotteren (Franken et al., 2024). Met DCM-therapie kan tot op zekere hoogte invloed uitgeoefend worden op die ontwikkelingsfactoren. De hypothese is dat door DCM-therapie bij sommige kinderen het stotteren alsnog en/of sneller uitdooft en bij andere kinderen voorkomen wordt dat het stotteren problematisch voor hen wordt. De eerste resultaten van de vervolgeffectstudies ondersteunen deze hypothesen (Koenraads et al., 2025).

Ten opzichte van de oorspronkelijke DCM-therapie (Starkweather et al., 1990) is in de RESTART-benadering (1) de structuur van de behandeling aangescherpt, (2) het verlagen van Emotionele Verwachtingen uitgebreid met een specifieke methode, (3) het trainen van de Mogelijkheden uitgewerkt, o.a. met de Spraakmotorische training van Riley & Riley (1985; 1999) en (4) binnen RESTART-DCM is *modelen* van de therapeutische doelen voor ouders een essentieel aspect van de behandeling. Een RESTART-DCM-behandeling kan daarom nooit bestaan uit slechts *adviezen* aan de ouders. Afhankelijk van wat nodig blijkt, wordt er in de logopedie(-stottertherapie) samen met ouders gewerkt aan gedragsveranderingen en aan training van vaardigheden.

1.2 Wanneer RESTART-DCM-therapie?

Als een jong kind (ontwikkelingsleeftijd 2-6 jaar) begint te stotteren hebben ouders vaak een heleboel vragen en zorgen. Ook kinderen zelf kunnen flink van slag zijn wanneer hun spreken plotseling anders gaat dan voorheen. Vecht- en vluchtgedrag kunnen in korte tijd ontstaan en toenemen. Het kind wordt verwezen naar een logopedist of ouders nemen zelf contact op. Ook wanneer het stotteren nauwelijks merkbaar aanwezig is en/of heel geleidelijk toeneemt kunnen ouders aankloppen bij een logopedist voor advies en begeleiding.

Het RESTART-onderzoek naar de lange termijn resultaten van stottertherapie met RESTART-DCM en Lidcombe therapie bij jonge kinderen (Koenraads et al., 2025) laat

een sterk verband zien tussen de leeftijd van het kind bij aanvang van de therapie en het stotteren op latere leeftijd: hoe jonger bij aanvang, hoe groter de kans dat het stotteren tijdelijk was. Daarom is het algemene advies nu om aansluitend aan het onderzoek met de behandeling te starten en niet af te wachten. Als het stotteren tijdens de looptijd van het onderzoek spontaan afneemt, kan samen met de ouders worden bekeken of de behandeling uitstellen een optie is.

Bij kinderen tot zes jaar verandert er nog veel in het spraaksysteem, waardoor spraakpatronen zich kunnen ontwikkelen. Therapie kan bijdragen aan het vergemakkelijken van communicatie en het aanpassen of versterken van spraakpatronen. Het ontstaan van secundair stottergedrag kan worden voorkomen of verminderd.

RESTART-DCM-therapie is bedoeld voor kinderen met een ontwikkelingsleeftijd tussen de 2 en 6 jaar. De DC-principes kunnen echter ook bij jongeren of volwassenen met een lage ontwikkelingsleeftijd zorgen voor meer gemak in de communicatie.

1.3 Het doel van RESTART-DCM-therapie

Het doel van RESTART-DCM therapie is een **optimale balans** creëren tussen de Mogelijkheden van het kind en de **Verwachtingen** die aan de communicatie van het kind worden gesteld, waardoor het kind zich **zo gemakkelijk mogelijk kan uiten (met of zonder stotters)**.

Toelichting:

- **Optimale balans:** de meest gunstige verhouding tussen de Mogelijkheden en Verwachtingen, afhankelijk van de omgevings- en kindfactoren van het individuele kind.
- **Kind:** de peuter of kleuter die stottert (ontwikkelingsleeftijd 2-6 jaar).
- **Mogelijkheden:** capaciteiten, vaardigheden van het kind op motorisch, linguïstisch, emotioneel en cognitief gebied die een rol spelen bij het zich (gemakkelijker) kunnen uiten.
- **Verwachtingen:** eisen, uitdagingen op motorisch, linguïstisch, emotioneel en cognitief gebied die spreekdruk geven; zowel vanuit het kind zelf (intern) als vanuit de omgeving (extern).
- **Zo gemakkelijk mogelijk uiten (met of zonder stotters):** het hoofddoel is dat het kind zichzelf kan zijn en zichzelf kan uiten, ongehinderd door het stotteren. Het verdwijnen van het stotteren is daarmee niet het primaire doel. Het stotteren zal meestal sneller/vaker uitdoven als gevolg van de verkregen optimale balans. Redenen om dit echter **niet** als doel te stellen zijn:
 - *Blijvend stotteren:* ongeveer een kwart van de kinderen blijft stotteren, ook na therapie. Daarnaast zijn er kinderen bij wie de omgeving geen stotters meer hoort, maar die zelf ervaren nog wel te stotteren. Daarom is het belangrijk om alle kinderen te leren dat stotteren weliswaar een iets andere manier van spreken is, maar een die precies even goed is. De boodschap “stotteren is oké” staat daarom centraal gedurende de hele therapie. Zo voelen alle kinderen, ongeacht hun toekomstig spraakpatroon, zich geaccepteerd. Een focus op vloeiend spreken kan deze acceptatie ondermijnen.

- *Familie-effecten*: Wanneer de therapiefocus ligt op minder/geen stotTERS en een kind stopt met stotteren, kan dit voor opluchting zorgen bij ouders. Echter, in families waar meerdere kinderen stotteren, kan de nadruk op vloeiend spreken een negatief effect hebben op een ander kind dat blijft stotteren.
- *Teleurstelling*: Ouders kunnen gefrustreerd of teleurgesteld raken als het stotteren niet (of niet snel genoeg) afneemt, zelfs wanneer hun kind duidelijk met meer gemak en zelfverzekerdheid begint te spreken. Ouders kunnen zorgen houden over de toekomst, vooral dat hun kind gepest kan gaan worden vanwege het stotteren. Dit kan hun motivatie en betrokkenheid bij de therapie beïnvloeden. Het therapie-effect wordt dan niet gezien en therapie wordt afgedaan als 'het helpt toch niet'. Daarom is het van het grootste belang het hoofddoel van de therapie met de ouders te bespreken - en te herhalen - en te verhelderen waar ouders bang voor zijn. Het doel is bereikt wanneer kind, ouders en logopedist het er over eens zijn dat al het mogelijke is gedaan om de communicatieve drukpunten te verminderen en de vaardigheden van het kind om zichzelf te uiten te versterken. Met andere woorden: dat er een optimale balans is bereikt tussen de (motorische, linguïstische, emotionele en cognitieve) Mogelijkheden van het kind en de interne en externe Verwachtingen.

1.4 Algemeen overzicht van RESTART-DCM

De RESTART-DCM benadering volgt een vaste structuur. Als eerste wordt een assessment gedaan. Dit omvat een oudergesprek, een ouder-kind video-interactie-analyse en een uitgebreid onderzoek van het kind (zie 2 Het assessment). Na afronding van het assessment volgt een uitslag-adviesgesprek met de ouder(s). Hierin worden de uitkomsten van het assessment besproken. Daarnaast worden het Ouder-kind kwartier en het logboek geïntroduceerd (zie 3 Het eerste oudergesprek). Dit gesprek slaat een brug tussen het assessment en RESTART-DCM therapie.

Qua structuur onderscheidt RESTART-DCM behandeling twee **fasen**. Iedere therapie start met **Fase I** (zie 5 Fase I: Het verlagen van Verwachtingen). Het doel van **Fase I** is verlaging van de externe Verwachtingen, dus de Verwachtingen in de communicatieve omgeving van het kind. Er worden structureel (vaker) omstandigheden gecreëerd waarin het kind met zijn Mogelijkheden van dat moment zich gemakkelijk kan uiten. De Verwachtingen die van toepassing zijn voor het specifieke kind worden verlaagd door counseling en *training* van ouders, en belangrijke anderen die invloed op het kind hebben. **Fase II** van de behandeling (zie 6 Fase II: vergroten van de Mogelijkheden) bestaat uit expliciete training van de Mogelijkheden van het kind om gemakkelijker spreken mogelijk te maken. Deze wordt aan Fase I toegevoegd, indien nodig. Dus, tijdens het trainen van de Mogelijkheden van het kind onderhoudt de logopedist wat er in Fase I aan verlagen van externe Verwachtingen werd bereikt. Zo communiceert ze tijdens de behandeling zelf steeds met verlaagde Verwachtingen met het kind – totdat expliciet aan afbouwen van dit voorbeeld wordt gewerkt. Tijdens **Fase II** van de behandeling is het verlagen van Verwachtingen in het dagelijks leven ook nog steeds een vast besprekspunt in een behandelsessie.

NB: de gedragsveranderingen die ouders leren toepassen tijdens **Fase I** zijn tijdelijke aanpassingen. Deze zijn bedoeld om bij het kind een betere balans te krijgen in Mogelijkheden en Verwachtingen. Deze veranderingen kunnen door ouders als abnormaal worden ervaren, zoals bijvoorbeeld het opvallend langzaam articuleren. Deze veranderingen zijn ook 'abnormaal': het is *therapie*: de aanpassingen zijn nodig in verband met de verminderde Mogelijkheden voor gemakkelijk communiceren bij het kind en worden aan het einde van de therapie weer begeleid afgebouwd.

Bovendien komen binnen elk van de fasen systematisch 4 domeinen aan bod: Motorisch, Linguïstisch, Emotioneel en Cognitief. Binnen beide fasen wordt een vaste volgorde aangehouden bij het doorlopen van de domeinen: motorisch, linguïstisch, emotioneel en tenslotte het cognitieve domein. Alleen de (elementen binnen de) domeinen die voor het betreffende kind relevant zijn, komen aan bod. Bovendien heeft elke sessie in Fase I en II een vaste opbouw (zie 4.2 De opbouw van een behandelsessie). De wijze waarop de ouder de geleerde gedragsveranderingen vanuit de oefentijden (OK-tijd) gaat uitbouwen in de alledaagse spreesituaties, de transfer, volgt eveneens een min of meer vast patroon (zie 4.3 De transfer van het verlagen van Verwachtingen tijdens Fase I).

2

Het assessment

Het doel van het uitgebreide onderzoek voorafgaand aan de behandeling, assessment genaamd, is zicht krijgen op de Mogelijkheden van het kind en de Verwachtingen uit de omgeving en het kind zelf. Vanuit het assessment worden hypothesen geformuleerd met betrekking tot een onbalans in Mogelijkheden en Verwachtingen. Er wordt daarbij gekeken naar (ontoereikende) Mogelijkheden van het kind op dit moment, de Verwachtingen bij omgeving en kind, en de onbalans tussen beide. Op deze manier worden de communicatieve drukpunten in kaart gebracht. Vanuit de interpretatie van deze gegevens kunnen behandeldoelen worden opgesteld.

2.1 Assessment ouder(s)

In de regel wordt gestart met een oudergesprek. Hierin komen de volgende aspecten aan bod:

- Anamnese algemeen – medisch – stotteren
- Oorzaak stotteren volgens ouders
- Gedachten en gevoelens rondom stotteren (van ouder en kind)
- Temperament van het kind
- Ervaren ernst en last van het stotteren (bijvoorbeeld middels een VAS-score)
- Een zeer korte omschrijving van het DC-model, ondersteund door een figuur ervan (zie Bijlage 4)
- Uitleg over het verdere onderzoek (video-interactie-analyse en assessment kind)
- Eventueel aanvullende vragenlijsten voor ouders (bijvoorbeeld over het temperament van hun kind) of de omgeving (bijvoorbeeld voor de leerkracht of leidsters peuterspeelzaal/KDV).

2.2 Video-interactie-analyse

Ouder en kind worden uitgenodigd voor een ouder-kind-interactie. Wanneer uit het anamnese-gesprek (hierboven) blijkt dat het van belang is om de interactie met *beide* ouders op communicatieve drukpunten te analyseren, of die met (een) broertje(s)/zusje(s), dan kan/kunnen deze er reeds tijdens het assessment bij worden gevraagd. Wanneer dit belang pas later blijkt, kan dit dan alsnog gebeuren.

Er wordt een video-opname gemaakt van 2 verschillende spelsituaties: een vrije, ongestructureerde situatie en een meer gestructureerde situatie; de video-opname duurt in totaal ongeveer 15 minuten. Ouder(s) en kind wordt gevraagd samen te spelen zoals zij dit normaal gesproken thuis zouden doen. Zij krijgen vrij-spelmateriaal (bijvoorbeeld Playmobil) en spelen hier ±7-8 minuten mee. Daarna krijgen zij een aantal puzzels van verschillende niveaus aangereikt en ook van het samen puzzelen wordt een opname gemaakt van ±7-8 minuten.

