

STOTTEREN

Informatie voor artsen

Wat is stotteren?

Stotteren is een communicatiestoornis die gekenmerkt wordt door een verstoring van de vloeiendheid in het spreken en die steeds op jonge leeftijd aanvangt; altijd voor de leeftijd van 9 jaar (piekperiode van aanvang: leeftijd 2-5 jaar). De incidentie van stotteren is 5% en de prevalentie 1%. Het komt vier keer meer voor bij jongens dan bij meisjes.

Nog al te vaak wordt aan ouders van stotterende kinderen meegedeeld dat 'elk kind zulk een periode doormaakt en dat dit normaal is'. De wetenschappelijke studies die aantonen dat dit onjuist is zijn ondertussen legio. Stotteren is een vloeiendheidsstoornis met specifieke kenmerken die niet behoren tot de normale spraak- en taalontwikkeling. Stotteren is doorgaans duidelijk te onderscheiden van zogenaamde '*normale*' *onvloeiendheden*. Ook vloeiend spreken is immers in wezen onvloeiend en wordt gekarakteriseerd door oponthoud omwille van stille en opgevolde pauzes ('euhm...'), zinshermeningen, tussenzinnen en verklarende opmerkingen. Die kunnen overvloedig aanwezig zijn in de spraak van jonge kinderen maar zijn geen stotteren. Kenmerkend voor deze normale onvloeiendheden is dat ze zich *tussen woorden* afspeelen en *functioneel* zijn. Ze worden a.h.w. *vrijwillig* aangewend en laten het woordgeheel ongemoeid.

Stotteren kan onderscheiden worden van deze 'normale' onvloeiendheden op basis van een aantal specifieke kenmerken: de soorten onvloeiendheden, het controleverlies, het fluctuerend verloop en het (beginnend) gevoel van hinder of frustratie. We bespreken ze hieronder bondig.

SOORTEN ONVLOEIENDHEDEN

De kernverschijnselen van stotteren komen voor in de vorm van *woordeelherhalingen* (klank en lettergreepherhalingen – bv. 'ma.. ma.. ma.. maar ik ben nog niet klaar'), *klankverlengingen* (bv. 'mmmmaar ik ben nog niet klaar') en *blokkeringen* (tijdelijke verhindering om het woord te zeggen door een 'afsluiting' t.h.v. lippen, tong of glottis – de luchtstroom wordt even afgesneden en het blijft dus even stil. Bv. '[i].....ik ga naar huis').

Het gaat telkens om een oponthoud *binnenin een woord*. Deze kernverschijnselen van stotteren komen bij vloeiende (niet-stotterende) sprekers nauwelijks voor of slechts in zeer beperkte mate (< 3 keer/100 woorden).

'LOSS OF CONTROL'

In tegenstelling tot bovengenoemde normale spraakonvloeiendheden hebben stotterverschijnselen geen functie en gebeuren ze *onwillekeurig en dus onvrijwillig*. Ze veroorzaken een gevoel van *controleverlies* voor de spreker. De mate van hinder kan per persoon sterk variëren. Bij sommige jonge kinderen is deze zeer gering of blijft die beperkt tot de stottermomenten zelf. Worden de stottermomenten negatief geëvalueerd (mag niet, is niet mooi, stout, lastig, geeft nadelen, moet mooi/traag/rustig praten, goed ademen...), dan kan de ervaren hinder gradueel uitgroeien tot intense frustratie, schaamte, spreekangst...

UPS EN DOWNS

Stotteren kent typisch een *fluctuerend verloop*. Periodes van minder stotteren wisselen af met periodes van meer stotteren. Vaak is dit een prognostisch eerder negatieve factor. Bij kinderen die het stotteren 'ontgroeien' blijkt meestal een geleidelijke afname van de stotterfrequentie vanaf het eerste begin van het stotteren.

