

# **GESTANDAARDISEERDE LOGOPEDIE-STOTTERTHERAPIE (GLS)**

*J. Bouwen, E.M. Bunschoten, F.K. Nassy, M.A.J. Pertijs, F. Schillevoort, I. De Wit.*

## **Inleiding**

De Gestandaardiseerde Logopedie-Stottertherapie (GLS) is een toetsingsinstrument waarmee aan personen die stotteren (PDS) verleende zorg kan worden getoetst aan de gewenste zorg. De GLS is een standaard, opgezet vanuit de logopedische hulpvraag “stotteren” en is ontwikkeld als aanvulling op de logopedische standaarden voor de Vrije Vestiging van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF). Een ‘standaard’ is gedefinieerd als ‘een professioneel overeengekomen uitvoeringsniveau, dat geschikt is voor het betreffende werkveld’ (Meulenberg et al., 2008). Logopedische standaarden omschrijven de minimaal wenselijke zorg, die logopedisten in verschillende werkvelden verlenen. De GLS omschrijft de minimaal wenselijke zorg, die aan de mens met een hulpvraag op gebied van stotteren wordt verleend.

De GLS is ontwikkeld vanuit de wens om het niveau van de zorg voor personen die stotteren met een hulpvraag op het best mogelijke peil te brengen en te houden. Ook dient de GLS als voorloper voor een standaard ‘vloeiendheidstoornissen’ en als voorloper op een richtlijn voor diagnostiek en behandeling van vloeiendheidstoornissen.

Dit document neemt geen theoretisch standpunt in over stotteren en pleit niet voor een specifieke filosofie van behandelen. In plaats daarvan is het document een verzameling van afgesproken doelstellingen en procedures die worden gebruikt bij onderzoek en behandeling van stotteren.

## **Doel**

De GLS dient als leidraad voor de dagelijkse praktijk van logopedisten, stottertherapeuten en anderen die met oog voor de gehele mens werken, gericht op vergroten van het functioneren en de participatie van de stotterende mens.

Ook dient de GLS als bijdrage aan de ontwikkeling binnen de zorg om het niveau van zorg waar mogelijk te verbeteren, door deze doeltreffender en doelmatiger te maken. Met doeltreffender wordt bedoeld: werkzamer, veiliger,

meer aanvaardbaar voor cliënt en behandelaar, beter toepasbaar en beter uitvoerbaar. Met doelmatiger wordt bedoeld: goedkoper bij gelijkblijvende kwaliteit.

### **Aanleiding voor de ontwikkeling van GLS**

De ontwikkeling van de GLS is een initiatief van de Kwaliteitskring Erasmus te Rotterdam. Dit initiatief is ontstaan vanuit de behoefte aan een middel om het niveau van de zorg voor personen met vloeiendheidsstoornissen op het best mogelijke peil te brengen en te houden. Daarnaast maken ontwikkelingen in het aanbod van zorg voor vloeiendheidsstoornissen en in de werkwijze van zorgverzekeraars duidelijk dat het beschrijven van een GLS voor meer transparantie kan zorgen.

### **Proces**

Voorafgaand aan het ontwikkelen van de GLS zijn de 'Guidelines for Practice in Stuttering Treatment van de American Speech-Language-Hearing Association' (ASHA 1995) en de 'Clinical Guidelines van de Royal College of Speech and Language Therapists' (2005) bestudeerd. Bij het ontwikkelen van de GLS is uitgegaan van de Guidelines for Practice in Stuttering Treatment' van de ASHA en van een aantal stappen in het proces van richtlijnontwikkeling zoals aangegeven door het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. Met oog op aansluiting op de Nederlandse situatie en op internationale ontwikkelingen is bij de vormgeving tevens gebruik gemaakt van de organisatie van de inhoud volgens het Erasmus 4-componenten model (Bezemer et al., 2010) en de 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (2001) van de World Health Organisation. Tijdens het vertalen van de richtlijnen en het aanpassen aan de Nederlandse situatie is er in een panel van deskundigen, de Kwaliteitskring Erasmus, gesproken over het minimaal wenselijk en het reëel haalbare uitvoeringsniveau. Dit heeft geleid tot het opstellen van de GLS.

### **Context en Gebruik**

De GLS moet worden gebruikt binnen de geldende context van de klinische besluitvorming. De aanbevelingen moeten niet worden beschouwd als regels, maar als gestandaardiseerde aanwijzingen, die de logopedist helpen bij de

besluitvorming tijdens het assessment en de behandelingen van stotteren. Zij zijn geschreven vanuit het oogpunt van minimaal wenselijke best practice.

De GLS dient te worden gelezen en geïnterpreteerd in overeenstemming met het klinische oordeel van de logopedist. Het mag duidelijk zijn dat niet elke aanbeveling van de GLS van toepassing is op iedere klinische situatie.

## **Stijl van Dienstverlening**

De stijl van handelen van de logopedist is afhankelijk van vele factoren. Logopedisten leveren hun zorg aan mensen met een hulpvraag op gebied van stotteren met behulp van een verscheidenheid aan benaderingen. De stijl van de ene logopedist is niet beter dan de stijl van een andere logopedist. Het is essentieel dat de gekozen aanpak geschikt is voor de persoon die stottert en de heersende cultuur van de leefomgeving. De logopedist dient daarom in bepaalde situaties samen te werken met andere professionals om de communicatieve vaardigheden van het stotterende individu te beïnvloeden.

## **Visie op stotteren**

### ***Wat is stotteren?***

De visie op stotteren en therapie zoals hier beschreven, is de gezamenlijke visie op stotteren zoals op 26 maart 2011 besproken en vastgelegd door de besturen van de Stottervereniging 'Demosthenes', de 'Nederlandse Vereniging Stottertherapie' (NVST) en de 'Nederlandse Federatie Stotteren' (NFS)

### ***Stotteren is een complex probleem***

Stotteren is een stoornis die zich uit in onvloeiende spraak. Dit is het hoorbare deel van stotteren. Stotteren is ook zichtbaar: spanning in het gezicht, meebewegingen van ledematen of lijf en spanningen in het lichaam kunnen een onderdeel zijn van het stottergedrag. Naast hoorbare en zichtbare kenmerken zijn er gedachtes en gevoelens over spreken en over stotteren die van invloed zijn op het spreken en handelen. Stotteren kan gepaard gaan met schaamte, angst en frustratie bij de spreker. Dit alles kan van stotteren een

complex probleem maken. Ongeveer 1% van de bevolking stottert, dat wil dus zeggen dat er in Nederland circa 175.000 mensen zijn die stotteren.

### ***Stotteren is een communicatie probleem***

Stotteren komt met name voor tijdens de communicatie met anderen. De communicatieve situatie is van invloed op het stottergedrag van de stotterende persoon. Iemand kan heftiger stotteren tegen zijn manager dan tegen een klein kind bijvoorbeeld. Dit heeft te maken met de communicatieve situatie.

Het stotteren beïnvloedt op zijn beurt de communicatieve interactie. Een persoon die stottert heeft langer de tijd nodig voor zijn 'beurt', wat het ritme van de interactie verstoort. Luisteraars kunnen zich ongemakkelijk gaan voelen door het stotteren van de gesprekspartner, wat de verstandhouding beïnvloedt. Iemand die erg stottert zal misschien zo min mogelijk zeggen, maar er zal ook minder aan hem/haar gevraagd worden.

Zo werkt het stotteren door, niet alleen op de persoon die stottert, maar ook op de luisteraar. De communicatieve situatie beïnvloedt het stotteren, en het stotteren beïnvloedt de communicatieve situatie.

### ***Stotteren is maatschappelijk probleem***

In de moderne maatschappij is de verbale communicatie van groot belang. Er wordt veel waarde gehecht aan hoe iemand zich presenteert, hoe iemand zich mondeling uitdrukt. Veel banen vragen goede mondelinge uitdrukkingsvaardigheden. Stotteren kan iemand beperken in zijn/haar maatschappelijke functioneren. Mensen die stotteren, kiezen niet altijd voor de opleiding of functie die zij graag zouden willen op grond van hun beperking in het spreken. Dit geldt overigens niet voor iedereen.

### ***Stotteren ontwikkelt zich***

Stotteren ontstaat meestal in de kindertijd, tussen 2 en 6 jaar. Het kan ook later beginnen, maar dat komt minder vaak voor. Er is een erfelijke factor: in sommige families komt stotteren voor. Bij veel jonge kinderen die beginnen te stotteren verdwijnt het stotteren weer vanzelf (ca. 80% spontaan herstel). Ook op oudere leeftijd kan het stotteren zonder therapie overgaan, maar dit is zeldzamer.

## ***International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)***

Het is duidelijk dat aan het stotterprobleem vele aspecten zitten, naast de onvloeiende spraak zelf. Een classificatie om al deze aspecten in beeld te brengen, is de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (WHO, 2001).

Deze maakt een onderscheid tussen enerzijds het menselijk functioneren en de problemen daarmee, en anderzijds de externe en persoonlijke factoren. De component menselijk functioneren wordt weer onderverdeeld in twee domeinen: één voor functies en anatomische eigenschappen en de ander voor activiteiten en participatie (zie tabel 1).

**Tabel 1 ICF (WHO, 2001)**

**Deel 1. FUNCTIONEREN EN  
FUNCTIONERINGSPROBLEMEN**

*(a) functies en anatomische  
eigenschappen*

*(b) activiteiten en participatie*

**Deel 2. FACTOREN**

*(c) externe factoren*

*(d) persoonlijke factoren*

Bij onderdeel 1a: ‘functies en anatomische eigenschappen’, wordt in het geval van stotteren, de gestoorde spraak en de bijkomende gedragingen (bijvoorbeeld meebewegen met het gezicht, andere woorden bedenken etc.) beschreven.

Bij onderdeel 1b: ‘activiteiten en participatie’ wordt beschreven welke activiteit op welke wijze niet meer goed functioneert (bijvoorbeeld: vloeiend spreken) en wat dit betekent voor de participatie in het sociale en maatschappelijke verkeer (bijvoorbeeld: niet telefoneren; geen gesprekken met vreemden initiëren). Vervolgens wordt

beschreven welke externe factoren en welke persoonlijke factoren meespelen. Een voorbeeld van een externe factor is het veranderen van baan wat spanning geeft en meer eisen stelt waardoor het stotteren wordt beïnvloed. Een voorbeeld van een persoonlijke factor is een extravert, spontaan karakter waardoor de sociale contacten niet zijn verstoord ondanks veel stotteren. Door het stotteren te beschrijven volgens de ICF systematiek wordt recht gedaan aan de complexiteit en de veelheid van factoren die behoren bij de problematiek.

## ***Therapie***

### ***Preventie***

Het is van belang om voegtijdig in te grijpen als een kind begint te stotteren. Daarmee wordt voorkomen dat het stotteren verergert. Hoe langer iemand stottert, hoe meer het onvloeiende spreken wordt 'geleerd' en tot een gewoonte wordt. Logopedisten en stottertherapeuten verlenen al bij jonge kinderen vanaf twee jaar hulp. Dan kan soms in de vorm van alleen ouderbegeleiding en/of begeleiding van de directe omgeving van het kind, of in de vorm van ouderbegeleiding gecombineerd met directe therapie aan het kind. Voorafgaand aan de behandeling wordt een diagnostisch onderzoek gedaan. Het onderzoeken van de spraak- en taalontwikkeling is hier een onderdeel van.

Therapie bij jonge kinderen heeft goede resultaten. Niet alle logopedisten en stottertherapeuten bezitten voldoende knowhow om jonge stotterende kinderen goed te begeleiden. Het is voor ouders aan te raden om na te gaan of de logopedist en/of stottertherapeut goed hulp kan bieden en voldoende deskundig is.

### ***Therapie is maatwerk***

Het moge duidelijk zijn dat aangezien stotteren een complex probleem is met een diversiteit aan factoren die van invloed zijn, ook de stottertherapie multifactorieel is. In de diagnostiek wordt de diversiteit van factoren in kaart wordt gebracht (gebruik makend van de ICF), en vervolgens kan de therapie worden bepaald. Niet alle factoren kunnen tegelijkertijd behandeld worden; er zullen prioriteiten worden gesteld. Deze kunnen van persoon tot persoon verschillen. Therapie is daarom maatwerk. Eenvoudige oplossingen voor het stotteren moeten gewantouwd worden. Het zoeken van deskundige hulp is belangrijk. Leden van de Nederlandse Vereniging voor Stottertherapie (NVST) beschikken over specifieke deskundigheid rondom het behandelen van stotteren.

Stottertherapie helpt, maar het stotteren is niet altijd volledig op te lossen. Vloeiend spreken na therapie is mogelijk, maar niet iedereen zal dit kunnen bereiken. Wel zullen in dat geval de beperkingen in activiteiten en participatie zoveel mogelijk worden opgelost en kan het stotteren in belangrijke mate worden verminderd. Ook met stotterend spreken kan iemand dan goed functioneren in de maatschappij.

Als de stotterbehandeling onvoldoende effect heeft is het goed om een second opinion te vragen en zich te laten doorverwijzen.

### ***Er zijn meer mensen die stotteren***

Het contact met lotgenoten kan veel steun bieden . In groepstherapie bieden mensen die stotteren elkaar hulp, geven elkaar advies en confronteren elkaar als dat nodig is en bemoedigen elkaar.

De patiëntenvereniging Demosthenes behartigt de individuele en collectieve belangen van mensen die stotteren, en van ouders van stotterende kinderen. Zij biedt onder meer de mogelijkheid om onderlinge contacten te leggen en om gezamenlijk te werken aan ontspannen spreken.

### **Inhoudelijke verantwoording GLS**

Een toetsingsinstrument als de GLS, dat de minimaal wenselijke zorg ,die de logopedist verleent aan personen die stotteren beschrijft, dient te voldoen aan theoretische modellen die internationaal en nationaal door deskundigen worden erkend. Bij de ontwikkeling van de GLS is gekozen om de organisatie van de inhoud te laten aansluiten bij de 'Guidelines for Stuttering Practice' (ASHA, 1995), 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (WHO, 2001: Yaruss & Quesal, 2004, 'Logopedische Standaarden voor de Vrije Vestiging' (NVLf, 2003) en 'Het Erasmus viercomponentenmodel' (Stournaras,1980)

### **Guidelines for Stuttering Practice (ASHA, 1995)**

Deze richtlijnen voor de behandeling van stotteren werden ontwikkeld door leden van de stuurgroep van Special Interest Division ASHA op Spreekvaardigheid en Fluency Disorders. De richtlijnen zijn een officiële verklaring van de Amerikaanse Speech-Language-Hearing Association (ASHA). Het zijn richtlijnen voor de praktijk in behandeling stotteren, maar geen officiële normen van de vereniging. Het document werd ontwikkeld vanuit de overtuiging dat standaarden voor de behandeling van stotteren in het werkveld ontbraken.

