

Het jonge stotterende kind

De diagnose stotteren wordt meestal het eerst door de ouders gesteld. Door de huisarts wordt deze diagnose vaak niet ernstig genomen vanuit de wijdverbreide mening dat aan het stotteren van een jong kind beter geen aandacht geschonken kan worden. Meer dan 20 procent van de kinderen bij wie stotteren is gesignaleerd, ontwikkelt zich tot stotteraar. Door een goede begeleiding van ouders kan dit percentage worden teruggedrongen.

Inleiding

Een moeder komt bij de huisarts met de woorden: 'Ik denk dat mijn zoon Marc stottert en mijn man en ik zijn bang dat hij hiermee later moeilijkheden zal krijgen'. De dokter, die het vierjarige kind kortgeleden heeft onderzocht, heeft toen geen speciale stotterverschijnselen opgemerkt. Wel realiseert hij zich dat het kind tijdens het onderzoek bijna niet heeft gesproken. Hij reageert vanuit een eerder opgedane ervaring met stotteren: 'Marc is nog zo jong. U hoeft zich over zijn stotteren niet bezorgd te maken. Het gaat vanzelf over. Veel kinderen stotteren op die leeftijd'. Misschien denkt de arts dat de moeder zich te bezorgd maakt. In ieder geval is de zaak verder voor hem afgedaan.

Met een dergelijke situatie zal een huisarts niet frequent, maar wel regelmatig geconfronteerd worden. Volgens verschillende onderzoeken in de Verenigde Staten en in een aantal Europese landen (jammer genoeg niet in Nederland) stottert om en nabij 1 procent van de schoolkinderen.¹ Dat percentage geldt voor alle lagere schoolklassen. Op de middelbare school neemt het af tot ongeveer 0,8 procent. Het aantal kinderen dat ooit gestotterd heeft, ligt tussen de 3 en 15 procent. Deze percentages lopen zo uiteen, doordat het bijna altijd om retrospectief verzamelde gegevens gaat, met alle onbetrouwbaarheid van dien.

Op het moment dat ouders bezorgd worden om het stotteren van hun kind, is het van belang dat hieraan aandacht

wordt geschonken. In de regel is de diagnose die ouders van het stotteren van hun kind stellen reëel. Op grond van onderzoek 'zijn er zeer sterke aanwijzingen dat er duidelijke verschillen in vloeiendheid zijn tussen de groep kinderen die door hun ouders aangeduid worden met beginnend stotteren en de groep kinderen die door hun ouders als normaal sprekend worden aangeduid'.² Zelfs indien de diagnose van de ouders niet zou kloppen, verdient het aanbeveling de bezorgdheid van de ouders ernstig te nemen. Weliswaar gaat 50-80 procent van de kinderen bij wie stotteren wordt gesignaleerd, zonder professionele bemoeienis vloeiend spreken, maar de overige 20-50 procent ontwikkelt zich tot stotteraar.^{1 3 4} Ook deze marge is zo ruim doordat het voornamelijk om retrospectief verzamelde gegevens gaat.

Een goede begeleiding van ouders en kind kan deze 20-50 procent terugdringen. Bovendien bestaat er meer kans op volledige genezing als op tijd wordt ingegrepen.³ Bij kinderen is de spraakontwikkeling rond het achtste jaar zodanig voltooid dat eventuele 'foutieve' gewoonten er moeilijker uit te krijgen zijn.

In het enige longitudinale onderzoek dat ooit is gedaan op het gebied van de ontwikkeling van stotteren, komt naar voren dat kinderen die in de kleuterleeftijd (3-5 jaar) beginnen te stotteren, 50 procent kans hebben om snel te herstellen. Hetzelfde geldt voor kinderen die na hun zevende jaar beginnen te stotteren. Maar als een kind op jonge leeftijd begint te stotteren en het probleem bestaat nog steeds wanneer het kind 5,5 à 6,5 jaar oud is, dan is er een grote kans dat het stotteren chronisch wordt.⁵ 'Het lijkt alsof er een kritische periode is ergens tussen het vijfde en zevende jaar waarin de spreekgewoonte automatiseert, waardoor het moeilijk is de spreekgewoonte te veranderen'.³

Diagnose

Ieder individu spreekt weleens niet-vloeiend, met pauzes, herhalingen van klanken of woorden en dergelijke. Dat

is een normaal verschijnsel en wordt in de regel niet opgemerkt. Wij willen de term stotteren hier ook voor deze normale niet-vloeiendheden in de spraak gebruiken. Deze keuze houdt in dat wij accepteren dat normaal, niet pathologisch stotteren bij iedere spreker wel eens voorkomt.

