



Arteveldehogeschool
Katholiek Hoger Onderwijs Gent
Bachelor na bachelor creatieve therapie
Campus Kantienberg
Voetweg 44, BE-9000 Gent

Developmental Transformations en stotteren

Developmental Transformations als dramatherapeutische methode voor het omgaan met
controleverlies bij lagere schoolkinderen die stotteren

Promotor: mevrouw J. Deconinck
mevrouw L. Coreynen

Academiejaar: 2017 – 2018

Bachelorproef voorgedragen door:
Bo TUTS
tot het bekomen van de graad van Bachelor na
bachelor in de creatieve therapie – Dramatherapie



Arteveldehogeschool

Katholiek Hoger Onderwijs Gent

Bachelor na bachelor creatieve therapie

Campus Kantienberg

Voetweg 44, BE-9000 Gent

Developmental Transformations en stotteren

Developmental Transformations als dramatherapeutische methode voor het omgaan met
controleverlies bij lagere schoolkinderen die stotteren

Promotor: mevrouw J. Deconinck
mevrouw L. Coreynen

Academiejaar: 2017 – 2018

Bachelorproef voorgedragen door:
Bo TUTS

tot het bekomen van de graad van Bachelor na
bachelor in de creatieve therapie – Dramatherapie

INHOUDSOPGAVE

WOORD VOORAF	4
INLEIDING	5
HOOFDSTUK 1 STOTTEREN	6
1.1 STOTTEREN EN STOTTERTHERAPIE	6
1.1.1 Stotteren.....	6
1.1.2 Stottertherapie.....	7
1.1.3 Prevalentie en prognose bij stotteren.....	7
1.2 STOTTEREN EN DRAMATHERAPIE	8
1.2.1 Drama als andere taal - belichaming, dramatische projectie, personificatie & impersonatie.....	8
1.2.2 Veiligheid geeft speelbaarheid - relatie spel-werkelijkheid, empathie en distantie.....	9
1.2.3 Flexibiliteit geeft perspectief - transformatie, spel.....	9
1.2.4 Zien/horen en gezien/gehoord worden - therapeutische presentatie, interactief publiek.....	10
1.2.5 Besluit.....	11
HOOFDSTUK 2 DEVELOPMENTAL TRANSFORMATIONS	12
2.1 BASISTHEORIE VAN DVT	12
2.2 DE VIJF SPELDIMENSIES	14
2.2.1 Ambiguity	15
2.2.2 Complexity.....	15
2.2.3 Media of representation.....	15
2.2.4 Interpersonal demand.....	16
2.2.5 Affect expression.....	16

2.3 HOUDING VAN DE THERAPEUT: PSYCHOANALYSE VERSUS DvT	17
2.3.1 Overdracht	17
2.3.2 Tegenoverdracht	18
2.3.3 Singulariteit	19
2.3.4 Interpretatie	19
2.3.5 Symptoom	20
2.4 DEVELOPMENTAL TRANSFORMATIONS EN STOTTEREN	21
HOOFDSTUK 3 STOTTEREN EN DvT IN DE PRAKTIJK	22
3.1 TESTOPZET EN METHODE	22
3.1.1 Locatie	22
3.1.2 Proefpersonen	22
<i>3.1.2.1 Rekrutering</i>	22
<i>3.1.2.2 Gegevens</i>	23
3.1.3 Methode	25
<i>3.1.3.1 Onderzoeksdesign: drie gevalsstudies</i>	25
<i>3.1.3.2 Opbouw van het onderzoek</i>	25
<i>3.1.3.3 Opbouw van de therapie</i>	26
<i>3.1.3.4 Verloop van de sessieanalyse</i>	28
3.2 RESULTAAT	28
3.2.1 Abel	28
<i>3.2.1.1 Attitude tegenover het stotteren bij het kennismakingsgesprek</i>	28
<i>3.2.1.2 Analyse van de therapie sessies volgens de vijf speldimensies</i>	28
<i>3.2.1.3 Tussentijds gesprek en eindgesprek</i>	31
3.2.2 Roel	32
<i>3.2.2.1 Attitude tegenover het stotteren bij het kennismakingsgesprek</i>	32

3.2.2.2	<i>Analyse van de therapie sessies volgens de vijf speldimensies</i>	32
3.2.2.3	<i>Tussentijds gesprek en eindgesprek</i>	35
3.2.3	Zara	35
3.2.3.1	<i>Attitude tegenover het stotteren bij het kennismakingsgesprek</i>	35
3.2.3.2	<i>Analyse van de therapie sessies volgens de vijf speldimensies</i>	36
3.2.3.3	<i>Tussentijds gesprek en eindgesprek</i>	38
3.3	DISCUSSIE	38
3.3.1	Onderzoeken van de hypothese	38
3.3.2	Kritische blik op de onderzoeksmethode	40
3.3.2.1	<i>Impersonatie bij eindevaluatiegesprek</i>	40
3.3.2.2	<i>Introductie van het thema stotteren</i>	41
3.3.2.3	<i>Witnessing circle</i>	42
3.3.2.4	<i>Tijdsverdeling</i>	42
3.3.3	Stotteren als symptoom	42
3.3.4	Aanbevelingen voor praktijk en verder onderzoek	43
ALGEMEEN BESLUIT		45
LITERATUURLIJST		46
BIJLAGENLIJST		51
A	TABELLEN EN FIGUREN	52
B	INFORMATIEFLYER	55
C	INFORMED CONSENT	56
D	VRAGENLIJST VOOR OUDERS – KENNISMAKINGSGESPREK	59
E	VRAGENLIJST VOOR OUDERS – EINDEVALUATIEGESPREK	64
F	TRANSCRIPTIES TER ILLUSTRATIE	67

WOORD VOORAF

Graag bedank ik mijn interne promotor Julie Deconinck voor de procesbewaking en inhoudsdeskundige begeleiding. Daarnaast wil ik mijn dank getuigen aan mijn externe promotor Lotte Coreynen voor de hulp bij het rekruteren van proefpersonen, het beschikbaar stellen van haar praktijkruimte en de inhoudelijke feedback. Voor inhoudelijke adviezen over de toepassing van DvT, bedank ik graag Jason Frydman, Mathieu Vanderstraeten en mijn medestudenten en trainers van de basisopleiding DvT. Tot slot gaat mijn woord van dank uit naar de drie proefpersonen en hun ouders voor de deelname aan het praktijkonderzoek.

Ondergetekende draagt de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor deze bachelorproef en staat toe dat haar werk in de mediatheek van de hogeschool wordt opgeslagen en in zowel papieren als digitale versie ter raadpleging beschikbaar wordt gesteld.

Gent, mei 2018

INLEIDING

Bij alle personen die stotteren kan de stotterfrequentie dagelijks variëren (Garcia-Barrera & Davidow, 2015). Uit studies blijkt dat deze stotterveranderlijkheid correleert met de impact van stotteren op iemands leven (Constantino, Leslie, Quesal, & Yaruss, 2016). Guitar (2006) stelt immers dat een groot deel van het stotteren onvoorspelbaar is en dat controleverlies bij het spreken bijdraagt tot gevoelens van machteloosheid, frustratie, woede en uitzichtloosheid.

Developmental Transformations (DvT) is een dramatherapeutische methode die tot doel heeft de angst voor instabiliteit te verminderen (Johnson, 2009). In deze bachelorproef wordt nagegaan of DvT kan bijdragen tot het tolereren van controleverlies bij kinderen met lagere schoolleeftijd die stotteren. Dit gebeurt aan de hand van een literatuurstudie en een praktijkonderzoek bij drie proefpersonen.

Hoofdstuk 1 verschaft de lezer informatie over stotteren en hedendaagse stottertherapie. Het bevat ook een uiteenzetting over de mogelijke meerwaarde van dramatherapie voor kinderen die stotteren met praktijkvoorbeelden uit de bestaande literatuur.

Het tweede hoofdstuk beschrijft de dramatherapeutische methode van dit praktijkonderzoek. De basistheorie en vijf speldimensies van Developmental Transformations (DvT) worden uiteengezet. Daarnaast wordt de therapeutische houding die vooropgesteld wordt bij deze methode onder de loep genomen en vergeleken met de psychoanalytisch therapeutische houding. Tot slot worden enkele hypothesen voor dit praktijkonderzoek geformuleerd.

Hoofdstuk 3 omvat het eigenlijke onderzoek waarin vooreerst de testopzet en onderzoeksmethode worden vermeld. Hierop volgen de resultaten. In het onderdeel discussie wordt het praktijkonderzoek kritisch besproken en wordt er teruggeblikt op de literatuur uit hoofdstuk 1 en 2.

HOOFDSTUK 1 - STOTTEREN

1.1 STOTTEREN EN STOTTERTHERAPIE

1.1.1 Stotteren

Peters en Guitar (1991) omschrijven stotteren als een abnormaal hoge frequentie en/of duur van oponthoud in de vloeiendheid van het spreken. Dit oponthoud komt meestal voor onder de vorm van herhalingen (van klank, syllabe of monosyllabische woorden), verlengingen van klanken, of blokkades van de luchtstroom en/of stemgeving in de spraak. Stotterpionier Van Riper (1982) beschrijft stotteren als een geïntegreerd gedrag dat gevormd wordt door kernstottergedragingen¹ (herhaling, verlenging, blokkade) aan de basis en bijkomende of secundaire gedragingen (duw- en startgedrag, vermijdings- en uitstelgedrag, bijbewegingen, ...) die later optreden in de ontwikkeling van het stotteren. Sprekers die niet stotteren produceren echter ook regelmatig niet-vloeiendheden (Bezemer, Bouwen, Winkelman, & Embrechts, 2013). In tabel 1 (zie bijlage A) verduidelijkt Janssen (1985) het onderscheid tussen kernstottergedragingen en normale niet-vloeiendheden.

Met de metafoor van de 'ijsberg' benadrukt Sheehan (1958) dat het overgrote deel van het stotteren zich niet *boven* water, maar *onder* water bevindt. Naast de uiterlijk waarneembare stoornis (topje van ijsberg), zijn vele gedachten, gevoelens en gedragingen immers minder waarschijnlijk waarneembaar. Zo blijkt dat kinderen zich gemiddeld op de leeftijd van 33 maanden bewust worden van hun onvloeiend spreken. Ze pikken bijgevolg verbale en non-verbale reacties uit de omgeving op (Bezemer et al., 2013). Het groeiend bewustzijn kan leiden tot gevoelens van angst, schaamte en verminderd zelfvertrouwen gerelateerd aan het spreken (Smith, 2002), wat ook kan resulteren in het vermijden van zelfexpressie (Peters & Starkweather, 1989) of een vermindering in de participatie. Stournaras, Bazen, Bezemer en Borselen (1980) vatten dit samen met het viercomponentenmodel. Zij zien stotteren als een complexe wisselwerking tussen vier componenten: de verbaal-motorische (spreken), cognitieve (gedachten), emotionele (gevoelens) en sociale (interactie) component.

De complexiteit van het stotteren zorgt voor veel discussie omtrent de oorzaak. Veel onderzoekers vormden reeds hypothesen (genetisch, neurologisch, psychologisch, etc.), maar kenden slechts gedeeltelijk succes (Ramig & Dodge, 2005). De multicausale en/of multifactoriële modellen verschaffen het meeste duidelijkheid (Bezemer et al., 2013). Zo onderscheidt Guitar (2014) bijvoorbeeld vier factoren: genetische aanleg als predisponerende factor, invloeden van ontwikkelings- en omgevingsfactoren zoals uitlokkende en versterkende factoren, diverse leerstrategieën als instandhoudende factor, en temperament.

¹ Van Riper stelt zelf ter discussie dat de 'verlenging' en 'blokkade' misschien ook wel al als secundair kunnen benoemd worden en dat dus de 'herhaling' het enige en meest basale kerngedrag is.

1.1.2 Stottertherapie

In de literatuur worden twee grote stottertherapiestromingen beschreven: *stuttering modification therapy* (SMT) en *fluency shaping therapy* (FST). FST heeft 'stutter more fluently' als uitgangspunt. Bij SMT staat 'speak more fluently' centraal. Vele therapeuten maken in overleg met de cliënt en naar eigen inzicht, mogelijkheden en ervaring een keuze voor één van beide stromingen. De laatste jaren worden ze ook steeds vaker geïntegreerd of gecombineerd (Bezemer et al., 2013). In tabel 2 (zie bijlage A) worden overeenkomsten en verschillen tussen beide therapiestromingen verduidelijkt.