De opname van deze ouder-kind-interactie wordt door de logopedist geanalyseerd en gescoord met behulp van het Formulier Ouder-kind interactie (zie Bijlage 1). In de meest linkse kolom van het formulier staat genoteerd om welke Verwachting het gaat: M (Motorisch), L (Linguïstisch), E (Emotioneel) of C (Cognitief). In de rechterkolom kan worden aangegeven hoe vaak of in welke mate dit gedrag tijdens de interactie voorkomt/opvalt. Het verdient aanbeveling om, zeker als de logopedist nog weinig ervaren is in interactie-analyses, 2×5 minuten interactie uit te schrijven. Hierdoor kan bijvoorbeeld het aantal open vragen, aantal beurten/beurtlengtes, de adequaatheid van een reactie voor zowel de ouder als het kind eenvoudig worden bepaald. Het articulati tempo voor zowel de ouder(s) als kind wordt *altijd* gemeten en berekend.

2.3 Assessment kind

Bij het kind worden altijd reguliere spraaktests afgenomen, ook als er geen zorgen of twijfels zijn over de taalontwikkeling. Het is namelijk voor het bepalen van de *balans* in Mogelijkheden-Verwachtingen van belang dat duidelijk wordt of er sprake kan zijn van een verminderde Mogelijkheid (zwakkere spraaktaalontwikkeling) of juist een verhoogde Verwachting (sterkere taalontwikkeling of onbalans binnen taalprofiel). Om een eventuele onbalans in de taalvaardigheid te onderkennen, wordt het taalbegrip en de taalproductie op woord- en zinsniveau getest. De klankproductie wordt fonologisch en fonetisch onderzocht.

Als verwacht wordt dat de scores niet betrouwbaar zullen zijn, bijvoorbeeld door vermijdingsgedrag, faalangst of onvoldoende medewerking van het kind, dan zal dat onderdeel later (tijdens de behandeling) in kaart worden gebracht.

Meer stotter-specifiek adviseren we het volgende onderzoek te doen:

- Oral Motor Assessment Scale OMAS (Riley & Riley, 1985)
- KiddyCAT (Vanryckeghem & Brutten, 2015)
- SSI-4 (Riley, 2009)

Afgestemd op wat ouders hierover hebben verteld tijdens het anamnese gesprek wordt door de logopedist aanvullende informatie verkregen over het bewustzijn van stotteren bij het kind. Dit kan door het stellen van vragen aan het kind, maar ook vanuit observatie van reacties van het kind op vrijwillig stotteren door de logopedist. Daarnaast kan via een korte proefbehandeling geobserveerd worden hoe het kind reageert op veranderingen in communicatieve druk (verhoging dan wel verlaging).

2.4 Het Overzichtsformulier assessment RESTART-DCM

Op dit formulier (zie Bijlage 2) worden de voornaamste punten vanuit de anamnese omschreven en de resultaten van het onderzoek genoteerd. Het formulier bestaat uit 3 delen:

- **Deel 1** omvat de belangrijkste informatie die is verkregen vanuit de algemene anamnese en relevante informatie vanuit medisch oogpunt. Ook komt hier een samenvatting van de stotter-specifieke anamnese.

- **Deel 2** geeft een overzicht van de onderzoeksgegevens. Als eerste die van het stotteren: een kwalitatieve en kwantitatieve omschrijving ervan: type stotTERS, secundair gedrag, SSI-4 (Riley, 2009) en lastscores). Vervolgens de onderzoeksgegevens ten aanzien van de Mogelijkheden en Verwachtingen met betrekking tot de 4 domeinen. Het is behulpzaam om bij het noteren hiervan onderstaande volgorde aan te houden:
 - Eerst worden de testgegevens uit assessment kind ingevuld in het onderdeel Mogelijkheden kind.
 - Vervolgens wordt de informatie vanuit de analyse van de Ouder-kind-interactie ingevuld bij de corresponderende Verwachting (aangegeven in de meeste linkse kolom op het Formulier Ouder-kind-interactie). Ook relevante informatie vanuit aanvullende vragenlijsten voor de ouder/leerkracht wordt ingevuld.

Alvorens naar deel drie van het formulier te gaan (met de behandeldoelen) worden er nu eerst *hypothesen voor communicatieve drukpunten* ten behoeve van dit behandelplan opgesteld. Daarbij kijken we vanuit de onderzochte Mogelijkheden van het kind naar de corresponderende externe Verwachtingen. Let op: *interne* Verwachtingen komen pas aan bod in Fase 2. Een aantal voorbeelden:

- Een kind met een hoge score op de testonderdelen voor expressieve taal. Dit wordt als volgt genoteerd: sterke expressieve taal komt bij Mogelijkheid – Linguïstisch domein. Een sterke expressieve taal is een *interne Motorische Verwachting* omdat langere zinnen meer motorische planning vergen en doorgaans sneller worden uitgesproken. Aldus vormen langere zinnen door het kind een hogere interne Verwachting voor de Motorische Mogelijkheden. Bij een kind met sterke expressieve taal zal ook vaak complexe taal worden gezien in het taalaanbod van ouders. Dit wordt in het overzichtsformulier genoteerd als een externe Verwachting in het Linguïstische domein. Echter, ook wanneer geen complexe taal bij ouders is geobserveerd tijdens de ouder-kind-interactie wordt dit toch genoteerd als *mogelijk* aandachtspunt, omdat ouders hun kind blootstellen aan taal en er (onbewust) taalgroei wordt gestimuleerd.
- De tegenovergestelde situatie: een kind met juist lage scores op de testonderdelen voor expressieve taal. Dit wordt genoteerd als zwakke expressieve *Mogelijkheden in het Linguïstisch domein*. Leeftijdsadequaate taalaanbod van de ouder wordt in dit geval toch bij een hoge externe *Verwachting op Linguïstisch domein* genoteerd, omdat dit aanbod moet worden afgezet tegen de feitelijke, zwakkere taal Mogelijkheden die het kind heeft.
Er is in deze voorbeelden dus een onbalans op twee niveaus: 1. binnen het kind tussen de expressieve en receptieve taal en 2. tussen de taalcapaciteiten van het kind en het taalaanbod van de omgeving.
- Een emotioneel reactief (“temperamentvol”) kind dat bijvoorbeeld lang blij, boos, bang of verdrietig blijft. Dit wordt genoteerd bij zwakkere *Mogelijkheid op Emotioneel domein* (is nog onvoldoende in staat tot emotieregulatie). Dan wordt gekeken naar de corresponderende externe Verwachting: wordt er in de omgeving op zodanige wijze gereageerd waardoor deze intense emotie bij het kind minder wordt getriggerd (zonder dat het kind deze emotie onderdrukt)? Zo nee, dan is er sprake van een verhoogde externe *Verwachting op Emotioneel domein* en wordt deze in de betreffende kolom genoteerd.

- In **Deel 3** worden de behandeldoelen geformuleerd vanuit de uitwerking in hypothesen over communicatieve druk van Mogelijkheden en Verwachtingen. Alle notities onder de verschillende domeinen vormen de indicaties voor behandeling.

3

Het eerste oudergesprek

Na het assessment en het invullen van het Overzichtsformulier assessment volgt een oudergesprek (zonder aanwezigheid van het kind) met de volgende doelen:

- a. het geven van mondelinge en schriftelijke informatie over stotteren (zie Bijlage 3)
- b. het presenteren van de resultaten van het assessment
- c. introductie van het Ouder-kind kwartiertje (OK-tijd)
- d. introductie van het logboek.

ad a. Het doel is te komen tot een situatie waarin de ouders weten dat stotteren ontstaat op basis van erfelijkheid/aangeboren factoren en ontwikkelingsfactoren. Het kind heeft op dit moment beperkte of ongebalanceerde Mogelijkheden waardoor het stotteren op is gekomen. Verwachtingen binnen de communicatie die alleszins normaal zijn, kunnen daarom voor dit kind te hoog zijn voor zijn/haar Mogelijkheden op dat moment. Vanuit dit gegeven wordt aan ouders gevraagd om met behulp van de therapie, de communicatieve druk sterk te gaan verlagen zodat de Verwachtingen van/aan het kind meer in balans komen met de Mogelijkheden. Hierna kunnen de Mogelijkheden van het kind worden versterkt. Meestal wordt zo een gunstige balans verkregen, waarbij Mogelijkheden zwaarder wegen (sterker zijn) dan de Verwachtingen. Door deze gunstige balans dooft het stotteren uit in gemiddeld 75 procent van de kinderen. Bij gemiddeld een kwart blijft er een bepaalde mate van stotteren aanwezig. Bij alle kinderen is altijd het doel van het in balans brengen van de Mogelijkheden en Verwachtingen dat het kind niet gehinderd wordt in de communicatie (met of zonder stotTERS). In welke mate het stotteren uitdooft is hier ondergeschikt aan.

ad b. Al pratende met ouders worden de onderzoeksresultaten in een figuur van het DC-model geplaatst en uitgelegd (zie Bijlage 4). De belangrijkste bevindingen worden samengevat en er worden enkele sprekende voorbeelden gegeven (om ouders niet te overladen met informatie). Bijvoorbeeld, een lage score van het kind op de OMAS (verminderde spraakmotorische Mogelijkheden) kan voor ouders begrijpelijk maken waarom een lager spreektempo in de omgeving gunstig kan zijn.

Deze uitleg van het DC-model, specifiek voor het kind, legt een basis voor samenwerking met de ouder. Een ouder die een omgeving kan creëren waarin communicatie zo gemakkelijk mogelijk verloopt, ter ondersteuning van de ontwikkeling van het kind – dus als positief gegeven en niet vanuit het idee dat de ouder iets fout doet – zal de therapie in het algemeen actief en constructief uitvoeren. Verdere informatie kan tijdens de lopende therapie per domein met meer detail worden gegeven wanneer dit specifieke domein aan de orde is. NB: het is van belang om gedurende de therapie te blijven checken of ouders de oefeningen nog goed zien in het licht van het DC-model. Dus het is van belang hier ook later in de behandeling, na het eerste oudergesprek, regelmatig op terug te komen.

ad c. De ouders krijgen uitleg over het ouder-kind kwartiertje (OK-tijd). De bedoeling is dat de ouder *minimaal* vijf dagen per week een periode van 15 minuten gaat creëren waarin er 1:1, met de volle aandacht van de ouder, tijd is voor het kind. Dit vormt de eerste opdracht voor thuis: het vestigen van deze speciale OK-tijd in de komende week. De OK-tijd wordt de tijd waarin de ouder specifieke vaardigheden traint om de Verwachtingen te verlagen. In Fase II van therapie wordt deze tijd gebruikt voor oefeningen om de Mogelijkheden van het kind te vergroten.

ad d. Ook wordt de ouder gevraagd een logboek te beginnen. Hierin maakt de ouder aantekeningen van de OK-tijden. Ook maken therapeut en ouder hierin aantekeningen tijdens de behandelsessies. In de eerste week zal de ouder per OK-tijd alleen het tijdstip, de duur en het gebruikte spelmateriaal bijhouden. Vanaf de eerste sessie met het kind erbij maken de ouder en de therapeut ook aantekeningen in het logboek tijdens de behandelsessies. Wanneer de ouder thuis is gestart met het oefenen van veranderingen in de manier van communiceren met het kind, noteert de ouder ook welke verandering hij/zij specifiek heeft geoefend en het resultaat ervan. Na verloop van tijd maken veel ouders niet meer bij elke OK-tijd aantekeningen. Ze gaan over tot een globaal overzicht van de oefeningen van de afgelopen week met de reacties van ouder én kind op de geoefende gedragsverandering door de ouder. E.e.a. wordt aangevuld met vragen en observaties.

In het logboek kan een ouder de ernst en de last van stotteren bijhouden bijvoorbeeld a.h.v. de 8-puntsschaal van Yairi en Ambrose (Yairi & Ambrose, 1999) of de 10-puntsschaal die gebruikt wordt bij het Lidcombe Programma (Onslow et al, 2020). Soms wordt begonnen met een dagelijkse score, maar er kan volstaan worden met een typische score voor de hele afgelopen week (eventueel aangevuld met de hoogste score). Aan ouders die naar verhouding overmatig gericht zijn op het stotteren van hun kind kan gevraagd worden om per dag vijf momenten van makkelijke communicatie (met of zonder stotters) van het kind te noteren. Zo kan de focus op het stotteren verlegd worden naar een focus op makkelijke communicatie. Vrijwel altijd zullen ouders dan ontdekken dat het stotteren doorgaans een minder grote impact heeft op de communicatie met hun kind dan gedacht.

4

RESTART-DCM therapie

4.1 Algemene aspecten

Alles begint bij een goede samenwerking tussen therapeut en de ouders, het overkoepelende doel van de therapie en de houding van de logopedist. Die houding moet zijn : *practice what you preach*, in elke sessie, elke zin, elke blik. “Stotteren is oké, het is jouw manier van praten.” Met deze boodschap helpen we kinderen en hun gezinnen een optimale balans te vinden tussen Mogelijkheden en Verwachtingen. Dit draagt er toe bij dat stotteren vrijwel altijd afneemt. Bij het ene kind zal dit meer zijn dan bij het andere.