Waar men de grens legt tussen normaal en pathologisch stotteren, is tamelijk willekeurig. Een grens is moeilijk te trekken, omdat vele factoren een rol spelen. Voor de diagnose pathologisch stotteren moet de arts niet alleen de aard van de stottergedragingen in de beschouwing betrekken, maar ook de frequentie ervan. Verder moet hij kijken in hoeverre mensen uit de omgeving van het kind of het kind zelf in staat zijn spreekfouten te accepteren. Tenslotte kijkt hij naar de gedragingen die het kind vertoont als bijverschijnsel van het stotteren.

Aard van de stottergedragingen

In *tabel 1* geven wij een overzicht van verschillende hoorbare stotters in de spraak van volwassenen en kinderen. De luisteraar zal herhalingen van een lettergreepige woorden (bijvoorbeeld ik ik ik) minder vaak als stotteren aanduiden dan haperingen binnen het woord (bijvoorbeeld ssssschool). In vroege stadia van stotteren vertoont de spraak van kinderen vaker een klankherhaling of een lettergreepherhaling dan een klankverlenging. Wanneer klankverlengingen in de spraak voorkomen, schijnt het stotteren in een verder gevorderd stadium te zijn dan wanneer het kind alleen met herhalingen spreekt. Wij denken dat het ene stottergedrag zich ontwikkelt uit het voorgaande, doordat het kind het vorige onbewust probeert te niet te doen.

De eerste kolom van *tabel 2* geeft verschillende stadia van de stotterontwikkeling weer. Elk stadium wordt gezien als volgend op of ontwikkeld uit het vorige. Dat betekent dat een kind door zijn stotteren in te houden of te vermij-

Drs. L.M.C. Fischer, psychologe. In 1971-1987 als psycholoog-stottertherapeut verbonden aan de afdeling Foniatrie van het Academisch Ziekenhuis te Utrecht; thans werkzaam in eigen praktijk. A.F.P. Bertens, logopedist-stottertherapeut te Zutphen; in 1977-1987 als stottertherapeut verbonden aan het Logopedisch Centrum 'Hoensbroek' te Hoensbroek.

Correspondentie: Drs. L.M.C. Fischer, Nieuwstraat 51, 3732 DH De Bilt.

den, of door bang te zijn voor het stotteren in een ernstiger stadium terecht kan komen.

Frequentie

De frequentie van stotteren is bij normaal vloeiende sprekers laag: 1-3 procent van het totaal aantal uitgesproken woorden. Bij stotterende kinderen is deze frequentie hoger dan 3 procent. Bij jonge kinderen kan het stotteren periodiek voorkomen: het komt en gaat, en het probleem is nog niet geconsolideerd. In dat geval is het van belang na te gaan wanneer het stotteren vooral optreedt. Indien men daar zicht op heeft, kan de arts met de ouders bespreken hoe verandering kan worden gebracht in situaties die met stotteren zijn geassocieerd.

Accepteren van stotteren

Van belang is dat de omgeving en het kind zelf het stotteren kunnen accepteren. Geheimzinnig doen over het stotteren – de ‘conspiracy of silence’³ – kan leiden tot gespannenheid bij het kind, alsof het iets doet waarover maar liever niet wordt gesproken.