Bij zeer jonge kinderen wordt vaak indirect gewerkt. Voor kinderen die stotteren met lagere schoolleeftijd wordt een meer directe benadering vooropgesteld. Dit is een benadering die op het kind zelf is gericht (Bezemer et al., 2013). Er wordt aan de slag gegaan met het spreken op zich, alsook met de cognitief-emotionele impact van stotteren en de algemene communicatieve vaardigheden van het kind. Er bestaan verscheidene therapieprogramma's die inzoomen op één of meer van deze onderdelen. Een beschrijving hiervan valt echter buiten het bestek van deze bachelorproef.

1.1.3 Prevalentie en prognose bij stotteren

Stotteren komt vaker voor bij mannen dan bij vrouwen (Guitar, 2014). Bloodstein (1995) rapporteert een verhouding van 3:1 op jonge leeftijd, die verschuift naar 5:1 bij volwassenen en oudere kinderen. Wereldwijd komt stotteren voor bij 1% van de bevolking (Bloodstein, 1995). Volgens Guitar (2014) zijn er bij 3% van alle kinderen risicofactoren en -symptomen aan te wijzen. Bij twee derde hiervan treedt verbetering of herstel op, één derde blijft stotteren. Onderzoekers Yairi en Ambrose (2005) beschrijven verschillende factoren die de kans op het persisteren van stotteren vergroten (zie bijlage A, tabel 3). Naar aanleiding van de predictoren *age at onset* en *duration since onset* kan afgeleid worden dat kinderen met lagere schoolleeftijd die stotteren een lagere kans op spontaan herstel kennen. Dit wil echter niet zeggen dat het stotteren niet soms (even) verdwijnt. De progressie van stotteren is bij elk kind onvoorspelbaar, heterogeen en non-lineair (Kalinowski & Saltuklaroglu, 2006). Veranderlijkheid is één van de karakteristieken bij stotteren (Yaruss, 1997). Bij alle personen die stotteren kan de stotterfrequentie dagelijks variëren (Garcia-Barrera & Davidow, 2015). Hierbij is er geen patroon te onderscheiden in de variatie binnen één individu of over individuen heen.

Ondanks dit variëren van de individuele stotterfrequentie op alle leeftijden, neemt de vaardigheid tot het voorspellen van en anticiperen op stottermomenten toe met de leeftijd (Bloodstein, 1960; Silverman & Williams, 1972). Dit wil zeggen dat ook steeds een deel van de stottermomenten, zeker voor kinderen, onvoorspelbaar is. De valse hoop die men krijgt bij het ervaren van een toegenomen vloeiendheid kan ontmoedigend werken. Uit studies blijkt dan ook dat de stotterveranderlijkheid niet correleert met de metingen van de stotterernst en wel correleert met de impact van stotteren

op iemands leven (Constantino, Leslie, Quesal, & Yaruss, 2016). Guitar (2006) stelt namelijk dat personen die al een tijdje stotteren uit ervaringen leren dat een groot deel van het stotteren onvoorspelbaar is en dat dit controleverlies onder andere² bijdraagt tot gevoelens van machteloosheid, frustratie, woede en uitzichtloosheid.

1.2 STOTTEREN EN DRAMATHERAPIE

In dit onderdeel ga ik op zoek naar de meerwaarde van dramatherapie voor kinderen die stotteren aan de hand van praktijkvoorbeelden uit de literatuur. De opbouw volgt de kernprocessen van Jones (1996) die vaak aangewend worden voor het beschrijven van de effectiviteit van dramatherapie.

1.2.1 Drama als andere taal - belichaming, dramatische projectie, personificatie & impersonatie

Het *kernproces belichaming* behelst het non-verbale aspect van drama of de manier waarop een cliënt fysiek emoties/gedachten/ervaringen uitdrukt en benadert in het hier en nu (Jones, 1996; Langley, 2006). Volgens Jones is het lichaam een cruciaal element in dramatherapie om verandering teweeg te brengen. Zo zou iemand via dramatherapie kunnen leren om zijn lichaam effectiever te gebruiken in communicatie met de ander.

Lemert en Van Riper, pioniers op het gebied van stottertherapie, beschreven psychodrama reeds in 1944 als een hulpmiddel voor personen die stotteren in het overwinnen van het onvermogen om conflicten verbaal te uiten. De Italiaanse logopedisten Tomaiuoli, Del Gado, Lucchini en Spinetti (2012) geven aan dat drama de cliënt die stottert in staat stelt om zijn lichaam als communicatietool te gebruiken. Ook Gayraud-Andel (1999) onderstreept het belang van het lichaam in haar boek *Bégaiement et Art-thérapie*. Zij verdiept zich in de theorieën van Augusto Boal en focust zich met dramatherapie bij personen die stotteren op non-verbale zelfexpressie en communicatie.

Het *kernproces dramatische projectie* kan ook van betekenis zijn voor zelfexpressie. Dit proces is de mogelijkheid tot het projecteren van je binnenwereld op dramatisch materiaal zoals rollen of attributen (Jones, 1996). Smith (2002) illustreert dit proces met haar casus over Thalita, een 13-jarig teruggetrokken meisje dat stottert. Zij projecteerde haar eigen frustratie en hulpeloosheid rondom het stotteren in een rol die Smith opnam wat haar sterkte om er zelf mee aan de slag te gaan.

Het projecteren maakt de externalisatie van een conflict mogelijk. Via een rol (*impersonatie*) of een object (*personificatie*) krijgt je innerlijk conflict vorm en wordt het eenvoudiger om dit conflict te onderzoeken en bewerken (Jones, 1996). De elfjarige Thomas die stottert slaagt er zo in om via de

² Hij beschrijft dat dit controleverlies *in combinatie met* het idee van de persoon die stottert over de perceptie van de luisteraar (gecreëerd door (negatieve) luisteraarsreacties) zorgt voor deze gevoelens.

personificatie van een 'trol' over het stotteren te praten en ermee aan de slag te gaan (voorbeeld: 'de trol wordt groter als papa weg is', 'de trol heeft me weer meer in zijn macht') (Jennings, 1995).

1.2.2 Veiligheid geeft speelbaarheid - relatie spel-werkelijkheid, empathie en distantie

Het *kernproces relatie spel-werkelijkheid* houdt in dat dramatisch spel steeds in min of meerdere mate verbonden is met de werkelijkheid (Jones, 1996). Het spel is immers steeds fictief, maar een gevoel hierbij kan als zeer reëel ervaren worden. Er kan zowel bij het naspelen van reële moeilijke situaties gerelateerd aan het stotteren als bij het spelen van nieuwe geïmproviseerde situaties, een connectie tussen spel en werkelijkheid ontstaan die het spel een therapeutische waarde geeft. Casusvoorbeeld Charlene, een 6-jarig meisje dat stottert, fantaseert en speelt verhalen over een superheldin. Volgens de dramatherapeut is deze superheldinrol de imaginaire expressie van haar verlangen en ligt het uitspelen van dit personage (fictief spel) aan de basis voor een grote stijging van haar zelfvertrouwen (reëel gevoel) na de therapie (McFarlane, 2005).

De cliënt dient zich niet noodzakelijk bewust te zijn van de connectie tussen spel en werkelijkheid. Voor sommige cliënten is het spelen met reële situaties bijvoorbeeld te onveilig en dient meer indirect gewerkt te worden. De connectie met de werkelijkheid bij dit indirect werken kan voor het kind minder duidelijk zijn, maar is daarom niet zodanig verkleind of afwezig. Via het *kernproces empathie en distantie* kan ingespeeld worden op die veiligheid of ook wel speelbaarheid. Empathie stimuleert emotionele betrokkenheid en beoogt identificatie. Distantie stimuleert een betrokkenheid die eerder gericht is op cognities en beoogt reflectie/perspectief. De spanning tussen beide creëert een veranderingsdynamiek in therapie (Jones, 1996).

Couroucli–Robertson (2001) beschrijft het gebruik van metaforen uit de Griekse mythologie in therapie bij de dertienjarige Sali die stottert. Ze concludeert dat de veiligheid gewaarborgd blijft door het gedistantieerd werken met projecties in de dramatische realiteit. Ook verschillende stottertherapeuten stellen voor om bij aanvang te werken met situaties die ver van het stotteren liggen met het oog op het vergemakkelijken van herkenning en benoeming van gevoelens (Bezemer et al., 2013). Murphy, Yaruss en Quesal (2007) gaan via rollenspelen dan weer vrij ongedistantieerd aan de slag met reële situaties rondom pesten bij stotteren. Ze geven aan dat de dramatische realiteit op zich al voldoende veiligheid biedt en kan dienen als 'oefenruimte' voor de realiteit.

1.2.3 Flexibiliteit geeft perspectief - transformatie, spel

Kinderen die stotteren scoren als groep in het algemeen lager op zelfregulatie, zouden meer moeite hebben met nieuwe situaties en minder risico's durven nemen. Dit doet vermoeden dat deze

kinderen meer kans lopen om heftig te reageren op hun eigen stotteren en hoge eisen stellen met betrekking tot het eigen functioneren (Bezemer, 2012). Een kind dat altijd zelf de regie in handen wil houden en niet gauw tevreden is, is niet erg flexibel. In therapie zal het kind moeten leren omgaan met het feit dat iets wel eens anders kan lopen dan gepland (Bezemer et al., 2013). Doorbreken van de rigiditeit of van het 'vasthouden aan één bepaalde rol' blijkt met andere woorden helpend in stottertherapie. Het *kernproces transformatie* houdt de mogelijkheid in tot het uitbreiden van het emotie- en gedragsrepertoire via het inleven in verschillende rollen. Het aannemen van rollen zonder de mogelijkheid tot het maken van 'fouten', kan ervaringen duidelijker maken en toelaten om verandering in gedrag vrij te ontdekken en in te oefenen (Bannister, 1991).

In Camp Dream.Speak.Live, een Amerikaans stotterkamp, worden zo improvisatieoefeningen gebruikt om te leren dat je niet op elke stotter kunt anticiperen (Byrd, Hampton, McGill, & Gkalitsiou, 2016). Een andere illustratie kan opnieuw gevonden worden bij Smith (2002) die met casusvoorbeeld Thalita allerlei mogelijke leerkrachten en reacties op die leerkrachten uitspeelt.

Flexibiliteit in rollen biedt ook flexibiliteit in denken. Spelen op zich zou een creatieve of flexibele attitude tegenover gebeurtenissen/ideeën creëren wat een experimenterende houding van de cliënt tegenover zichzelf en zijn eigen levenservaringen tot gevolg heeft. Het *kernproces spel* zou met andere woorden iemand kunnen helpen veranderen van interactiewijze met zijn omgeving door een vergrote betrokkenheid en bewustzijn met die omgeving (Jones, 1996).

Langley (2006) beschrijft dit kernproces als 'het begrijpen via amuseren en plezier maken'. Ze stelt dat cliënten kunnen ontdekken dat de realiteit speelbaar/veranderlijk is via het herkennen van de realiteit in spel. Stottertherapeuten Bezemer et al. (2013) pleiten er ook voor om de speelbaarheid van het stotteren te blijven garanderen. Zij stellen voor om het stotteren te combineren met leuke activiteiten ter vermindering van de gevoeligheid die het kind heeft ontwikkeld voor het stotteren.

Chatrooghoon (1991) combineert in zijn experiment dramatherapie met psychodrama in een totaalprogramma van 16 sessies voor 35 personen die stotteren (11-18 jaar). Hij beschrijft dat de factor spel bijdroeg tot het assimileren en consolideren van de ervaringen. Dit liet volgens hem de personen die stotteren toe om gevoelens van mislukking en angst te overwinnen, gaf hen minder communicatieve stress en had een verminderd percentage gestotterde syllaben tot gevolg.