De twee fasen met elk vier domeinen van de RESTART-DCM-behandeling zijn hierboven beschreven (zie 1.2 Algemeen overzicht van RESTART-DCM). De ouders en het kind komen aanvankelijk wekelijks 45-60 minuten voor therapie. De frequentie van de contacten kan in de loop van de behandeling gaan variëren afhankelijk van het beloop. In de afbouwfase wordt de sessielengte doorgaans teruggebracht naar een half uur. Verder, na vier sessies met ouder en kind volgt als regel een oudergesprek zonder dat het kind daarbij aanwezig is. Hiervoor worden beide ouders uitgenodigd. In deze sessie is ruimte onderwerpen te bespreken rondom het stotteren die bij voorkeur niet worden besproken in aanwezigheid van het kind. Er is dan ook ruimte voor de ouder(s) om (pijnlijke) emoties te tonen, om schuldgevoelens te bespreken, of de last van de verantwoording te uiten die ouders kunnen voelen voor het laten uitdoven van het stotteren. Verder is de rol of invulling die beide ouders afzonderlijk kunnen geven aan therapie vaker een onderwerp van gesprek. Ook kunnen opvoedingsvragen aan bod komen, voor zover deze relevant zijn voor stotteren. Deze sessies met alleen de ouders worden ingepland zolang als dit wenselijk/nodig blijkt.

4.2 De opbouw van een behandelsessie

Iedere sessie volgt een vast patroon:

- De logopedist *modelt* een gedragsverandering in spel met het kind; de ouder observeert en noteert observaties in het logboek.
- De ouder probeert het model van de logopedist toe te passen in spel met het kind.
- De logopedist en de ouder bespreken de poging van de ouder kort na.
- De logopedist verwoordt, in samenspraak met de ouder, hoe de ouder deze gedragsverandering de komende week thuis gaat toepassen.
- De logopedist laat de ouder samenvatten wat zij de komende week aan therapie gaat doen.
- Afsluitend is er tijd voor vragen, verdere discussie, probleemoplossend werken m.b.t. oefentijden thuis/toepassing/transfer.
- De logopedist evalueert (van tijd tot tijd samen met de ouder) of de doelstelling van de behandeling duidelijk is voor ouders, hoe de activiteiten hieraan bijdragen en of de logopedist voldoende op één lijn zit met ouders.

Vanaf sessie 2 met het kind erbij *start* iedere sessie met:

- De ouder laat in spel met het kind zien hoe er in de afgelopen week thuis met de therapieaspecten is geoefend.
- Terwijl het kind mag doorspelen, bespreken de logopedist en de ouder het logboek, de therapieaspecten van de afgelopen week en de demonstratie aan de begin van de sessie.

Zoals uit de hierboven omschreven opbouw duidelijk wordt, leert de ouder gedragsveranderingen vanuit het trainen en oefenen ervan samen met de logopedist tijdens de therapie sessies. We herhalen het hier nog een keer: *binnen een RESTART-behandeling zal nooit gewerkt worden met alleen maar adviezen geven*. De logopedist modelt de gedragsverandering en oefent deze samen met de ouder. De ouder oefent thuis de nieuwe gedragsverandering tijdens de OK-tijd. Dit wordt pas van de ouder gevraagd wanneer de logopedist ervan overtuigd is dat de ouder de gedragsverandering op de juiste manier kan toepassen. Soms zijn meerdere sessies nodig om de ouder een gedragsverandering aan te leren.

4.3 Drie oefenniveaus: tijdens de therapie, de OK-tijd en de dagelijkse communicatie

Uiteindelijk is het de bedoeling van de therapie dat het geleerde tijdens de dagelijkse communicatie worden toegepast. Echter, hier wordt geleidelijk naar toegewerkt. Veranderen van een (geautomatiseerde) wijze van communiceren kost aandacht. Daarom oefent de ouder een gedragsverandering – bijvoorbeeld het verlagen van het articulati tempo – als eerste tijdens de therapie. Dat geldt ook voor het oefenen van vaardigheden van het kind: die worden als eerste geoefend tijdens de therapie. Daarna oefent de ouder de gedragsverandering of de vaardigheid van het kind tijdens de OK-tijd. Als een gedragsverandering goed gaat, wordt de ouder gevraagd deze gedragsverandering ook overdag, buiten de OK-tijd toe te passen. Hierbij wordt gestart met één vaste, dagelijkse situatie.

Tijdens Fase 1 van de behandeling blijft de OK-tijd dus bedoeld om een *nieuwe* gedragsverandering te oefenen. Een nieuwe gedragsverandering wordt tijdens de OK-tijd *toegevoegd* aan de al beheerste verandering. Wanneer de nieuwe toevoeging wordt beheerst, gaat de ouder deze ook opnemen in zijn spreekwijze met het kind in de reeds gekozen dagelijkse situatie(s) buiten het OK-kwartiertje. Opnieuw komt de OK-tijd vrij om een nieuw element te gaan oefenen. Dit element wordt door de logopedist gekozen vanuit de indicaties specifiek voor dit kind en wederom aangeleerd en ingeoeffend als *toevoeging*.

Tijdens Fase 2, het vergroten van de mogelijkheden van het kind, is de OK-tijd bedoeld om de vaardigheden van het kind te oefenen, terwijl de ouder de in Fase 1 geleerde gedragsveranderingen toepast. De vaardigheden die tijdens Fase 2 met het kind worden geoefend tijdens de OK-tijd, worden *niet* van het kind gevraagd tijdens het leven van alledag. Dat zou een (te) grote verwachting zijn. Er wordt vanuit gegaan dat het kind deze vaardigheden vanzelf in het dagelijks leven gaat toepassen als het deze beheerst, zoals bijvoorbeeld in het kort iets vertellen of een goede beurtname.

Soms twijfelt de logopedist aan hoe de ouder de therapie in het dagelijkse leven toepast. In dat geval is de ouder vragen regelmatig filmpjes te maken van specifieke transfersituaties een goede optie. Tijdens een behandelsessie kunnen de ouder en de logopedist deze opnames samen bekijken. Constructieve feedback hierop door de logopedist en samen probleemoplossend overleggen, kunnen de ouder helpen bij de transfer van de veranderde spreekwijze naar het leven van alledag.



5

Fase I: het verlagen van Verwachtingen

Binnen de verschillende domeinen kunnen meerdere indicaties per domein uit het assessment naar voren zijn gekomen. De domeinen worden *altijd in vaste volgorde*, zoals onderstaand omschreven, aangepakt. Behandeling wordt met de eerste indicatie van het Motorisch domein gestart. Transfer volgt het patroon zoals hierboven omschreven.

Het is mogelijk dat, door het bereiken van één gedragsverandering, een andere indicatie vanzelf wegvalt. Zo wordt de indicatie voor het spreken in kortere zinnen (meer aangepast aan het grammaticale niveau van het kind), soms vanzelf bereikt wanneer de ouder het articulatietyempo verlaagt. Het lagere tempo nodigt uit tot het gebruik van kortere zinnen. Ook komt het voor dat behandeling niet langer is geïndiceerd, bijvoorbeeld reeds na het verlagen van Verwachtingen in het Motorisch en Linguïstisch domein. Door deze aanpassingen is het stotteren van het kind uitgedoofd en verdere behandeling is niet langer geïndiceerd (zie 7 Afbouw van therapie).

Alleen Verwachtingen die relevant zijn voor de specifieke ouder en kind worden behandeld. De logopedist vertaalt alle behandelindicaties zoveel mogelijk in oefeningen, zodat de ouder praktische ervaring kan opdoen met iedere specifieke gedragsverandering. Het vragen en/of oefenen met ouders in het *achterwege laten* van bepaald gedrag zal meestal weinig effect hebben (vb. “stel liever geen vragen”). Meer productief is aan ouders voor te doen wat in plaats van het gedrag kan komen (vb “spreek vaak in beweringen”).

5.1 Het verlagen van de Motorische Verwachtingen

VEEL VOORKOMENDE INDICATIES:

- De ouder articuleert sneller dan het kind in vloeiende zinnen doet.
- Het kind articuleert relatief snel (> 3.5 syllabe per seconde).
- Ouder en/of kind hanteert korte interactietijden c.q. onderbreekt de ander.
- 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 o.a. video-interactie-analyse punt 2c, d, 4c 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.

MOGELIJKE GEDRAGSVERANDERINGEN VOOR DE OUDER:

- Spreekt met rustige, ontspannen en vloeiende articulatiebewegingen op een natuurlijke manier met het kind. De vuistregel voor het vinden van de goede snelheid is als volgt: het articulatietyempo van het kind tijdens vloeiende stukken spraak die soepel verlopen. Bij een jong kind zal dat zelden boven de 3,5 letter-greep per seconde liggen. Als er geen soepele, vloeiende stukken spraak zijn en het kind relatief snel spreekt, moet de ouder leren via een eigen, innerlijk model met langzame articulatiesnelheid te spreken. Soms vraagt dit een langere oefenperiode. Sommige kinderen vertragen onbewust het eigen tempo wanneer de ouder vertraagt, maar andere kinderen blijven in hun gewone tempo doorpraten maar zullen wel meer ontspanning in het spreken kunnen ervaren. Het vertragen van het articulatietyempo door het kind is geen doelstelling!
NB: in het gesprek met ouders wordt in plaats van articulatietyempo voor het gemak de term spreektempo gebruikt.
- Past royale interactietijden toe (ongeveer 1-2 seconden), nadrukkelijk **geen** overlappende spreekbeurten.
- Geeft het kind voldoende tijd om zijn verhaal te doen. Wanneer die tijd er niet is, geeft de ouder aan dat het geen goed moment is voor het verhaal; hij/zij stelt het vertellen uit tot een later moment dat wel geschikt is.
- Kan non-verbaal reageren ter bevordering van een rustige beurtwisseling door bijvoorbeeld een stopteken te maken als een kind erdoorheen praat. De ouder maakt op dat specifieke moment geen oogcontact met het kind, maar houdt oogcontact met degene met de 'praatbeurt'.
- Houdt normaal oogcontact, passend bij de gewoonten in de cultuur en het gezin. Het maken van oogcontact helpt om rustige interactietijden toe te passen c.q. beurtoverlappingen te voorkomen: je ziet wanneer de ander klaar is met spreken, c.q. nog aan het praten is of nog wat wil zeggen.
- Bewaakt het algemene leeftempo in het gezin (in een rustig tempo van de ene naar de andere activiteit, voldoende "lege" tijd). Wanneer de tijdsdruk wel aanwezig is of het leeftempo hoog, dan leert de ouder om korte, rustige mededelingen te doen en gesprekken/discussies uit te stellen tot een geschikter moment.

5.2 Het verlagen van de *Linguïstische Verwachtingen*

VEEL VOORKOMENDE INDICATIES:

- Het kind heeft een voorlijke taalontwikkeling.
 - Het kind maakt amper tot geen (natuurlijke) pauzes tijdens vertellen.
 - Het aantal vragen dat door de ouder wordt gesteld is vrij hoog.
 - Het aantal beweringen door de ouder is vrij laag.
 - Het 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, relatief moeilijke woorden, hoge zinslengte en zinnen met inversie of in de lijdende vorm) van de ouder is aanmerkelijk hoger dan passend is voor de ontwikkelingsleeftijd van het kind.
 - De ouder introduceert vaak een nieuw onderwerp.
- (Zie o.a. video- interactie- analyse punt 1a, b, 2a, b en 4a, d, e.)

DOEL:

Een specifieke afstemming op het taalniveau en -profiel van het kind, geen overstimulatie van de taalontwikkeling, geen (te) hoge eisen aan taalverwerking en -expressie.

MOGELIJKE GEDRAGSVERANDERINGEN VOOR DE OUDER:

- Spreekt voornamelijk in beweringen (geen vragen) en gebruikt woorden die qua lengte en complexiteit passen bij de ontwikkelingsleeftijd en het taalprofiel van het kind (zoals gebleken uit het assessment).
- Zorgt voor een goede balans in de hoeveelheid gesproken *uitingen per beurt* door de ouder en het kind.
- Volgt zoveel mogelijk met aandacht en met ondersteunende taal het initiatief van het kind.
- Stelt voornamelijk keuzevragen of gesloten vragen in plaats van open vragen, met name als blijkt dat het kind meer stotters heeft 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: “Ik wil dat hondje aaien”. Ouder: “Oh ja, het hondje aaien. Je vindt het 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”. “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 ten aanzien van iets correct en snel met het juiste woord benoemen.
- Besteedt meerdere zinnen aan een inhoudelijk punt in het gesprek (‘lexicale redundantie’). Het kind krijgt eenzelfde woord in verschillende contexten aangeboden, wat de opslag naar vorm en inhoud zal bevorderen. Ook gaat de informatiedichtheid van het gesprek naar beneden, wat minder van de verwerkingscapaciteit van het kind vraagt. Iets vergelijkbaars geldt voor de zinsstructuur (grammaticale redundantie). Bewust toepassen van minimale veranderingen in de zin vergt minder verwerking van het kind. Bovendien wordt imitatie van een terugkerende structuur door het kind makkelijker.
NB: het kind krijgt de talige informatie herhaald en enigszins gevarieerd aangeboden, **zonder** de vraag aan het kind om dit ook zo te doen.
- Krijgt oog voor “minder praten” in sommige situaties. Op dagen dat het stotteren (duidelijk) meer dan gemiddeld is, kan worden gezocht naar activiteiten waarbij weinig tot niet hoeft te worden gepraat, bijvoorbeeld bewegingsspelletjes, puzzelen, kleuren, kleien, fietsen, knippen, muziek luisteren. De ouder leert dat aandacht geven en taal (praten) niet onlosmakelijk aan elkaar verbonden hoeven te zijn.
- In het geval het kind geen natuurlijke pauzes maakt, maakt de ouder een stop-teken en vat in 2-3 woorden samen wat zij/hij hoorde, alvorens het kind weer de ruimte te geven om door te gaan.