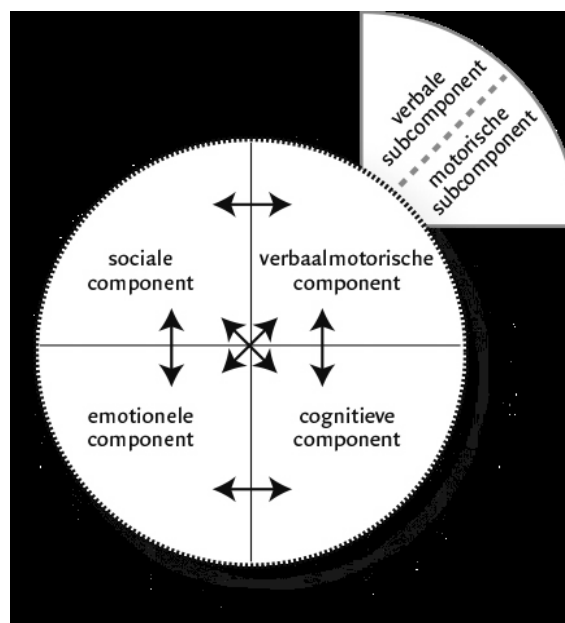
## International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO, 2001)

De ICF werd door de Wereldgezondheidsorganisatie ontwikkeld met als doel voor elke ziekte en stoornis de diagnostiek toegankelijk en eenduidig te maken. De ICF richt zich op lichaamsfunctie en structuren, activiteiten, participeren, omgevings- en persoonlijkheidsfactoren.

Het ICF-concept toegepast voor stotteren geeft goed aan wat stotteren inhoudt. Enerzijds wordt uitgegaan van een veronderstelde oorzaak (etiologie), anderzijds is er aandacht voor invloed van een wisselwerking met intrapersonlijke factoren. (Bezemer et al., 2010).

## Het Erasmus viercomponentenmodel (Stournaras,1980)

Het Erasmus viercomponentenmodel is een analoog model. Vier hoofdcomponenten: de verbaal motorische, de cognitieve, de emotionele en de sociale component vormen de basisstructuur voor stotteren. De opzet van het model biedt houvast tijdens de diagnostische onderzoeksfase en bij het opstellen en uitvoeren van het behandelplan. Het model wordt in Nederland door velen als zeer praktisch ervaren vanwege de klinisch toepasbaarheid bij diagnostiek en behandeling. Het model biedt ruimte voor verschillende causale theorieën over het ontstaan van de verstoring, en geeft inzicht in een mogelijke ontwikkeling van een verstoring naar een stoornis. (Bezemer et al., 2010)



Figuur 1 Het Erasmus viercomponentenmodel (bron: Bezemer et al., 2010).



## **Algemene standaarden Logopedie**

Het handelen volgens standaarden is onderdeel van evidence based practice. De Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie beschikt over logopedische standaarden en kwaliteitsinstrumenten. De huidige standaarden logopedie zijn opgezet vanuit het werkveld. De GLS is daarentegen opgezet vanuit een logopedische aandoening. De vrijgevestigd logopedist werkt volgens de logopedische standaarden voor curatie in de vrije vestiging en handelt in principe op basis van het best beschikbare bewijs voor werkzaamheid. De GLS is een aanvulling voor zorgverlening aan mensen met een hulpvraag op gebied van stotteren op de logopedische standaarden voor curatie en wordt gebruikt binnen de context van deze standaard voor curatie.

In het beroepsprofiel logopedist wordt evidence based practice genoemd bij twee rollen van de logopedist: de logopedist als zorgaanbieder en als innovator. De logopedist kan in een specifieke situatie evidence based handelen; een combinatie van de best aanwezige wetenschappelijke basis voor interventie, algemeen aanvaarde klinische expertise en het perspectief van de patiënt (NVLF, 2003, P30).

## **Organisatie van de GLS**

De GLS is opgebouwd in vijf hoofdthema's:

- I. Assessment
- 1 Stottertherapie: onderdeel cognitieve component
- 2 Stottertherapie: onderdeel emotionele component
- 3 Stottertherapie: onderdeel sociale component
- 4 Stottertherapie: onderdeel verbaal motorische component

De thema's 1 t/m 4 zijn onderverdeeld in:

1. Inleiding
2. Stotteren bij (zeer) jonge kinderen
3. Gevorderd stotteren bij kinderen
4. Chronisch stotteren bij jongeren / volwassenen

De onderdelen "Stotteren bij (zeer) jonge kinderen" (2); "Gevorderd stotteren bij kinderen"(3) en "Chronisch stotteren bij jongeren / volwassenen"(4) zijn onderverdeeld aan de hand van de vier fases van het klinisch handelen:

1. Motiveren
2. Modifieren
3. Transfer
4. Stabiliseren

Daarnaast bestaat het onderdeel “Stotteren bij (zeer) jonge kinderen” uit een paragraaf Indirecte Therapie en een paragraaf Directe Therapie.

Het onderdeel assesment stotteren heeft een afwijkende opbouw.

## **I. Assessment stotteren**

### **Inleiding**

Stotteren is een multifactorieel probleem dat zich uit in onvloeiende spraak. Diagnostiek van stotteren is meer dan vaststellen of er al dan niet sprake is van stotteren. Tijdens de assessment fase worden innerlijke en uiterlijke stottergedragingen en de wisselwerkingen tussen deze gedragingen, gebeurtenissen en reacties van de omgeving geïnventariseerd, geanalyseerd en geïnterpreteerd. Voor het verkrijgen van een zo compleet mogelijk beeld hanteert de logopedist de op dat moment beste beschikbare verschillende diagnostische instrumenten en betreft alle voor de diagnostiek relevante personen uit de omgeving van de cliënt in het assessment.

## **I. Assessment stotteren**

### **I.I. De therapeut verzamelt informatie over de voorgeschiedenis en ontwikkeling van de cliënt.**

- I.I.1. De therapeut interviewt de cliënt/zijn familie/verzorger over de mijlpalen in de motorische, spraak- taal-, sociaal-emotionele en cognitieve ontwikkeling.
- I.I.2. De therapeut verzamelt informatie over intelligentie, attitude, motivatie, temperament.

### **I.II. De therapeut verzamelt informatie over de voorgeschiedenis en ontwikkeling van de stoornis.**

- I.II.1. De therapeut verzamelt informatie over het ontstaan van de klacht en het ontwikkelingsverloop.
- I.II.2. De therapeut verzamelt informatie over (communicatie)stoornissen die wel of geen relatie hebben met de vloeiendheid.

### **I.III. De therapeut verzamelt onderzoeksgegevens m.b.t. de verbaal motorische component.**

- I.III.1. De therapeut neemt spraaksamples af en legt ze vast, indien nodig in verschillende situaties.
  - I.III.1.1. De therapeut observeert en maakt een spraaksample van de cliënt tijdens een gesprek met de therapeut over het stotteren.
  - I.III.1.2. De therapeut observeert en maakt een spraaksample van een gesprek van de cliënt met een familielid of vriend, voorafgaand aan de afspraak met de therapeut.

- I.III.1.3. De therapeut observeert en maakt een spraaksample van het spelen van ouders met hun kind.
  - I.III.1.4. De therapeut analyseert spraaksamples door de cliënt gemaakt van dagelijkse gesprekken tijdens werk, thuis of ergens anders.
  - I.III.2. De therapeut differentieert tussen normale - en stotter onvloeiendheden.
  - I.III.3. De therapeut bepaalt de mate van vloeiendheid t.o.v. van de mate van stotteren.
  - I.III.4. De therapeut differentieert tussen verschillende stotteronvloeiendheden (herhalingen, verlengingen, blokkades) en beoordeelt deze qua ernst, e.d..
  - I.III.5. De therapeut detecteert secundair stottergedrag op spraakmotorisch niveau, zoals starters, bijbewegingen, e.d..
  - I.III.6. De therapeut neemt taaltesten af en interpreteert ze.
  - I.III.7. De therapeut detecteert secundair stottergedrag op taalniveau, zoals het gebruik van synoniemen, omredigeren, e.d. .
  - I.III.8. De therapeut meet de spreesnelheid.
  - I.III.9. De therapeut meet de oraalmotorische vaardigheid.
  - I.III.10. De therapeut beoordeelt de kwaliteit van de articulatie en de verstaanbaarheid.
  - I.III.11. De therapeut onderzoekt welke communicatievariabelen de vloeiendheid beïnvloeden.
  - I.III.12. De therapeut onderzoekt welke vloeiendheidsbevorderende technieken de vloeiendheid positief beïnvloeden.
- I.IV. De therapeut verzamelt onderzoeksgegevens m.b.t. cognitieve component.**
- I.IV.1. De therapeut beoordeelt cognities, die aan stotteren gerelateerd zijn; instandhoudende en versterkende cognities, zoals gedachten over stotteren, de attitude, het zelfbeeld en zelfvertrouwen.
  - I.IV.2. De therapeut beoordeelt cognities, die niet (direct) aan stotteren gerelateerd zijn; instandhoudende of versterkende cognities als gevolg van het streven naar perfectie, copingsproblemen en oplossingsvaardigheden.

- I.V. De therapeut verzamelt onderzoeksgegevens m.b.t. de emotionele component.**
- I.V.1. De therapeut beoordeelt stottergerelateerde, instandhoudende en versterkende emoties zoals woordangst, klankangst, situationele angst, schaamte, boosheid.
  - I.V.2. De therapeut beoordeelt niet (direct) stottergerelateerde instandhoudende of versterkende emoties als gevolg van temperament, stemmingsspanning, faalangst.
- I.VI. De therapeut verzamelt onderzoeksgegevens m.b.t. de sociale component**
- I.VI.1. De therapeut beoordeelt stottergerelateerde, instandhoudende en versterkende sociale gedragingen/communicatievaardigheden, zoals het vermijden van spreek situaties, oogcontact.
  - I.VI.2. De therapeut beoordeelt niet (direct) stottergerelateerde, instandhoudende en versterkende sociale gedragingen/communicatievaardigheden als gevolg van verlegenheid, ASS.
- I.VII. De therapeut bepaalt de invloed van het (beginnend) stotteren op de kwaliteit van leven.**
- I.VII.1. De therapeut bepaalt de invloed van de verbaal motorische component op het functioneren.
  - I.VII.2. De therapeut bepaalt de invloed van de cognitieve component op het functioneren.
  - I.VII.3. De therapeut bepaalt de invloed van de emotionele component op het functioneren.
  - I.VII.4. De therapeut bepaalt de invloed van de sociale component op het functioneren.
  - I.VII.5. De therapeut bepaalt de invloed van de verbaal motorische component op het participeren.
  - I.VII.6. De therapeut bepaalt de invloed van de cognitieve component op het participeren.
  - I.VII.7. De therapeut bepaalt de invloed van de emotionele component op het participeren.
  - I.VII.8. De therapeut bepaalt de invloed van de sociale component op het participeren.
- I.VIII. De therapeut differentieert tussen beginnend stotteren en chronisch stotteren.**

- I.IX. **De therapeut differentieert tussen broddelen en stotteren.**
- I.X. **De therapeut differentieert tussen ontwikkelingsstotteren en verworven stotteren.**
- I.XI. **De therapeut interpreteert de verzamelde algemene en/of onderzoeksgegevens t.b.v. een individuele diagnose.**
- I.XII. **De therapeut legt relaties tussen de verzamelde algemene en/of onderzoeksgegevens t.b.v. een individuele diagnose.**
- I.XIII. **De therapeut stelt, in overleg met de cliënt en/of ouders, een behandelplan op dat gebaseerd is op de resultaten van het assessment en de diagnose. De therapeut stemt het behandelplan af op de leeftijd en unieke behoefte van de cliënt.**
  - I.XIII.1. De therapeut biedt een proefbehandeling aan ter illustratie van het behandelplan en/of meten van effecten.
  - I.XIII.2. De therapeut biedt therapie aan gebaseerd op verschillende methoden, technieken en onderdelen van therapieprogramma's.
  - I.XIII.3. De therapeut combineert verschillende methoden, technieken en onderdelen van therapieprogramma's.
- I.XIV. **De therapeut bespreekt en verslaat onderzoeksgegevens, diagnose en behandelplan.**
  - I.XIV.1. De therapeut bespreekt de onderzoeksgegevens, de diagnose en het behandelplan met de cliënt en/of ouders in begrijpelijk taal.
  - I.XIV.2. De therapeut schrijft het onderzoeksverslag met vermelding van de onderzoeksresultaten, de diagnose en het behandelplan voor de verwijzende arts/specialist, psycholoog, logopedist en anderen, aansluitend op het klinisch model van ICF.
  - I.XIV.3. De therapeut vertaalt de onderzoeksgegevens, de diagnose en het behandelplan in een begrijpelijk verslag voor de cliënt, ouders, leerkrachten en andere direct betrokkenen.

## **1. Stottertherapie: onderdeel cognitieve component**

### *1.1. Inleiding*

Na het adviesgesprek, waarin de onderzoeksresultaten zijn besproken en de behandeldoelen zijn bepaald, begint de therapeut met het motiveren van de cliënt en/of de voor de behandeling relevante personen waarbij hij inzicht verschaft over de in stand houdende of versterkende aspecten van de cognitieve component. Vervolgens zal hij de stappen van dit onderdeel van de stottertherapie, alsmede het belang van een gestructureerde transfer van het geleerde en stabilisatie van de resultaten met hen bespreken en vragen hierover beantwoorden. De therapeut baseert de inhoud en snelheid van de informatie en de te volgen stappen in de therapie niet alleen op de geconstateerde problematiek, maar ook op de leeftijd en karakter van het kind/de cliënt, de (on)mogelijkheden van het kind/de cliënt, de gezinssituatie, de omgeving en andere relevante achtergrondinformatie.