1.2.4 Zien/horen en gezien/gehoord worden - therapeutische presentatie, interactief publiek

Een voorlaatste *kernproces* is de *therapeutische presentatie* of het 'zich uitdrukken'. Dit kan immers op zich therapeutisch werken of een opstap tot exploratie/re-exploratie zijn (Jones, 1996). De ervaren Amerikaanse stottertherapeut Barry Guitar (2014) stelt bijvoorbeeld dat schaamte over

stotteren kan verminderd worden door het praten over de negatieve ervaringen. McFarlane (2005) geeft aan dat dit 'uitdrukken' niet noodzakelijk met begrijpbare taal moet gebeuren. De zesjarige Charlene die stottert sprak bij haar in therapie bijvoorbeeld af en toe in een onbegrijpelijke brabbeltaal. Volgens McFarlane deed het Charlene deugd om bevrijd te zijn van de nood aan 'zin'. Charlene was in deze onzinnige taal immers vloeiend en kon haar emoties op die manier kwijt.

Ook de Franse logopedist én dramatherapeut Dufoutrelle (2015) zocht naar nieuwe manieren om het uiten van de 'frustratie gerelateerd aan het stotteren' mogelijk te maken. Ze ging met vier adolescenten die stotteren aan de slag met dramascripts in haar experiment *Écrire un jeu pour réécrire son je*. Ze beschrijft dat sublimatie (hier: expressie van het onbewuste via symbolisch geschreven taal) werd gebruikt om de relatie van de adolescenten met hun *Ik* op een gedistantieerde manier aan te pakken. Kwantitatief resulteerde het experiment in een stijging van het zelfvertrouwen, kwalitatief bleken de adolescenten communicatief meer risico's te durven nemen.

Het laatste *kernproces interactief publiek* of *witnessing* sluit hierbij aan. Dit gaat over het effect van anderen die getuige zijn van jouw verhaal of jijzelf die getuige bent van je eigen verhaal of het verhaal van een ander. Lousada (1998) beschrijft de volgende twee essentiële functies van psychodrama: expressie van gedachten en gevoelens (*therapeutische presentatie*) en emotionele ondersteuning door het zich begrepen voelen (*interactief publiek*). Casusvoorbeeld Thalita voelt zich bijvoorbeeld begrepen via de psychodramatechniek *dubbelen* doordat de therapeut als dubbel enkele van haar pijnlijke gevoelens en gedachten verwoordt en erkent. De psychodramatechniek *role reversal* leunt aan bij 'getuige zijn van je eigen verhaal'. Als de dramatherapeut de rol van Thalita opneemt en Thalita die van leerkracht, ziet ze zichzelf vanuit een nieuw perspectief. Ze komt zo tot inzicht dat haar zwijgzaamheid voor leerkrachten kan overkomen als een gebrek aan interesse (Smith, 2002).

1.2.5 Besluit

Uit deze uiteenzetting kan besloten worden dat dramatherapie van meerwaarde kan zijn in de behandeling van de *covert aspects* bij stotteren. Dramatherapie kan voor kinderen die stotteren:

- ... zelfexpressie vereenvoudigen door het aanbieden van een andere taal (non-verbale, metaforische taal).
- ... een veilige veranderingsdynamiek bieden door de connectie spel-werkelijkheid en de empathie en distantie in het spel flexibel te variëren. Samen met de mogelijkheid tot het transformeren kunnen hierdoor nieuwe inzichten en gedragspatronen bekomen worden.
- ... inzicht geven via het bekijken.
- een gevoel van begrepen worden teweeg brengen via het bekeken worden.

HOOFDSTUK 2 - DEVELOPMENTAL TRANSFORMATIONS (DvT)

2.1 BASISTHEORIE VAN DvT

Developmental Transformations (DvT) is een dramatherapeutische methode die gebaseerd is op de dynamieken en processen van *vrij spel* waarbij het in essentie gaat om het transformeren van belichaamde ontmoetingen in de *playspace* (Johnson, 2009). De methode is gradueel ontwikkeld van 1974 tot 1992 door David Read Johnson en zijn collega's. Sinds 1992 werd het *Institute for DvT* opgericht en kreeg de methode zijn naam. Momenteel blijft de methode, ook wereldwijd, verder ontwikkelen ("DvT: About", 2014).

David Read Johnson werd bij het ontwikkelen van de methode in de eerste plaats geïnspireerd door de opvattingen rondom theater van Jerzy Grotowski (1968) en Viola Spolin (1963). Ook tal van andere theoretische perspectieven hebben de basistheorie van deze methode beïnvloed.

These have included the psychological perspectives of cognitive development (Johnson, 1999; Piaget, 1951; Werner & Kaplan, 1963), psychotherapeutic perspectives of psychoanalysis, particularly *free association* (Freud, 1920/1966; Kris, 1982), object relations theory (Jacobson, 1964; Klein, 1932), client-centered therapy (Gendlin, 1978; Rogers, 1951), authentic movement (Whitehouse, 1979), and dance therapy (Sandel, Chaiklin, & Lohn, 1993), philosophical perspectives of existentialism (Sartre, 1943), postmodernism (Deleuze & Guattari, 1987; Derrida, 1978) and Buddhism. (Johnson, 2009, p. 89)

Ondertussen werd DvT reeds als individuele therapie en groepstherapie toegepast in tal van settings en bij uiteenlopende doelgroepen (Johnson, 2009). Het heeft zijn effectiviteit voornamelijk bewezen bij ernstig psychisch gestoorde populaties (schizofrenie, dementie, trauma), maar wordt evenzeer aangewend bij 'gezonde' mensen tot het bekomen van persoonlijke groei ("DvT: About", 2014).

De basisveronderstelling bij DvT is dat het universum niet stilstaat. Alles is voortdurend in beweging of 'transformeert' (Johnson, 2009). Hieruit komt de *prime discrepancy* voort of het idee dat elke ervaring bestaat uit elementen die zich herhalen én elementen die zich niet herhalen. Je kan een ervaring met andere woorden nooit exact herhalen (Johnson, 2013). Dit leidt ertoe dat het *Zijn* onstabiel of turbulent is. Deze continue instabiliteit is nodig om te kunnen ontwikkelen, maar brengt bij de mens ook een zekere angst met zich mee. Mensen proberen de wereld immers van nature te begrijpen in stabiele concepten, ideeën en herhalingen (Johnson, 2009). Afwijkingen en onvoorspelbaarheden doen deze stabiliteit wankelen. DvT heeft niet tot doel om deze turbulentie te onderdrukken, maar om de angst voor deze turbulentie te verminderen (Johnson, 2013). De volgende metafoer van 'The Boat' verduidelijkt dit.

So have any of you been on a boat? Yes, what does the deck of the boat do? Yes, sway back and forth. What negative reaction does this engender among certain people? Yes, seasickness. What does the seasick person do when they are beginning to feel woosy? They grab onto the railing of the boat, not remembering that the railing is attached to the boat, and only then do they throw up overboard! Instability causes nausea, and we seek a stable object or person to cling to, to stop the sway. Sailors develop what we call sea legs, which maintains their stability or centre of gravity in the pelvis, not the feet. In that way, they can remain stable on a swaying ship. Now that is what DvT is intending to do: to give you sea legs in other unstable situations, such as relationships. Of course one can stay on shore, but then you lose out on opportunities. One can stay away from intimate relationships too. (Johnson, 2013, p. 34)

Ook Werner en Kaplan (1964) stellen iets gelijkaardig vast. Ze zien de *organismic cycle* als een basisproces in het leven (zie bijlage A, figuur 1). Er wordt een instabiliteit opgemerkt of aangevoeld. Dit veroorzaakt een interne respons wat leidt tot een voorbereiding van een externe reactie en daarna leidt tot de uiteindelijke reactie. Bij de mens doelt dit gedrag van *noticing – feeling – animating – expressing* steeds op het verkrijgen van een groter evenwicht met zijn omgeving. Ofwel wordt de instabiliteit gereduceerd via verschillende manieren om de omgeving te controleren (*statisch* evenwicht). Ofwel past men zich aan de instabiliteit aan via het uitbreiden van zijn eigen repertoire aan omgevingsreacties (*dynamisch* evenwicht). Johnson (2013) poogt met DvT dus een verschuiving te installeren van een statisch naar dynamisch evenwicht of wil iemand dus ‘dynamischer in het leven doen staan’. Jason Frydman (persoonlijke communicatie, 8 januari 2018) beschrijft DvT ook wel als een manier om zaken te leren tolereren waarvan we het gevoel hebben dat we ze niet kunnen controleren.

Samengevat kan het volgende gesteld worden: “DvT aims to lower fear of these instabilities of Being via a process of *varielation*, which dimensionalizes experience, resulting in a more complex and dynamic representation of the world” (Johnson, 2013, p. 32). Het neologisme *varielation* kan begrepen worden als de combinatie van *variaton* en *repetition* of de verandering die ontstaat bij een herhaling (M. Van der Straeten, persoonlijke communicatie, 24 februari 2018). Deze verandering zorgt voor een meer complexe/dynamische representatie of een representatie met meer dimensies. Dimensionaliseren houdt dus het volgende in: “we move from simple, all-or-nothing perceptions to complex and multifaceted ones” (Johnson, 1991, p. 285).

DvT gaat door in een lege ruimte waar een *playspace* wordt gecreëerd. In deze *playspace* vindt de vrije improvisatie plaats. De cliënt wordt gevraagd om dramatische bewegingen, geluiden, beelden en scènes uit te spelen die ontstaan uit zijn gedachten en gevoelens op dat moment (Johnson, 2009). Aangezien de meeste instabiliteit ontstaat in nabijheid van de ander, volstaat de ontmoeting

(*encounter*) met de therapeut (*playor*) (en/of andere spelers bij groepstherapie) voor de speler (*player*) om instabiliteit in deze *playspace* te ervaren. De transformatie bij individuen en groepen van een statisch naar dynamisch evenwicht wordt dus gefaciliteerd door ontmoetingen in de *playspace*. Er wordt hier immers een alternatieve set aan gedragsnormen aangeboden wat een grotere vrijheid en veiligheid geeft dan bij de *real space* of realiteit (Johnson, 2013). De *playspace* is met andere woorden de container van de therapeutische actie bij DvT of “a mutual agreement among the participants that everything that goes on between them is a representation or portrayal of real or imagined being” (Johnson, 2009, p. 93).

Tot slot is het belangrijk om aan te halen dat Johnson (2005) deze theorie beschrijft als *self-negating*. De theorie moet naar de achtergrond kunnen verdwijnen en mag de therapeut niet verhinderen om met een open houding naar de cliënt in de *playspace* te staan. Meer nog: de theorie op zich is ook een playobject waar mee gespeeld mag worden.

In hoofdstuk 1 werd vastgesteld dat stotteren sterk kan variëren (Garcia-Barrera & Davidow, 2015; Yaruss, 1997) en dat controleverlies bijdraagt tot gevoelens van machteloosheid, frustratie, woede en uitzichtloosheid bij personen die stotteren (Guitar, 2006). Stotteren kan met andere woorden gezien worden als een instabiliteit waarbij het statisch controleren niet volledig mogelijk is. De hypothese van deze bachelorproef vormt bijgevolg:

DvT kan via het dimensionaliseren van ervaringen een dynamischer evenwicht installeren bij personen die stotteren. Dit dynamischer evenwicht zou kunnen bijdragen tot het tolereren van controleverlies bij stotteren en zou dus een vermindering van de gevoelens van machteloosheid, frustratie, woede en uitzichtloosheid met zich mee kunnen brengen.

2.2 DE VIJF SPELDIMENSIES

De vijf speldimensies bij *DvT* zijn opgebouwd volgens de ontwikkelingsfasen van de mens zoals beschreven door verschillende ontwikkelingspsychologen (Johnson, 2009). Elke groep of individu heeft bij aanvang een voorkeur voor een specifiek niveau per speldimensie. Het voorkeursniveau van de *player(s)* komt bijgevolg ongeveer overeen met een bepaald ontwikkelingsniveau. Bij een minder ontwikkelde populatie (bijvoorbeeld kinderen) start het spel wellicht op een laag niveau (Johnson, 1982).

Voor een *playor* is het van groot belang om de vijf speldimensies bij *DvT* te begrijpen. Het is immers zijn job om voorzichtig verschuivingen in deze speldimensies aan te brengen. De *playor* dient de *player(s)* niet op het hoogste niveau te krijgen en houden, maar dient eerder een groter niveaubereik

per speldimensie te verkrijgen (Johnson, 2013). Wat volgt is een opsomming van de vijf dimensies en hun link met ontwikkelingspsychologische principes.