Observaties van niet-verbaal gedrag tijdens een gesprek met ouders en kind geven zinvolle informatie over de mate van acceptatie van spreekfouten. Om na te gaan hoezeer een kind zijn spreken als een probleem ervaart, is vooral oogcontact met de luisteraar een betrouwbare bron van informatie. Een kind dat meer dan 50 procent van het oogcontact verliest, vooral tijdens stottermomenten, zou zo goed als zeker last hebben van zijn stotteren.⁶

Bijverschijnselen

Als het stotteren in een verder gevorderd stadium terecht is gekomen, zien wij vaak bijverschijnselen optreden, zoals meebewegingen en spierspanningen in het gezicht, het hoofd, de armen en de benen. Ook observatie hiervan is belangrijk voor de diagnose. Een dergelijk gedrag behoort in ieder geval tot de pathologische stotterverschijnselen, evenals een sterke schaamte wegens het stotteren of vermijding van spreeksituaties, woorden of klanken (bijvoorbeeld zoeken naar synoniemen, zoals ‘voetbalclub’ in plaats van ‘Ajax’). Verwijzing is geïndiceerd.

Het stotterende kind

Een stotterend kind is met betrekking tot zijn fysieke of emotionele ontwikkeling niet afwijkend van zijn leeftijdgenoten. Ook indien een stotterend kind een neurologische afwijking zou hebben, lijkt er geen oorzaak-gevolg relatie tussen deze afwijking en het stotteren.

De stotterdeskundige is geïnteresseerd in de algehele spraakontwikkeling van het kind. Een aantal stotterende kinderen vertoont hierin enige vertraging of afwijking. Sommige stotterende kinderen schijnen moeite te hebben om snel en duidelijk gecompliceerde gedachten uit te drukken, met name op momenten van communicatieve stress. Ook zijn er stotterende kinderen die een vertraging vertonen in de ontwikkeling van de spraakmotorische vaardigheden. Een deel van hen bezit een extreem hoge intelligentie⁷⁻⁹ en vertoont een voor hun leeftijd extreem volwassen spraak en manier van denken. Het vloeiend uitdrukken van gedachten blijft dan achter.

Dit soort waarnemingen is bij stotterende kinderen gedaan, maar geen ervan is regel. Stotterende kinderen zijn even verlegen, brutaal, onzeker of zelfverzekerd als vloeiend sprekende kinderen. Met andere woorden: het is no-

dig dat ieder kind afzonderlijk wordt bekeken.

Op grond van klinische observaties stellen *Riley and Riley* dat negen van de tien stotterende kinderen de neiging hebben te veel druk op de eigen prestaties te leggen. Zij zouden hun prestaties vergelijken met die van hun leeftijdgenoten en zijn niet tevreden met minder dan topprestaties.¹⁰ Ook wij hebben een dergelijk verschijnsel waargenomen, zij het soms in de vorm van overdreven onverschilligheid ten aanzien van de eigen (gebrekkige) prestaties.

Een te grote druk van de kant van de ouders is geen voldoende verklaring. *Riley and Riley* vonden bijvoorbeeld dat slechts de helft van de ouders een te grote druk op de prestaties van hun kind legden. Na een intensieve behandeling blijkt een aantal kinderen plotseling in staat tot veel hogere prestaties op school of elders dan tevoren het geval was. De te grote druk op de eigen prestaties zou een afspiegeling kunnen zijn van de ontevredenheid bij het kind over het onder de (eigen) maat blijven.

De nervositeit of verlegenheid die behandelaars vaak bij stotterende kinderen menen op te merken, is geen typisch kenmerk van het stotterende kind. Naar alle waarschijnlijkheid is verlegenheid of nervositeit tijdens het be-

Tabel 1 Verschillende soorten hoorbaar stottergedrag in de spraak van volwassenen en kinderen.

Soort stotter	Binnen woorden	Tussen woorden	Voorbeelden
Klank- of lettergreepherhaling; herhaling van gedeelte van woord	x		pe-pe-peren; me-me-mag ik in de boeken-boekenkast; een lief poe-poesje.
Verlenging van een klank	x		mmmmmmag ik een koekje?; sssschool; ggggrote mensen.
Gebroken woord (blokkade) of pauze in het woord	x		ik b-(pauze)-en groot; a-(pauze)ajax.
Herhaling van eenlettergrep woord	x	x	ik ik ik ga naar school; maar maar maar dat kan wel.
Herhaling van meerlettergrep woord		x	boven boven op de trap; morgen morgen is het zondag.
Herhaling van zinsdeel		x	ik ben ik ben thuis; waar is, waar is de koffie?
Tussenvoegsel		x	in de eh.. kerk; hij heet, weet je wel, Ben.
Zinsrevisie		x	zij is, zij was hier; ik ben toen, ik heb me toen..

zoek aan de arts slechts een tijdelijke reactie op de stressvolle situatie. Het kind kan het bezoek zien als een testsituatie waarin een spreekprestatie geleverd moet worden. Bij nadere kennis-making zijn stotterende kinderen even zelfverzekerd of verlegen als niet stotterende kinderen.