### *1.2. Stotteren bij (zeer) jonge kinderen*

#### *1.2.1. Indirecte therapie*

##### **1.2.1.1. Motiveren**

1.2.1.1.1. De therapeut geeft de voor de behandeling relevante personen inzicht in aspecten van de cognitieve component die een rol spelen bij spreken en stotteren in het algemeen

1.2.1.1.2. De therapeut geeft hen inzicht in aspecten van de cognitieve component die een rol spelen bij het (stotterend) spreken van het kind

- 1.2.1.1.3. De therapeut geeft hen inzicht in het belang van verandering van de cognitieve component in relatie tot verandering van de controle over de emotionele, sociale en verbaalmotorische component
- 1.2.1.1.4. De therapeut geeft hen inzicht in de wijze waarop de cognitieve component in de behandeling zal worden betrokken
- 1.2.1.1.5. De therapeut schat, na het informeren over de cognitieve component, in hoe groot het draagvlak bij hen is om een bijdrage te leveren aan het vergroten van de cognitieve controle van het kind
- 1.2.1.1.6. De therapeut motiveert hen om een bijdrage te leveren aan het vergroten van de cognitieve controle van het kind door vragen over de gegeven informatie te beantwoorden, eventuele bezwaren te bespreken, en concrete voorbeelden te geven van wat van de betrokken personen wordt verwacht
- 1.2.1.1.7. De therapeut vraagt hen medewerking om een bijdrage te leveren aan het vergroten van de cognitieve controle van het kind en geeft aan wat de rol van de betrokken personen zal zijn en wat van hen wordt verwacht
- 1.2.1.1.8. De therapeut geeft hen informatie over de Nederlandse Federatie Stotteren en de cliëntenvereniging Demosthenes en wijst hen op het bestaan van oudercontactgroepen

### **1.2.1.2. Modifieren**

- 1.2.1.2.1. De therapeut geeft de voor de behandeling relevante personen inzicht in de stappen van de cognitieve training: identificeren, discrimineren en modifieren van gedachten
- 1.2.1.2.2. De therapeut stelt hen in staat in contact te komen met andere ouders en/of personen die een kind begeleiden dat stottert
- 1.2.1.2.3. De therapeut geeft hen indien geïndiceerd ouderbegeleiding



- 1.2.1.2.4. De therapeut geeft hen inzicht in de wijze waarop zij gedachten van het kind kunnen identificeren
- 1.2.1.2.5. De therapeut geeft hen inzicht in het verschil tussen helpende, niet-helpende en neutrale gedachten
- 1.2.1.2.6. De therapeut geeft hen inzicht in de wijze waarop zij gedachten van het kind kunnen discrimineren
- 1.2.1.2.7. De therapeut geeft hen inzicht hoe zij helpende gedachten van het kind kunnen bekrachtigen
- 1.2.1.2.8. De therapeut geeft hen inzicht hoe niet-helpende gedachten gewijzigd kunnen worden in helpende gedachten
- 1.2.1.2.9. De therapeut geeft hen inzicht hoe zij op een indirecte wijze het kind kunnen aanleren niet-helpende gedachten te wijzigen in helpende gedachten

### **1.2.1.3. Transfer**

- 1.2.1.3.1. De therapeut geeft de voor de behandeling relevante personen inzicht in het belang van een gestructureerde transfer van het geleerde tijdens de cognitieve therapie
- 1.2.1.3.2. De therapeut activeert bij hen de zelfverantwoordelijkheid, zelfwerkzaamheid
- 1.2.1.3.3. De therapeut geeft hen inzicht in verschillende communicatiesituaties
- 1.2.1.3.4. De therapeut vraagt hen alle communicatiesituaties te rubriceren
- 1.2.1.3.5. De therapeut geeft hen inzicht in een hiërarchie
- 1.2.1.3.6. De therapeut vraagt hen per rubriek een hiërarchie te bepalen
- 1.2.1.3.7. De therapeut legt hen de principes van SMART uit

- 1.2.1.3.8. De therapeut bepaalt samen met hen in welke volgorde zij het geleerde onder 1.2.1.2. in praktijk kunnen brengen
- 1.2.1.3.9. De therapeut gaat samen met hen na of er nog niet gesignaleerde valkuilen zijn die het succesvol aanleren bij het kind in de praktijk kunnen belemmeren
- 1.2.1.3.10. De therapeut evalueert samen met hen de resultaten en stuurt indien nodig bij

#### **1.2.1.4. Stabiliseren**

- 1.2.1.4.1. De therapeut geeft de voor de behandeling relevante personen inzicht in het belang van stabilisatie van de resultaten van de cognitieve training
- 1.2.1.4.2. De therapeut blijft bij hen de zelfverantwoordelijkheid en zelfwerkzaamheid activeren
- 1.2.1.4.3. De therapeut stelt met hen een SMART-plan op om de resultaten te behouden en indien nodig te verbeteren
- 1.2.1.4.4. De therapeut stimuleert hen alert te blijven op niet-helpende gedachten die na verloop van tijd wederom de kop op kunnen steken
- 1.2.1.4.5. De therapeut wijzigt tijdens deze fase van de therapie zijn attitude van therapeutisch in coachend
- 1.2.1.4.6. therapeut vermindert in overleg met hen de frequentie van de therapiebijeenkomsten of schakelt over naar een volgend onderdeel van de therapie
- 1.2.1.4.7. De therapeut maakt, indien de therapie wordt beëindigd, controle-afspraken gedurende 2 jaar

## 1.2.2. *Directe therapie*

### 1.2.2.1. **Motiveren**

- 1.2.2.1.1. De therapeut geeft het kind en de voor de behandeling relevante personen inzicht in aspecten van de cognitieve component die een rol spelen bij spreken en stotteren in het algemeen
- 1.2.2.1.2. De therapeut geeft hen inzicht in aspecten van de cognitieve component die een rol spelen bij het (stotterend) spreken van het kind
- 1.2.2.1.3. De therapeut geeft hen inzicht in het belang van verandering van de cognitieve component in relatie tot verandering van de controle over de emotionele, sociale en verbaalmotorische component
- 1.2.2.1.4. De therapeut geeft hen inzicht in de wijze waarop de cognitieve component in de behandeling zal worden betrokken
- 1.2.2.1.5. De therapeut motiveert het kind actief te participeren in de therapie
- 1.2.2.1.6. De therapeut schat, na het informeren over de cognitieve component, in hoe groot de kans is dat het kind zelfstandig de therapie kan volgen of dat aanvulling met indirecte therapie noodzakelijk is
- 1.2.2.1.7. De therapeut schat indien nodig, na het informeren over de cognitieve component, in hoe groot het draagvlak bij voor de behandeling relevante personen is om een bijdrage te leveren aan het vergroten van de cognitieve controle van het kind
- 1.2.2.1.8. De therapeut motiveert hen om een bijdrage te leveren aan het vergroten van de cognitieve controle van het kind door vragen over de gegeven informatie te beantwoorden, eventuele bezwaren te bespreken, en concrete voorbeelden te geven van wat van de betrokken personen wordt verwacht
- 1.2.2.1.9. De therapeut geeft het kind en voor de behandeling relevante personen informatie over de Nederlandse Federatie Stotteren en

de cliëntenvereniging Demosthenes en wijst hen op het bestaan van contactgroepen

### **1.2.2.2. Modifieren**

- 1.2.2.2.1. De therapeut geeft het kind en de voor de behandeling relevante personen inzicht in de stappen van de cognitieve training: het identificeren, discrimineren en modifieren van gedachten
- 1.2.2.2.2. De therapeut stelt het kind in staat in contact te komen met andere kinderen die stotteren
- 1.2.2.2.3. De therapeut geeft het kind indien geïndiceerd groepstherapie
- 1.2.2.2.4. De therapeut stelt de voor de behandeling relevante personen in staat in contact te komen met andere ouders en/of personen die een kind begeleiden dat stottert
- 1.2.2.2.5. De therapeut geeft de voor de behandeling relevante personen indien geïndiceerd ouderbegeleiding
- 1.2.2.2.6. De therapeut leert het kind hoe hij zijn gedachten kan identificeren
- 1.2.2.2.7. De therapeut geeft de voor de therapie relevante personen inzicht in de wijze waarop zij gedachten van het kind kunnen identificeren en hem daarop kunnen attenderen
- 1.2.2.2.8. De therapeut geeft het kind en de voor de therapie relevante personen inzicht in het verschil tussen helpende, niet-helpende en neutrale gedachten
- 1.2.2.2.9. De therapeut leert het kind hoe hij gedachten kan discrimineren
- 1.2.2.2.10. De therapeut geeft de voor de therapie relevante personen inzicht in de wijze waarop zij gedachten van het kind kunnen discrimineren en hem daarop kunnen attenderen
- 1.2.2.2.11. De therapeut leert het kind hoe hij helpende gedachten bij zichzelf kan bekrachtigen

- 1.2.2.2.12. De therapeut geeft de voor de behandeling relevante personen inzicht hoe zij helpende gedachten van het kind kunnen bekrachtigen
- 1.2.2.2.13. De therapeut leert het kind inzicht hoe hij niet-helpende gedachten kan wijzigen in helpende gedachten
- 1.2.2.2.14. De therapeut geeft de voor de behandeling relevante personen inzicht hoe zij het kind kunnen stimuleren niet-helpende gedachten te wijzigen in helpende gedachten

### **1.2.2.3. Transfer**

- 1.2.2.3.1. De therapeut geeft het kind en de voor de behandeling relevante personen inzicht in het belang van een gestructureerde transfer van het geleerde tijdens de cognitieve therapie
- 1.2.2.3.2. De therapeut activeert bij het kind de zelfverantwoordelijkheid, zelfwerkzaamheid en zelfcontrole
- 1.2.2.3.3. De therapeut geeft het kind inzicht in verschillende communicatiesituaties
- 1.2.2.3.4. De therapeut helpt hem om alle communicatiesituaties te rubriceren
- 1.2.2.3.5. De therapeut geeft hem inzicht in een hiërarchie
- 1.2.2.3.6. De therapeut helpt hem per rubriek een hiërarchie te bepalen
- 1.2.2.3.7. De therapeut legt hem de principes van SMART uit
- 1.2.2.3.8. De therapeut bepaalt samen met hem in welke volgorde hij het geleerde onder 1.2.2.2. in praktijk kan brengen
- 1.2.2.3.9. De therapeut stimuleert de voor de therapie relevante personen een bijdrage te leveren aan de transfer

- 1.2.2.3.10. De therapeut bespreekt met hem hoe de omgeving hem kan stimuleren en helpen zijn cognitieve training toe te passen in de praktijk
- 1.2.2.3.11. De therapeut gaat samen met het kind en de voor therapie relevante personen na of er nog niet gesignaleerde valkuilen zijn die succesvol toepassen in de praktijk van de cognitieve training kunnen belemmeren
- 1.2.2.3.12. De therapeut evalueert samen met hen de resultaten en stuurt indien nodig bij

#### **1.2.2.4. Stabiliseren**

- 1.2.2.4.1. De therapeut geeft het kind en de voor de behandeling relevante personen inzicht in het belang van stabilisatie van de resultaten van de cognitieve training
- 1.2.2.4.2. De therapeut blijft bij het kind de zelfverantwoordelijkheid, zelfwerkzaamheid en zelfcontrole activeren
- 1.2.2.4.3. De therapeut stelt met hem een SMART-plan op om de resultaten te behouden en indien nodig te verbeteren
- 1.2.2.4.4. De therapeut stimuleert hem en de voor de therapie relevante personen alert te blijven op niet-helpende gedachten die na verloop van tijd wederom de kop op kunnen steken
- 1.2.2.4.5. De therapeut bespreekt met hem hoe de omgeving hem kan stimuleren en helpen zijn cognitieve zelfcontrole te behouden en/of te vergroten
- 1.2.2.4.6. De therapeut stimuleert hem mensen uit zijn omgeving te vragen een bijdrage te leveren aan het behouden en/of te vergroten van zijn cognitieve zelfcontrole
- 1.2.2.4.7. De therapeut wijzigt tijdens deze fase van de therapie de therapeutische attitude van therapeutisch in coachend

- 1.2.2.4.8. De therapeut vermindert in overleg met het kind en de voor de therapie relevante personen de frequentie van de therapiebijeenkomsten of schakelt over naar een volgend onderdeel van de therapie
- 1.2.2.4.9. De therapeut maakt, indien de therapie wordt beëindigd, controle-afspraken gedurende 2 jaar

### 1.3. *Gevorderd stotteren bij kinderen*

#### **1.3.1. Motiveren**

- 1.3.1.1. De therapeut geeft het kind en de voor de behandeling relevante personen inzicht in de aspecten van de cognitieve component die een rol spelen bij spreken en stotteren in het algemeen
- 1.3.1.2. De therapeut geeft hen inzicht in de aspecten van de cognitieve component die een rol spelen bij zijn (stotterend) spreken
- 1.3.1.3. De therapeut geeft hen inzicht in het belang van verandering van de cognitieve component in relatie tot verandering van de controle over de emotionele, sociale en verbaalmotorische component
- 1.3.1.4. De therapeut geeft hen inzicht in de wijze waarop de cognitieve component in de behandeling zal worden betrokken
- 1.3.1.5. De therapeut motiveert het kind en de voor de behandeling relevante personen actief te participeren in de therapie
- 1.3.1.6. De therapeut schat, na het informeren over de cognitieve component, in hoe groot de kans is dat het kind zelfstandig de therapie kan volgen of dat de steun van voor de behandeling relevante personen noodzakelijk is
- 1.3.1.7. De therapeut schat indien nodig, na het informeren over de cognitieve component, in hoe groot het draagvlak bij voor de

behandeling relevante personen is om een bijdrage te leveren aan het vergroten van de cognitieve controle van het kind

- 1.3.1.8. De therapeut motiveert hen om een bijdrage te leveren aan het vergroten van de cognitieve controle van het kind door vragen over de gegeven informatie te beantwoorden, eventuele bezwaren te bespreken, en concrete voorbeelden te geven van wat van de betrokken personen wordt verwacht
- 1.3.1.9. De therapeut vraagt hen medewerking om een bijdrage te leveren aan het vergroten van de cognitieve controle van het kind en geeft aan wat de rol van de betrokken personen zal zijn en wat van hen wordt verwacht
- 1.3.1.10. De therapeut geeft het kind en de voor de behandeling relevante personen informatie over de Nederlandse Federatie Stotteren en de cliëntenvereniging Demosthenes en wijst hen op het bestaan van contactgroepen

### **1.3.2. Modifieren**

- 1.3.2.1. De therapeut geeft het kind en de voor de behandeling relevante personen inzicht in de stappen van de cognitieve training: het identificeren, discrimineren en modifieren van gedachten
- 1.3.2.2. De therapeut stelt het kind in staat in contact te komen met andere kinderen die stotteren
- 1.3.2.3. De therapeut geeft het kind indien geïndiceerd groepstherapie
- 1.3.2.4. De therapeut stelt de voor de behandeling relevante personen in staat in contact te komen met andere ouders en/of personen die een kind begeleiden dat stottert
- 1.3.2.5. De therapeut geeft de voor de behandeling relevante personen indien geïndiceerd ouderbegeleiding
- 1.3.2.6. De therapeut leert het kind hoe hij zijn gedachten kan identificeren



- 1.3.2.7. De therapeut geeft de voor de therapie relevante personen inzicht in de wijze waarop zij gedachten van het kind kunnen identificeren en hem daarop kunnen attenderen
- 1.3.2.8. De therapeut geeft het kind en de voor de therapie relevante personen inzicht in het verschil tussen helpende, niet-helpende en neutrale gedachten
  - 1.3.2.8.1. *m.b.t. gedachten over het wel/niet mogen stotteren*
  - 1.3.2.8.2. *m.b.t. gedachten over het wel/niet mogen toepassen van spreektechniek(en) tijdens de verbaalmotorische training*
- 1.3.2.9. De therapeut leert het kind hoe hij gedachten kan discrimineren
- 1.3.2.10. De therapeut geeft de voor de therapie relevante personen inzicht in de wijze waarop zij gedachten van het kind kunnen discrimineren en hem daarop kunnen attenderen
- 1.3.2.11. De therapeut leert het kind hoe hij helpende gedachten bij zichzelf kan bekrachtigen
- 1.3.2.12. De therapeut geeft de voor de behandeling relevante personen inzicht hoe zij helpende gedachten van het kind kunnen bekrachtigen
- 1.3.2.13. De therapeut geeft het kind inzicht hoe hij niet-helpende gedachten kan wijzigen in helpende gedachten
- 1.3.2.14. De therapeut geeft de voor de behandeling relevante personen inzicht hoe zij het kind kunnen stimuleren niet-helpende gedachten te wijzigen in helpende gedachten