TYPISCHE ONTWIKKELING

Het kenmerkende element van controleverlies leidt ertoe dat het stotteren een heel eigen ontwikkeling kent:

- **Emotioneel en cognitief.** Soms begint een kind dat stottert hier emotioneel op te reageren. Het spreken begint dan gepaard te gaan met gevoelens van schaamte, angst, enz..., of het kind begint er negatieve ideeën over op te bouwen, negatieve voorspellingen te maken (bv. stotteren is lastig, voorspellen van stotteren). Hiermee gaat het kind in zijn gedrag rekening houden en zo ontstaan secundaire reacties.

- **Secundaire reacties.** De negatieve emotionele en cognitieve connotaties aan het stotteren, leiden via complexe conditioneringsprocessen tot negatieve uitwendige gedragsreacties op de spreekmoeilijkheden. De spreker doet pogingen om op de hogergenoemde klankherhalingen, -verlengingen of blokkades gedragsmatig in te grijpen. Dit is grotendeels een onbewust proces met het doel stottermomenten niet of zo kort mogelijk mee te maken. Voorbeelden van dergelijke secundair geleerde reacties zijn het vermijden van bepaalde klanken, woorden of spreesituaties (bv. niet meer antwoorden in de klas, minder praten, synoniemen gebruiken...). Of men gaat extra spierkracht gebruiken om de stottermomenten zo snel mogelijk te beëindigen. Dit leidt dan bijvoorbeeld tot extra spanning in het aangezicht, oogknipperen, hoofdbewegingen, enz. Bij jonge kinderen doen dit soort reacties zich aanvankelijk zeer subtiel voor. Het zijn net deze aversieve emoties en cognities, en deze disfunctionele bijkomende gedragingen die maken dat het stotteren problematisch ontwikkelt.

De oorzaak van stotteren

Ook rond de etiologie van stotteren leven nog veel misverstanden. In het verleden zijn hieromtrent reeds tal van theorieën geformuleerd. De meeste actuele onderzoeksbevindingen wijzen duidelijk op een multifactoriële etiologie. Stotteren heeft dus geen enkelvoudige oorzaak – er blijken drie factoren die, *altijd* in combinatie, tot stotteren kunnen leiden:

- **Genetische predispositie.** Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat stotteren vrijwel steeds een biologische basis heeft. Genetische factoren zijn noodzakelijk maar niet voldoende om stotteren te veroorzaken. De

'vatbaarheid' voor stotteren wordt genetisch doorgegeven, de stoornis wordt pas gerealiseerd in interactie met omgevingsfactoren. In recente *linkage studies* worden intussen daadwerkelijke genetische markers gelocaliseerd en worden zodoende verschillende chromosomen geïdentificeerd als mogelijke loci.

In PET en fMRI-studies worden geen neuroanatomische verschillen gevonden tussen de hersenen van personen die wel of niet stotteren. Er lijken wel enkele functionele verschillen te bestaan in de activatiepatronen in diverse zones van de hersenen (bv. verhoogde activiteit in rechterhemisfeer en sensorimotorische spraakzones in linkerhemisfeer, maar o.m. ook in andere corticale en subcorticale gebieden). Omdat deze studies noodgedwongen gebruik maken van volwassen proefpersonen valt het onmogelijk uit te maken in hoeverre deze verschillende activatiepatronen een deel van de oorzaak dan wel het gevolg van stotteren zijn.

- **Uitlokkende condities.** Allerlei stressfactoren kunnen het stotteren uitlokken en aanwakkeren. Uit factoranalytisch onderzoek blijken *excitatie en vermoeidheid* de twee ultieme uitlokkende factoren. Het gaat om stressoren in zeer ruime betekenis: linguïstisch, emotioneel, sociaal,...

- **Persisterende factoren.** De ontwikkeling van negatieve innerlijke reacties (cognities, emoties) en de geleerde gedragsresponsen hierop (secundaire reacties), kunnen er toe leiden dat het probleem stand houdt of begint uit te groeien. Ook het temperament van het betreffende kind kan hierbij een mediërende rol spelen; sommige kinderen reageren op moeilijkheden immers sneller met frustratie en intolerantie of met vrees en schaamte dan andere kinderen. Recent wetenschappelijk onderzoek lijkt dit weerom te bevestigen (zie o.m. Conture, 2004).