5.3 Het verlagen van de *Emotionele Verwachtingen*

VEEL VOORKOMENDE INDICATIES:

- Samenhang stotterernst van het kind en sterke emoties.
- Het kind is bang om foutjes te maken in het algemeen, of reageert gevoelig op zijn stotteren.
- Hoge mate van emotionaliteit in de ouder-kind interactie in het algemeen. Dit geeft arousal/druk bij het kind.
- De reacties van de ouder specifiek op de communicatie van het kind lijken opgewonden, gestrest, bezorgd, ongerust e.d.; dit geeft een weerslag bij het kind.
- De reactie van de ouder (omgeving) op het gedrag van het kind is niet goed afgestemd op het temperament van het kind (Poor Fit).
- Ouders deinzen ervoor terug om over het stotteren te praten met hun kind, terwijl iedereen weet dat het er is en dat het kind er last van heeft (*Conspiracy of silence*).

(Zie o.a. video-interactie-analyse punt 1c, 3, 4b, f, 6a, b, c, d.)

DOEL:

De ouder laat merken dat zij/hij het kind hoort en ziet. De ouder aanvaardt het kind en de spraak van het kind in woorden en daden. De ouder creëert een emotioneel rustige(re) basis, waardoor het kind minder communicatieve drukpunten ervaart. Sommige zaken zullen niet in oefeningen kunnen worden omgezet, maar vooral in de oudergesprekken aan bod komen. Maar de logopedist streeft ook hierbij naar modeling, oefening en training van vaardigheden tijdens de sessies.

MOGELIJKE GEDRAGSVERANDERINGEN VOOR DE OUDER:

- Leert zelf in het algemeen rustig te blijven (preventief) en tempert heftige emoties bij zichzelf wanneer het kind in de nabijheid is.
- Biedt structuur en daarmee veiligheid en voorspelbaarheid. Veel kleuters ervaren rust door regelmaat en voorspelbaarheid (bijvoorbeeld een regelmaat in de maaltijden). De routine van de week kan door ouders worden gevisualiseerd in weekschema's met picto's. Bijzondere gebeurtenissen, zoals schoentje zetten voor Sinterklaas, kunnen hierop genoteerd worden. Hiermee wordt de frequentie afgebakend en wanneer het gebeurt concreet, wat meer rust geeft.
- (Er)kent het temperament van het kind en past haar/zijn reactie op het kind hierop af. De ouder werkt aan een 'Goodness of Fit' door het kind te (leren) kennen in wie hij is in plaats van te reageren op wat hij doet.
- Tempert heftige emoties bij het kind door te leren hierop in twee stappen te reageren (zie Bijlage 5 Communiceren met verlaagde Emotionele Verwachtingen: twee stappen). Een sterke emotie bij het kind reguleert vaak eerder als de emotie op een invoelende, beheerste toon wordt benoemd, als er eventjes de ruimte voor wordt gelaten (1e stap). Als deze emotie vervolgens wordt benoemd 'met een punt erachter' leert het kind dat het er mag zijn óók met zijn sterke (negatieve) gevoelens. Vervolgens wordt overgegaan tot de orde van de dag met rustig gedrag (2e stap).
- Als het kind toch nog lang in de emotie blijft, bijvoorbeeld boosheid, kan op een rustige, neutrale toon worden aangegeven dat hij op zijn kamer nog even lekker boos mag zijn. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling dat het kind de verwijzing naar zijn kamer als een straf voor het uiten van zijn boosheid

- ervaart. Echter zo wordt voorkomen dat de boosheid versterkt wordt door de aandacht die het in de sociale situatie mogelijk toch krijgt.
- Geeft wanneer het kind stottert *geen* adviezen over de manier van spreken aan het kind. Deze, uiteraard goedbedoelde, adviezen hebben vaak tot gevolg dat het kind met meer spanning op het stotteren gaat reageren.
 - Als het kind een negatieve emotionele reactie toont rondom het stotteren (bijvoorbeeld angst, frustratie, boosheid of machteloosheid), of duidelijk worstelt met het spreken, reageert de ouder invoelend en neutraal, niet oordelend (“Je mond zit even vast; Praten gaat soms even lastiger; iedereen heeft dat wel eens.”) De ouder toont het kind hiermee dat stotteren mag: een stottervriendelijke omgeving.
 - Staat model voor het ontspannen omgaan met het maken van een foutje (“Kan gebeuren”), opdat het kind zichzelf minder druk oplegt als hij een foutje maakt. Let hierbij op dat een stotter niet gezien wordt als een foutje.
 - De ouder maakt af en toe op een ontspannen manier onvloeiendheden/stottertjes die het kind maakt, met het doel het kind hier minder gevoelig voor te maken. Deze oefening is vaak niet meteen helder voor ouders en soms zijn ouders zelf erg gevoelig voor stotteren. Daarom wordt aanbevolen de motivering voor deze verandering eerst met de ouders te bespreken en te oefenen in een sessie zonder het kind erbij.

5.4 Het verlagen van de *Cognitieve Verwachtingen*

VEEL VOORKOMENDE INDICATIES:

- Het kind wil “alles weten” en vraagt steeds door.
- De ouder stelt vragen van relatief hoge cognitieve complexiteit.
- Signalering van ‘Spreken op verzoek’ tegen een derde: “Vertel eens aan ...”, “Wat zeg je dan?” (*Demand speech*).
- De ouder converseert met het kind in complexere taal-denkrelaties dan passend lijkt voor het ontwikkelingsniveau van het kind.
- De ouder introduceert regelmatig nieuwe onderwerpen en/of onderwerpen buiten het hier & nu.

(Zie o.a. video-interactie-analyse punt 1d, 2a, b, 3, 4a, d, e, en 6c.)

DOEL:

De ouder wordt alert op Cognitief overvragen van het kind en past dit aan waar nodig. Dit omdat de klinische praktijk leert dat Cognitief overvragen het stotteren vaak meer uitlokt.

MOGELIJKE GEDRAGSVERANDERINGEN VOOR DE OUDER:

- Stelt één vraag per keer die qua complexiteit past bij de (ontwikkelings)leeftijd en geeft het kind voldoende ruimte om te antwoorden.
- Biedt een vraag zodanig aan dat het kind vrij is om op de vraag in te gaan of niet: “Hmm, laat me eens denken, wat kunnen kindjes allemaal op school hebben gedaan... ik denk verven”. Het kind is vrij om dit ‘communicatieve draadje’ op te pakken of te laten liggen.

- Probeert ‘Demand speech’ zoveel mogelijk achterwege te laten en te vervangen door een bewering. ‘Demand speech’ is een vorm van een relatief complexe vraag, maar 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”. Er is sprake van veel minder communicatieve druk als de ouder in beweringen praat en royale pauzes laat. Moeder kan bijvoorbeeld starten met “Josje vertelde mij over iets leuks wat ze op school had gedaan, papa...”. Als hier een royale pauze op volgt kan het kind al dan niet inspringen. De ouder kan eventueel nog verder gaan met iets als “Het had iets te maken met verpotjes...” en het kind weer ruimte bieden om het verhaal al dan niet op te pakken.
- 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. De ouder sluit aan bij het kind en daarmee zijn niveau.
- Converseert tijdens het spelen en kijkt boekjes met het kind op een bij de ontwikkeling van het kind passend niveau van taaldenk-relaties. Dat geldt ook voor het beantwoorden van vragen door het kind. Een kleuter hoeft bij veel zaken alleen de hoofdlijnen te weten, niet alle details.

5.5 De Transfer van het Verlagen van Verwachtingen tijdens Fase I

In paragraaf 4.3 werden de drie oefenniveaus in de therapie besproken. De ouder leert de Verwachtingen eerst in de therapie, dan tijdens de OK-tijd en uiteindelijk tijdens de dagelijkse communicatie te verlagen. Hier wordt geleidelijk naar toegewerkt, omdat veranderen aandacht kost. Als de ouder een verwachting heeft leren verlagen tijdens de therapiesessie, bijvoorbeeld langzamer articuleren, gaat de ouder deze eerst juist toepassen tijdens de OK-tijd. Zodra dit het geval is, start de ouder deze verwachting te verlagen in één vaste, dagelijkse situatie. Met de ouder wordt overlegd wat een geschikte, eerste, dagelijkse situatie zou kunnen zijn. Voorbeelden hiervan zijn: bij het aankleden 's ochtends, het naar bed brengen, in de badkamer, tijdens het naar school gaan, tijdens eet/drinkmomentje, tijdens het eten. Geleidelijk wordt het aantal situaties waarin de ouder communiceert met toepassing van de verandering uitgebreid. Als een *nieuwe* gedragsverandering tijdens de therapie is geoefend, wordt deze tijdens de OK-tijd *toegevoegd* aan de al beheerste verandering. Bijvoorbeeld, leren invoegen van royale interactietijden tijdens een langzaam articulati tempo. In één of meer alledaagse situaties wordt het langzame tempo reeds toegepast, maar nog niet het invoegen van de royale interactietijden. Toepassing daarvan wordt eerst geoefend tijdens de OK-tijd, op een moment dat de ouder daar alle aandacht op kan richten.

Wanneer de nieuwe toevoeging wordt beheerst, gaat de ouder deze ook opnemen in zijn spreekwijze met het kind in de reeds gekozen dagelijkse situatie(s) buiten het OK-kwartiertje. De ouder past in die dagelijkse situaties dan bijvoorbeeld zowel een langzaam articulati tempo én royale interactietijden toe. Opnieuw komt de OK-tijd vrij om een nieuw element te gaan oefenen. Dit element wordt door de logopedist gekozen vanuit de indicaties specifiek voor dit kind en wederom aangeleerd en inge oefend als *toevoeging*. Dit kan bijvoorbeeld een gelijk aantal beurten zijn.



6

Fase II: het vergroten van de Mogelijkheden van het kind

Wanneer het verlagen van alle relevante Verwachtingen stapsgewijs is voltooid, is er een Mogelijkheden Ondersteunende Omgeving gevestigd (MOO) dan kan het versterken van de Mogelijkheden van het kind in Fase II aan de orde gaan komen. Fase II wordt ingezet wanneer de optimale balans tussen de Mogelijkheden van het kind en de Verwachtingen uit de omgeving nog niet is behaald of het kind nog niet gemakkelijk communiceert na Fase I. Het doel van onbelemmerde communicatie (met of zonder stotters) blijft ook tijdens Fase II de basis voor therapie: alle oefeningen hebben dit als doel.

NB: de MOO – het resultaat van Fase I – blijft tijdens Fase II de basis van therapie: alle oefeningen ter vergroting van de Mogelijkheden van het kind worden gedaan met toepassing van MOO. De logopedist blijft hierbij een voorbeeld voor de ouder. Dit aspect blijft daarmee ook in Fase II een *vast onderdeel* binnen iedere therapiesessie.

Ook wordt in Fase II de vaste volgorde van de vier domeinen aangehouden: Motorisch, Linguïstisch, Emotioneel en Cognitief. Echter, in Fase II wordt niet pas naar een volgend domein gegaan wanneer een domein voltooid is. Zo kan training van spraakmotorische vaardigheden over een langere periode nodig zijn, maar slechts kort binnen de beschikbare therapietijd aan bod hoeven komen. In dat geval kan naast het werk aan het Motorisch domein gestart worden met het versterken van Linguïstische vaardigheden waar nodig. Evenzo kan er gestart worden met het Vergroten van de Emotionele Mogelijkheden, terwijl een deel van de therapie wordt besteed aan de training van nieuwe niveaus van SMT en eventueel aan training van de taalvaardigheid. Ook in Fase II geldt dat alleen die indicaties die specifiek zijn voor het kind worden opgepakt zolang de optimale balans nog niet is bereikt.

Ten slotte, de opbouw van behandelsessies is tijdens Fase II in de regel vergelijkbaar als tijdens Fase I: de logopedist doet een oefening voor (*modelt*) terwijl de ouder observeert en eventueel notities maakt in het logboek; de ouder krijgt gelegenheid zelf vaardig te worden in de oefening, terwijl de logopedist observeert en constructief bijstuurt (indien nodig). Wanneer de ouder de oefening voldoende beheerst wordt deze thuis herhaald.

6.1 Het vergroten van de Motorische Mogelijkheden van het kind

MOGELIJKE INDICATIE:

- Uit het OMAS-onderzoek (Riley & Riley, 1985) komt naar voren dat de spraakmotorische vaardigheden onvoldoende zijn. Resultaten uit het Computer Articulatie Onderzoek (CAI, Maassen et al., 2019) zijn aanvullend.

DOEL:

Verbetering van de motorische planning en uitvoering van spraak, merkbaar aan een verbeterde nauwkeurigheid, vloeiendheid en snelheid van de spraakbewegingen.

WERKWIJZE:

De spraakmotorische vaardigheden worden getraind met behulp van de Speech Motor Training (SMT; Riley & Riley, 1985; 1999). Op de RESTART-DCM website worden OMAS en SMT beschikbaar gesteld voor logopedisten die de workshop hebben gevolgd.

Zodra ouder en kind tijdens de therapie de oefening op de juiste manier doen, gaan ze deze thuis dagelijks 2x5 minuten trainen. De OK-tijd is in deze fase optioneel.