### **1.3.3. Transfer**

- 1.3.3.1 De therapeut geeft het kind en de voor de behandeling relevante personen inzicht in het belang van een gestructureerde transfer van het geleerde tijdens de cognitieve therapie

- 1.3.3.2 De therapeut activeert bij het kind de zelfverantwoordelijkheid, zelfwerkzaamheid en zelfcontrole
- 1.3.3.3 De therapeut geeft het kind inzicht in verschillende communicatiesituaties
- 1.3.3.4 De therapeut helpt hem om alle communicatiesituaties te rubriceren
- 1.3.3.5 De therapeut geeft hem inzicht in een hiërarchie
- 1.3.3.6 De therapeut helpt hem per rubriek een hiërarchie te bepalen.
- 1.3.3.7 De therapeut legt hem de principes van SMART uit
- 1.3.3.8 De therapeut bepaalt samen met hem in welke volgorde hij het geleerde onder 1.2.2.2. in praktijk kan brengen
- 1.3.3.9 De therapeut stimuleert de voor de therapie relevante personen een bijdrage te leveren aan de transfer
- 1.3.3.10 De therapeut bespreekt met hem hoe de omgeving hem kan stimuleren en helpen de cognitieve training toe te passen in de praktijk
- 1.3.3.11 De therapeut gaat samen met het kind en de voor therapie relevante personen na of er nog niet gesignaleerde valkuilen zijn die succesvol toepassen van de cognitieve training kunnen belemmeren
- 1.3.3.12 De therapeut evalueert samen met hen de resultaten en stuurt indien nodig bij

#### **1.3.4. Stabiliseren**

- 1.3.4.1. De therapeut geeft het kind en de voor de behandeling relevante personen inzicht in het belang van stabilisatie van de cognitieve zelfcontrole

- 1.3.4.2. De therapeut blijft bij het kind de zelfverantwoordelijkheid, zelfwerkzaamheid en zelfcontrole activeren
- 1.3.4.3. De therapeut stelt met het kind en de voor de behandeling relevante personen een SMART-plan op om de resultaten te behouden en indien nodig te verbeteren
- 1.3.4.4. De therapeut stimuleert het kind en de voor de therapie relevante personen alert te blijven op niet-helpende gedachten die na verloop van tijd wederom de kop op kunnen steken
- 1.3.4.5. De therapeut vraagt de omgeving een bijdrage te leveren tijdens het stabiliseren van de resultaten
- 1.3.4.6. De therapeut bespreekt met de voor de behandeling relevante personen hoe de omgeving het kind kan stimuleren en helpen zijn cognitieve zelfcontrole te behouden en/of te vergroten
- 1.3.4.7. De therapeut wijzigt tijdens deze fase van de therapie de therapeutische attitude van therapeutisch in coachend
- 1.3.4.8. De therapeut vermindert in overleg met het kind en de voor de therapie relevante personen de frequentie van de therapiebijeenkomsten of schakelt over naar een volgend onderdeel van de therapie
- 1.3.4.9. De therapeut maakt, indien de therapie wordt beëindigd, controle-afspraken gedurende 2 jaar

#### *1.4. Chronisch stotteren bij jongeren/volwassenen*

##### **1.4.1. Motiveren**

- 1.4.1.1. De therapeut geeft de jongere/volwassene inzicht in aspecten van de cognitieve component die een rol spelen bij spreken en stotteren in het algemeen

- 1.4.1.2. De therapeut geeft de jongere/volwassene inzicht in aspecten van de cognitieve component die een rol spelen bij zijn (stotterend) spreken
- 1.4.1.3. De therapeut geeft hem inzicht in het belang van verandering van de cognitieve component in relatie tot verandering van de controle over de emotionele, sociale en verbaalmotorische component
- 1.4.1.4. De therapeut geeft hem inzicht in de wijze waarop de cognitieve component in de behandeling zal worden betrokken.
- 1.4.1.5. De therapeut motiveert de jongere/volwassene actief te participeren in de therapie
- 1.4.1.6. De therapeut vraagt de jongere/volwassene de informatie over de cognitieve training met zijn omgeving te bespreken
- 1.4.1.7. De therapeut bespreekt met de jongeren/volwassene wat de rol van de omgeving kan zijn en hoe zij hem kunnen helpen
- 1.4.1.8. De therapeut stimuleert de jongere/volwassene mensen uit zijn omgeving te motiveren om een bijdrage te leveren aan het vergroten van zijn cognitieve controle
- 1.4.1.9. De therapeut geeft de jongere/volwassene informatie over de Nederlandse Federatie Stotteren en de cliëntenvereniging Demosthenes en wijst hem op het bestaan van contactgroepen

#### **1.4.2. Modifieren**

- 1.4.2.1. De therapeut geeft de jongere/volwassene inzicht in de stappen van de cognitieve training: het identificeren, discrimineren en modifieren van gedachten
- 1.4.2.2. De therapeut stelt hem in staat in contact te komen met andere jongeren/volwassenen die stotteren
- 1.4.2.3. De therapeut leert hem hoe hij zijn gedachten kan identificeren

- 1.4.2.4. De therapeut geeft hem inzicht in het verschil tussen helpende, niet-helpende en neutrale gedachten of anders geformuleerd positieve, negatieve en neutrale gedachten
  - 1.4.2.4.1. *m.b.t. gedachten over het wel/niet mogen stotteren*
  - 1.4.2.4.2. *m.b.t. gedachten over het wel/niet mogen toepassen van spreektechniek(en) tijdens de verbaalmotorische training*
- 1.4.2.5. De therapeut leert hem hoe hij gedachten kan discrimineren
- 1.4.2.6. De therapeut leert hem hoe hij helpende gedachten bij zichzelf kan bekrachtigen
- 1.4.2.7. De therapeut leert hem hoe hij niet-helpende gedachten kan wijzigen in helpende gedachten
- 1.4.2.8. De therapeut vraagt de jongere/volwassene de informatie over de cognitieve training met zijn omgeving te bespreken
- 1.4.2.9. De therapeut stimuleert de jongere/volwassene mensen uit zijn omgeving te betrekken in de therapie met als doel een bijdrage te leveren aan het vergroten van zijn cognitieve controle
- 1.4.2.10. De therapeut bespreekt met de jongeren/volwassene hoe de omgeving hem kan helpen en stimuleren niet-helpende gedachten te wijzigen in helpende gedachten

### **1.4.3. Transfer**

- 1.4.3.1. De therapeut geeft de jongere/volwassene inzicht in het belang van een gestructureerde transfer van het geleerde tijdens de cognitieve therapie
- 1.4.3.2. De therapeut activeert bij de jongere/volwassene de zelfverantwoordelijkheid, zelfwerkzaamheid en zelfcontrole
- 1.4.3.3. De therapeut geeft hem inzicht in verschillende communicatiesituaties

- 1.4.3.4. De therapeut vraagt hem alle communicatiesituaties te rubriceren
- 1.4.3.5. De therapeut geeft hem inzicht in een hiërarchie
- 1.4.3.6. De therapeut vraagt hem per rubriek een hiërarchie te bepalen
- 1.4.3.7. De therapeut legt hem de principes van SMART uit
- 1.4.3.8. De therapeut bepaalt samen met hem in welke volgorde hij het geleerde onder 1.4.2. in praktijk kan brengen
- 1.4.3.9. De therapeut vraagt de jongere/volwassene de informatie over de transfer met zijn omgeving te bespreken
- 1.4.3.10. De therapeut stimuleert de jongere/volwassene mensen uit zijn omgeving te betrekken in de therapie met als doel een bijdrage te leveren aan het toepassen in de praktijk van het geleerde
- 1.4.3.11. De therapeut bespreekt met de jongeren/volwassene hoe de omgeving hem kan stimuleren en helpen de cognitieve training toe te passen in de praktijk
- 1.4.3.12. De therapeut gaat samen met hem na of er nog niet gesignaleerde valkuilen zijn die succesvol toepassen in de praktijk van de cognitieve training kunnen belemmeren
- 1.4.3.13. De therapeut evalueert samen met hem en de voor de therapie relevante personen de resultaten en stuurt indien nodig bij

#### **1.4.4. Stabiliseren**

- 1.4.4.1. De therapeut geeft de jongere/volwassene inzicht in het belang van stabilisatie van de cognitieve zelfcontrole
- 1.4.4.2. De therapeut blijft bij de jongere/volwassene de zelfverantwoordelijkheid, zelfwerkzaamheid en zelfcontrole activeren
- 1.4.4.3. De therapeut stelt met hem een SMART-plan op om de resultaten te behouden en indien nodig te verbeteren

- 1.4.4.4. De therapeut vraagt de jongere/volwassene de informatie over de stabilisatiefase met zijn omgeving te bespreken
- 1.4.4.5. De therapeut stimuleert hem mensen uit zijn omgeving te betrekken in de therapie met als doel een bijdrage te leveren aan het behouden en/of te vergroten van cognitieve zelfcontrole
- 1.4.4.6. De therapeut bespreekt met hem wat de rol van de omgeving kan zijn en hoe zij hem kunnen stimuleren en helpen zijn cognitieve zelfcontrole te behouden en/of te vergroten
- 1.4.4.7. De therapeut stimuleert hem alert te blijven op niet-helpende gedachten die na verloop van tijd wederom de kop op kunnen steken
- 1.4.4.8. De therapeut wijzigt tijdens deze fase van de cognitieve training zijn attitude van therapeutisch in coachend
- 1.4.4.9. De therapeut vermindert in overleg met de jongere/volwassene de frequentie van de therapiebijeenkomsten of schakelt over naar een volgend onderdeel van de therapie
- 1.4.4.10. De therapeut maakt, indien de therapie wordt beëindigd, controleafspraken gedurende 2 jaar

## **2. Stottertherapie: onderdeel emotionele component**

### *2.1. Inleiding*

Na het adviesgesprek, waarin de onderzoeksresultaten zijn besproken en de behandeldoelen zijn bepaald, begint de therapeut met het motiveren van de cliënt en/of de voor de behandeling relevante personen waarbij hij inzicht verschaft over de in stand houdende of versterkende aspecten van de emotionele component. De emotionele training kan echter ook een vervolg zijn op de cognitieve training. De therapeut evalueert in dit geval de cognitieve training alvorens hij uitleg geeft over de emotionele training.

In beide gevallen zal hij de stappen van dit onderdeel van de stottertherapie, alsmede het belang van een gestructureerde transfer van het geleerde en stabilisatie van de resultaten met hen bespreken en vragen hierover beantwoorden.

De therapeut baseert de inhoud en snelheid van de informatie en de te volgen stappen in de therapie niet alleen op de geconstateerde problematiek, maar ook op de leeftijd en het karakter van het kind/de cliënt, de (on)mogelijkheden van het kind/de cliënt, de gezinssituatie, de omgeving en andere relevante achtergrondinformatie.



## 2.2. *Stotteren bij (zeer) jonge kinderen*

### 2.2.1. *Indirecte therapie*

#### 2.2.1.1. **Motiveren**

- 2.2.1.1.1. De therapeut geeft de voor de behandeling relevante personen inzicht in aspecten van de emotionele component die een rol spelen bij spreken en stotteren in het algemeen
- 2.2.1.1.2. De therapeut geeft hen inzicht in aspecten van de emotionele component die een rol spelen bij het (stotterend) spreken van het kind
- 2.2.1.1.3. De therapeut geeft hen inzicht in het belang van verandering van de emotionele component in relatie tot verandering van de controle over de cognitieve, sociale en verbaalmotorische component
- 2.2.1.1.4. De therapeut geeft hen inzicht in de wijze waarop de emotionele component in de behandeling zal worden betrokken
- 2.2.1.1.5. De therapeut schat, na het informeren over de emotionele component, in hoe groot het draagvlak bij hen is om een bijdrage te leveren aan het vergroten van de emotionele controle van het kind
- 2.2.1.1.6. De therapeut motiveert hen om een bijdrage te leveren aan het vergroten van de emotionele controle van het kind door vragen over de gegeven informatie te beantwoorden, eventuele bezwaren te bespreken, en concrete voorbeelden te geven van wat van de betrokken personen wordt verwacht
- 2.2.1.1.7. De therapeut vraagt hen medewerking om een bijdrage te leveren aan het vergroten van de emotionele controle van het kind en geeft aan wat de rol van de betrokken personen zal zijn en wat van hen wordt verwacht

2.2.1.1.8. De therapeut geeft hen informatie over de Nederlandse Federatie Stotteren en de cliëntenvereniging Demosthenes en wijst hen op het bestaan van oudercontactgroepen

### **2.2.1.2. Modifieren**

2.2.1.2.1. De therapeut geeft de voor de behandeling relevante personen inzicht in de stappen van de emotionele training: identificeren, discrimineren en modifieren van emoties

2.2.1.2.2. De therapeut stelt hen in staat in contact te komen met andere ouders en/of personen die een kind begeleiden dat stottert

2.2.1.2.3. De therapeut geeft hen indien geïndiceerd ouderbegeleiding

2.2.1.2.4. De therapeut geeft hen inzicht in de wijze waarop zij emoties van het kind kunnen identificeren

2.2.1.2.5. De therapeut geeft hen inzicht in verschillende emoties

2.2.1.2.6. De therapeut geeft hen inzicht in de wijze waarop zij emoties kunnen discrimineren

2.2.1.2.7. De therapeut geeft hen inzicht hoe zij positieve emoties van het kind kunnen bekrachtigen

2.2.1.2.8. De therapeut geeft hen inzicht hoe zij negatieve emoties van het kind kunnen verminderen

### **2.2.1.3. Transfer**

2.2.1.3.1. De therapeut geeft de voor de behandeling relevante personen inzicht in het belang van een gestructureerde transfer van het geleerde tijdens de emotionele training

2.2.1.3.2. De therapeut activeert bij hen de zelfverantwoordelijkheid en zelfwerkzaamheid

- 2.2.1.3.3. De therapeut geeft hen inzicht in verschillende communicatiesituaties
- 2.2.1.3.4. De therapeut vraagt hen alle communicatiesituaties te rubriceren
- 2.2.1.3.5. De therapeut geeft hen inzicht in een hiërarchie
- 2.2.1.3.6. De therapeut vraagt hen per rubriek een hiërarchie te bepalen
- 2.2.1.3.7. De therapeut legt hen de principes van SMART uit
- 2.2.1.3.8. De therapeut bepaalt samen met hen in welke volgorde zij het geleerde onder 2.2.1.2. in praktijk kunnen brengen
- 2.2.1.3.9. De therapeut gaat samen met hen na of er nog niet gesignaleerde valkuilen zijn die succesvol aanleren in de praktijk van de emotionele controle kunnen belemmeren
- 2.2.1.3.10. De therapeut evalueert samen met hen de resultaten en stuurt indien nodig bij