Therapie

KINDEREN

Vroege detectie en interventie zijn cruciaal bij stotteren omdat secundaire en tertiaire preventie in sterke mate mogelijk zijn. Hoe eerder het stotteren wordt geïdentificeerd en hoe eerder effectieve therapie kan worden opgestart, hoe beter het ontstaan van negatieve innerlijke reacties, het ontwikkelen van hinderlijke secundaire reacties en de toename van de stotterfrequentie kunnen worden verhinderd of teruggedroefd. Stotteren krijgt dan geen kans uit te groeien tot een spreekhandicap. Behandeling is mogelijk vanaf de eerste tekenen, omdat de concrete invulling van de therapie al naargelang de ontwikkeling van het kind minder of meer direct kan gebeuren (bv. indirecte behandeling via intensieve begeleiding van de ouders).

VOLWASSENEN

Therapie bij volwassenen is gericht op modificatie van het stotteren, en op het verminderen van de disfunctionele negatieve emoties en cognities die geassocieerd worden met het spreken: meer ontspannen praten, meer ontspannen en minder stotteren, met geen of minder bijbewegingen, zonder spreekangst of schaamte... De procedures die hiervoor gebruikt worden zijn zowel logopedisch als gedragstherapeutisch van aard, en steunen op een experimentele methodiek.

Vermoeden van stotteren: hoe handelen?

Door het behoorlijk grote percentage kinderen bij wie het stotteren zich spontaan terug herstelt (studies geven cijfers tussen 20 en 76 %), krijgen ouders vaak het advies 'nog even af te wachten'. Dit zou bijzonder onvoorzichtig zijn. Bij ongeveer één vijfde van de kinderen die beginnen stotteren groeit dit uit tot een chronisch probleem. Stottertherapeuten beschikken inmiddels over gegevens die het mogelijk maken een gefundeerde inschatting te maken van de kans op chroniciteit en ontwikkeling van het probleem dan wel herstel. Het is dus wenselijk risicokinderen, ongeacht de leeftijd sowieso door te verwijzen voor gespecialiseerd onderzoek. Voor die kinderen die het risico lopen een chronisch probleem te ontwikkelen is vroege interventie cruciaal.

Besluit

Stotteren is een genetisch gepredisponeerde, neurologische timingstoornis in de vloeiendheid van de spraak, die leidt tot onvrijwillige spraakonvloeiendheden met specifieke kenmerken (stottermomenten). De ontwikkeling ervan is sterk onderhevig aan omgevingsinvloeden. Het is door specialisten goed te onderscheiden van de onvloeiendheden die normaal en kenmerkend zijn in de spraak en taal van elk kind en volwassene. Stotteren ontstaat vrijwel altijd op jonge leeftijd (< 9 jaar; aanvangsperiode rond 3 jaar). Wanneer de stottermomenten bijkomende emotionele, cognitieve en/of gedragsreacties uitlokken, stijgt de kans op chroniciteit in sterke mate. Het is dus zaak beginnende stotterverschijnselen zo vroeg mogelijk te detecteren, en risicokinderen zo snel mogelijk door te verwijzen naar gespecialiseerde logopedisten-stottertherapeuten voor verder onderzoek. Onderzoek en eventuele therapie is mogelijk en zinvol vanaf ca. 2 jaar. Therapie kan diverse vormen aannemen; van sterk gespreide en indirecte begeleiding tot intensieve directe behandelingssessies.

Bronnen en literatuursuggesties...

Wie interesse heeft in de aangehaalde bronnen of graag nog andere literatuursuggesties verkrijgt, stuurt een mailtje naar info@deladder.be met de vermelding 'literatuur stotteren voor artsen'.