2.2.1 Ambiguity

Volgens Piaget (1954) en Jacobson (1964) doet een kind aanvankelijk beroep op zijn omgeving om de wereld rondom hem te structureren (onderscheiden van zelf-ander, binnen-buiten, verbeelding-realiteit). Hoe meer het kind groeit, hoe meer het hier zelf toe in staat is. Johnson en Sandel (1977) herkennen dit ontwikkelingsproces bij dramatherapie. Cliënten hebben immers vaak aanvankelijk heel duidelijke richtlijnen en een uitgebreide uitleg nodig over de ruimte/ activiteit/ uitgespeelde rollen. Later tolereren ze weinig uitleg omdat ze meer en meer vertrouwen op hun eigen vaardigheid om ervaringen te structureren (Johnson, 1982).

De speldimensie *ambiguity* is de mate waarin de therapeut de sessie instrueert. Hoe meer vrijheid van invulling voor de *players*, hoe meer ambiguïteit (Johnson, 2013).

2.2.2 Complexity

Hoe meer we ontwikkelen, hoe gedifferentieerder onze interpersoonlijke wereld wordt. Dit laat ons toe om selectiever te reageren op een grotere variëteit aan situaties (Johnson, 1982). De relatie tussen het ontwikkelingsniveau van de speler en de complexiteit in spontaan improvisatiespel is bewezen door Johnson (1980): hoe minder complexe rollen, hoe lager de resultaten bij andere ontwikkelingstaken.

De speldimensie *complexity* behandelt de ruimte-, activiteit- of rolstructuur. Hoe meer unieke elementen vereist zijn, hoe hoger het complexiteitsniveau. Als iets in groep wordt uitgevoerd, is dat minder complex dan als elk individu in de groep een andere activiteit uitvoert/ rol speelt/ plaats in de ruimte inneemt (Johnson, 2013).

2.2.3 Media of representation

Verschillende ontwikkelingspsychologen (Bruner, 1964; Piaget, 1951; Werner, 1948) beschrijven de ontwikkeling van de representatie van gedachten in drie stadia: het *sensorimotorisch* stadium (lichamelijke bewegingen), *symbolisch* stadium (visueel, sonisch, houding, gebaren), *reflectieve* stadium (taal, abstracte symbolen). De representatiewijze vereist met andere woorden steeds meer abstractie (Johnson, 1982). In 1979 haalde Johnson aan dat een dramatherapeut de volgende media van expressie kan gebruiken om een sessie op te bouwen: 1. Beweging 2. Geluid 3. Beeldspraak 4. Spraak.

De speldimensie *media of representation* houdt dus de manier in waarop de spelers zich uitdrukken, namelijk met: beweging, geluid, beelden en woorden (Johnson, 2013).

2.2.4 Interpersonal demand

Initieel ervaart een kind het *Zelf* en de *Ander* als onafscheidbaar (Blatt, Brenneis, Schimek, & Glick, 1976). Naarmate het kind ontwikkelt, worden dit twee afgescheiden entiteiten. Anderen worden eerst onderscheiden van objecten, daarna van dieren en tot slot van mensen (Searles, 1960). Op gelijkaardige manier ontwikkelt de relatie met de ander. Er is een progressie van geen interactie, naar een actie georiënteerde interactie zonder verwachting van feedback, naar een primitieve interactie met respons als onmiddellijke reactie op de ander, naar een wederzijdse interactie. In dramatherapie komt dit terug in de vorm van rollen die worden opgenomen en de wijze waarop men in interactie gaat in die rol (Johnson, 1982).

De speldimensie *interpersonal demand* is de mate waarin de activiteit iets vraagt van de speler op vlak van interactie. Dit kan variëren in vorm: zielloos object (steen), bezielde object (machine, speelgoed), natuurkracht (wind, vuur), plant (gras), dier (leeuw), quasi-mens (monster, superman, God), stereotype (president, filmster, presentator) en mens. Variatie in de interactie is evenzeer mogelijk: passief-passief (geen interactie), actief-passief (actie naar ander zonder verwachte respons), actief-reactief (actie naar ander zonder verwachte unieke respons), actief-actief (unieke interactie) (Johnson, 2013).

2.2.5 Affect expression

Mahler, Pine en Bergman (1975) beschrijven de gelimiteerde vaardigheid om met intense emoties om te gaan bij een kind. Naarmate er meer impulscontrole ontstaat, kan het kind hier makkelijker mee omgaan. In dramatherapie is steeds nood aan het opbouwen van veiligheid vooraleer kan gewerkt worden met emotioneel beladen situaties (Johnson, 1982).

De speldimensie *affect expression* is de mate waarin er appel wordt gedaan op de emotie van de spelers. De graad kan uitgedrukt worden in intensiteit (*poets je tanden versus vermoord jezelf*) en in afstand tot persoonlijk materiaal (*bakker versus je eigen moeder*) (Johnson, 2013).

Een dynamisch evenwicht realiseert stabiliteit wanneer men leert om in balans te blijven bij confrontaties met uitdagingen in de omgeving (Johnson, 2013). Hoe hoger het niveau van complexiteit, ambiguïteit, personal demand, affect expression en media of representation, hoe groter de uitdaging. Het evalueren van veranderingen of fluctuaties in de niveaus van deze vijf speldimensies geeft met andere woorden een indicatie over iemands dynamische evenwicht of 'de

mate waarin iemand in balans kan blijven bij uitdagingen'. De vijf speldimensies vormen dan ook de basisfocus voor een *playor* om een DvT sessie te evalueren (Johnson, 2013). In deze bachelorproef kan het dynamisch evenwicht dus geëvalueerd worden aan de hand van de wijzigingen in het niveaubereik van de vijf speldimensies bij de drie proefpersonen die stotteren.

De hypothese uit paragraaf 2.1. kan bijgevolg aangevuld worden als volgt:

Hoe groter het niveaubereik per speldimensie en hoe flexibeler de overgangen tussen de niveaus, hoe groter het dynamisch evenwicht. Een groot dynamisch evenwicht zou kunnen bijdragen tot het tolereren van controleverlies bij stotteren.

2.3 HOUDING VAN DE THERAPEUT: PSYCHOANALYSE VERSUS DvT

De basisprincipes van DvT zijn gebaseerd op verscheidene theorieën, waarvan de psychoanalyse één is. Het zijn voornamelijk de ideeën van de *vrije associatie* van Freud (1920/1966) die voor David Read Johnson (2009) inspirerend werkten. In deze paragraaf wil ik specifiek inzoomen op de houding van de therapeut. Ik wil nagaan in hoeverre de voorschriften voor de therapeutische houding bij DvT overeenkomen met deze van het psychoanalytisch gedachtegoed. Dit bespreek ik aan de hand van enkele psychoanalytische kernbegrippen.

2.3.1 Overdracht

In zijn *Colleges inleiding tot de psychoanalyse* bespreekt Freud (1916-17) de overdracht in college XXVII. "Met de overdracht bedoelen wij de overdracht van gevoelens op de persoon van de arts" (p. 587). Volgens Freud gelden deze gevoelens echter niet voor de persoon van de arts, maar herhalen ze iets wat de patiënt vroeger is overkomen. Freud geeft verder aan dat "de overdracht vanaf het begin van de behandeling aanwezig is en bij de patiënt een tijdlang de sterkste drijfveer van de arbeid vormt" (p. 588). Voor het bekomen van de overdracht wordt de therapeut aangeraden om een luisterende open houding aan te nemen. Als de therapeut zou tussenkomen, bevordert dit immers de rol van de raadgever en dit wijst Freud (1916-17) juist af.

Bij de methode *DvT* wordt overdracht op de therapeut ook aangehaald als een belangrijk instrument. De intersubjectieve ontmoeting tussen cliënt en therapeut is bij deze methode immers van essentieel belang (Johnson, 2009). De therapeut fungeert als *playobject* voor de cliënt. De cliënt gebruikt de therapeut als projectiemedium (Johnson, 1992).

Johnson (1991) benadrukt echter een verschil in de invulling van deze overdracht. Hij stelt dat DvT therapeuten meer empathie en een actievere betrokkenheid tonen naar de cliënt toe dan de

psychoanalytici. De therapeut ageert immers als gids: hij neemt de cliënt mee naar het onbekende en moedigt hem aan op zijn/haar tocht door het tonen van spontaniteit, creativiteit en humor (Johnson, 2009). Enerzijds beïnvloedt dit op *interpersoonlijk* vlak de overdrachtsrelatie tussen therapeut en cliënt: een therapeut *in* de playspace lijkt menselijker, een therapeut *uit* de playspace observeert en roept automatisch meer het beeld van 'de wijze' op. Anderzijds wijzigt dit ook de overdrachtsrelatie op *intrapersoonlijk* vlak. Bij een therapeut *uit* de playspace zal de cliënt meer geneigd zijn te fantaseren over deze mysterieuze therapeut, een therapeut *in* de playspace heeft een minder mysterieuze maar eerder intieme relatie met de cliënt (Johnson, 1992).

2.3.2 Tegenoverdracht

Het begrip tegenoverdracht heeft zich globaal ontwikkeld in twee richtingen. Volgens de klassieke opvatting van Freud is tegenoverdracht een negatief gegeven aangezien de therapeut zijn eigen overdracht in het spel brengt en hierdoor het proces afremt of zelf in gevaar brengt. In zijn nieuwere betekenis wordt tegenoverdracht als nuttig gezien. Wat de cliënt oproept bij de therapeut kan immers verhelderend zijn en dient de therapeut dus zeker te registreren (Stroeken, 2013a).

In beide betekenissen blijft het hoe dan ook van belang dat de therapeut zijn eigen therapeutisch verlangen, eventuele vooroordelen, of een bepaalde genezingsijver ondervraagt en zo zijn onbewust verlangen niet verwacht met de eventuele bewuste (hulp)vraag van een cliënt (Team Creatieve Therapie, 2013). Freud (1910) stelt dan ook dat de therapeut bijgevolg de "tegenoverdracht in zichzelf moet onderkennen en de baas worden" (p. 281). Lacan situeert tegenoverdrachtelijke interpretaties van de therapeut in het imaginaire. Hij benadrukt bijgevolg ook dat de therapeut de cliënt hier niet mee dient te belasten en verwijst hem hiervoor stellig door naar zijn eigen analyse (Geldhof, 2015).

Johnsons visie sluit aan bij de hierboven beschreven nieuwere betekenis van tegenoverdracht. Hij maakt een onderscheid tussen de *uitgelokte tegenoverdracht* en de *echte tegenoverdracht*. Een therapeut mag vertrouwen op zijn eigen emotionele responsen op de cliënt om zijn handelingen in het spel te bepalen (*uitgelokte overdracht*). Het inbrengen van eigen materiaal (*echte tegenoverdracht*) is echter niet de bedoeling (Johnson, 1991). Als elementen in het spel voor een therapeut niet speelbaar zijn, worden het tekorten van de therapeut in plaats van mogelijke exploraties voor de cliënt (Johnson, 2005). Ook hier wordt de therapeut aangeraden om deze elementen te exploreren in eigen therapie.

Opnieuw wordt er in DvT op actievere wijze met de tegenoverdracht omgegaan. Johnson wil tegenoverdracht niet minimaliseren, maar juist concretiseren, uitspelen en exploreren. Hij ziet dit

als een verrijking voor het proces van de cliënt (Johnson, 1991). Tegenoverdracht mag voor hem met andere woorden geen obstakel zijn, er dient juist mee gespeeld te worden (Johnson, 2013). De therapeut blijft immers als *playobject* van de cliënt ook nog steeds een *broken toy* of een mens met zijn eigen grillen en tekorten. Dat moet niet verborgen worden (Johnson, 2009).

2.3.3 Singulariteit

Lacan legt de nadruk op een *singuliere benadering*. Dit is een benadering die oog heeft voor het detail of voor datgene wat van een subject een uitzondering maakt. Een therapeut dient te komen tot een constructie van de *logica van de casus* wat hem in staat stelt om dit singuliere te benoemen (Demuyne, 2016, p. 164). Dit maakt dat de therapeut ook “aandacht moet hebben voor wat zich in de marge en dus veelal onbewust insisteert” (Team Creatieve Therapie, 2013, p.1).

Johnson (2009) beschrijft de taken van de *playor* als volgt:

1. Help de cliënt in de playspace stappen en te blijven door dramatische scènes te verweven met persoonlijk materiaal.
2. Geef empathische feedback in een belichaamde, verbeeldende vorm.
3. Richt non-lineaire normen op om het deconstructieproces te faciliteren (door bijvoorbeeld klassieke plots, rollen, moralen, verhaallijnen, eindes te doorbreken via het transformeren/ nieuwe elementen inbrengen/ aandacht richten op tegenstrijdige elementen) en zo tolerantie te creëren voor de variatie.