#### **2.2.1.4. Stabiliseren**

- 2.2.1.4.1. De therapeut geeft de voor de behandeling relevante personen inzicht in het belang van stabilisatie van de emotionele regulatie van het kind
- 2.2.1.4.2. De therapeut blijft bij hen de zelfverantwoordelijkheid en zelfwerkzaamheid activeren
- 2.2.1.4.3. De therapeut stelt met hen een SMART-plan op om de resultaten van het kind te behouden en indien nodig te verbeteren
- 2.2.1.4.4. De therapeut stimuleert hen alert te blijven op negatieve emoties die na verloop van tijd wederom de kop op kunnen steken
- 2.2.1.4.5. De therapeut wijzigt tijdens deze fase van de therapie de therapeutische attitude van therapeutisch in coachend

- 2.2.1.4.6. De therapeut vermindert in overleg met hen de frequentie van de therapiebijeenkomsten of schakelt over naar een volgend onderdeel van de therapie
- 2.2.1.4.7. De therapeut maakt, indien de therapie wordt beëindigd, controleafspraken gedurende 2 jaar

## 2.2.2. *Directe therapie*

### 2.2.2.1. **Motiveren**

- 2.2.2.1.1. De therapeut geeft het kind en de voor de behandeling relevante personen inzicht in aspecten van de emotionele component die een rol spelen bij spreken en stotteren in het algemeen
- 2.2.2.1.2. De therapeut geeft hen inzicht in aspecten van de emotionele component die een rol spelen bij het (stotterend) spreken van het kind
- 2.2.2.1.3. De therapeut geeft hen inzicht in het belang van verandering van de emotionele component in relatie tot verandering van de controle over de emotionele, sociale en verbaalmotorische component
- 2.2.2.1.4. De therapeut geeft hen inzicht in de wijze waarop de emotionele component in de behandeling zal worden betrokken
- 2.2.2.1.5. de therapeut motiveert het kind actief te participeren in de therapie
- 2.2.2.1.6. De therapeut schat, na het informeren over de emotionele component, in hoe groot de kans is dat het kind zelfstandig de therapie kan volgen of dat aanvulling met indirecte therapie noodzakelijk is
- 2.2.2.1.7. De therapeut schat indien nodig, na het informeren over de emotionele component in hoe groot het draagvlak bij de voor de behandeling relevante personen is om een bijdrage te leveren aan het vergroten van de emotionele controle van het kind

- 2.2.2.1.8. De therapeut motiveert hen om een bijdrage te leveren aan het vergroten van de emotionele controle van het kind door vragen over de gegeven informatie te beantwoorden, eventuele bezwaren te bespreken, en concrete voorbeelden te geven van wat van de betrokken personen wordt verwacht
- 2.2.2.1.9. De therapeut vraagt hen medewerking om een bijdrage te leveren aan het vergroten van de emotionele controle van het kind en geeft aan wat de rol van de betrokken personen zal zijn en wat van hen wordt verwacht
- 2.2.2.1.10. De therapeut geeft het kind en de voor de behandeling relevante personen informatie over de Nederlandse Federatie Stotteren en de cliëntenvereniging Demosthenes en wijst hen op het bestaan van contactgroepen

#### **2.2.2.2. Modifieren**

- 2.2.2.2.1. De therapeut geeft het kind en de voor de behandeling relevante personen inzicht in de stappen van de emotionele training: het identificeren, discrimineren en modifieren van emoties
- 2.2.2.2.2. De therapeut stelt het kind in staat in contact te komen met andere kinderen die stotteren
- 2.2.2.2.3. De therapeut geeft het kind indien geïndiceerd groepstherapie
- 2.2.2.2.4. De therapeut stelt de voor de behandeling relevante personen in staat in contact te komen met andere ouders en/of personen die een kind begeleiden dat stottert
- 2.2.2.2.5. De therapeut geeft de voor de behandeling relevante personen indien geïndiceerd ouderbegeleiding
- 2.2.2.2.6. De therapeut leert het kind hoe hij zijn emoties kan identificeren
- 2.2.2.2.7. De therapeut geeft de voor de therapie relevante personen inzicht in de wijze waarop zij emoties van het kind kunnen identificeren

- 2.2.2.2.8. De therapeut geeft het kind en de voor de therapie relevante personen inzicht in het verschil tussen verschillende emoties
- 2.2.2.2.9. De therapeut leert het kind hoe hij emoties kan discrimineren
- 2.2.2.2.10. De therapeut geeft de voor de therapie relevante personen inzicht in de wijze waarop zij emoties van het kind kunnen discrimineren
- 2.2.2.2.11. De therapeut leert het kind hoe hij positieve emoties bij zichzelf kan bekrachtigen
- 2.2.2.2.12. De therapeut geeft de voor de behandeling relevante personen inzicht hoe zij positieve emoties kunnen bekrachtigen
- 2.2.2.2.13. De therapeut geeft het kind inzicht hoe hij negatieve emoties kan verminderen
- 2.2.2.2.14. De therapeut geeft de voor de behandeling relevante personen inzicht hoe zij negatieve emoties van het kind kunnen verminderen

### **2.2.2.3. Transfer**

- 2.2.2.3.1. De therapeut geeft het kind en de voor de behandeling relevante personen inzicht in het belang van een gestructureerde transfer van het geleerde tijdens de emotionele training
- 2.2.2.3.2. De therapeut activeert bij het kind de zelfverantwoordelijkheid, zelfwerkzaamheid en zelfcontrole
- 2.2.2.3.3. De therapeut geeft het kind inzicht in verschillende communicatiesituaties
- 2.2.2.3.4. De therapeut helpt hem om alle communicatiesituaties te rubriceren
- 2.2.2.3.5. De therapeut geeft hem inzicht in een hiërarchie
- 2.2.2.3.6. De therapeut helpt hem per rubriek een hiërarchie te bepalen
- 2.2.2.3.7. De therapeut stelt met hem een SMART-plan op

- 2.2.2.3.8. De therapeut bepaalt samen met hem in welke volgorde hij het geleerde onder 2.2.2.2. in praktijk kan brengen
- 2.2.2.3.9. De therapeut stimuleert de voor de therapie relevante personen een bijdrage te leveren aan de transfer
- 2.2.2.3.10. De therapeut bespreekt met hen hoe de omgeving het kind kan stimuleren en helpen zijn emotionele controle te vergroten in de praktijk
- 2.2.2.3.11. De therapeut gaat samen met het kind en de voor therapie relevante personen na of er nog niet gesignaleerde valkuilen zijn die succesvol toepassen in de praktijk van emotionele training kunnen belemmeren
- 2.2.2.3.12. De therapeut evalueert samen met hen de resultaten en stuurt indien nodig bij

#### **2.2.2.4. Stabiliseren**

- 2.2.2.4.1. De therapeut geeft het kind en de voor de behandeling relevante personen inzicht in het belang van stabilisatie van de emotionele zelfcontrole
- 2.2.2.4.2. De therapeut blijft bij het kind de zelfverantwoordelijkheid, zelfwerkzaamheid en zelfcontrole activeren
- 2.2.2.4.3. De therapeut stelt met hem een SMART-plan op om de resultaten te behouden en indien nodig te verbeteren
- 2.2.2.4.4. De therapeut stimuleert hem en de voor de therapie relevante personen alert te blijven op niet-helpende gedachten die na verloop van tijd wederom de kop op kunnen steken
- 2.2.2.4.5. De therapeut stimuleert hem mensen uit zijn omgeving te betrekken bij de therapie met als doel een bijdrage te leveren aan het behouden en/of vergroten van emotionele regulatie

- 2.2.2.4.6. De therapeut bespreekt met hem hoe de omgeving hem kan stimuleren en helpen zijn emotionele regulatie te behouden en/of te vergroten
- 2.2.2.4.7. De therapeut wijzigt tijdens deze fase van de therapie de therapeutische attitude van therapeutisch in coachend
- 2.2.2.4.8. De therapeut vermindert in overleg met het kind en de voor de therapie relevante personen de frequentie van de therapiebijeenkomsten of schakelt over naar een volgend onderdeel van de therapie
- 2.2.2.4.9. De therapeut maakt, indien de therapie wordt beëindigd, controleafspraken gedurende 2 jaar



## 2.3. *Gevorderd stotteren bij kinderen*

### **2.3.1. Motiveren**

- 2.3.1.1. De therapeut geeft het kind inzicht in aspecten van de emotionele component die een rol spelen bij spreken en stotteren in het algemeen
- 2.3.1.2. De therapeut geeft het kind inzicht in aspecten van de emotionele component die een rol spelen bij zijn (stotterend) spreken
- 2.3.1.3. De therapeut geeft hem inzicht in het belang van verandering van de emotionele component in relatie tot verandering van de controle over de emotionele, sociale en verbaalmotorische componenten
- 2.3.1.4. De therapeut geeft hem inzicht in de wijze waarop de emotionele component in de behandeling betrokken zal worden
- 2.3.1.5. de therapeut motiveert het kind actief te participeren in de therapie
- 2.3.1.6. De therapeut schat, na het informeren over de emotionele component, in hoe groot de kans is dat het kind zelfstandig de therapie kan volgen of dat de steun van voor de behandeling relevante personen noodzakelijk is
- 2.3.1.7. De therapeut schat indien nodig, na het informeren over de emotionele component, in hoe groot het draagvlak bij voor de behandeling relevante personen is om een bijdrage te leveren aan het vergroten van de emotionele controle van het kind
- 2.3.1.8. De therapeut motiveert hen om een bijdrage te leveren aan het vergroten van de emotionele controle van het kind door vragen over de gegeven informatie te beantwoorden, eventuele bezwaren te bespreken, en concrete voorbeelden te geven van wat van de betrokken personen wordt verwacht

- 2.3.1.9. De therapeut vraagt hen medewerking om een bijdrage te leveren aan het vergroten van de emotionele controle van het kind en geeft aan wat de rol van de betrokken personen zal zijn en wat van hen wordt verwacht
- 2.3.1.10. De therapeut geeft het kind en de voor de behandeling relevante personen informatie over de Nederlandse Federatie Stotteren en de cliëntenvereniging Demosthenes en wijst hen op het bestaan van contactgroepen

### **2.3.2. Modifieren**

- 2.3.2.1. De therapeut geeft het kind en de voor de behandeling relevante personen inzicht in de stappen van de emotionele training: het identificeren, discrimineren en modifieren van emoties
- 2.3.2.2. De therapeut stelt het kind in staat in contact te komen met andere kinderen die stotteren
- 2.3.2.3. De therapeut geeft het kind indien geïndiceerd groepstherapie
- 2.3.2.4. De therapeut stelt de voor de behandeling relevante personen in staat in contact te komen met andere ouders en/of personen die een kind begeleiden dat stottert
- 2.3.2.5. De therapeut geeft de voor de behandeling relevante personen indien geïndiceerd ouderbegeleiding
- 2.3.2.6. De therapeut leert het kind hoe hij zijn emoties kan identificeren
- 2.3.2.7. De therapeut geeft de voor de therapie relevante personen inzicht in de wijze waarop zij emoties van het kind kunnen identificeren
- 2.3.2.8. De therapeut geeft het kind en de voor de therapie relevante personen inzicht in het verschil tussen verschillende emoties
- 2.3.2.9. De therapeut leert het kind hoe hij emoties kan discrimineren
- 2.3.2.10. De therapeut geeft de voor de therapie relevante personen inzicht in de wijze waarop zij emoties van het kind kunnen discrimineren

- 2.3.2.11. De therapeut leert het kind hoe hij positieve emoties bij zichzelf kan bekrachtigen
- 2.3.2.12. De therapeut geeft de voor de behandeling relevante personen inzicht hoe zij positieve emoties kunnen bekrachtigen
- 2.3.2.13. De therapeut geeft het kind inzicht hoe hij negatieve emoties kan verminderen
- 2.3.2.14. De therapeut geeft de voor de behandeling relevante personen inzicht hoe zij negatieve emoties van het kind kunnen verminderen

### **2.3.3. Transfer**

- 2.3.3.1.1. De therapeut geeft het kind en de voor de behandeling relevante personen inzicht in het belang van een gestructureerde transfer van het geleerde tijdens de emotionele training
- 2.3.3.1.2. De therapeut activeert bij het kind de zelfverantwoordelijkheid, zelfwerkzaamheid en zelfcontrole
- 2.3.3.1.3. De therapeut geeft het kind inzicht in verschillende communicatiesituaties
- 2.3.3.1.4. De therapeut helpt hem om alle communicatiesituaties te rubriceren
- 2.3.3.1.5. De therapeut geeft hem inzicht in een hiërarchie
- 2.3.3.1.6. De therapeut helpt hem per rubriek een hiërarchie te bepalen
- 2.3.3.1.7. De therapeut stelt met hem een SMART-plan op
- 2.3.3.1.8. De therapeut bepaalt samen met hem in welke volgorde hij het geleerde onder 1.2.2.2. in praktijk kan brengen
- 2.3.3.1.9. De therapeut stimuleert de voor de therapie relevante personen een bijdrage te leveren aan de transfer

- 2.3.3.1.10. De therapeut bespreekt met hem hoe de omgeving hem kan stimuleren en helpen de emotionele training toe te passen in de praktijk
- 2.3.3.1.11. De therapeut gaat samen met het kind en de voor therapie relevante personen na of er nog niet gesignaleerde valkuilen zijn die succesvol toepassen in de praktijk van emotionele training kunnen belemmeren
- 2.3.3.1.12. De therapeut evalueert samen met hen de resultaten en stuurt indien nodig bij

#### **2.3.4. Stabiliseren**

- 2.3.4.1. De therapeut geeft het kind en de voor de behandeling relevante personen inzicht in het belang van stabilisatie van de emotionele regulatie
- 2.3.4.2. De therapeut blijft bij het kind de zelfverantwoordelijkheid, zelfwerkzaamheid en zelfcontrole activeren
- 2.3.4.3. De therapeut stelt met hem een SMART-plan op om de resultaten te behouden en indien nodig te verbeteren
- 2.3.4.4. De therapeut stimuleert hem en de voor de therapie relevante personen alert te blijven op negatieve emoties die na verloop van tijd wederom de kop op kunnen steken
- 2.3.4.5. De therapeut vraagt de omgeving een bijdrage te leveren tijdens het stabiliseren van de resultaten
- 2.3.4.6. De therapeut bespreekt met hen hoe de omgeving hem kan stimuleren en helpen zijn emotionele zelfcontrole te behouden en/of te vergroten
- 2.3.4.7. De therapeut wijzigt tijdens deze fase van de therapie de therapeutische attitude van therapeutisch in coachend