6.2 Het vergroten van de Linguïstische Mogelijkheden van het kind

MOGELIJKE INDICATIES VANUIT HET ASSESSMENT EN OBSERVATIES TIJDENS FASE I:

- Er is sprake van een achterstand of een stoornis in de taalontwikkeling.
- Er is sprake van een onbalans in het taalprofiel: een significant verschil in één of twee taalcomponenten (zinsbegrip, woordbegrip, zinsproductie, woordproductie, klankproductie) ten opzichte van de andere componenten. Welk verschil significant is, staat soms in de handleiding van de test. Als dat niet zo is, houden we een verschil van 0,7 standaarddeviatie aan (11 quotiëntpunten).
- Er is een vertraagde beschikbaarheid van woorden of zinsstructuren tijdens spontaan spreken. Een vertraagde beschikbaarheid van de woordvorm kan blijken uit normale taalovloeiendheden als: /pala, pala, paraplu/. Een vertraagde beschikbaarheid van het woord als geheel (lexicaal-semantic) kan blijken uit een test (Renfrew taalschalen, 2016) of uit observaties van de spontane taal: lange (gevulde) 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 c.q. problemen met de planning van de grammaticale structuur kan blijken uit lange (gevulde) pauzes, woord- of zinsdeelherhalingen, revisies of valse starts.
- Er is sprake van fonologische problematiek.
- Het kind gebruikt nauwelijks natuurlijke pauzes (denkbare punt of komma).

DOEL:

Het vergroten en in balans brengen van taalvaardigheden voor zoverre deze invloed (lijken te) hebben op het stotteren; het aanleren van coping gedrag als dit kan bijdragen aan een optimale balans van Verwachtingen en Mogelijkheden.

WERKWIJZE:

De oefening van de taalvaardigheid zal thuis tijdens de OK-tijd worden opgepakt – minimaal 5 dagen per week. Er wordt goed in de gaten gehouden dat het trainen van de Linguïstische Mogelijkheden geen verhoging van de Verwachtingen geeft. Overtraining van een vaardigheid voordat een nieuw aspect wordt opgepakt verdient aanbeveling.

NB: een deel van de OK-tijd (één oefenmoment van 5 minuten) kan aan de voortzetting van de SMT gewerkt worden.

- Wegwerken van een eventuele onbalans in het taalprofiel (bijvoorbeeld, een relatief zwak woordbegrip) van het kind via gepaste taalstimulering.
- Verbeteren c.q. automatiseren van de zinsproductie door relevante zinsstructuren in spelvorm te automatiseren (TenT, Schlichting & De Koning, 1998; voor het Engels: BEST, McKean, Pert & Stow, 2012).
- Verbeteren van de woordvinding door vaardigheidstraining (o.a. semantische categorieën oefenen en/of klankovereenkomsten leren gebruiken) en aanleren coping-strategieën, bijvoorbeeld omschrijven: “Dat ding om te...”
- Spelenderwijs (stoplicht-praat of bushalte-praat) aanleren dat er pauzes gemaakt worden in langere zinnen en bij verhalen. In Fase I werd dit gefaciliteerd door de ouder (verlagen Verwachtingen – Linguïstisch domein). Nu wordt, wanneer het kind zonder de interventie van de ouder de pauzes nog altijd weglaat, de vaardigheid direct bij het kind aangeleerd.
- Verbeteren van de fonologische vaardigheid wordt met terughoudendheid gedaan, omdat een snelle groei van de fonologie geassocieerd is met blijvend stotteren (Paden et al., 2002). Daarom wordt dit therapiedoel uitgesteld tot het kind een stevige vloeiendheid heeft bereikt, tenzij er een belemmering is voor het kind (frustratie, verstaanbaarheid, beginnend lezen). Geschikte methoden zijn bijvoorbeeld Hodson & Paden (Hodson & Paden, 1991) en Metaphon (Howel & Dean, 1998) met een sterk accent op visuele en hoortraining en uitlokken binnen faciliterende contexten. Een directe stimulatie van de klankproductie door bijvoorbeeld de klank ‘neer te zetten’ met verhoogde articulatie-druk wordt nooit gedaan.

6.3 Het vergroten van de Emotionele Mogelijkheden van het kind

MOGELIJKE INDICATIES VANUIT HET ASSESSMENT EN FASE I:

- het kind is erg sensitief rondom zijn spreken en/of zijn stotteren;
- het kind heeft een reactief temperament en een lage emotionele zelfregulatie en dit houdt verband met vaker of ernstiger stotteren.

DOEL:

Het kind ontwikkelt een rustige en ontspannen houding ten aanzien van spreken/stotteren; het kind leert sterke emoties c.q. sensaties die het stotteren onderhouden (uitlokken of versterken) te herkennen en te reguleren.

WERKWIJZE:

De logopedist ‘vertaalt’ de doelen zoveel mogelijk in concrete oefeningen. Nadat de logopedist de oefeningen met het kind heeft gedaan, creëert ze tijdens de therapie momenten waarop de ouder dit kan oefenen. Sommige oefeningen worden herhaald tijdens de OK-tijd – minimaal 5 keer per week; andere oefeningen geven handvatten voor de alledaagse thuissituatie.

NB: veranderingen in het Emotionele domein zullen vaak ondersteund worden door het modelen van hardop uitgesproken *gedachten*. Hiermee is de scheidslijn tussen het Emotionele en het Cognitieve domein minder strak te trekken. De *focus* van de oefening (gericht op het wijzigen van een emotie dan wel het wijzigen van een cognitie) bepaalt in dit geval onder welk domein het te veranderen aspect valt.

- Desensitisatie voor stotteren. Ondanks het model van de ouder die ontspannen onvloeïendheden / stottertjes laat horen (verlagen Verwachtingen emotionele domein) blijft er bij het kind sprake van bijvoorbeeld angst of frustratie rondom spreken/stotteren. We onderscheiden drie stappen.
 1. De logopedist maakt zelf onvloeïendheden die lijken op die van het kind. Aanvankelijk toont de logopedist daarbij in haar intonatie en mimiek een vergelijkbare emotionele reactie als het kind, maar de focus ligt op haar woorden. Bijvoorbeeld “Oh, zat ik me daar even te duwen zeg; tjonge, wat een spierballen in mijn mond”. Na een korte pauze, maar binnen dezelfde beurt, vervolgt de logopedist hardop pratend tegen zichzelf (zgn. *self-talk*) met een redenering die de negatieve emotie die eronder zat – bijvoorbeeld angst – neutraliseert. De logopedist kan bijvoorbeeld zeggen: “Echt wel knap dat ik gewoon door durfde gaan, nou weet iedereen gewoon wat ik wilde zeggen”. Het kind kan hierbij, zonder belemmering van de eigen emotie, in alle rust de logopedist observeren.
 2. Op een later tijdstip binnen de behandeling kan op een rustige toon eens een opmerking gemaakt worden over een stotter bij het kind (“Hé, nu had jij ook even spierballen in je mond, net als ik daarstraks. Ach ja, soms gaat praten even moeilijk”). Geleidelijk, indien nodig, kan zo toegewerkt worden naar stap 3.
 3. Een spel waarin logopedist (en/of ouder) en kind samen bewust verschillende stotters maken en daarbij een neutraal-tolerante houding versterken. Hiermee wordt op dit domein het Cognitieve concept van ‘stotteren mag’ al ingezet.
- Tijdens Fase I hebben ouders geleerd hoe zij heftige emoties bij het kind kunnen temperen en voorkomen (zie o.a. Bijlage 5). In Fase II komt de focus te liggen op het aanleren van vaardigheden aan het kind om zijn emoties te reguleren. Als kapstok hanteren we de volgende stappen:
 1. Het kind leert wat emoties zijn en daar over te praten. Hiervoor bestaat het nodige therapiemateriaal en er zijn vele prentenboeken over dit onderwerp die als ingang kunnen dienen.
 2. Het kind leert emoties te herkennen en benoemen – eerst bij anderen (logopedist, ouders, broer, zus,...) en vervolgens bij zichzelf. Pas als het kind deze stap beheerst, wordt gestart met stap 3.
 3. Het kind leert hoe hij een te sterke emotie kan temperen. In de praktijk gaat het hierbij meestal over leren temperen van frustratie en boosheid.

Opties:

 - a. Het kind wordt bewust gemaakt van een vaardigheid die hij soms al wel heeft. Bijvoorbeeld, logopedist: “Hé mama, zag je dat, het lukte Marc niet om z’n veter te strikken en hij werd een beetje boos. Hij ging toen gewoon naar papa voor hulp. Knap hoor, om een nieuw plannetje te bedenken wanneer iets niet lukt. Zo hoef je niet boos te blijven”. Door dit aanvankelijk niet direct naar het kind toe te verwoorden, kan het kind in alle rust deze verwoording van regulatie verwerken.
 - b. De logopedist, zoals hierboven vergelijkbaar beschreven voor emoties bij optredend stotteren, kan zelf de negatieve emotie tonen zoals het kind dat doet en vervolgens via *self-talk* zichzelf uit de emotie halen als model voor het kind.

4. Als laatste stap creëert de logopedist tijdens de therapie momenten waarbij een specifieke emotie heel bewust wordt opgeroepen bij het kind. Vervolgens zet de logopedist samen met het kind de stappen om deze emotie te reguleren.

6.4 Het vergroten van de Cognitieve Mogelijkheden van het kind

INDICATIES:

- Het kind hanteert geen adequaat beurtgedrag ondanks sturing van ouder (Fase I).
- Het kind maakt een perfectionistische indruk in het algemeen of rondom zijn spreken/stotteren.
- Het kind heeft een laag metalinguïstisch bewustzijn.

DOEL:

Aanleren van bij de leeftijd passende concepten die gemakkelijk en onbezorgd – en daarmee gemakkelijker communiceren bevorderen.

WERKWIJZE:

Zodra de ouder een oefening voldoende in de vingers heeft, wordt deze thuis tijdens de OK-tijd opgepakt – minimaal 5 dagen per week. Eventueel in combinatie met oefeningen voor andere domeinen.

- Het concept van beurtgedrag / spreekregels wordt geleerd (Conture, 2001):
 - Luister wanneer anderen praten (oren open)
 - Praat niet voor anderen (wacht op je beurt)
 - Onderbreek anderen niet (mondje dicht)

Spelletjes waarbij spelbeurt en praatbeurt aan elkaar gekoppeld worden kunnen daarin een eerste stap zijn. Ook hierbij is de logopedist een model voor het kind in het leren van de regels: de logopedist start met voor de beurt te praten, stopt zichzelf door, via hoorbare *self-talk* zichzelf te wijzen op de spreekregel en geeft zichzelf vervolgens een complimentje met hoe knap het eigenlijk is dat zij op de beurt kan wachten. De ouder observeert eerst, maar gaat zo snel mogelijk meedoen en de rol van de logopedist overnemen. Momentjes waarop het kind afwacht, al is het maar een paar seconden, worden onmiddellijk door de logopedist opgepakt en positief verwoord.

Ook het tegenovergestelde kan voorkomen: het kind laat zich telkens het woord ontnemen. De logopedist modelt, verwoordt en nodigt het kind uit om eerst samen, later alleen de beurt terug te vragen.

- Het kind leert dat spreken met stotTERS in de spraak ook goed spreken is.
- Het kind leert dat ‘foutjes maken mag’, dat niemand overal goed in is.

Deze aspecten zijn reeds in het emotionele domein aangepakt om de negatieve emotie er ‘af te halen’. Nu ligt de focus op het (cognitieve) *concept*. Opnieuw creëert de logopedist oefengelegenheid met een stapsgewijze opbouw.

1. Met voor het kind hoorbare *self-talk* start de logopedist vanuit de negatieve cognitie van het kind.
2. De logopedist modelt voor het kind een redenering naar het nieuwe concept – opnieuw met hoorbare *self-talk*.
3. De logopedist biedt diverse andere (gecreëerde) settings aan waarin dezelfde redeneringen *samen met het kind* worden opgepakt.

- Het kind leert concepten aan om te kunnen 'praten over het praten' Bijvoorbeeld: langzaam ↔ snel, makkelijk ↔ moeilijk etc. vanuit handelingen snel/langzaam te doen, met inspanning of ontspanning en van daaruit de stap te kunnen maken om de lichamelijke en mentale ervaring op spreekvlak ook in woorden te kunnen omzetten.

Vervolgens worden deze concepten directer gekoppeld aan spreekgedrag met het kind. Het kind ervaart dat spreken en stotteren niet volgens vastliggende patronen hoeft te verlopen. Het kind leert dat hij hier sturing aan kan geven en ervaart, op een speelse manier, hoe het spreken en stotteren makkelijk(er) kunnen verlopen. Wanneer het kind dit regelmatig in 'praatspel' ervaart, dus op een speelse manier in spel oefent, kan het kind kiezen, al dan niet bewust, om de net iets andere sturing, vaker in te zetten.

Het is nadrukkelijk **niet** de bedoeling dat de omgeving van het kind *verwacht* dat hij deze spreekwijze toepast in het dagelijkse leven. Er wordt afgewacht of het kind door deze oefen-ervaringen vanzelf andere, makkelijkere spreekwijzen gaat gebruiken in het dagelijks leven. Een tolerante houding t.o.v. stotteren blijft ten alle tijden stevig overeind, *stotteren mag!* Een positieve attitude t.a.v. de communicatie bij het kind moet centraal blijven staan.