Omgeving

De gezinnen waarin de stotterende kinderen worden grootgebracht, zijn qua opleidingsniveau en sociaal-economische status even uiteenlopend als die waarin vloeiend sprekende kinderen worden grootgebracht.^{1 3}

De omgeving van het stotterende kind is echter wél van invloed op de manier waarop het stotteren zich ontwikkelt. De ouders zijn natuurlijk niet degenen die het stotteren veroorzaken, maar hun gedrag is een factor bij het in stand houden, ontwikkelen of verergeren van stotteren. Zusjes, broertjes, an-

dere familieleden en later klasgenoten en onderwijzers spelen ook een rol, maar deze is bij jonge kinderen kleiner dan de rol van de ouders. Onderzoek naar attitudes van ouders van stotterende kinderen heeft uitgewezen dat deze ouders hun kind expliciet of impliciet de boodschap geven dat spreken iets moeilijks is, waar je je best voor moet doen en wat zich tijdig en volmaakt moet ontwikkelen. Verder zouden moeders van stotterende kinderen kiezen voor een verborgen verwerpen en een open acceptatie van hun kind.¹¹ De ouders van de vloeiend sprekende kinderen kozen voor het omgekeerde: een openlijk verwerpen of afkeuren en een meer verborgen acceptatie. Vaders zouden moeite hebben hun eisen terug te schroeven, indien hun stotterende kind niet aan bepaalde eisen voldeed.¹²

Dergelijke verschijnselen zijn moeilijk te observeren. Zij uiten zich op subtiele wijzen in dagelijkse omgang met het kind, in de manier van straffen

of in de manier van kijken. Daarnaast heeft het kind ook een actieve rol. Het is dan ook zinvol te kijken naar de interactie tussen ouder en kind. Indien bijvoorbeeld de moeder van het stotterende kind bang is dat het stotteren toeneemt, of dat het kind een driftbui krijgt of haar zijn liefde zal onthouden op momenten dat zij haar kind de waarheid zegt, krijgt het kind de kans de baas te spelen over de moeder, of erger: het gezin te tiranniseren. Deze moeders voelen zich niet vrij de dingen te doen of te zeggen die zij moeten doen: grenzen stellen aan het gedrag van hun kind. Ouderschap is een moeilijk en emotioneel beroep. De behandelende therapeut zal ervaring moeten hebben in het begeleiden van ouders, opdat dezen tijdens het bespreken van de opvoeding niet met schuldgevoelens worden opgescheept.

Hoewel erfelijke factoren een rol spelen bij stotteren,¹³ brengt deze kennis ons niet verder bij het begrijpen en behandelen van het probleem. Stotte-