- 2.3.4.8. De therapeut vermindert in overleg met het kind en de voor de therapie relevante personen de frequentie van de therapiebijeenkomsten of schakelt over naar een volgend onderdeel van de therapie
- 2.3.4.9. De therapeut maakt, indien de therapie wordt beëindigd, controleafspraken gedurende 2 jaar

## 2.4. *Chronisch stotteren bij jongeren/volwassenen*

### **2.4.1. Motiveren**

- 2.4.1.1. De therapeut geeft de jongere/volwassene inzicht in aspecten van de emotionele component die een rol spelen bij spreken en stotteren in het algemeen
- 2.4.1.2. De therapeut geeft de jongere/volwassene inzicht in aspecten van de emotionele component die een rol spelen bij zijn (stotterend) spreken
- 2.4.1.3. De therapeut geeft hem inzicht in het belang van verandering van de emotionele component in relatie tot verandering van de controle over de cognitieve, sociale en verbaalmotorische componenten
- 2.4.1.4. De therapeut geeft hem inzicht in de wijze waarop de emotionele component in de behandeling zal worden betrokken.
- 2.4.1.5. De therapeut motiveert de jongere/volwassene actief te participeren in de therapie
- 2.4.1.6. De therapeut vraagt de jongere/volwassene de informatie over de emotionele training met zijn omgeving te bespreken
- 2.4.1.7. De therapeut bespreekt met de jongere/volwassene wat de rol van de omgeving kan zijn en hoe zij hem kunnen helpen
- 2.4.1.8. De therapeut stimuleert de jongere/volwassene mensen uit zijn omgeving te motiveren om een bijdrage te leveren aan het vergroten van zijn emotionele controle
- 2.4.1.9. De therapeut geeft de jongere/volwassene informatie over de Nederlandse Federatie Stotteren en de cliëntenvereniging Demosthenes en wijst hem op het bestaan van contactgroepen

## **2.4.2. Modificeren**

- 2.4.2.1. De therapeut geeft de jongere/volwassene inzicht in de stappen van de emotionele training: het identificeren, discrimineren en modificeren van emoties
- 2.4.2.2. De therapeut stelt hem in staat in contact te komen met andere jongeren/volwassenen die stotteren
- 2.4.2.3. De therapeut leert hem hoe hij zijn emoties kan identificeren
- 2.4.2.4. De therapeut geeft de jongere/volwassene inzicht in het verschil tussen verschillende emoties
- 2.4.2.5. De therapeut leert de jongere/volwassene hoe hij emoties kan discrimineren
- 2.4.2.6. De therapeut leert de jongere/volwassene hoe hij positieve emoties bij zichzelf kan bekrachtigen
- 2.4.2.7. De therapeut leert de jongere/volwassene inzicht hoe hij negatieve emoties kan verminderen
- 2.4.2.8. De therapeut vraagt de jongere/volwassene de doelen en methoden van emotionele training met zijn omgeving te bespreken
- 2.4.2.9. De therapeut bespreekt met de jongere/volwassene hoe de omgeving hem kan helpen en stimuleren zijn emotionele regulatie te vergroten
- 2.4.2.10. De therapeut stimuleert de jongere/volwassene mensen uit zijn omgeving te vragen een bijdrage te leveren aan het vergroten van zijn emotionele zelfcontrole

## **2.4.3. Transfer**

- 2.4.3.1. De therapeut geeft de jongere/volwassene inzicht in het belang van een gestructureerde transfer van het geleerde tijdens de emotionele training

- 2.4.3.2. De therapeut activeert bij de jongere/volwassene de zelfverantwoordelijkheid, zelfwerkzaamheid en zelfcontrole
- 2.4.3.3. De therapeut geeft hem inzicht in verschillende communicatiesituaties
- 2.4.3.4. De therapeut vraagt hem alle communicatiesituaties te rubriceren
- 2.4.3.5. De therapeut geeft hem inzicht in een hiërarchie
- 2.4.3.6. De therapeut vraagt hem per rubriek een hiërarchie te bepalen
- 2.4.3.7. De therapeut stelt met hem een SMART-plan op
- 2.4.3.8. De therapeut bepaalt samen met hem in welke volgorde hij het geleerde onder 2.4.2. in praktijk kan brengen
- 2.4.3.9. De therapeut bespreekt met de jongere/volwassene hoe de omgeving hem kan stimuleren en helpen de emotionele training toe te passen in de praktijk
- 2.4.3.10. De therapeut stimuleert de jongere/volwassene mensen uit zijn omgeving te vragen een bijdrage te leveren aan het toepassen van het geleerde in de praktijk
- 2.4.3.11. De therapeut gaat samen met hem na of er nog niet gesignaleerde valkuilen zijn die succesvol toepassen in de praktijk van emotionele training kunnen belemmeren
- 2.4.3.12. De therapeut evalueert samen met hem en de voor de therapie relevante personen de resultaten en stuurt indien nodig bij

#### **2.4.4. Stabiliseren**

- 2.4.4.1. De therapeut geeft de jongere/volwassene inzicht in het belang van stabilisatie van de emotionele regulatie
- 2.4.4.2. De therapeut blijft bij de jongere/volwassene de zelfverantwoordelijkheid, zelfwerkzaamheid en zelfcontrole activeren



- 2.4.4.3. De therapeut stelt met hem een SMART-plan op om de resultaten te behouden en indien nodig te verbeteren
- 2.4.4.4. De therapeut vraagt de jongere/volwassene de informatie over de stabilisatiefase met zijn omgeving te bespreken
- 2.4.4.5. De therapeut bespreekt met hem hoe de omgeving hem kan stimuleren en helpen zijn emotionele regulatie te behouden en/of te vergroten
- 2.4.4.6. De therapeut stimuleert hem mensen uit zijn omgeving te vragen een bijdrage te leveren aan het behouden en/of vergroten van emotionele zelfcontrole
- 2.4.4.7. De therapeut stimuleert hem alert te blijven op negatieve emoties die na verloop van tijd wederom de kop op kunnen steken
- 2.4.4.8. De therapeut wijzigt tijdens deze fase van de emotionele training de therapeutische attitude van therapeutisch in coachend
- 2.4.4.9. De therapeut vermindert in overleg met de jongere/volwassene de frequentie van de therapiebijeenkomsten of schakelt over naar een volgend onderdeel van de therapie
- 2.4.4.10. De therapeut maakt, indien de therapie wordt beëindigd, controleafspraken gedurende 2 jaar

### **3. Stottertherapie: onderdeel sociale component**

#### *3.1. Inleiding*

Tijdens de behandeling van de cognitieve, emotionele en/of verbaalmotorische component, legt de therapeut uit wat de rol is van de sociale component in de therapie.

Onder de sociale component vallen sociale vaardigheden, zoals oogcontact, luisteren, wachten op de beurt, starten/onderhouden/beëindigen van een gesprek, presenteren, non-verbale communicatie. De cliënt leert het geleerde in de cognitieve, emotionele en/of verbaalmotorische component toe te passen in alle sociale situaties, die voor het kind/cliënt en/of de ouders van belang zijn voor het spreken/stotteren.

De therapeut zal de stappen van dit onderdeel van de stottertherapie, alsmede het belang van een gestructureerde transfer van het geleerde en stabilisatie van de resultaten met hen bespreken en vragen hierover beantwoorden. De therapeut baseert de inhoud en snelheid van de informatie en de te volgen stappen in de therapie niet alleen op de geconstateerde problematiek, maar ook op de leeftijd en karakter van het kind/de cliënt, de (on)mogelijkheden van het kind/de cliënt, de gezinssituatie, de omgeving en andere relevante achtergrondinformatie.

#### *3.2. Stotteren bij (zeer) jonge kinderen*

##### *3.2.1. Indirecte therapie*

###### **3.2.1.1. Motiveren**

3.2.1.1.1. de therapeut geeft de voor de behandeling relevante personen inzicht in aspecten van de sociale component die een rol spelen bij spreken en stotteren in het algemeen

3.2.1.1.2. de therapeut geeft hen inzicht over aspecten van de sociale component die een rol spelen bij het (stotterend) spreken van het kind

- 3.2.1.1.3. de therapeut geeft hen inzicht in het belang van verandering van de sociale component in relatie tot verandering van de controle over de emotionele, sociale en verbaalmotorische component
- 3.2.1.1.4. de therapeut geeft hen inzicht in de wijze waarop de sociale component in de behandeling zal worden betrokken
- 3.2.1.1.5. de therapeut schat, na het informeren over de sociale component, in hoe groot het draagvlak bij hen is om een bijdrage te leveren aan het vergroten van het gebruik van sociale vaardigheden en de toepassing van het geleerde in de sociale, emotionele en/of verbaalmotorische component, in de dagelijkse situaties
- 3.2.1.1.6. de therapeut motiveert hen om een bijdrage te leveren aan het vergroten van de sociale vaardigheden en toepassing van het geleerde door het kind en de ouders, door vragen over de gegeven informatie te beantwoorden, eventuele bezwaren te bespreken, en concrete voorbeelden te geven van wat van de betrokken personen wordt verwacht
- 3.2.1.1.7. de therapeut vraagt hen medewerking om een bijdrage te leveren aan het vergroten van de sociale vaardigheden van het kind en de toepassing van het geleerde en geeft aan wat de rol van de betrokken perso(o)nen zal zijn en wat van hen wordt verwacht
- 3.2.1.1.8. de therapeut geeft hen informatie van de Nederlandse Federatie Stotteren en de cliëntenvereniging Demosthenes en wijst hen op het bestaan van oudercontactgroepen

### **3.2.1.2. Modifieren**

- 3.2.1.2.1. de therapeut geeft de voor de behandeling relevante personen inzicht in de stappen van de sociale training: identificeren, discrimineren en modifieren van sociale vaardigheden
- 3.2.1.2.2. de therapeut stelt hen in staat in contact te komen met andere ouders en/of personen die een kind begeleiden dat stottert

- 3.2.1.2.3.** de therapeut geeft hen, indien geïndiceerd, ouderbegeleiding
- 3.2.1.2.4. therapeut geeft hen inzicht in de wijze waarop zij de sociale vaardigheden van het kind en van zichzelf kunnen identificeren
- 3.2.1.2.5.** de therapeut geeft hen inzicht in het belang van passend reageren op het spreken/stotteren van het kind in elke sociale context
- 3.2.1.2.6.** de therapeut geeft hen inzicht in de wijze waarop zij passende reacties op het spreken/stotteren van het kind kunnen oefenen in de therapiesituaties
- 3.2.1.2.7.** de therapeut geeft hen inzicht in de wijze waarop zij passende reacties op het spreken/stotteren van het kind kunnen oefenen in dagelijkse, voor het kind/gezin relevante sociale situaties
  
- 3.2.1.3. Transfer**
- 3.2.1.3.1.** de therapeut geeft de voor de behandeling relevante personen inzicht in het belang van een gestructureerde transfer van het geleerde
- 3.2.1.3.2.** de therapeut activeert bij hen de zelfverantwoordelijkheid, zelfwerkzaamheid
- 3.2.1.3.3.** de therapeut geeft hen inzicht in verschillende communicatiesituaties
- 3.2.1.3.4.** de therapeut vraagt hen alle communicatiesituaties te rubriceren
- 3.2.1.3.5.** de therapeut geeft hen inzicht in een hiërarchie
- 3.2.1.3.6.** de therapeut vraagt hen per rubriek een hiërarchie te bepalen
- 3.2.1.3.7.** de therapeut legt hen de principes van SMART uit
- 3.2.1.3.8.** de therapeut bepaalt samen met hen in welke volgorde zij het geleerde onder 3.2.1.2. in de praktijk kunnen brengen

- 3.2.1.3.9. de therapeut gaat samen met hen na of er nog niet gesignaleerde valkuilen zijn die het succesvol aanleren van de sociale vaardigheden bij het kind in de praktijk kunnen belemmeren
- 3.2.1.3.10. de therapeut evalueert samen met hen de resultaten en stuurt indien nodig bij

### 3.2.2. *Directe therapie bij kinderen/gevorderd stotteren*

#### 3.2.2.1. **Motiveren**

- 3.2.2.1.1. de therapeut geeft het kind en de voor de behandeling relevante personen inzicht in aspecten van de sociale component die een rol spelen bij spreken en stotteren in het algemeen
- 3.2.2.1.2. de therapeut geeft hen inzicht over aspecten van de sociale component die een rol spelen bij het (stotterend) spreken van het kind
- 3.2.2.1.3. de therapeut geeft hen inzicht in het belang van verandering van de sociale component in relatie tot verandering van de controle over de cognitieve, emotionele en verbaalmotorische component
- 3.2.2.1.4. de therapeut geeft hen inzicht in de wijze waarop de sociale component in de behandeling zal worden betrokken
- 3.2.2.1.5. de therapeut motiveert het kind actief te participeren in de therapie
- 3.2.2.1.6. de therapeut schat, na het informeren over de sociale component, in hoe groot de kans is dat het kind zelfstandig de therapie kan volgen of dat aanvulling met indirecte therapie noodzakelijk is
- 3.2.2.1.7. de therapeut schat indien nodig, na het informeren over de sociale component, in hoe groot het draagvlak bij voor de behandeling relevante personen is om een bijdrage te leveren aan het vergroten van de vaardigheden voor het gebruik van sociale vaardigheden en de toepassing van het geleerde in de sociale,

emotionele en/of verbaalmotorische component, in de dagelijkse situaties

**3.2.2.1.8.** de therapeut motiveert hen om een bijdrage te leveren aan het vergroten van de sociale vaardigheden van het kind door vragen over de gegeven informatie te beantwoorden, eventuele bezwaren te bespreken, en concrete voorbeelden te geven van wat van de betrokken personen wordt verwacht

**3.2.2.1.9.** de therapeut geeft het kind en voor de behandeling relevante personen informatie van de Nederlandse Federatie Stotteren en de cliëntenvereniging Demosthenes en wijst hen op het bestaan van contactgroepen

### **3.2.2.2. Modifieren**

**3.2.2.2.1.** de therapeut geeft het kind en de voor de behandeling relevante personen inzicht in de stappen van de sociale training: identificeren, discrimineren en modifieren van sociale vaardigheden

**3.2.2.2.2.** de therapeut stelt de ouders in staat in contact te komen met andere ouders en/of personen die een kind begeleiden dat stottert

**3.2.2.2.3.** de therapeut geeft de ouders, indien geïndiceerd, ouderbegeleiding

**3.2.2.2.4.** de therapeut geeft het kind inzicht in de wijze waarop hij de sociale vaardigheden van zichzelf kan identificeren/de ouders de eigen sociale vaardigheden kunnen identificeren