WERKWIJZE:

Er wordt, spelenderwijs, geoefend met andere spreekwijzen – bijv. iets langzamer of sneller, iets minder of meer gespannen, met iets grotere articulatiebewegingen, e.d.. Deze andere spreekwijzen worden alléén in spelvorm geoefend – ook thuis, tijdens OK-kwartiertjes of met het hele gezin. In het dagelijks leven wordt het kind dus nooit gevraagd één van deze spreekwijzen toe te passen met het doel minder te stotteren dan wel het stotteren "weg te poetsen". De ouder kan op diverse momenten aanhaken: de ouder oefent van meet af aan mee met het kind, of het kind leert de variaties in spreken eerst van de logopedist terwijl de ouder observeert en dan "leert" het kind ze het als het ware aan de ouder. Thuis zou dit zelfs de vorm van een familiespel kunnen krijgen.

- Al spelend en met het model van de logopedist oefenen van *stotter* variaties zoals ontspannen versus gespannen stotteren, herhalen versus verlengen/blokken, enkelvoudige herhalingen maken versus meervoudige, glijklanken versus meervoudige herhalingen, e.d.
- Al spelend en met het model van de logopedist oefenen van *spraak* variaties zoals in tempo, in luidheid, in toonhoogte, in melodie. Hierbij worden door de logopedist ook stotters ingevoegd, dan weer meer dan weer minder, om niet onbedoeld een boodschap van 'dit is de betere (vloeiendere) spreekwijze' over te brengen op kind of ouder. Dus bijvoorbeeld ook bij langzamer spreken stotters invoegen en bij snel spreken juist eens niet. Diverse combinaties moeten langskomen.
- De variaties worden gekozen afhankelijk van de typen stotters bij het kind zodat deze zo goed mogelijk aansluiten bij de ervaring van het kind m.b.t. het eigen stotteren of juist een makkelijker spreken dan wel stotteren. Spelvorm en soort/mate van verandering worden aangepast aan het ontwikkelingsniveau van het kind.



7

Afbouw van therapie

INDICATIE:

Wanneer het doel bereikt is: een **optimale balans** tussen de **Mogelijkheden** van het kind en de **Verwachtingen** die aan de communicatie van het **kind** worden gesteld, waardoor het kind zichzelf **zo gemakkelijk mogelijk kan uiten (met of zonder stotters)**. Dit is een overlegpunt tussen ouders en logopedist, en soms ook het kind. Het punt waarop deze balans bereikt is, kan op elk moment in therapie (tijdens of na Fase I of II) zijn.

DOEL:

Ouders kunnen zelfstandig de geleerde gedragsveranderingen (tijdelijk) voortzetten, weten wat te doen bij terugval in een onbalans – het kind uit zich minder makkelijk – en zijn bekend met criteria voor het opnemen van contact met de logopedist.

WERKWIJZE:

- Ouders leren de tijdens de therapie geleerde spreekwijze voor onbelemmerde communicatie (gedragsveranderingen) heel geleidelijk af te bouwen als de stabiliteit van het (deels) uitgedoofde stotteren bij het kind dit toelaat. Ook leren ouders deze gedragsveranderingen juist weer (sterk) in te zetten wanneer het stotteren toeneemt, of, preventief, wanneer ouders deze verwachten (bijvoorbeeld bij een grote verandering als starten met school). In de therapie wordt kortdurend, bijvoorbeeld twee minuten, een drukverhogend element toegevoegd, bijvoorbeeld het verkorten van de interactietijden, om het kind als het ware te desensitiseren voor de normale communicatieve druk. Geleidelijk wordt zo toegewerkt naar normalisering.
- Ouders maken in toenemende mate zelf de keuzes voor specifieke interventies (gedragsveranderingen) en zijn ook in staat hier naar te handelen. Ouders leren het verlagen en (bewust) normaliseren van Verwachtingen flexibel in te zetten.
- De logopedist stelt samen met de ouders een terugvalpreventieplan op specifiek voor het kind. Hierin staan ook de criteria vermeld voor opnieuw contact opnemen met de logopedist. Over het algemeen is dat bij twijfel van ouders (iets loopt er niet goed), als er reeds 2x de mate van stotteren is toegenomen, en bij het uitblijven van een lijn omhoog in vloeiendheid ondanks reeds door ouders zelf inzetten van interventies.
- Frequentie van therapieafspraken wordt afgebouwd in overleg met ouders. Sommige ouders hebben meer en langer behoefte aan terugkoppeling dan anderen. Alle gemaakte afspraken met betrekking tot hoe te handelen bij terugval worden genoteerd in het logboek.

In enkele gevallen wordt therapie vroegtijdig beëindigd. Dit kan op initiatief van de ouder zijn:

- door omstandigheden is het niet meer het geschikte moment voor therapie
- de ouder heeft een voorkeur voor een andere methode
- de ouder heeft geen hulpvraag meer; e.d.

Het initiatief om voortijdig te stoppen kan ook bij de logopedist liggen:

- Ouders kunnen/willen, ondanks alle ondersteuning vanuit therapie, thuis niet de benodigde therapie inzetten of deze op de juiste manier invullen.
- Logopedist en ouders kiezen in samenspraak voor een ander beleid omdat er, ondanks het harde werk door beider partijen, onvoldoende vooruitgang in het uitdoven van stotteren en/of bevorderen van onbelemmerde communicatie wordt geboekt.

Wanneer mogelijk, wordt therapie in een neutrale sfeer afgesloten, zodat voortzetting op een ander tijdstip en/of via een andere werkwijze een mogelijkheid blijft.

TOT SLOT

De RESTART-DCM Werkwijze is een benaderingswijze voor het jonge kind dat stottert. Niet iedere therapie is voor ieder individu de meest geschikte. De gekozen therapie mag nooit het doel op zich zijn. *Maatwerk* blijft het belangrijkste element om het kind het beste te geven wat therapeuten te bieden hebben.

Referenties²

- Conture, E.G. (2001). *Stuttering. Its nature, diagnosis and treatment*. Boston: Allyn & Bacon.
- de Sonnevle-Koedoot, C., Stolk, E., Rietveld, T., Franken, M.C. (2015). Direct versus Indirect Treatment for Preschool Children who Stutter: The RESTART Randomized Trial. *PLoS ONE* 10(7): e0133758. doi:10.1371/journal.pone.0133758.
- Franken, M.C., Oonk, L.C., Bast, B.J.E.G., Bouwen, J., De Nil, L. (2024). Erasmus clinical model of the onset and development of stuttering 2.0. *Journal of Fluency Disorders*, Jun;80:106040. doi: 10.1016/j.jfludis.2024.106040.
- Hodson, B., Paden, E. (1991). *Targeting intelligible speech: A phonological approach to remediation*. 2. Austin, TX: Pro-Ed/College Hill.
- Howel J. & Dean, E. (1998). *Fonologische stoornissen. Behandeling van kinderen volgens de Metaphon-therapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Koenraads, S., Stipdonk, L., Rietveld, T., Franken, M.C. (2025). Long-term, multiple outcomes of the RESTART randomized trial comparing Restart-DCM treatment and the Lidcombe Program. Artikel in voorbereiding.
- Maassen, B., Van Haaften, L., Diepeveen, S., Terband, H., Van den Engel-Hoek, L., Veenker, T., & De Swart, B. (2019). *Computer Articulation Instrument*. Amsterdam: Boom Uitgevers.
- McKean C., Pert S., Stow C. (2012). *Building Early Sentences Therapy (BEST): A Home Language Intervention Programme for Young Children with Severe Language Difficulties*. Newcastle upon Tyne, UK: Newcastle University.
- Onslow M., Webber M., Harrison E., et al. *The Lidcombe Program treatment guide*. (2020). <https://www.uts.edu.au/research-and-teaching/our-research/australianstuttering-research-centre/asrc-resources/resources>.
- Paden, E.P., Ambrose, N.G., Yairi, E. (2002). Phonological progress during the first 2 years of stuttering. *J Speech Lang Hear Res*. Apr; 45(2):256-67.
- Renfrew Taalschalen Nederlandse Aanpassing. (2016). Jansonius, K. Ketelaars, M., Borgers, M, Heuvel, E. van den, Roeyers, H., Manders, E. & Zink, I. Garant – Uitgevers N.V.
Engelse versie: Renfrew, C. E. (1997). *Renfrew language scales / Action picture test*. Bicester, Oxon: Speechmark.
- Riley, G.D. (2009). *SSI-4: Stuttering severity instrument – Fourth edition; examiners' manual*. 4th ed. Austin, TX: Pro-Ed.
- Riley, J., Riley, G. (1985). *Oral Motor Assessment and Treatment. Improving Syllable Production*. Austin, Texas: Pro-ed.
- Riley, J., Riley, G. Speech Motor Training (1999). In: Onslow M., Packman A., eds. *The handbook of early stuttering intervention*. San Diego: Singular Publishing Group; 1999:139-158.

² In de RESTART-DCM workshops wordt een uitgebreidere referentielijst verstrekt.

Schlichting, L. & Koning, T. de (1998). TenT. *Taalachterstand en Taalvererving. Een programma voor kinderen met een grammaticale achterstand*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Starkweather, C.W. (1987). *Fluency and Stuttering*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Inc.

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 hoorstoornissen*. H.F.M. Peters and C.W. Starkweather (red.), p.93-135. Amsterdam/Lisse: Swets en Zeitlinger.

Starkweather, C.W. & Givens-Ackerman J. (1997). *Stuttering*. Austin, TX: Pro-ed.

Starkweather, C.W., Ridener Gottwald, S. & Halfond, M.M. (1990). *Stuttering Prevention. A clinical method*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Vanryckeghem, M., & Brutten, G. (2015). KiddyCAT: Communication Attitude Test voor stotterende kleuters. Destelbergen, Belgium: Sig vzw.

Yairi, E., Ambrose, N.G. (1999). Early childhood stuttering I: persistency and recovery rates. *Journal of Speech Language and Hearing Research*. 1999;42(5):1097-1112.



Bijlagen

RESTART-DCM Werkwijze 2025

BIJLAGE 1
Formulier Ouder-kind-interactie
Gedrag dat waarschijnlijk in therapie aan de orde komt in cursief.

	Observatie Communicatief Gedrag	Vrij spel	Puzzelen
L L E C	1. Vragen door ouder aan kind a. weinig / veel b. open / gesloten c. bevelend, cq met weinig antwoordruimte voor kind d. adequaat afgestemd / binnen hier-en-nu		
L/C L/C M M	2. Beurtdrag a. evenwichtige verdeling beurtnaam – verhouding aantal beurten ouder – kind b. evenwichtige beurtlengte ouder – kind – verhouding aantal uitingen per beurt ouder – kind c. door elkaar praten / onderbreken – ouder onderbreekt / kind onderbreekt d. te korte interactietijden – ouder begint te snel / kind begint te snel		
E	3. Reactie ouder op het stotteren a. reageert verbaal negatief op stotteren kind b. reageert non-verbaal negatief op stotteren kind (ouder kijkt weg, houdt adem in, verstart, etc.) c. reageert neutraal-empatisch		
L/C E M C/L C/L E	4. Talig gedrag ouder a. introduceert nieuw onderwerp b. corrigeert verbaal gedrag kind c. uit beweringen die tijdsdruk geven d. sluit inhoudelijk aan bij eerdere uiting kind (lexicaal redundant) e. sluit qua vorm aan bij eerdere uiting kind (grammaticaal redundant) f. benoemt non-verbaal gedrag kind		
M	5. Articulatietempo Gemiddelde over minstens 5 uitingen, uitgeschreven en met stopwatch gemeten: Vader _____ syll/sec Moeder _____ syll/sec Kind _____ syll/sec Broer/zus _____ syll/sec		
E E E E C	6. Overig gedrag ouder a. Negeert ongewenst gedrag kind cq. geeft negatieve aandacht b. vertoont <i>directief</i> / non-directief optreden ('toon') c. bemoedigt het kind d. stimuleert zelfwaardering bij kind e. hanteert adequaat spelniveau / samenspel		

M = Motorisch, L = Linguïstisch, E = Emotioneel, C = Cognitief

BIJLAGE 2
Overzichtsformulier onderzoek

CASUS _____ DATUM _____ THERAPEUT _____

CASUS OMSCHRIJVING OP BASIS VAN ANAMNESE

Persoonsgegevens	Naam: Leeftijd: Geslacht: Familie: Beroep ouders: KDV/PSZ/School:
Anamnese algemeen (alleen voornaamste punten, globaal omschreven)	Motorische ontwikkeling: Cognitieve ontwikkeling: Eerdere ziektes: Gehoor: Behandeling algemeen: Lichamelijke klachten op dit moment:
Anamnese specifiek (alleen voornaamste punten, globaal omschreven)	Aanvang Spraak – Taal Ontwikkeling: Beloop: Leeftijd ontstaan stotteren: Mogelijke oorzaken: Ernst kort na het ontstaan: (8-puntsschaal): Beloop sinds ontstaan: Erfelijke factoren: (uitgedoofd/persistent) Ernst op dit moment: (8-puntsschaal) Stabiel/wisselend: Bewustzijn stotteren: Omgevingsfactoren: Eerdere logopedie: Andere relevantie info:

BIJLAGE 2

CASUS _____ DATUM _____ THERAPEUT _____

ONDERZOEKSGEGEVENS

Stotteren

Omschrijving van het stotteren, soorten onvloeiendheden, secundair gedrag:

SSI-4: Score _____ =
zeer licht/licht/matig/ernstig/zeer ernstig

Lastervaring stotteren: Kind:
geen/zeer licht/licht/matig/ernstig/zeer ernstig

Ouder:
geen/zeer licht/licht/matig/ernstig/zeer ernstig

ONDERZOEKSGEGEVENS MOGELIJKHEDEN

Vanuit testen / vragenlijsten / observaties / e.d.