Tabel 2 Stotterdiagnose, ouderbegeleiding en verwijzing.⁶

Spreekgedrag van kind: vier stadia van stotterontwikkeling	Gedrag van ouders en bezorgdheid van ouders	Voorgestelde handelwijze
1 Overwegend klank- of lettergreepherhalingen, normaal oogcontact met de luisteraar en weinig of geen klankverlengingen. Herhalingen vinden zonder spanningen plaats.	a lichte bezorgdheid wegens het stotteren; b een of beide ouders vertonen een hoog spreektempo; c een of beide ouders vertonen weinig of geen pauze tussen het einde van de uitgesproken zin van de spreker en het begin van hun eigen uit te spreken zin (beurt afwachten); d een of beide ouders geven regelmatig kritiek op de spraak en taal van het kind of op zijn andere gedrag.	a ouderbegeleiding en informatieuitwisseling rond normale ontwikkeling van een kind, met name spraak- en taalontwikkeling; b meegeven van geëigende literatuur of informatie materiaal; ¹⁴⁻¹⁶ c de arts blijft de spraak- en taalontwikkeling van het kind controleren; indien de klank- en lettergreepherhalingen na 3 maanden frequent en consistent blijven voorkomen, moet verwijzing naar stotterdeskundige worden overwogen.
2 Gelijke hoeveelheid klank- of lettergreepherhalingen en klankverlengingen met slecht oogcontact en tekenen van fysieke stress en inadequate beweging in hoofd, nek en bovenlichaam tijdens het spreken.	Bezorgdheid van de ouders wordt routine, alsmede een of meer verschijnselen als genoemd onder 1.	Pas behandelwijze toe als hierboven genoemd in 1a en b en neem in overweging het kind te verwijzen naar een stotterdeskundige, zonder controleperiode van 3 maanden.
3 Overwegend klankverlengingen, slecht oogcontact en frequent voorkomen van fysieke stress en bewegingen van hoofd, nek en bovenlichaam tijdens het spreken, vooral tijdens stottermomenten.	Idem als onder 2 genoemd, nu echter zal de bezorgdheid van de ouders meer in het oog springen en chronisch zijn, of de ouders zullen juist een reactie van ontkenning van het probleem gaan vertonen.	Overhandigen van geëigend leesmateriaal ¹⁴⁻¹⁶ en verwijzing naar stotterdeskundige voor onderzoek en eventueel voor behandeling.
4 Gedrag zoals onder 3 genoemd komt frequent voor en is overduidelijk en chronisch. Kind begint vrees en schaamte te uiten en vermijding van bepaalde woorden, klanken, mensen en spreesituaties.	Idem als onder 3.	Verwijzing naar stotterdeskundige.

ren komt voort uit een ingewikkeld samenspel tussen de omgeving van het stotterende kind en de erfelijk of anderszins bepaalde mogelijkheden die het kind heeft.

De omgevingsvariabelen zou je ook 'eisen' kunnen noemen. Het is belangrijk dat deze 'eisen' in balans zijn met de mogelijkheden die het kind bezit. Een voorbeeld van deze omgevingsvariabelen is de mate van gehaastheid en de daaruit volgende tijdsdruk die in het gezin heerst. Is er ruimte genoeg voor het kind om zijn gedachten uit te drukken en komt ieder lid van het gezin aan de beurt om zijn zegje te doen? Krijgt het kind voldoende gelegenheid om dagelijks onder vier ogen en in optimale concentratie met een van zijn ouders samen te zijn of samen te praten? En daarmee is dan niet samen TV-kijken bedoeld; op die momenten is de aandacht niet op elkaar, maar op de TV gericht.

De emotionele omgeving van het kind is belangrijk: indien er problemen zijn in het gezin, bijvoorbeeld een sterfgeval in de familie of huwelijksproblemen van de ouders, is van belang in welke zin het kind hierbij betrokken is.

Een te snel spreekt tempo van de ouders, een te ingewikkeld spraakgebruik of tweetaligheid kan voor sommige kinderen een te hoge 'eis' betekenen met betrekking tot hun mogelijkheden om de ouders na te volgen in de spraak. Ouders zijn immers een belangrijk spreekmodel voor het kind. Dit model mag niet te moeilijk zijn.

Tenslotte zal de arts moeten nagaan of de ouders naar de gegeven adviezen kunnen luisteren en deze kunnen opvolgen. Sommige ouders zullen zich bijvoorbeeld zorgen blijven maken over het stotteren van hun kind of hun kind blijven bekritisieren ('zeg het eens over', 'haal eens goed adem'), ook al hebben wij hen ervan proberen te overtuigen dat zij geen aandacht aan het stotteren moeten schenken en zich niet bezorgd hoeven te maken. Deze ouders hebben meer informatie nodig over het stotteren en meer aandacht en begeleiding van de arts of stottertherapeut.

Verwijzen

Stotteren is een complex verschijnsel. Voor de diagnose pathologisch stotteren moet men met verschillende factoren rekening houden. Tabel 2 geeft een

overzicht van wat wij de arts suggereren te doen in de schillende stadia van de stotterontwikkeling in combinatie met de reactie van de ouders in deze stadia. Het komt hierop neer dat wij de 'wacht-maar-af-methode' afraden. Het is nodig dat de arts meer doet in gevallen dat een kind verdachte stotter symptomen vertoont en ook zelfs als het kind geen verdachte stotter symptomen vertoont, maar de ouders bezorgd blijven.