**3.2.2.2.5.** de therapeut geeft het kind inzicht in hoe hij zichzelf ziet in zijn omgeving

**3.2.2.2.6.** de therapeut laat het kind onderzoeken hoe zijn omgeving denkt over stotteren

- 3.2.2.2.7.** de therapeut geeft de voor de therapie relevante personen inzicht in de wijze waarop zij de sociale vaardigheden van het kind kunnen identificeren en hem daarop kunnen attenderen
- 3.2.2.2.8.** de therapeut geeft het kind en de voor de therapie relevante personen inzicht in sociale vaardigheden en hoe er aan gewerkt kan worden
- 3.2.2.2.9.** de therapeut leert het kind hoe hij sociale vaardigheden kan discrimineren
- 3.2.2.2.10.** de therapeut geeft de voor de therapie relevante personen inzicht in de wijze waarop zij sociale vaardigheden van het kind kunnen discrimineren en hem daarop kunnen attenderen
- 3.2.2.2.11.** de therapeut leert het kind hoe hij reeds aanwezige sociale vaardigheden bij zichzelf kan bekrachtigen
- 3.2.2.2.12.** de therapeut geeft de voor de behandeling relevante personen inzicht hoe zij reeds aanwezige sociale vaardigheden van het kind kunnen bekrachtigen

### **3.2.2.3. Transfer**

- 3.2.2.3.1. de therapeut geeft het kind en de voor de behandeling relevante personen inzicht in het belang van een gestructureerde transfer van het geleerde
- 3.2.2.3.2. de therapeut activeert de zelfverantwoordelijkheid, zelfwerkzaamheid
- 3.2.2.3.3. de therapeut geeft inzicht in verschillende communicatiesituaties
- 3.2.2.3.4. de therapeut vraagt alle communicatiesituaties te rubriceren
- 3.2.2.3.5. de therapeut geeft inzicht in een hiërarchie
- 3.2.2.3.6.** de therapeut vraagt per rubriek een hiërarchie te bepalen

- 3.2.2.3.7. de therapeut bepaalt samen met het kind in welke volgorde hij het geleerde onder 3.2.2.2. in de praktijk kan brengen
- 3.2.2.3.8. de therapeut gaat samen met hem na of er nog niet gesignaleerde valkuilen zijn die het succesvol aanleren in de praktijk kunnen belemmeren
- 3.2.2.3.9.** de therapeut evalueert samen de resultaten en stuurt indien nodig bij

#### **3.2.2.4. Stabiliseren**

- 3.2.2.4.1.** de therapeut geeft het kind en de voor de behandeling relevante personen inzicht in het belang van stabilisatie van de sociale vaardigheden
- 3.2.2.4.2. de therapeut blijft bij het kind de zelfverantwoordelijkheid, zelfwerkzaamheid en zelfcontrole activeren
- 3.2.2.4.3. de therapeut stelt met hem een SMART-plan op om de resultaten te behouden en indien nodig te verbeteren
- 3.2.2.4.4. de therapeut stimuleert hem en de voor de therapie relevante personen alert te blijven op tekort in sociale vaardigheden dat na verloop van tijd wederom de kop kan opsteken
- 3.2.2.4.5. de therapeut vraagt de omgeving een bijdrage te leveren tijdens het stabiliseren van de resultaten
- 3.2.2.4.6. de therapeut bespreekt met hen hoe de omgeving hem kan stimuleren en helpen zijn sociale vaardigheden te behouden en/of te vergroten
- 3.2.2.4.7. de therapeut wijzigt tijdens deze fase van de therapie de therapeutische attitude van therapeutisch in coachend
- 3.2.2.4.8. de therapeut vermindert in overleg met het kind en de voor de therapie relevante personen de frequentie van de



therapiebijeenkomsten of schakelt over naar een volgend onderdeel van de therapie

- 3.2.2.4.9. de therapeut maakt, indien de therapie wordt beëindigd, controleafspraken gedurende 2 jaar

### 3.2.3. *Chronisch stotteren bij jongeren/volwassenen*

#### **3.2.3.1. Motiveren**

- 3.2.3.1.1. de therapeut geeft de jongere/volwassene inzicht in aspecten van de sociale component die een rol spelen bij spreken en stotteren in het algemeen
- 3.2.3.1.2. de therapeut geeft hem inzicht over aspecten van de sociale component die een rol spelen bij het (stotterend) spreken
- 3.2.3.1.3. de therapeut geeft hem inzicht in het belang van verandering van de sociale component in relatie tot verandering van de controle over de cognitieve, emotionele en verbaalmotorische component
- 3.2.3.1.4. de therapeut geeft hem inzicht in de wijze waarop de sociale component in de behandeling zal worden betrokken
- 3.2.3.1.5. de therapeut motiveert de jongere/volwassene actief te participeren in de therapie
- 3.2.3.1.6. de therapeut vraagt de jongere/volwassene de informatie over de training sociale vaardigheden te bespreken met zijn omgeving
- 3.2.3.1.7. de therapeut bespreekt met de jongere/volwassene wat de rol van de omgeving kan zijn en hoe zij hem kunnen helpen
- 3.2.3.1.8. de therapeut geeft de jongere/volwassene informatie van de Nederlandse Federatie Stotteren en de cliëntenvereniging Demosthenes en wijst hen op het bestaan van contactgroepen

#### **3.2.3.2. Modifieren**

- 3.2.3.2.1. de therapeut geeft de jongere/volwassene inzicht in de stappen van de sociale training: identificeren, discrimineren en modifieren van sociale vaardigheden
- 3.2.3.2.2. de therapeut geeft de jongere/volwassene inzicht in de wijze waarop hij zijn sociale vaardigheden kan identificeren

- 3.2.3.2.3. de therapeut geeft de jongere/volwassene inzicht in hoe hij zichzelf ziet in zijn omgeving
- 3.2.3.2.4. de therapeut laat de jongere/volwassene onderzoeken hoe zijn omgeving denkt over stotteren
- 3.2.3.2.5. de therapeut geeft de jongere/volwassene inzicht in sociale vaardigheden en hoe er aan gewerkt kan worden
- 3.2.3.2.6. de therapeut leert de jongere/volwassene hoe hij sociale vaardigheden kan discrimineren
- 3.2.3.2.7. de therapeut leert het kind hoe hij reeds aanwezige sociale vaardigheden bij zichzelf kan bekrachtigen
- 3.2.3.2.8. de therapeut geeft de jongere/volwassene inzicht hoe hij sociale vaardigheden kan oefenen in dagelijkse sociale situaties

### **3.2.3.3. Transfer**

- 3.2.3.3.1. de therapeut geeft de jongere/volwassene inzicht in het belang van een gestructureerde transfer van het geleerde
- 3.2.3.3.2. de therapeut activeert de zelfverantwoordelijkheid, zelfwerkzaamheid
- 3.2.3.3.3. de therapeut geeft inzicht in verschillende communicatiesituaties
- 3.2.3.3.4.** de therapeut vraagt hem alle communicatiesituaties te rubriceren
- 3.2.3.3.5. de therapeut geeft hem inzicht in een hiërarchie
- 3.2.3.3.6. de therapeut vraagt hem per rubriek een hiërarchie te bepalen
- 3.2.3.3.7. de therapeut legt hem de principes van SMART uit
- 3.2.3.3.8. de therapeut bepaalt samen met hem in welke volgorde hij het geleerde onder 3.2.3.2. in de praktijk kan brengen

- 3.2.3.3.9. de therapeut gaat samen met hem na of er nog niet gesignaleerde valkuilen zijn die het succesvol toepassen in de praktijk kunnen belemmeren
- 3.2.3.3.10. de therapeut evalueert samen met hem de resultaten en stuurt indien nodig bij

#### **3.2.3.4. Stabiliseren**

- 3.2.3.4.1. de therapeut geeft de jongere/volwassene inzicht in het belang van stabilisatie van de sociale vaardigheden
- 3.2.3.4.2. de therapeut blijft bij de jongere/volwassene de zelfverantwoordelijkheid, zelfwerkzaamheid en zelfcontrole activeren
- 3.2.3.4.3. de therapeut stelt met hem een SMART-plan op om de resultaten te behouden en indien nodig te verbeteren
- 3.2.3.4.4. de therapeut stimuleert hem en de voor de therapie relevante personen alert te blijven op tekort in sociale vaardigheden dat na verloop van tijd wederom de kop op kan steken
- 3.2.3.4.5. de therapeut vraagt de omgeving een bijdrage te leveren tijdens het stabiliseren van de resultaten
- 3.2.3.4.6. de therapeut bespreekt met hem hoe de omgeving hem kan stimuleren en helpen zijn sociale vaardigheden te behouden en/of te vergroten
- 3.2.3.4.7. de therapeut wijzigt tijdens deze fase van de therapie de therapeutische attitude van therapeutisch in coachend
- 3.2.3.4.8. de therapeut vermindert in overleg met de jongere/volwassene en de voor de therapie relevante personen de frequentie van de therapiebijeenkomsten of schakelt over naar een volgend onderdeel van de therapie

3.2.3.4.9. de therapeut maakt, indien de therapie wordt beëindigd, controle-afspraken gedurende 2 jaar

## **4. Stottertherapie: onderdeel verbaal motorische component**

### *4.1. Inleiding*

Na het adviesgesprek, waarin de onderzoeksresultaten zijn besproken en de behandeldoelen zijn bepaald, begint de therapeut met het motiveren van de cliënt en/of de voor behandeling relevante personen waarbij hij inzicht verschaft in de in standhoudende of versterkende aspecten van de verbaal motorische component. Vervolgens zal hij de stappen van dit onderdeel van de stottertherapie, alsmede samenhang met en prioritering van de cognitieve, emotionele en sociale component bespreken. Ook zal de therapeut het belang van een gestructureerde transfer van het geleerde en stabilisatie van de resultaten met hen bespreken en vragen hierover beantwoorden.

De therapeut baseert de inhoud en snelheid van de informatie en de te volgen stappen in de therapie niet alleen op de geconstateerde problematiek, maar ook op de leeftijd en karakter van het kind/cliënt, de (on)mogelijkheden van het kind/de cliënt, de gezinssituatie, de omgeving en andere relevante achtergrondinformatie.

### *4.2. Stotteren bij (zeer) jonge kinderen*

#### *4.2.1. Indirecte therapie*

##### **4.2.1.1. Motiveren**

4.2.1.1.1 De therapeut informeert de ouders en de voor de therapie relevante personen over stotter uitlokkende factoren in het kind.

4.2.1.1.2 De therapeut informeert hen over stotter uitlokkende factoren uit de omgeving van het kind.

4.2.1.1.3 De therapeut informeert hen over vloeiendheidsbevorderende aspecten die een rol spelen bij het spreken van hun kind.

4.2.1.1.4 De therapeut informeert hen over vloeiendheidsbelemmerende factoren

- 4.2.1.1.5. De therapeut schat na de informatiefase in hoe groot het draagvlak bij hen is voor de therapie.
- 4.2.1.1.6. De therapeut vraagt hen medewerking om een bijdrage te leveren aan het vergroten van de verbaal motorische vaardigheden van het kind.

#### **4.2.1.2.      Modificeren**

- 4.2.1.2.1. De therapeut laat aan de ouders en de voor de therapie relevante personen zien hoe stotteronvloeiendheden in de eigen spraak kunnen worden benoemd.
- 4.2.1.2.2. De therapeut traint hen stotteronvloeiendheden in de eigen spraak te gebruiken.
- 4.2.1.2.3. De therapeut laat hen afhankelijk van de leeftijd van het kind de aanpassingen ten aanzien van de verbaal motorische component zien.
- 4.2.1.2.4. De therapeut geeft hen inzicht hoe het spontaan vloeiend spreken van het kind te stimuleren

#### **4.2.1.3.      Transfer**

- 4.2.1.3.1. De therapeut geeft de voor de behandeling relevante personen inzicht in het belang van een gestructureerde transfer van het geleerde in verschillende communicatiesituaties.
- 4.2.1.3.2. De therapeut vraagt hen alle communicatieve situaties te rubriceren.
- 4.2.1.3.3. De therapeut geeft hen inzicht in een hiërarchie.
- 4.2.1.3.4. De therapeut vraagt hen per rubriek een hiërarchie te bepalen.

- 4.2.1.3.5. De therapeut stelt met hen een SMART-plan op om het spontaan vloeiend spreken van het kind aan de hand van de opgestelde hiërarchie te stimuleren.
- 4.2.1.3.6. De therapeut gaat samen met hen na of er in de praktijk nog niet gesignaleerde valkuilen zijn die het succesvol stimuleren van spontaan vloeiend spreken van het kind kunnen belemmeren.
- 4.2.1.3.7. De therapeut evalueert met hen de resultaten en stuurt indien nodig bij.

#### **4.2.1.4. Stabiliseren**

- 4.2.1.4.1. De therapeut geeft de ouders en de voor de therapie relevante personen inzicht in het belang van stabilisatie van de verbaal motorische vaardigheden.
- 4.2.1.4.2. De therapeut blijft bij hen de zelfverantwoordelijkheid en zelfwerkzaamheid activeren.
- 4.2.1.4.3. De therapeut stelt met hen een SMART-plan op om de resultaten te behouden indien nodig te verbeteren.
- 4.2.1.4.4. De therapeut vermindert in overleg met hen de frequentie van de therapiebijeenkomsten.
- 4.2.1.4.5. De therapeut maakt, indien de therapie wordt beëindigd, controle afspraken gedurende 2 jaar.

#### *4.2.2. Directe therapie*

##### **4.2.2.1. Motiveren**

- 4.2.2.1.1 De therapeut informeert het kind en de voor de therapie relevante personen over aspecten van de verbaal motorische component die een rol spelen bij spreken en stotteren in het algemeen.



- 4.2.2.1.2 De therapeut informeert het kind en zijn omgeving over aspecten van de verbaal motorische component die een rol spelen in het spreken van het kind.
- 4.2.2.1.3 De therapeut informeert het kind en zijn omgeving over het belang van verandering van de verschillende aspecten van de verbaal motorische component in relatie tot verandering van het spreken van het kind.
- 4.2.2.1.4 De therapeut informeert het kind en zijn omgeving over de wijze waarop de verbaal motorische component in de behandeling zal worden betrokken.
- 4.2.2.1.5 De therapeut schat in hoe groot het draagvlak bij het kind en de voor de therapie relevante personen is om een bijdrage te leveren aan het vergroten van de verbaal motorische vaardigheden van het kind.
- 4.2.2.1.6 De therapeut vraagt medewerking aan het kind en zijn omgeving om een bijdrage te leveren aan het vergroten van de verbaal motorische vaardigheden van het kind en geeft aan wat de rol van de betrokken personen zal zijn en wat van hen wordt verwacht.

#### **4.2.2.2. Modifieren**

- 4.2.2.2.1 De therapeut, het kind en zijn omgeving identificeren aspecten van de verbaal motorische component in het algemeen.
- 4.2.2.2.2 De therapeut, het kind en zijn omgeving identificeren de aspecten van de verbaal motorische component die specifiek een rol spelen in de communicatie met het kind.
- 4.2.2.2.3 De therapeut geeft inzicht in de relevante fonologische, fonetische en oraal motorische vaardigheden van het kind.
- 4.2.2.2.4 De therapeut traint relevante fonologische, fonetische en oraal motorische vaardigheden met het kind.
- 4.2.2.2.5 De therapeut geeft inzicht in relevante linguïstische vaardigheden in de taalvorm van het kind.