Het is duidelijk dat deze taken, net zoals Lacan het voorschrijft, een *singuliere aanpak* vereisen. Bij elke *encounter* in de *playspace* met een nieuwe *player* dient de *playor* aandachtig de singuliere impulsen van de *player* op te merken en hierop in te spelen (*noticing-feeling-animating-expressing*). Er wordt bijgevolg in Dvt geen strikte algemene aanpak of vast patroon beschreven aangezien de sessies voor elke persoon compleet verschillen door zijn eigen unieke persoonlijkheid en expressiviteit (Johnson, 2009).

2.3.4 Interpretatie

“Lacan onderscheidt vier mogelijke manieren om een sociale band uit te bouwen. Dit noemt hij *discours*.” (Demuyne, 2016, p. 50). Van een therapeut wordt verwacht dat hij handelt volgens het *analytisch discours*. De therapeut dient eerst de schijn van het weten hoog te houden (*semblant*), maar moet daarna ook uit de wetende positie verdwijnen. Hij plaatst zijn eigen weten tussen haakjes en maakt ruimte voor het niet-weten (Team Creatieve Therapie, 2013). Dit in tegenstelling tot het

meesterdiscours waarbij “de meester zijn weten prononceert over het subject” (Demuyck, 2016, p. 50).

Lacan pleit er verder voor om als therapeut de symptomen niet te interpreteren (zin toevoegen aan het symptoom), maar te lezen. “Een symptoom duiden heeft als gevolg een zwellen van deze genieting, terwijl een symptoom lezen te maken heeft met een droogleggen van de zin” (Demuyck, 2016, p. 36)

Bij *DvT* wordt het interpreteren (de ‘echte betekenis’ van spel proberen begrijpen) en adviseren ook niet aangemoedigd (Johnson, 1991). “Reviewing transformations for meaning encourages intellectualisations³ and crystallizations of experience that often impedes rather than facilitates future learning” (Johnson, 1991, p. 291). Waar Lacan het lezen tegenover het interpreteren stelt, zien we bij *DvT* een gelijkaardig maar opnieuw actiever tegenvoorstel. Het exploreren komt hier namelijk tegenover het interpreteren te staan. Johnson (1991) stelt vast dat betekenis kan geëxploreerd worden in het spel en dat de therapeut hierbij bepaalde inzichten bij de cliënt kan vergroten met de techniek *action interpretation* (waarbij de therapeut linken tussen verschillende beelden aangeeft via transformatie) (Johnson, 1991). Er worden hierbij beelden naast elkaar geplaatst, wat te vergelijken is met symptomen lezen en niet met symptomen interpreteren.

2.3.5 Symptoom

“Vanuit lacaniaans oogpunt is de plaats en functie die een bepaalde stoornis of aandoening in de individuele psychische economie inneemt belangrijker dan wat – soms enkel door de buitenwereld – als weg te werken stoornis of aandoening wordt ervaren” (Team Creatieve Therapie, 2013). Een symptoom is ook een oplossing, heeft een functie en kan niet zomaar worden afgenomen (Demuyck, 2016). Cliënten komen naar therapie als het lijden groter wordt dan de genieting van de oplossing. De psychoanalytisch georiënteerde therapeut gaat dus het lijden aanpakken en niet louter symptoomreducerend te werk gaan.

Bij *DvT* wil men ook geen neurotisch conflict elimineren (Johnson, 2005). *DvT* tracht ons immers niet te herstellen, maar tracht speelbaar te maken wie we zijn (Johnson, 2013). De *DvT* therapeut gaat bij het faciliteren van een spelproces geen oplossing geven aan de cliënt. Hij gaat ervoor zorgen dat de cliënt blijft *spelen* met conflicten zonder dat de frustratie te groot wordt en dat de cliënt uit de playspace zou vluchten (Johnson, 1991).

³ Dit betekent alles slechts verstandelijk benaderen, met veel abstracties en algemeenheden. Het dient onderscheiden te worden van het rationaliseren: een manier om zichzelf te rechtvaardigen door – bewust of onbewust – gedragingen, drijfveren of gevoelens fraaier en verstandiger uit te leggen dan ze zijn. Dit laatste is een oud afweermecanisme dat aan bod komt in Freuds Werken 9: *Korte Stukken* (1929, p. 553). (Stroeken, 2013b)

Ter besluit kan gesteld worden dat de vooropgestelde therapeutische houding bij DvT in grote lijnen strookt met die bij de psychoanalyse. Dit is een open houding die opmerkzaam is voor het singuliere van de cliënt en uitgaat van het niet-weten, een niet adviserende of interpreterende houding, een niet herstellende of normaliserende houding. De verschillen in houding zijn grotendeels te wijten aan de toevoeging van expressieve modaliteiten en mogelijkheden tussen cliënt en therapeut bij DvT wat een actievere participatie met zich meebrengt (Johnson, 1991).

2.4 DEVELOPMENTAL TRANSFORMATIONS EN STOTTEREN

Paragrafen 2.1 tot 2.3 beschrijven de toepassing van de methode *DvT* in het algemeen. In het praktijkonderzoek van deze bachelorproef wordt DvT toegepast bij drie kinderen die stotteren. Er is echter geen literatuur beschikbaar over DvT bij deze doelgroep.

Jason Frydman is een Amerikaanse DvT practitioner die zijn level 1 certificaat behaalde en 2,5 jaar samenwerkte met David Read Johnson in het *Post Traumatic Stress Center* te New Haven. Hij stottert zelf en is ervan overtuigd dat DvT voor deze doelgroep is geïndiceerd. In een interview op 8 januari 2018 formuleerde hij de volgende drie hypothesen die zijn idee hierover onderbouwen.

1. Sheehan (1970) benadrukt het belang van de *covert* stotteraspecten (onzichtbaar: gedachten, gevoelens) bovenop de *overt* (zichtbaar: gedrag) stotteraspecten. Volgens Frydman (persoonlijke communicatie, 8 januari 2018) kan de *playspace* bij DvT de ideale plek zijn om deze gedachten en gevoelens verbaal en/of non-verbaal te kunnen en mogen uitdrukken.

2. “Stotteren is een communicatiestoornis die meestal sterk wordt beïnvloed door factoren op het interpersoonlijke vlak. Stotteren kan leiden tot een verstoorde interactie met de omgeving” (Bezemer et al., 2013, p. 24). Frydman (2017) benadrukt de focus van DvT op de “sustained interpersonal encounter” (p.111). Hij ziet deze *encounter* dan ook als een krachtig gegeven om de interactie en het proces van (dis)connecteren met de ander te exploreren.

3. “Een grotere kans op herstel of verbetering van het stotteren zien we bij kinderen die bereid zijn risico’s te nemen, die een hogere *inwendige locus of control* (overtuiging dat iemand zelf iets aan het gedrag kan veranderen) laten zien” (Bezemer et al., 2013, p. 160). Frydman (2017) omschrijft het doel van DvT als “to re-orient the psychological focus from maintaining maladaptive repetitive patterns aimed toward gaining control, to enabling a fluid transformation of self according to the changing demands of an inherently disordered reality” (p. 112). Hij ziet DvT met andere woorden als de ideale manier om zaken te leren tolereren waarvan we het gevoel hebben dat we ze niet kunnen controleren (*interne locus of control* verhogen).

HOOFDSTUK 3 - STOTTEREN EN DvT IN DE PRAKTIJK

3.1 TESTOPZET EN METHODE

3.1.1 Locatie

De therapie gaat door in een praktijkruimte van *Praktijk P!T* te Merksem (Antwerpen). Dit is een multidisciplinaire praktijk voor logopedie, gesprekstherapie, auticoaching en ergotherapie (“Praktijk Pit”, 2018). De praktijkruimte is ongeveer 15m², heeft een betonnen vloer en witte muren. Er hangt een klok en een parlofoon aan de muur. Verder is de ruimte volledig leeg. De aanwezigheid van reële voorwerpen wordt bij DvT afgewezen aangezien ze volgens Johnson de directe projectie op medespelers verhinderen en zo het proces van *encounter* in de weg staan. De praktijkruimte voldoet dus aan de vereisten voor de therapieruimte bij DvT die beschreven worden door Johnson (2013).

3.1.2 Proefpersonen

3.1.2.1 Rekrutering

Er werden vier inclusiecriteria geselecteerd voor de rekrutering van proefpersonen. Het kind diende allereerst gediagnosticeerd te zijn met de vloeiendheidsstoornis stotteren door een erkend logopediste. Het kind moest ook een lagere schoolleeftijd (6-12 jaar) hebben. Verder kon het kind slechts deelnemen als hij/zij logopedische stottertherapie volgde of had gevolgd. Tot slot was het van belang dat het kind gemotiveerd was om deel te nemen aan acht sessies DvT op wekelijkse basis van januari tot maart 2018.

Verschillende stottertherapeuten werden gecontacteerd en ingelicht over deze inclusiecriteria. Er kwamen drie cliënten (twee jongens en één meisje) van stottertherapeute Lotte Coreynen in aanmerking. Uiteindelijk hebben de twee jongens deelgenomen aan acht sessies, het meisje kon wegens praktische omstandigheden slechts deelnemen aan drie sessies.

De keuze voor de leeftijdsgroep ‘lagere schoolkinderen’ kent verschillende redenen. Eerst en vooral ervaart de auteur van deze bachelorproef vooral een tekort aan concreet materiaal bij het werken rond gedachten en gevoelens met deze leeftijdsgroep. Uit de literatuur blijkt dit niet onlogisch. Veenman, Van Hout-Wolters en Afflerbach (2006) beschrijven immers dat metacognitieve vaardigheden pas op de leeftijd van acht tot tien jaar beginnen ontwikkelen en zich uitbreiden in de jaren daarna. De metacognitie is het denken over je eigen gevoelens en gedachten, het denken over de gevoelens en gedachten van anderen, en het vermogen om deze informatie te gebruiken om uitdagingen in het dagelijks leven te overwinnen (Lysaker et al., 2005). Voor kinderen met lagere

schoollleeftijd is het met andere woorden nog erg moeilijk om na te denken, te reflecteren en praten over eigen gevoelens en gedachten die bijvoorbeeld gerelateerd zijn aan het stotteren.

De ervaringsgerichtheid van dramatherapie vormt een tweede reden voor de keuze van de leeftijdsgroep bij deze praktijkstudie. Pont (2012) beschrijft dat kinderen meer leren door ervaring dan door instructie. Hij onderstreept het belang van de mogelijkheid tot experimenteren voor de ontwikkeling van het kind. Tot slot kan worden aangehaald dat de keuze voor deze leeftijdsgroep ook voortkomt uit het feit dat kinderen makkelijker overtuigd konden worden voor het werken met het medium drama dan volwassenen.

Na de selectie door stottertherapeute Lotte, kreeg de cliënt een informatieflyer (zie bijlage B) met een uiteenzetting over de inhoudelijke doelen en praktische afspraken van deze praktijkstudie. De cliënt werd vervolgens telefonisch gecontacteerd voor een eerste afspraakdatum. Vragen of onduidelijkheden werden op deze datum beantwoord. De uiteindelijke bevestiging van deelname werd verkregen via het tekenen van de *informed consent* (zie bijlage C) door één ouder op de eerste afspraak. Dit document zorgde voor een bescherming van de cliënt.

3.1.2.2 Gegevens

De volgende gegevens werden verzameld via een anamnese vragenlijst (zie bijlage D), het aanvangs- en evolutiebilan uit het logopedisch dossier en een interview op 17/01/2018 met het kind en één ouder (vader bij Abel en Zara, moeder bij Roel). De vernoemde leeftijd is de leeftijd van het kind bij aanvang van het praktijkonderzoek. Om de anonimiteit te waarborgen zijn fictieve namen gebruikt.

A) Abel (8 jaar 9 maanden)

Abel wordt door vader beschreven als een flinke en drukke jongen. Hij spreekt thuis Nederlands met zijn twee zussen en Arabisch met zijn ouders (beiden zijn afkomstig uit Marokko). Abel zit in het 3^e leerjaar en gaat volgens vader met plezier naar school.