Motorisch Domein	Linguïstisch Domein	Emotioneel Domein	Cognitief Domein
OMAS score: _____ Articulation tempo: kind: _____ syl/sec Verdere info:	Test scores: • taalbegrip _____ • receptieve woordenschat _____ • zinsproductie _____ • expressieve woordenschat _____ • fonologie _____ Goede balans / onbalans in taalprofiel: Verdere info:		

ONDERZOEKSGEGEVENS EXTERNE VERWACHTINGEN

Vanuit video-interactie analyse / vragenlijsten / e.d.

Motorisch Domein	Linguïstisch Domein	Emotioneel Domein	Cognitief Domein
Articulatie tempo: • moeder: _____ syl/sec • vader: _____ syl/sec • broer/zus: _____ syl/sec Verdere info:			

BIJLAGE 2

CASUS _____ DATUM _____ THERAPEUT _____

THERAPIE-PLAN

Doelen:	Fase 1 Externe Verwachtingen MLEC domeinen:	M
		L
		E
		C
	Fase 2 Mogelijkheden MLEC domeinen:	M
		L
		E
		C
Materialen:		
Methoden:		

BIJLAGE 3

Beginnen met RESTART-DCM THERAPIE: Informatie voor ouders

RESTART-DCM is een therapie voor kinderen die stotteren. Deze therapie is gebaseerd op een model dat in het Engels het Demands and Capacities Model (DCM) heet, wat in het Nederlands betekent: het Verwachtingen en Mogelijkheden Model. Dit model wordt hieronder uitgelegd. RESTART is een wetenschappelijke studie naar deze therapie, waardoor we nu goed weten hoe de behandeling werkt. We gaan hier kort in op drie vragen die ouders vaak hebben: waarom stottert mijn kind, hoe kan ik mijn kind helpen, en wat kan ik van de behandeling verwachten?

Waarom stottert mijn kind?

Wetenschappers weten veel over stotteren, maar kunnen nog niet precies uitleggen waardoor het komt. Tegenwoordig denken de meeste wetenschappers dat stotteren komt door een probleem met de besturing van de spraakspieren in de hersenen. Ongeveer 8 procent van alle kinderen tussen de 2 en 5 jaar gaat stotteren. Dit gebeurt vaak omdat kinderen in deze periode heel veel nieuwe woorden leren en langere zinnen gaan maken. Ze willen veel zeggen, maar hun spraakvermogen kan dat soms niet helemaal bijhouden. Dit kan ervoor zorgen dat ze gaan stotteren.

Het Verwachtingen en Mogelijkheden Model

Bij het Verwachtingen en Mogelijkheden Model gaat het om twee dingen: de mogelijkheden van een kind om zonder veel moeite te praten en de verwachtingen die er zijn van het praten.

- **Mogelijkheden:** Dit zijn de vaardigheden die een kind nodig heeft om gemakkelijk te kunnen spreken. Bijvoorbeeld, het goed kunnen laten samen werken van alle spieren die nodig zijn bij praten en het kiezen van de juiste woorden. Als een kind ouder wordt, worden deze vaardigheden sterker.
- **Verwachtingen:** Dit zijn de dingen die moeilijk kunnen zijn voor een kind tijdens het spreken. Soms willen kinderen heel veel tegelijk zeggen of ingewikkelde zinnen gebruiken wat te moeilijk kan zijn voor hun spraak op dat moment. Volwassenen praten sneller dan jonge kinderen en soms zijn er maar weinig pauzes tussen de beurtten. Dit kan het kind beïnvloeden in hoe hij/zij probeert te spreken. Deze zaken vergroten de kans op stotteren.

Als de mogelijkheden van het kind niet snel genoeg groeien, kan het zijn dat het kind op een manier probeert te praten die het nog niet helemaal kan. Dan raakt de balans tussen wat het kind kan en wat er van zijn/haar mogelijkheden verwacht wordt verstoord en komen er stotters.

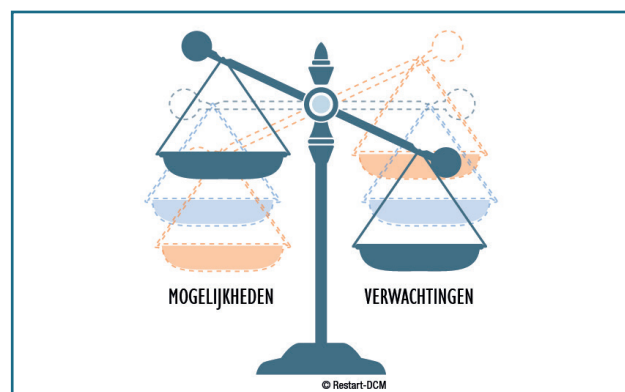
Wat kunnen ouders doen?

Ouders willen altijd het beste voor hun kind, en dat geldt ook als hun kind stottert. Bij RESTART-DCM-therapie helpt de logopedist ouders om een goede balans te vinden tussen wat hun kind kan en wat er van het kind verwacht wordt.

Ouders zorgen niet voor het stotteren van hun kind. Ze kunnen juist helpen om het praten makkelijker te maken. De logopedist oefent met de ouders bijvoorbeeld om langzamer en met meer pauzes te praten tegen hun kind en te helpen bij het omgaan met emoties. Dit helpt het kind makkelijker te communiceren. Later in de therapie kan de logopedist oefeningen met het kind doen om de mogelijkheden sterker te maken, zoals praatgym om de samenwerking tussen de spraakspieren te versterken of oefenen met het makkelijker onder woorden brengen van ideeën. Ouders oefenen dit daarna ook thuis met hun kind. De manier waarop ouders met hun kind omgaan, is erg belangrijk voor het succes van de behandeling.

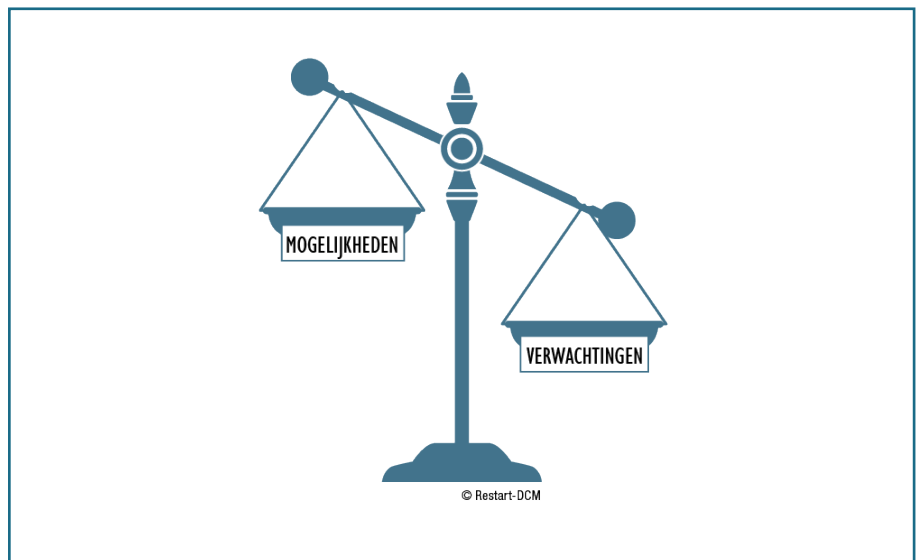
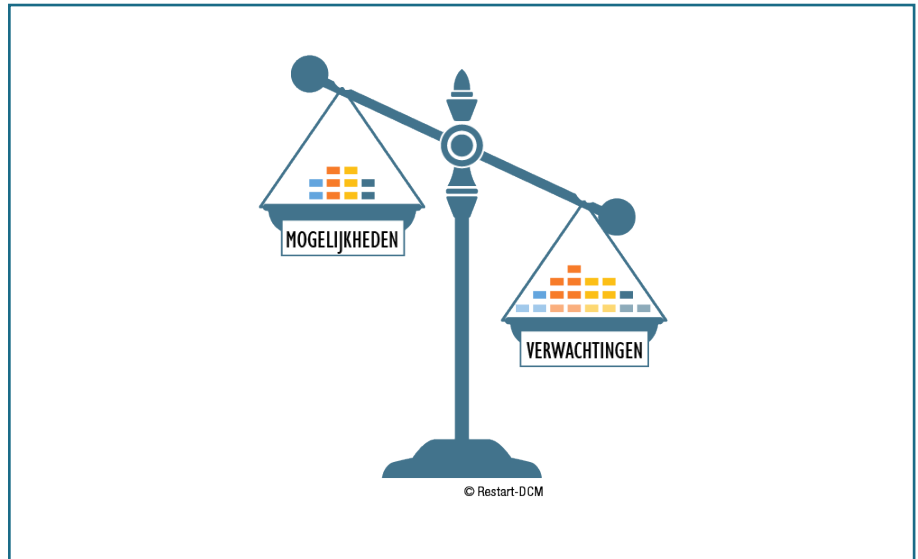
Wat kunt u verwachten van de behandeling?

De kans dat de behandeling helpt, is groot. Het doel is dat het kind leert om makkelijker te praten. Bij de meeste kinderen gaat het stotteren na een tijdje weg. Bij een kwart van de kinderen blijven er wat stotters, maar dit zorgt bijna nooit voor problemen. De therapie helpt kinderen en ouders om goed met het stotteren om te gaan, zodat het kind niet negatief over zichzelf denkt of zich schaamt. Ook als er nog wat stotteren overblijft, kunnen kinderen prima communiceren zonder dat het hun dagelijkse leven stoort.



BIJLAGE 4

RESTART-DCM-balans



BIJLAGE 5

Communiceren met verlaagde Emotionele verwachtingen: twee stappen

Marie-Christine Franken en Caroline de Sonnevill-Koedoot¹

Deel I: Het kind bevestigen

Dit document bestaat uit twee delen. In dit eerste deel wordt uitgelegd hoe we als opvoeder een jong kind duidelijk kunnen laten weten dat hij/zij gezien en gehoord wordt, met andere woorden: hoe we een kind kunnen bevestigen. In het tweede deel wordt ingegaan op de stap die hierop kan volgen. Het doel van de tweede stap is het kind iets te leren.

INITIATIEF VAN HET KIND

Alles wat een kind uit zichzelf zegt, doet, voelt, wil of denkt, wordt een **initiatief** genoemd. Een kind kan op verschillende manieren een initiatief nemen. Het kan een geluid maken (bijvoorbeeld de baby die huilt omdat hij/zij honger heeft), iets aanwijzen (bijvoorbeeld de jonge peuter die nog niet met woorden kan duidelijk maken wat hij/zij bedoelt), een gezichtsuitdrukking maken (bijvoorbeeld verbaasd of verschrikt kijken). Het is van belang dat de opvoeder het kind laat weten dat hij zijn/haar initiatieven ziet. Doordat de initiatieven van het kind **opgemerkt** (= 'ontvangen') worden, voelt een kind zich gezien en gehoord. Dat is belangrijk: het geeft het kind het besef dat het er mag zijn en dat het de moeite waard is. Het 'besef er te mogen zijn' (ook wel bestaansrecht genoemd) vormt de basis voor het ontwikkelen van ik-besef, (zelf)vertrouwen en het aangaan van een veilige hechting.

DRIE MANIEREN WAAROP JE EEN KIND KUNT BEVESTIGEN

1. Bevestigen zonder woorden

Als het kind een initiatief neemt, kan de opvoeder op diverse manieren reageren: oogcontact maken, een vriendelijke gezichtsuitdrukking, een naar het kind gerichte lichaamshouding, knikken, een knipoog geven, "hummen" (voor kleintjes), "aha" zeggen (voor iets oudere kinderen). Door al deze reacties laat de opvoeder het kind weten dat hij zijn/haar initiatief opmerkt (ontvangt).

2. Bevestigen met woorden

Bij jonge kinderen: zo letterlijk mogelijk (wel met een grammaticaal goede zin) herhalen wat het kind heeft gezegd. Bijvoorbeeld: het kind zegt: "Bus oma toe". De ouder herhaalt: "Wij gaan met de bus naar oma toe".

Bij oudere kinderen: in iets andere woorden herhalen of samenvatten wat het kind heeft gezegd. Bijvoorbeeld: het kind zegt: "Ik moet een spreekbeurt doen". Ouder: "Jij bent aan de beurt om een spreekbeurt te houden" (herhalen). Of een kind zegt: "Eerst hebben we gevoetbald, daarna met lego gespeeld en ook nog tv gekeken". Ouder: "Je hebt een heleboel verschillende dingen gedaan" (samenvatten).

¹ Dit document werd ontwikkeld als bijlage bij de RESTART-DCM Werkwijze (2007) en is voor deze herziene versie (2021) licht herzien.