4.2.2.2.6 De therapeut traint relevante linguïstische vaardigheden met het kind.

### **4.2.2.3 Transfer**

4.2.2.3.1 De therapeut bepaalt samen met het kind en zijn omgeving welke vloeiendheidsbevorderende technieken in de dagelijkse communicatiesituaties worden toegepast

4.2.2.3.2 De therapeut vraagt hen alle communicatie situaties te rubriceren

4.2.2.3.3 De therapeut geeft hen inzicht in de hiërarchie.

4.2.2.3.4 De therapeut helpt hen per rubriek een hiërarchie te bepalen.

4.2.2.3.5 De therapeut stelt samen met hen een SMART-plan op om de vloeiendheidsbevorderende technieken volgens de hiërarchie toe te passen.

4.2.2.3.6 De therapeut bepaalt met hen hoe de uitvoering, ervaring en het resultaat geregistreerd worden.

4.2.2.3.7 De therapeut gaat na of er nog niet gesignaleerde valkuilen zijn die in de praktijk het succesvol toepassen van het gewijzigde spreekgedrag kunnen belemmeren.

4.2.2.3.8 De therapeut formuleert met hen oplossingen voor de gesignaleerde valkuilen.

4.2.2.3.9 De therapeut begeleidt hen het gewijzigde spreekgedrag in dagelijkse situaties systematisch toe te passen.

### **4.2.2.4 Stabiliseren**

4.2.2.4.1. De therapeut informeert het kind en zijn omgeving over het belang van het proces van stabilisatie van het gewijzigde spreekgedrag.

- 4.2.2.4.2. De therapeut blijft bij het kind de zelfverantwoordelijkheid, zelfwerkzaamheid en zelfcontrole activeren.
- 4.2.2.4.3. De therapeut stelt met het kind en zijn omgeving een SMART-plan op om de resultaten te behouden en indien nodig te verbeteren.
- 4.2.2.4.4. De therapeut wijzigt in deze fase van de therapie de therapeutische attitude van therapeutisch in coachend.
- 4.2.2.4.5. De therapeut vermindert in overleg met het kind en de voor de therapie relevante personen de frequentie van de therapie-bijeenkomsten.
- 4.2.2.4.6. De therapeut maakt indien de therapie wordt beëindigd, controle-afspraken gedurende 2 jaar.

### **4.3** *Gevorderd stotteren bij kinderen*

#### **4.3.2** **Motiveren**

- 4.3.2.2 de therapeut geeft het kind inzicht in aspecten van de verbaal motorische component die een rol spelen bij spreken en stotteren in het algemeen.
- 4.3.2.3 de therapeut geeft het kind inzicht in aspecten van de verbaal motorische component die een rol spelen in het spreken van het kind.
- 4.3.2.4 de therapeut geeft het kind inzicht in het belang van verandering van de verschillende aspecten van de verbaal motorische component in relatie tot verandering van het spreken van het kind.
- 4.3.2.5 de therapeut informeert het kind over de wijze waarop de verbaal motorische component in de behandeling zal worden betrokken en wat het te verwachten einddoel in termen van vloeiendheid is: makkelijker spreken/stotteren, gecontroleerde vloeiendheid of spontane vloeiendheid.
- 4.3.2.6 de therapeut schat, na het informeren over de verbaal motorische component, in hoe groot het draagvlak bij de voor de behandeling relevante personen is om een bijdrage te leveren aan het vergroten van de verbaal motorische vaardigheden van het kind.
- 4.3.2.7 de therapeut motiveert de voor de behandeling relevante personen om een bijdrage te leveren aan het vergroten van de verbaal motorische vaardigheden van het kind door vragen over de gegeven informatie te beantwoorden, eventuele bezwaren te bespreken, en concrete voorbeelden te geven van wat van de betrokken personen wordt verwacht
- 4.3.2.8 de therapeut vraagt medewerking aan de voor de behandeling relevante personen om een bijdrage te leveren aan het vergroten van de verbaal motorische vaardigheden van het kind en geeft aan

wat de rol van de betrokken personen zal zijn en wat van hen wordt verwacht.

### **4.3.3 Modificeren**

- 4.3.3.2 de therapeut en de voor de behandeling relevante personen identificeren aspecten van de verbaal motorische component in het algemeen.
- 4.3.3.3 de therapeut, het kind en de voor het resultaat van de behandeling noodzakelijke personen identificeren aspecten van de verbaal motorische component die specifiek een rol spelen in de communicatie met het kind.
- 4.3.3.4 de therapeut traint Vloeiendheid Bevorderende Technieken (FEB's / FIG's) met het kind, afhankelijk van de diagnostiek en de fase van de therapie
- 4.3.3.5 de therapeut traint Stotter Modificatie Technieken met het kind, afhankelijk van de diagnostiek en de fase van de therapie
- 4.3.3.6 de therapeut traint Fluency Shaping Technieken met het kind, afhankelijk van de diagnostiek en de fase van de therapie
- 4.3.3.7 de therapeut traint een combinatie van Fluency Shaping en Stotter Modificatie Technieken met het kind afhankelijk van de diagnostiek en de fase van de therapie
- 4.3.3.8 de therapeut hanteert bij de training een oefenhiërarchie van eenvoudig naar moeilijk en zorgt voor voldoende herhaling van het nieuw te leren gedrag.
- 4.3.3.9 de therapeut traint relevante fonetische, fonologische of oraal motorische vaardigheden van het kind.
- 4.3.3.10 de therapeut traint relevante linguïstische vaardigheden van het kind

#### **4.3.4 Transfer**

- 4.3.4.2 de therapeut bepaalt samen met het kind en de voor het resultaat van de behandeling relevante personen welke spreektechniek in het dagelijks leven wordt toegepast
- 4.3.4.3 de therapeut, het kind en de voor het resultaat van de behandeling noodzakelijke personen bepalen in welke situaties de spreektechniek wordt toegepast
- 4.3.4.4 de therapeut, het kind en de voor het resultaat van de behandeling noodzakelijke personen bepalen hoe uitvoering, ervaring, resultaat geregistreerd wordt
- 4.3.4.5 de therapeut gaat na of er nog niet gesignaleerde valkuilen zijn die succesvol toepassen in de praktijk van het gewijzigde spreekgedrag kunnen belemmeren
- 4.3.4.6 de therapeut, kind en andere betrokken personen formuleren oplossingen voor de gesignaleerde valkuilen
- 4.3.4.7 de therapeut evalueert met het kind en de betrokken personen uitvoering, ervaring en resultaat van het toegepaste spreekgedrag en bepaalt samen met kind en omgeving de vervolgstap.
- 4.3.4.8 de therapeut begeleidt kind en betrokken personen bij het systematisch uitbreiden van het toepassen van de spreektechniek in het dagelijks leven.

#### **4.3.5 Stabiliseren**

- 4.3.5.2 de therapeut geeft het kind en de voor de behandeling relevante personen inzicht in het belang van stabilisatie van de spraak motorische wijziging
- 4.3.5.3 de therapeut blijft bij het kind de zelfverantwoordelijkheid, zelfwerkzaamheid en zelfcontrole activeren

- 4.3.5.4 de therapeut stelt met het kind een SMART-plan op om de resultaten te behouden en indien nodig te verbeteren
- 4.3.5.5 de therapeut stimuleert het kind en de voor de therapie relevante personen alert te blijven op wijzigingen in het spreekgedrag die na verloop van tijd de kop op kunnen steken
- 4.3.5.6 de therapeut vraagt de omgeving een bijdrage te leveren tijdens het stabiliseren van de resultaten
- 4.3.5.7 de therapeut bespreekt met hen hoe de omgeving het kind kan stimuleren en helpen het gewijzigde spreekgedrag te behouden en/of te vergroten
- 4.3.5.8 de therapeut wijzigt tijdens deze fase van de therapie de therapeutische attitude van therapeutisch in coachend
- 4.3.5.9 de therapeut vermindert in overleg met het kind en de voor de therapie relevante personen de frequentie van de therapiebijeenkomsten of schakelt over naar een volgend onderdeel van de therapie
- 4.3.5.10 de therapeut maakt, indien de therapie wordt beëindigd, controle-afspraken gedurende 2 jaar

#### 4.4 *Chronisch stotteren bij jongeren/volwassenen*

##### **4.4.2 Motiveren**

- 4.4.2.2 De therapeut geeft de jongere/volwassene inzicht in aspecten van de verbaal motorische component die een rol spelen bij spreken en stotteren in het algemeen.
- 4.4.2.3 De therapeut geeft de jongere/volwassene inzicht in aspecten van de verbaal motorische component die een rol spelen bij zijn (stotterend)spreek
- 4.4.2.4 De therapeut geeft hem inzicht in het belang van verandering van aspecten van de verbaal motorische component in relatie tot de cognitieve-, emotionele- en sociale componenten. De therapeut geeft hem inzicht in de wijze waarop de verbaal motorische component in de behandeling zal worden betrokken en wat het te verwachten einddoel is in termen van vloeiendheid: makkelijker spreken/stotteren of gecontroleerde vloeiendheid
- 4.4.2.5 De therapeut motiveert de jongere/volwassene actief te participeren in het proces van het vergroten van zijn verbaal motorische vaardigheden
- 4.4.2.6 De therapeut vraagt de jongere/volwassene de informatie over de verbaal-motorische training te bespreken met zijn omgeving
- 4.4.2.7 De therapeut bespreekt met de jongere/volwassene wat de rol van de omgeving kan zijn en hoe zij hem kunnen helpen
- 4.4.2.8 De therapeut stimuleert de jongere/volwassene om mensen uit zijn omgeving te motiveren een bijdrage te leveren aan het vergroten van zijn verbaal motorische vaardigheden: de jongere/volwassene geeft aan wat de rol van de betrokken personen zal zijn en wat van hen wordt verwacht.
- 4.4.2.9 De therapeut geeft hem en de voor de behandeling relevante personen informatie van de Nederlandse Federatie Stotteren en de cliëntenvereniging Demosthenes en wijst hem op het bestaan van contactgroepen



### **4.4.3 Modificeren**

- 4.4.3.2 De therapeut geeft de jongere/volwassene inzicht in de stappen van de verbaalmotorische training: aanleren, modificeren, stabiliseren
- 4.4.3.3 De therapeut biedt, afhankelijk van de diagnostiek en de fase in de therapie, vloeiendheid bevorderende technieken aan
- 4.4.3.4 De therapeut biedt, afhankelijk van de diagnostiek en de fase in de therapie, stottermodificatietechnieken aan
- 4.4.3.5 De therapeut biedt, afhankelijk van de diagnostiek en de fase in de therapie, Fluency Shaping Technieken aan
- 4.4.3.6 De therapeut biedt, afhankelijk van de diagnostiek en de fase in de therapie, Fluency Shaping Technieken en Modificatietechnieken geïntegreerd aan
- 4.4.3.7 De therapeut geeft hem inzicht in een oefenhiërarchie
- 4.4.3.8 De therapeut vraagt hem per rubriek een hiërarchie te bepalen
- 4.4.3.9 De therapeut legt hem de principes van SMART uit
- 4.4.3.10 De therapeut bepaalt samen met hem in welke volgorde hij het geleerde onder 4.2.2.2. t/m 4.2.2.5. in de praktijk kan brengen
- 4.4.3.11 De therapeut bespreekt met de jongere / volwassene hoe de omgeving hem kan stimuleren en helpen de verbaal motorische training toe te passen in de praktijk
- 4.4.3.12 De therapeut stimuleert de jongere/volwassene mensen uit zijn omgeving te vragen een bijdrage te leveren aan het toepassen in de praktijk van het geleerde

- 4.4.3.13 De therapeut gaat samen met hem na of er nog niet gesignaleerde valkuilen zijn die succesvol toepassen in de praktijk van de verbaal motorische training kunnen belemmeren
- 4.4.3.14 De therapeut evalueert samen met hem en de voor de therapie relevante personen de resultaten en stuurt indien nodig bij

#### **4.4.4 Transfer**

- 4.4.4.2 De therapeut bepaalt samen met de jongere/volwassene welke soort spreektechniek in het dagelijks leven wordt toegepast
- 4.4.4.3 De therapeut begeleidt hem bij het bepalen in welke situaties de spreektechniek wordt toegepast
- 4.4.4.4 De therapeut biedt, afhankelijk van de eigen competentie, van de mogelijkheden van diens praktijk, en afhankelijk van de therapie fase van de jongere/volwassene de mogelijkheid om de spreektechniek systematisch uit te breiden en toe te passen
- 4.4.4.5 De therapeut coacht de jongere/volwassene hoe hij uitvoering, ervaring, resultaat van de transfer kan registreren
- 4.4.4.6 De therapeut gaat na of er nog niet gesignaleerde valkuilen zijn die succesvol toepassen in de praktijk van de training van de spreektechnieken kunnen belemmeren
- 4.4.4.7 De therapeut begeleidt de jongere/volwassene en de betrokken personen bij het systematisch uitbreiden van het toepassen van de spreektechniek in het dagelijks leven

#### **4.4.5 Stabiliseren**

- 4.4.5.2 De therapeut geeft de jongere/volwassene inzicht in het belang van stabilisatie van de geleerde verbaal motorische vaardigheden
- 4.4.5.3 De therapeut geeft de jongere/volwassene inzicht in het belang van onderhoud van de verbaal motorische controle
- 4.4.5.4 De therapeut blijft bij de jongere/volwassene de zelfverantwoordelijkheid, zelfwerkzaamheid en zelfcontrole activeren
- 4.4.5.5 De therapeut stelt met hem een SMART-plan op om de resultaten te behouden en indien nodig te verbeteren
- 4.4.5.6 De therapeut vraagt de jongere/volwassene de informatie over de stabilisatiefase met zijn omgeving te bespreken
- 4.4.5.7 De therapeut stimuleert hem mensen uit zijn omgeving te betrekken in de therapie met als doel een bijdrage te leveren aan het behouden en/of vergroten van verbaal motorische zelfcontrole
- 4.4.5.8 De therapeut bespreekt met hem wat de rol van de omgeving kan zijn en hoe zij hem kunnen stimuleren en helpen zijn verbaal motorische zelfcontrole te behouden en/of te vergroten
- 4.4.5.9 De therapeut stimuleert hem alert te blijven op terugval van zijn spraakcontrole die na verloop van tijd wederom de kop op kan steken
- 4.4.5.10 De therapeut wijzigt tijdens deze fase van de verbaal motorische training de therapeutische attitude van therapeutisch in coachend
- 4.4.5.11 De therapeut vermindert in overleg met de jongere/volwassene de frequentie van de therapiebijeenkomsten of schakelt over naar een ander onderdeel van de therapie
- 4.4.5.12 De therapeut maakt, indien de therapie wordt beëindigd, controleafspraken gedurende 2 jaar

4.4.5.13 De therapeut informeert de jongere/volwassene en diens omgeving over de mogelijkheid van deelname aan zelfhulpgroepen als ondersteuning voor het zelfstandig bijhouden van de verbaal motorische controle