Het stotteren werd bij Abel voor het eerst opgemerkt in september 2017. Er is een familiaal voorkomen. Het wordt voornamelijk gekenmerkt door kleine snelle herhalingen, er zijn ook enkele blokkades en verlengingen op te merken. Op 7/9/2017 werd de Test voor Stotterernst – Lezers (Boey, 2007) afgenomen en behaalde Abel een ruwe score van 13. Dit komt overeen met percentiel 30 of een lichte tot middelmatige stotterernst. Hierbij werd ook start- en duwgedrag (bijbewegingen onder de vorm van heen en weer bewegen en zelden ook fronsen), alsook vermijdings- en uitstelgedrag (woorden/zinnen veranderen, klanken tussenvoegen, weinig zeggen) beschreven. Abel stottert meer bij vermoeidheid, bij hevige emoties en bij het vertellen van lange verhalen. Abel startte stottertherapie in september 2017 tot heden.

Algemeen meldt vader dat Abel vlot omgaat met veranderingen en onvoorspelbaarheid. “Hij leeft in het nu en is niet bezig met wat komt.” Vader denkt dat Abel zijn eigen onvloeiendheden nooit kan voorspellen. De logopediste vermoedt dit ook, mede door het uitblijven van anticipeergedrag.

B) Roel (9 jaar 7 maanden)

Moeder omschrijft Roel als een zachtaardige en erg verdraagzame jongen die zichzelf hoge eisen stelt. Hij zit in het 4^e leerjaar in een Steinerschool. Volgens moeder zit hij in een “drukke klas” en is hij er vrij stil omwille van zijn stotteren. In zijn vrije tijd is Roel bezig met tennis, free running en breakdance.

Roel startte met stotteren op de leeftijd van zes jaar. Moeder heeft zelf gestotterd en Roels zus ook. Beiden stotteren niet meer sinds het eerste leerjaar. Roel stottert meer als hij zich niet lekker in zijn vel voelt, vermoeid is en bij stopklanken (b, p, d). Hij stottert minder bij dieren, kinderen en zijn juffrouw. Roels stotteren wordt voornamelijk gekenmerkt door herhalingen, ook blokkades en verlengingen komen voor (allen voornamelijk bij aanvang van de zin). Er is daarnaast sprake van bijkomende keel- en ademklanken en secundair start- en duwgedrag met zijn ogen. Moeder merkt dat Roel het spreken soms uit de weg gaat door te zwijgen, minder te praten, een ander het woord te laten nemen, opnieuw te beginnen of te laten aanvullen (vermijdings- en uitstelgedrag). Naar het einde van de dag toe stijgt zijn stotterfrequentie. Op 14/06/2017 behaalde Roel op de Test voor Stotterernst – Lezers (Boey, 2007) een ruwe score van 16. Dit komt overeen met percentiel 43 of een middelmatige stotterernst. Roel startte in juni 2016 met logopedische stottertherapie tot heden. De stotterfrequentie is sindsdien afgenomen.

Algemeen meldt moeder dat Roel veranderingen moeilijk vindt. Hij heeft graag dat iedereen thuis is en dat alles loopt zoals gewoonlijk. Hij heeft het ook moeilijk met onvoorspelbaarheden, maar kan hier ondertussen al flexibeler mee omgaan. Moeder geeft aan dat ze zelf het stotteren af en toe kan voorspellen en denkt dat Roel dit ook af en toe kan.

C) Zara (9 jaar 6 maanden)

Zara woont afwisselend één week bij vader en één week bij moeder. Ze heeft één oudere zus en een jongere halfbroer aan moederskant en halfzus aan vaderskant. Thuis spreekt Zara Nederlands. De moedertaal van zowel vader als moeder is Arabisch. Vader beschrijft een gemiddelde spraak- en taalontwikkeling en zegt dat Zara momenteel nog wat fouten maakt in het Nederlands.

Zara zit in het 4^e leerjaar en gaat volgens vader niet altijd met plezier naar school. Ze heeft veel vrienden in de klas. Zara basket, danst en knutselt graag. Vader vindt Zara een gevoelig meisje dat zichzelf hoge eisen stelt. Ze is eerder onverdraagzaam, spontaan en wil graag en veel aan het woord zijn. Vader benoemt Zara als “een stoere meid met een klein hartje”.

Het stotteren is voor het eerst vastgesteld in 2010 op de kleuterschool. Daarna varieerde de stotterfrequentie afwisselend meer en minder. Zara's oom aan moeders kant stottert ook. Zara zou meer stotteren op school en bij emoties, voornamelijk bij stress. Ze zou minder stotteren in een rustige omgeving. Haar stotteren wordt voornamelijk gekenmerkt door verlengingen en blokkades, herhalingen komen af en toe voor. Op 7/01/2017 behaalde Zara een ruwe score van 23 op de Test voor Stotterernst – Lezers (Boey, 2007). Dit komt overeen met percentiel 72 of een middelmatige tot ernstige stotterernst. Toen werd ook secundair uitstel- en duwgedrag beschreven. Zara gaat het spreken niet uit de weg. Als er een stotter komt, gebruikt ze een zelf uitgevonden trucje ('een' plaatsen voor een woord) of begint ze opnieuw met haar zin. Ze volgde een periode stottertherapie in de kleuterschool en startte opnieuw stottertherapie van januari 2017 tot januari 2018.

Algemeen zou Zara veranderingen zeer moeilijk vinden. De wijzigingen in de relaties van moeder en vader houden haar sterk bezig. Verder is onvoorspelbaarheid voor Zara geen optie. Zara "moet de dagplanning kennen en zal hier steeds naar vragen".

3.1.3 Methode

3.1.3.1 Onderzoeksdesign: drie gevalsstudies

Prof. Dr. John Van Borsel (2004) verkiest het design *gevvalsstudie* voor het uittesten of voorstellen van een nieuwe vorm van therapie. Hij benadrukt dat dit design geen causale verbanden en geen generalisatie toelaat, maar dat het wel waardevol kan zijn als aanzet voor verder experimenteel onderzoek (Van Borsel, 2004). Een gevalsstudie is beschrijvend van aard en wordt uitgevoerd bij een beperkt aantal proefpersonen. In deze bachelorproef worden drie proefpersonen beschreven.

3.1.3.2 Opbouw van het onderzoek

A) Kennismaking

In het kennismakingsgesprek werd het onderzoek aan één ouder en het kind geduid. Er werd daarnaast ook gepeild naar de attitude van het kind tegenover (de onvoorspelbare veranderlijkheid van) stotteren. Dit gebeurde aan de hand van een vragenlijst voor ouders met mondelinge bespreking (zie bijlage D) en een interview met het kind. Verder scoorde het kind ook enkele visueel analoge schalen (VAS) én creëerde het kind samen met de therapeut een impersonatie van het stotteren om een bespreking van de attitude tegenover stotterveranderlijkheid te vergemakkelijken.

Bij een impersonatie wordt persoonlijk materiaal van de cliënt gerepresenteerd door een dramatische rol. Een cruciale stap hierbij is dat er een zekere afstand wordt genomen ten opzichte van het materiaal. Dit stelt de cliënt in staat om zich te focussen op dit specifiek materiaal én het te

onderzoeken in een nieuw licht (Jones, 1996). Samen met de cliënt zocht de therapeut naar een rol (namelijk: een beest) dat stotteren voorstelde. Dit beest werd vorm gegeven via belichaming en op papier. Op die manier kon er eenvoudiger gesproken worden over het concept 'stotteren'. De volgende drie vragen werden gehanteerd als leidraad voor de bespreking:

- Weet jij wanneer het beest jou gaat aanvallen? (peilen naar voorspelbaarheid)
- Wanneer valt het beest jou meestal wel/niet aan? (peilen naar veranderlijkheid)
- Hoe valt het beest jou aan? (peilen naar attitude rond (on)voorspelbare veranderlijkheid)

B) Tussentijdse evaluatie

De tussentijdse evaluatie bestond uit een gesprek van 15 minuten na vier sessies met één ouder. Het had tot doel de ouders te betrekken, ruimte te geven voor hun vragen en eventuele nieuwe belangrijke informatie na te gaan. Het gesprek werd opgebouwd aan de hand van volgende vragen:

- Vertelt uw kind iets over de therapie sessies?
- Merkt u iets op als uw kind van de therapie sessie naar huis komt?
- Merkt u iets op in de algemene attitude van uw kind?
- Merkt u iets op in de attitude van uw kind tegenover stotteren?
- Heeft u verder nog opmerkingen of vragen?

C) Eindevaluatie

Via de eindevaluatie werd een eventuele evolutie nagegaan in de attitude tegenover de veranderlijkheid van stotteren en/of de impact van het stotteren op de levenskwaliteit van het kind. Dit gebeurde aan de hand van een vragenlijst met bijkomende bespreking voor de ouder (zie bijlage E). Het kind kreeg dezelfde vragen en visueel analoge schalen als bij het kennismakingsgesprek. Ook het creëren van een impersonatie werd opnieuw uitgevoerd.

3.1.3.3 Opbouw van de therapie

De sessies DvT gingen door op wekelijkse basis. Elke sessie duurde 1 uur en werd telkens opgebouwd volgens de structuur die wordt vooropgesteld in de *Text for Practitioners 2* (Johnson, 2013).

A) Opwarming

De eerste 10 à 15 minuten van de sessie bestonden uit een opwarmingsfase. Hierbij lag de focus aanvankelijk uitsluitend op lichaamsopwarming via *stretching* en andere bewegingsoefeningen. In sessie 4 werden ook korte improvisatieoefeningen toegevoegd aan de opwarming om het concept *transformeren* te verduidelijken en te stimuleren. Bekende improvisatieoefeningen als *3 some* of *What are you doing* kwamen zo bijvoorbeeld aan bod ("Improv Games", 2001-2018).

B) Uitleg

Bij de eerste therapiesessie werd een korte uitleg gegeven op kinderniveau over het verloop en de regels van DvT. Na drie sessies kenden de kinderen het verloop en werd dit onderdeel weggelaten. De uitleg ging als volgt: “We gaan straks samen in de doe-alsof-wereld stappen. In die wereld kan en mag alles. Er zijn slechts een paar regels:

- *Restraint against harm*: We doen elkaar geen pijn. We kunnen doen alsof we vechten, maar dat doen we niet echt.
- *Mutual agreement*: We doen alsof, alles is niet echt.
- *Discrepancy*: Het is wel mogelijk dat sommige dingen toch heel ‘echt’ kunnen voelen.
- *Reversibility*: Je kan alles wat we spelen op elk moment veranderen. Als je zin hebt om iets anders te spelen, verander je het. Ik speel met jou mee. Ik kan ook iets veranderen.
- *No probs*: We gebruiken geen voorwerpen. We kunnen alle voorwerpen uitbeelden.
- *Witnessing circle*: Ik kan op die cirkel in de hoek staan, jij niet. Als ik erop sta, dan laat ik je even alleen. Jij kan kiezen wat je dan doet. Ik ben er dan nog en kan ook blijven kijken, maar ik speel niet mee. Ik kom ook zeker terug naar jou. Als ik van de cirkel ga, ben ik terug bij je.”

C) Entrance Structure

Via een bepaalde *entrance structure* (openen van een poort, gordijn laten zakken, etc.) wordt letterlijk in het spel gestapt. De soort ‘ingang’ werd telkens bepaald door de cliënt. Dit kon steeds dezelfde ingang zijn of kon variëren over de sessies heen.

D) Playspace en witnessing circle

Playor en *player* spelen samen in de doe-alsof-wereld of *playspace* (lege therapieruimte). Er ligt een cirkelvormig tapijt in de hoek van de ruimte: de *witnessing circle*. Het is enkel de *playor* die kan kiezen om even in deze cirkel te zitten. Op dat moment observeert hij de *player* en/of zijn eigen gevoel in stilte en wacht hij op een impuls die hem terug in het spel brengt. Deze cirkel geeft de cliënt met andere woorden de mogelijkheid om te ervaren hoe het is om bekeken te worden (Johnson, 2009).

E) Take a minute

Na ongeveer 40 minuten verlaat de *playor* de *playspace*. Hij geeft de *player* nog twee minuten. Deze kan zelf bepalen of hij meteen uit de *playspace* stapt of na/tijdens de twee minuten uit de *playspace* stapt.

F) Geen nabespreking

De DvT sessie wordt niet nabesproken. Als de *player* uit de *playspace* stapt, is de sessie afgerond.