Verwijzing kan het beste geschieden naar de afdelingen Stem- en Spraakstoornissen van de Academische Ziekenhuizen, de Logopedische Centra of vrijgevestigde stotterdeskundigen (logopedisten of psychologen die zich op kinder stotteren hebben gespecialiseerd). Het boekje 'Een overzicht van stottertherapieën in Nederland' bevat adressen en specialisatierichtingen van stottertherapeuten in Nederland. Het is te bestellen door f 10,- over te maken op gironummer 4151089 van de Stichting Voorlichting Stotteren in Den Haag. Voor informatie kan men ook terecht bij de Nederlandse Vereniging voor Stottertherapie, telefoon 015 - 615394, mevrouw Irene Louwers-Schmidt.

Wij raden de arts aan, bij voorkeur samen met de ouders, te zoeken naar de voor het kind meest geschikte therapeut, dat wil zeggen een therapeut die:

- ervaring heeft in vroegtijdige interventie van stotteren en in kinder stottertherapie;
- inzicht heeft in spraak- en stotterverschijnselen, en daarnaast kan observeren hoe het kind en zijn omgeving op elkaar inspelen, en die deze emotionele processen kan begeleiden; hieruit volgt dat deze therapeut in staat en in de gelegenheid moet zijn ouders en kind samen te behandelen.

¹ Bloodstein O. A handbook on stuttering. Chicago: National Easter Seal Society, 1981.

² Yairi E. The onset of stuttering in two and three year old children: a preliminary report. J Speech Hear Disord 1983; 48: 171-7.

³ Starkweather CW. Fluency and stuttering. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

⁴ Ingham RJ. Spontaneous remission of stuttering: when will the emperor realize he has no clothes on? In: Prins D, Ingham R, eds. Treatment of stuttering in early childhood. Methods and Issues. San Diego, Ca.: College Hill Press, 1983.

⁵ Andrews G, Harris M. The syndrome of stuttering. London: Heineman, 1964.

⁶ Conture EG. Youngsters who stutter: diagnosis, parent counseling and referral. Dev Behav Pediatr 1982; 3(3).

⁷ Johnson W. A study of the onset and development of stuttering. In: Johnson W, Luitenegger RR, eds. Stuttering in children and adults. Minneapolis: University of Minneapolis Press, 1955.

⁸ Darley FL. The relationship of parental attitudes and adjustments to the development of stuttering. In: Johnson W, Luitenegger RR, eds. Stuttering in children and adults. Minneapolis: University of Minneapolis Press, 1955.

⁹ McDowell ED. The educational and emotional adjustments of stuttering children. New York: Columbia University Teachers College, 1928.

¹⁰ Riley G, Riley J. Evaluation as a basis for invention. In: Prins D, Ingham R, eds. Treatment of stuttering in early childhood. Methods and issues. San Diego, Ca.: College Hill Press, 1983.

¹¹ Kinstler DB. Covert and overt maternal rejection in stuttering. J Speech Hear Disord 1961; 26(2): 145-55.

¹² Goldman R, Shames GH. Comparison of the goals that parents of stutters and parents of non-stutterers set for their children. J Speech Hear Disord 1964; 29(4): 381-9.

¹³ Kidd KK. Stuttering as a genetic disorder. In: Curlee RF, Perkins WH, eds. Nature and treatment of stuttering. New directions. London: Taylor and Francis, 1985.

¹⁴ Schoenaker ThJL, Versteegh-Vermeij EH. Stotterijofstotterik. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1985.

¹⁵ Blokhuis J. Als kinderen stotteren. Gesprekken met ouders. Rotterdam: Donker, 1987.

¹⁶ Ainsworth S, Fraser J. Stottert mijn kind? Een handleiding voor ouders. Amersfoort: De Horstink, 1984.

Nota bene

Dokters leven langer dan hun patiënten, maar hebben er, getuige hun hogere suïcidecijfers, niet meer plezier in.

Stelling bij: Mackenbach JP. Mortality and medical care [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1988.