NB: van nature herhalen ouders vaak iets in de vraagvorm. Het is echter belangrijk om een bevestiging niet vragend, maar stellend te geven: dus met een punt erachter, niet met een vraagteken en dat op een vriendelijke toon. Herhalen of samenvatten in de vraagvorm kan een kind het idee geven dat wat hij/zij zegt in twijfel wordt getrokken en daarmee het tegengestelde effect geven. Bijvoorbeeld: Een kind zegt: "Tis gelukt". Ouder: "Het is gelukt, mooi", in plaats van: "Is het gelukt?".

3. Het kind benoemen

Benoemen is, op een accepterende of instemmende manier, verwoorden wat het kind op dat moment aan het doen is, denkt, wil, voelt.

Doen: "Jij tekent met een groen kleurpotlood".

Denken: "Jij denkt: ik hoop dat mama het goed vindt".

Willen: "Jij wilt nog niet naar bed".

Voelen: "Jij bent bang dat het feestje niet doorgaat." / "Je bent teleurgesteld dat oma niet komt." / "Je bent boos dat we toch niet naar de dierentuin gaan".

Benoemen verwoordt wat er **concreet** en hier-en-nu gebeurt. Praten in het-hier-en-nu maakt de situatie duidelijk, overzichtelijk en voorspelbaar. Een kind weet waar het aan toe is, waardoor het zich geborgen en veilig voelt. Bijvoorbeeld: "Jij pakt het blauwe blokje" (in plaats van: "Jij bent aan het spelen"). Of: "Jij bent teleurgesteld dat je niet uitgenodigd bent" (in plaats van: "Gisteren was je woedend"). Benoemen wordt, net als het geven van een bevestiging, stellend gedaan, op een vriendelijke toon, dus niet met een vraagteken maar met een punt erachter. Bij benoemen van gevoelens of gedachten verplaatst de opvoeder zich in de gedachten- of de gevoelswereld van het kind. Soms schat men wat het kind voelt of denkt verkeerd in. Dat is niet erg omdat het kind zich, juist door het benoemen, uitgenodigd zal voelen om de inschatting van de opvoeder te 'corrigeren'. Het gaat immers om de juiste afstemming van de opvoeder op het kind. Bijvoorbeeld, als het kind niet begint met eten, schat de ouder in: "Jij hebt nog geen trek". Kind: "Ik heb best trek, maar ik heb gewoon geen zin in spinazie".

Benoemen dient zoveel mogelijk neutraal, zonder waardeoordeel, te zijn. Dit betekent dat negatief gedrag niet met een oordelende lading wordt benoemd. In plaats van "Je bent vervelend" benoem je wat er gebeurt: "Je zit tegen mijn stoel te stoppen". Benoemen bevat ook geen mening of een compliment, dus niet: "Jij maakt een mooie tekening", maar "Jij bent aan het tekenen". Benoemen begint altijd met "jij". Het is dan namelijk zeker dat het over het kind gaat en niet over jezelf.

Benoemen versterkt evenals bevestigen met woorden niet alleen het zelfvertrouwen; beide stimuleren ook de taalontwikkeling.

WAAROM IS HET BELANGRIJK OM EEN KIND TE BEVESTIGEN?

Met het geven van een bevestiging geef je het kind 'de boodschap' dat je in hem/haar geïnteresseerd bent. Hierdoor ervaart het kind dat het de moeite waard is, het geeft een gevoel van veiligheid. Daarnaast helpt het een kind bij het ontwikkelen van (zelf)vertrouwen. Door een kind te benoemen houdt de opvoeder het kind als het ware een niet-oordelende spiegel voor. Daardoor voelt een kind zich niet alleen gezien, maar realiseert het zich op dat moment ook waar het mee bezig is.

Benoemen kan impulsief gedrag of opgewonden gedrag van het kind dempen of voorkomen. Een kind dat benoemd wordt, ervaart zichzelf nadrukkelijker en het ontwikkelt daardoor een (sterker) ik-besef en eigen identiteit. Hierdoor kan een kind, op weg naar de volwassenheid, gemakkelijker zichzelf blijven in een groep.

CONFLICTSITUATIES

Ervaring heeft geleerd dat het nadrukkelijk opmerken (herhalen of samenvatten) van het initiatief van het kind, bijzonder goed werkt in (dreigende) conflictsituaties.

Op momenten dat emoties (ongeduld, teleurstelling, vermoeidheid, irritatie, boosheid) een rol spelen, vergeten opvoeders de herhaling/samenvatting van wat een kind zegt ("de eerste stap") echter vaak. Men reageert, begrijpelijkerwijs, vanuit zichzelf en vaak zit hierin een correctie of "afwijzing" verpakt. Het kind past zich aan en doet dat wat er van hem/haar verwacht wordt, of het conflict laait verder op.

Als het opvoeders lukt om ook tijdens een moeilijk moment te herhalen of samen te vatten, zal het conflict minder hoog oplopen of misschien zelfs wel eens te voorkomen zijn.

De gedachte hierachter is dat een kind dat zich nadrukkelijk gehoord en begrepen weet, op zijn/haar beurt eerder bereid en in staat is om gehoor te geven aan dat wat de opvoeder van hem/haar vraagt.

EEN BEVESTIGING GEVEN, EN DAN?

Hetgeen een kind zegt herhalen, samenvatten of benoemen wat het doet, is niet hetzelfde als ermee instemmen of een kind zijn/haar zin geven. Na de herhaling, samenvatting of benoeming volgt namelijk vaak een 'tweede stap'; iets dat de opvoeder er achteraan zegt of vraagt. Het doel van deze tweede stap is met kalm gedrag over te gaan tot de orde van de dag met rustig gedrag. Een ander doel kan zijn het kind iets te leren dat zijn/haar ontwikkeling ondersteunt.

Bijvoorbeeld: een kind heeft geen zin om op te ruimen en aan tafel te komen om te eten. Vaak reageert een ouder als volgt: "Ruim je spullen even op, we gaan zo aan tafel". Het kind treuzelt en zegt: "Ik heb nog geen trek" en doet niet wat er gevraagd wordt. Een benadering waardoor het kind zich gehoord en begrepen weet en waardoor het eerder bereid is te doen wat de ouder vraagt, is bijvoorbeeld: "Je hebt nog geen zin om te eten (= herhalen). Je wilt eigenlijk nog verder spelen; je bent ook zo lekker bezig. (= benoemen). We gaan zo toch eten (= mening). Weet je wat, ik help je even met opruimen" (= voorstel) Of: "Leg je spullen maar even ergens anders neer, dan kun je na het eten weer verder gaan" (= positief voorzeggen).

Deze tweede stap die volgt op het geven van een bevestiging wordt in deel II uitgebreid besproken.

Communiceren met verlaagde Emotionele verwachtingen: twee stappen

Marie-Christine Franken en Caroline de Sonnevill-Koedoet

Deel II: De tweede stap

In het eerste deel is het bevestigen van het kind besproken. Dit deel gaat in op de stap die hier vaak op volgt.

HET GEVEN VAN BEVESTIGING, EN DAN?

Ten overvloede: er wordt altijd eerst een bevestiging gegeven (de eerste stap). Vervolgens kan er een tweede stap worden gezet. We onderscheiden twee vormen, A en B.

A. Het kind motiveren

Als een kind ongewenst gedrag laat zien, benoemen we dit neutraal in een eerste stap, bijv. "Jij pakte nog een koekje". Het doel van de tweede stap is om over te gaan tot de orde van de dag met rustig gedrag waarbij de stotterernst afneemt. Het kind wordt gemotiveerd om mee te werken door 'positief voorzeggen', bijv. "Leg het koekje maar gauw terug". Bij positief voorzeggen zeg je als opvoeder niet wat je niet wilt, maar juist wat je wel wilt.

Het helpt daarbij om (als onderdeel van de eerste stap) de positieve bedoeling achter uw kinds gedrag te ontdekken - geef uw kind bij het benoemen als het kan het voordeel van de twijfel, bijv. "Je had zo'n zin in nog een koekje. Daarom pakte je er nog een".

Een ander voorbeeld: als een kind steeds over een broertje komt klikken: Ouder: "Jij wilt graag op je broertje letten / goed voor je broertje zorgen" (= benoemen van de intentie). "Ik zal goed op hem letten. Ga maar lekker verder met puzzelen / Pak maar vast de blauwe stukjes voor de puzzel" (= positief voorzeggen). In plaats van: "Hou toch eens op met dat klikken over je broertje".

Door middel van 'positief voorzeggen' biedt een opvoeder duidelijkheid, begrenzing, richting en structuur. Ook dit geeft een kind houvast en veiligheid. Het kind weet dan namelijk wat het wel kan doen.

B. Verdieping

Met verdieping bedoelen we: de opvoeder geeft zijn mening, doet een voorstel, maakt een afspraak of stelt een vraag. Het doel van deze tweede stap is de ontwikkeling van het kind te stimuleren. Let er bij het maken van de tweede stap op dat het geen "overhoren" wordt: het contact met het kind staat op de voorgrond. Hieronder volgen een aantal voorbeelden, met als eerste stap het benoemen:

Ouder: "Jij wilt eerst douchen en dan nog even tv kijken" (= benoemen). "Ik vind dat een goed idee" (= mening geven).

Ouder: "Jij hebt trek" (= benoemen). "Laten we vandaag pannenkoeken eten" (= een voorstel doen).

Ouder: “Jij hebt nu zin in een snoepje” (= benoemen). “Als wij koffie drinken, mag jij iets lekkers” (= afspraak maken).

Ouder: “Jij bent boos” (= benoemen). “Kun je vertellen waarom je boos bent?” (= vraag stellen).

WAAROM IS DE TWEEDE STAP BELANGRIJK?

Tijdens het opgroeien moet een kind zich op verschillende gebieden ontwikkelen. Een kind moet leren praten. Een kind moet, bij zijn leeftijd passende, activiteiten kunnen uitvoeren. Een kind moet contacten kunnen aangaan en ‘onderhouden’. Anders gezegd: een kind heeft verschillende ontwikkelingstaken. Deze ontwikkelingstaken verricht een kind voor een groot deel in relatie tot zijn/haar opvoeders. Zouden opvoeders een kind alleen bevestigen, dan ontwikkelt het zich onvoldoende. Door het toevoegen van een mening, voorstel, afspraak of vraag, leert een kind attent te zijn op de ander. Dit is een voorwaarde om zich te (leren) verplaatsen in en rekening te (leren) houden met de ander.

Referenties

Dekker, J., Hoogland, M., Eliëns, M. & Van der Giessen, J. (2004). *Video-interactiebegeleiding*. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum.

Over de auteurs

Marie-Christine Franken, PhD is klinisch linguïst (Universiteit Nijmegen, 1985), logopedist (Hogeschool Nijmegen, 1989), stottertherapeut (NVST 1991, CESS 2016) en universitair hoofddocent (Erasmus MC Rotterdam, 2024). Ze is lid van de Nederlandse Vereniging voor Stottertherapie (NVST) en geregistreerd in het CESS-register. Haar proefschrift (Universiteit Nijmegen, 1997) ging over de Evaluatie van Stottertherapie. Haar huidige wetenschappelijke onderzoek is gericht op uitkomsten van stottertherapie op jonge leeftijd en op de oorzakelijke en risicofactoren van stotteren. Sinds 2015 traint ze logopedisten in de RESTART-DCM Werkwijze, nationaal en internationaal.

Ellen Laroës, BHS is logopedist (Zuyd Hogeschool, Heerlen 1985) en stottertherapeut (LCH 1986, NVST 1987, CESS 2016). Ellen is mede-eigenaar van een logopediepraktijk gespecialiseerd in stotteren. Ze is lid van de Nederlandse Vereniging voor Stottertherapie (NVST) en geregistreerd in het CESS-register. Ze was jarenlang docent vloeiendheidstoornissen bij Zuyd Hogeschool en één van de deelnemende therapeuten in de RESTART-studie. Sinds 2015 traint ze logopedisten in de RESTART-DCM Werkwijze, nationaal en internationaal.

Joeri van Ormondt, MSc is logopedist (Hanzehogeschool Groningen, 2016) en gespecialiseerd als stottertherapeut (ESS, 2017). Hij is bestuurslid van en geregistreerd in het CESS-register voor stottertherapeuten. Joeri is eigenaar van een eerstelijnspraktijk gespecialiseerd in stotteren. Hij is lid van de Nederlandse Vereniging voor Stottertherapie (NVST), docent en coach voor de ESS en sinds 2023 RESTART-DCM trainer voor logopedisten. Hij stottert en is een actief - en proud - lid van de community.

Femke de Smit, MSc studeerde af als logopedist (Hanzehogeschool Groningen, 2008) en specialiseerde zich als stottertherapeut (ESS, 2011). Femke is mede-eigenaar van een logopediepraktijk en leidt het team van logopedist-stottertherapeuten. Ze is lid van de Nederlandse Vereniging voor Stottertherapie (NVST) en sinds 2021 trainer van de RESTART DCM-methode voor klinici.

Lottie Stipdonk, PhD is klinisch linguïst (Universiteit Utrecht, 2011), logopedist (Hogeschool Utrecht, 2012) en stottertherapeut (ESS, 2025). Lottie werkt in het Erasmus MC zowel in de zorg (diagnostiek en behandeling van kinderen die stotteren) als in het wetenschappelijk onderzoek naar stotteren. Na haar promotieonderzoek naar de taalontwikkeling bij veel te vroeg geboren kinderen zijn haar onderzoeksprojecten momenteel volledig gericht op stotteren. In 2025 gaat ze starten als RESTART-DCM trainer.