3.1.3.4 Verloop van de sessieanalyse

De analyse van de therapie sessies gebeurde aan de hand van video-opnames. Elke sessie werd opgenomen en nadien door de onderzoeker bekeken. Passages die het voorkeursniveau van een speldimensie illustreerden werden getranscribeerd en samengevat tot één evolutieverslag met illustraties uit de vijf speldimensies per proefpersoon.

3.2 RESULTAAT

3.2.1 Abel

3.2.1.1 Attitude tegenover het stotteren bij het kennismakingsgesprek

Het kennismakingsgesprek gaat door met de vader van Abel. Volgens vader reageert Abel niet emotioneel op het stotteren. Hij geeft aan dat Abel snel huilt, maar dat hij nog nooit veel emoties zag die hij kon relateren aan het stotteren. Abel zelf zegt dat hij van het stotteren “soms een beetje boos of een beetje verdrietig” wordt (“maar niet huilen hé!”). Hij zegt dat vooral de grote blokkades hem boos en/of verdrietig maken, maar dat hij toch steeds blijft doorpraten. Abel stottert meer op school dan thuis, voornamelijk “als de juffrouw op school boos is”. Hij vertelt dat een jongen uit het 6^{de} leerjaar wel eens lachte met zijn onvloeiendheden. Volgens Abel pest die jongen hem soms, maar kan dat hem weinig schelen. Vader vertelt dat hij eigenlijk nooit echt met Abel praat over het stotteren. Ook Abel zegt dat hij er liever niet over praat. Hij zegt dat zijn beste vriend weet dat hij naar de logopedist komt, maar dat ze er verder nooit over praten.



Dit is “stotterbeest”. Hij zit in mijn hersenen. Hij is heel groot, heeft een eng gezicht en heeft scherpe klauwen. Zijn tanden zijn ook heel scherp. Hij kijkt met gefronste ogen. Ik weet niet altijd wanneer hij komt, maar het is meestal altijd op school. Als de juf boos is, komt hij zeker. Hij komt dan snel aangelopen en bespringt mij dan plots ‘bam’. Hij pakt me dan vast met zijn klauwen. Ik vind hem niet leuk, ik ga het stotterbeest slaan!

(De hoekige lijnen op de achtergrond beschrijft Abel als zijn hersenen.)

3.2.1.2 Analyse van de therapie sessies volgens de vijf speldimensies

A) Ambiguity

In sessie 1 en 2 valt het op hoe Abel zo duidelijk mogelijk elke handeling (en rol) verbaal benoemt (zie bijlage F, 1.1). Momenten waarop de therapeut enige ambiguïteit creëert, lijken hem te irriteren en ontkent of transformeert hij (zie bijlage F, 1.2). Hij kan slechts af en toe ambiguïteit verdragen.

In sessie 3 herhaalt Abel gedurende de eerste minuten in de *playspace* meteen de drie dominante scènes uit sessie 1 en 2. Ze lijken hem een zekere veiligheid te bieden, er is immers geen ruimte meer voor ambiguïteit.

In sessie 4 ontstaat een nieuwe scène die tot aan sessie 8 zal domineren. Abel speelt in deze scène een baby die naar school moet en hier allerlei lugubere daden stelt met een mes. Op ruimtelijk vlak bant Abel opnieuw de ambiguïteit. Hij houdt elke sessie vast aan dezelfde plek in de ruimte voor 'de school' en 'de slaapkamer'. De activiteit (naar school gaan, slapen, mama en papa zien, ...) is ook weinig ambigu aangezien deze aansluit bij Abels leefwereld. Op vlak van rollen lijkt Abel de ambiguïteit meer te verdragen. Hij regisseert bijvoorbeeld de rollen van de therapeut minder en minder naar het einde van de sessiereeks toe. In sessie 8 heeft Abel wel weer een duidelijk en voorspelbaar regieplan klaar. Wanneer de therapeut dit plan doorbreekt, is hij in staat dit tijdelijk te verdragen (zie bijlage F, 1.3).

B) Complexity

De rollen uit sessie 1 tot 3 zijn eenduidig. De *Zombie* is erg angstaanjagend, de *Vinderman* beschikt over superkrachten en de *Machtspersoon* straft mensen met zweepslagen en gevangenisstraffen. Ook de scènes uit die eerste sessies zijn weinig complex. Het zijn repetitieve herhalingen van duidelijke handelingen: een steen gooien zodat de tegenstander sterft en daarna een pleister geven zodat de tegenstander geneest, een richting kiezen en daarna springen in die richting. Naarmate de sessies vorderen, komt er meer variatie in de scènes (voorbeeld: de pleister geneest plots niet meer).

In sessie 4 initieert Abel een nieuwe en meer complexe rol: de baby. Dit is aanvankelijk een heel kwetsbaar personage (*piepende stem, foetushouding, grote ogen, pruillip*), maar transformeert later tot een kwaadaardig personage dat iedereen vermoordt (*krakende stem, grijns op gezicht, handen in elkaar wrijvend*) om dan voor de ogen van zijn moeder weer te transformeren tot een poeslief personage (*grote ogen, pruillip, piepende stem, blijvende grijns op gezicht*).

In de sessies die volgen blijft de activiteit weinig complex. De rollen kennen wel steeds meer complexiteit: ze kunnen meerdere handelingen uitvoeren en kunnen verschillende emoties tonen (vb.: baby is sluw én lief, zweepslager is gemeen én toegeeflijk). Abel initieert op het einde ook spontaan rolwissels en speelt bijgevolg rollen die hij eerst de therapeut toebedeelde.

C) Media of representation

Als Abel in sessie 1 aankomt in de *playspace*, begint hij springend de ruimte te verkennen. Vanuit deze springbewegingen ontstaat spel. Naast bewegingen, komen er ook snel vaste geluiden bij ('tsjak' bij elke sprong, 'tieren' bij een bang personage, 'brullen' bij de angstaanjager). Op het einde van de sessie ontstaat een korte scène met woorden.

In de daaropvolgende sessies gebruikt Abel woorden bij het spelen van dominante rollen (voorbeeld: 'Doe nu een handtekening!'). Ze drukken zijn wens uit, maar dragen weinig bij aan de interactie. Verder bestaat het spel hoofdzakelijk uit bewegingen en geluiden. Als de therapeut te veel woorden toevoegt, beantwoordt Abel deze met een beweging en geluid of helemaal niet.

Het personage 'baby' in sessie 4 wordt meer belichaamd dan de vorige personages (uitgewerkte houding, mimiek, stemgebruik). Abel drukt zich hier dus sterk uit via het medium beeld. Ook woorden komen vanaf deze sessie meer en meer aan bod als interactiemiddel. Abel begint te spelen met zijn stem (bijvoorbeeld: als leidersfiguur neemt hij een zware stem aan, als baby een hoog stemmetje). De focus van de interactie ligt nu wisselend op woordniveau en op bewegingsniveau.

In de laatste sessie begint Abel meteen te praten als hij de *playspace* binnenkomt. Woorden blijven vervolgens het dominante medium gedurende deze sessie.

D) Interpersonal demand

De vorm van de rollen die domineert in de eerste drie sessies zijn *quasi-mensen* (voorbeeld: zombies). Op vlak van interactie komt voornamelijk actief-reactief spel aan bod. Abel stelt een actie en verwacht een voorspelbare respons (voorbeeld: zombie jaagt schrik aan, tegenspeler is bang).

De rollen evolueren in de daaropvolgende sessies van *quasi-mensen* (monsters, superkrachtige mensen) naar meer menselijke doch onsterfelijke personages. Als de mensen te reëel worden, transformeert Abel gemakkelijk terug naar één van zijn gekende vaste scènes met *quasi-mensen*. Naast actief-reactief spel, komt nu ook actief-actief spel af en toe aan bod. De communicatie is meer en meer uniek, de reacties stroken niet meer met het vast en voorspelbaar patroon.

In sessie 5 bestaat de interactie bijna hoofdzakelijk uit unieke interactie. De sessies daarna zijn eerder wisselend: unieke interactie wordt frequent afgewisseld met actief-reactief spel. Op vormelijk vlak blijven personages vooral onsterfelijk. Slechts enkele zijn sterfelijk en reëler (voorbeeld: juffrouw).

E) Affect expression

Bij het uitspelen van de zombies in sessie 1 wordt gespeeld met een grote distantie ten opzichte van het persoonlijk materiaal van Abel. Het zijn fictieve en wellicht dus 'veilige' personages.

In sessie 2 neemt de therapeut op een bepaald moment tussen de zombievechtscènes plaats in de *witnessing circle*. Wanneer ze terug in de *playspace* komt, vindt een gesprek plaats over 'alleen zijn' en 'bang zijn' (zie bijlage F, 2.1). De afstand spel-werkelijkheid is bij deze scène veel kleiner dan bij de fictieve zombievechtscènes. Er lijkt even meer appel te worden gedaan op de emotie van Abel.

In sessie 3 introduceert de therapeut het thema stotteren via de belichaming van een 'robot die alles weet' met de volgende woorden: 'Ik ken jouw dromen met veel zombies, en ik weet nog iets. Ik weet

dat je stottert.’ Abel reageert met ‘Nee, ik stotter niet.’ De introductie lijkt hier niet op zijn plaats en Abel transformeert de scène opnieuw naar een scène met meer distantie en minder intensiteit.

In sessie 4 ligt Abel in de armen van de therapeut als een baby. Hij lijkt hiervan te genieten en straalt heel kort een zekere kwetsbaarheid uit in vergelijking met de voorgaande onoverwinnelijke rollen.

In sessie 6 komt het stotteren nogmaals aan bod. Abel geeft de therapeut een ‘stotterbrokje’ waardoor ze gaat stotteren. Zij spoort hem aan om het brokje ook eens te proberen. Hij probeert heel kort en roept dan: ‘Ik kan dat niet. Ik kan dat niet! Ik wil dat gewoon niet. Dat is stom.’ Kort daarna kiest hij om uit de *playspace* te stappen. In sessie 7 komt er een langere scène over het stotteren (zie bijlage F, 2.2). Hier kiest Abel aanvankelijk om een ‘stottermonster dat hem *stotters* geeft’ te vermoorden, maar besluit hij het monster op het einde eerder kleiner en liever te maken.

Als de therapeut reële personages uit het leven van Abel introduceert, raakt Abel verward. Er is wellicht te weinig distantie of een onduidelijk verschil tussen spel en werkelijkheid voor hem. Het is enkel zijn reële geliefde Marokkaanse kat die eenmalig een rol krijgt in de sessies.

3.2.1.3 Tussentijds gesprek en eindgesprek

Visueel Analoog Schaal (VAS)	Score 1 (VOOR 8 sessies)	Score 2 (NA 8 sessies)
Ik denk aan stotteren. 0: ik denk nooit aan stotteren 10: ik denk altijd aan stotteren	9/10 ‘Ik denk er heel veel aan.’	1/10 ‘Ik denk bijna nooit aan stotteren’
Ik vind stotteren lastig. 0: ik vind het nooit lastig 10: ik vind het altijd lastig	8/10 ‘Ja!’	5/10
Ik vind stotteren grappig. 0: ik vind het altijd super grappig 10: ik vind het nooit grappig	10/10 ‘Nee, dat is niet grappig!’	10/10 ‘Ik vind het helemaal nooit grappig. Het is zelf 11/10 (staat nog naast de lijn)’
Ik denk dat andere kinderen stotteren gek vinden. 0: ze vinden het niet gek 10: ze vinden het heel gek	0/10	0/10 ‘Nee, ze vinden het niet gek. Helemaal niet!’

Abel vertelt in het eindgesprek dat zijn stotteren “écht bijna nooit...misschien twee keer ooit... of nee...één keer... nooit bijna” voorkomt. Als hij stottert, dan gaat het “heel snel” en voelt hij het niet aankomen. Het is dan “wel een beetje eng”. Vader zegt dat hij nauwelijks hoort dat Abel stottert. In het Arabisch zou Abel niet stotteren. De logopediste geeft aan dat Abel inderdaad weinig stottert. Zij hoort het stotteren vooral als kleine snelle herhalingen wanneer Abel veel wil vertellen.

Abel zegt dat hij slechts éénmaal in zijn leven heel erg boos is geweest op het stotteren. In het kennismakingsgesprek geeft hij aan dat “soms wel eens iemand” hem heeft horen stotteren. Bij het

eindegesprek zegt hij “ik denk niet dat iemand het weet”. In het kennismakingsgesprek vermeldt hij iets over pesten. Als hiernaar wordt gevraagd bij het eindgesprek, zegt hij “dat was niet bij mij denk ik”. Abel vindt zijn stotteren “zo een klein beetje vervelend”.

De logopediste van Abel spreekt over een verandering in attitude tegenover het stotteren op vlak van openheid. Hij zou zaken na de sessies dramatherapie soms makkelijker kunnen formuleren.

3.2.2 Roel

3.2.2.1 Attitude tegenover het stotteren bij het kennismakingsgesprek

Het kennismakingsgesprek gaat door met de moeder van Roel. Zij geeft aan dat hij meestal niet emotioneel reageert op het stotteren. Roel zegt tijdens het interview dat hij stotteren “niet zo erg” vindt. “Ik word er niet echt boos of verdrietig van. Ik ga altijd door met praten.” Volgens moeder en Roel reageren leeftijdsgenoten positief op het stotteren. Ze kennen de onvloeiendheden van Roel immers al lang. Roel heeft ooit in de klas vooraan aan iedereen uitgelegd wat stotteren is. Roels zussen zijn volgens moeder vaak geïrriteerd. Moeder vertelt verder nog dat Roels gedrag op school verschilt met het gedrag thuis. Op school zou Roel eerder een stille jongen zijn en niet vaak aan de beurt komen. Volgens moeder frustrereert hij zich hier echter niet in.



Dit is “Stotter”. Hij bevindt zich in mijn mond. Hij heeft een middelmatige grootte. Hij heeft neerhangende klauwen die niet te scherp zijn. Zijn voeten staan open. Hij stormt niet te traag, maar ook niet te snel op mij af. Als hij me vast heeft, is dat niet zo krachtig. Stotter is vrij lief. Hij besluit me eerder dan dat hij me bespringt. Ik weet niet goed wanneer hij komt. Soms weet ik het wel, dan voel ik dat én dan kan ik de aanval verzachten met een techniek die ik bij de stottertherapeute leerde.

3.2.2.2 Analyse van de therapie sessies volgens de vijf speldimensies

A) Ambiguity

In sessie 1 vindt een actie-reactiespel plaats. Er is weinig duidelijkheid over de ruimte, rollen en activiteit. Roel vult dit ook niet spontaan in. Ook in sessie 2 blijven de rollen vaag. De activiteit wordt soms door Roel benoemd om meer duidelijkheid te scheppen (voorbeeld: hij houdt zijn armen voor zich en roept ‘schild’, hij duwt de therapeut in een put en zegt ‘100m diep’). Bij weinig complex spel, verdraagt Roel de ambiguïteit dus gemakkelijk.

Ook bij een toenemende complexiteit in de daaropvolgende sessies, heeft Roel weinig moeite met onduidelijke rollen, ruimtebepaling of activiteit. Zelf belichaamt hij zijn personages meer en meer, wat minder ambiguïteit creëert. Als de therapeut ambiguïteit inbouwt, kan hij steeds verder spelen.

B) Complexity

Er komen slechts twee rollen aan bod in sessie 1: een lieve prooi die verzorgd wil worden én een grommend beweeglijk figuur dat draait rond zijn prooi, kort aanvalt en weer wegrent. Zowel de activiteit (actie-reactie) als de rollen zijn dus weinig complex. Bij sessie 2 komen meer rollen aan bod en wordt er frequenter gevarieerd van rol. Deze rollen blijven eenvoudig: ze hebben slechts één uitgesproken kenmerk (voorbeeld: heerser controleert, breakdancer danst, vriend maakt grappen).

Sessie 3 bestaat bijna volledig uit het voortdurend heen en weer schieten en vechten om de *witnessing circle* met weinig variatie in rol en activiteit. Er komt pas meer complexiteit bij sessie 4. Roel neemt in die sessie een rol aan van een man die zijn eigen huis hardnekkig beschermt. Waar hij start met een verdedigende houding, wordt hij al snel een bemiddelaar. De rol krijgt meer kleur.

Gespeelde rollen krijgen vanaf die sessie vaste belichamingskenmerken (voorbeeld: tijger houdt hoofd naar beneden, soepele bewegingen/ huisbaas staat stijf rechtop). Nieuwe rollen worden menselijker en kennen vaak meer karaktertrekken dan één. De oude eenvoudige rollen ontwikkelen weinig en blijven frequent terugkeren. Ook de activiteit blijft tot aan de laatste sessie weinig complex. Er is echter wel een toename in complexiteit op vlak van transformaties. Scènes worden in de eerste sessies erg lang aangehouden. Naar het einde toe wordt heel snel en vlot getransformeerd.

Op vlak van ruimte heeft Roel weinig nood aan een vaste structuur. Als breakdancer of tijger gebruikt hij het liefst zoveel mogelijk ruimte. Als huisbaas bakent hij elke week een duidelijk (ander) stuk ruimte af. Vanaf sessie 1 heeft Roel ook momenten waarop hij op de grond gaat liggen en zijn ruimte als het ware verkleind tot zijn eigen kleine plekje.

C) Media of representation

In sessie 1 zegt Roel helemaal niets. Hij beweegt zich soepel voort als een tijger of een poes met bijhorende geluiden. In sessie 2 wordt opnieuw gestart vanuit de beweging (tijger, breakdance, gevecht). Als de therapeut woorden toevoegt, negeert Roel dit en speelt hij verder met geluiden. De enkele woorden die Roel uitspreekt, ondersteunen vooral de belichaming en dienen minder als interactiemiddel (voorbeeld: 'ijsjes te koop'). Aan het einde van de sessie ontstaat een kort dialoog.

Sessie 3 start opnieuw vanuit beweging en geluid, de eerste 20 minuten komen er geen woorden. Daarna komt een politescène waarbij Roel woorden gebruikt om aan te geven wat hij doet (deur dicht, nu je nek eraf, van dit middel gaat de poes dood). De therapeut initieert vervolgens een scène met meer tekst, Roel reageert nauwelijks en transformeert weer naar een vaste bewegingscène.

In sessie 4 komt voor het eerst de scène met 'voet' en 'teen' aan bod. Hierbij ligt Roel op de grond en houdt de therapeut zijn twee voeten (meneer voet en meneer teen) vast. De therapeut speelt poppenkastgewijs een verhaal uit met beide 'spelers'. Daarna speelt ook Roel een verhaal uit met hen. De woorden dienen nu wél als expressiemedium. In sessie 5, 6 en 7 komen opnieuw heel gelijkaardige scènes en rollen aan bod. Beweging en geluid domineren als medium, af en toe is er wat interactie op woordniveau.

In sessie 8 worden voornamelijk twee grote scènes uitgespeeld. Bij een bokswedstrijd worden bewegingsdelen afgewisseld met uitgebreide woordelijke discussies. De huiscène bestaat vooral uit een mondelinge rondleiding door Roel.

D) Interpersonal demand

In sessie 1 beperkt de vorm van de rollen zich tot dieren. Deze ageren soms beiden passief of soms actief-reactief. Er is een lage *interpersonal demand*. De tijger uit sessie 1 blijft terugkomen in de volgende drie sessies. Daarnaast ontstaan ook nieuwe personages, voornamelijk *quasi-mensen* (fantasierijke en onsterfelijke vechtpersonages). Af en toe komt ook een meer menselijk personage aan bod. Op interactieniveau blijft actief-reactief domineren, unieke interactie ontstaat vooral bij scènes waarin menselijke personages voorkomen.

Vanaf sessie 5 is een groter evenwicht in de verschillende interactiepatronen op te merken. Zowel passief-passief (Roel en therapeut liggen op de grond in de ruimte), actief-reactief (terugkerende scènes) en unieke interactie (nieuwe scènes) komen aan bod.

Ook in sessie 6, 7 en 8 blijft Roel het liefst de dierlijke of quasi-mens rollen opnemen. Hij gaat deze uitdiepen en variëren. Unieke interactie en actief-reactief spel wisselen elkaar snel af. Roel transformeert flexibel van de ene naar de andere scène.

E) Affect expression

In sessie 1 lijkt een grote distantie aanwezig op vlak van rollen. Hiertegenover geeft Roel met verschillende signalen aan dat de intensiteit van het spel vrij hoog is (voorbeeld: Roel ligt telkens na even spelen languit op de grond met gezicht naar beneden). Het actie-reactiespel gaat over het aftasten van een veilige plek. In sessie 2 komt Roel met een ontspannen houding de therapieruimte binnen en begint hij spontaan te vertellen. Tijdens de sessie beweegt hij zich ook vrij en ontspannen doorheen de ruimte. Er worden opnieuw fictieve personages met veel distantie gespeeld.

Gedurende de volgende sessies lijkt de *affect expression* vooral te verhogen bij de volgende thema's: veiligheid (mijn eigen ruimte versus de ander toelaten), conflicten (vermijden versus aangaan, zie bijlage F, 3.1). Wanneer deze thema's aan bod komen, houdt Roel deze even vol en stuurt ze vervolgens weer in de richting van vaste scènes met een lage *affect expression*.

Het thema stotteren komt in sessie 3 voor het eerst kort aan bod in een woordenwisseling tussen twee vrienden (zie bijlage F, 3.2). In sessie 6 gaat Roel de confrontatie met het stottermonster aan en heeft hij hier geen moeite mee (zie bijlage F, 3.3). In sessie 8 maakt Roel spontaan grappen over het stotteren (zie bijlage F, 3.4).

3.2.2.3 Tussentijds gesprek en eindgesprek

Visueel Analoog Schaal	Score 1 (VOOR 8 sessies)	Score 2 (NA 8 sessies)
Ik denk aan stotteren. 0: ik denk nooit aan stotteren 10: ik denk altijd aan stotteren	6/10 'Ik denk eraan op het moment dat ik stotter én iets meer.'	1,5/10 'Ik denk heel soms aan het stotteren.'
Ik vind stotteren lastig. 0: ik vind het nooit lastig 10: ik vind het altijd lastig	5/10 'een beetje'	1/10 'Ik vind het helemaal niet lastig.'
Ik vind stotteren grappig. 0: ik vind het altijd super grappig 10: ik vind het nooit grappig	4/10 'Het was eens grappig toen ik ziek was.'	1/10 'Ik vind het een heel mini beetje minder dan heel grappig, gewoon grappig dus.'
Ik denk dat andere kinderen stotteren gek vinden. 0: ze vinden het niet gek 10: ze vinden het heel gek	2/10 'Die van mijn klas vinden het niet gek, misschien sommige anderen wel.'	1,5/10 'Mijn klas/familie vinden het niet gek. Anderen ook niet, denk ik. Die denken gewoon dat ik een woord vergeet. Heel mini beetje gek dus.'

Roel vertelt bij het eindgesprek dat hij stotteren "niet erg" vindt en dat hij blij is dat hij vlotter kan lezen ondertussen. Hij geeft ook aan dat hij nooit echt boos/verdrietig is geweest door het stotteren.

Moeder meldt aan het einde van de therapiereeks dat Roel rustiger is geworden sinds januari. Ze stelt dat hij een half jaar geleden emotioneler zou reageren op situaties. Nu zou hij eerder berusten en daarna onderhandelen als iets niet naar zijn zin is. Hij is ook erg "babbelig", zodanig veel dat ze hem soms zelf moeten afblokken bij het vertellen.

Bij het eindgesprek zegt moeder dat Roel over de therapie sessies vertelt aan vriendjes en familie. Hij zegt steeds dat hij het leuk vindt, maar vertelt er verder niet zo veel over. Moeder merkt op dat Roel na de sessies steeds ontspannen is.

3.2.3 Zara

3.2.3.1 Attitude tegenover het stotteren bij het kennismakingsgesprek

Zara volgde slechts drie therapie sessies DvT. Tussen sessie 1 en 2 nam zij deel aan Camp Dream.Speak.Live EUROPE. Dit is een intensief vierdaags stotterkamp waar de focus voornamelijk

ligt op het verbeteren van communicatievaardigheden, verhogen van veerkracht, bevorderen van leiderschapsvaardigheden en mentorschap, relaties met leeftijdsgenoten durven aangaan, positieve attitudes tegenover de spraak ontwikkelen en de impact van de stoornis op de levenskwaliteit verminderen (Byrd et al., 2016). De therapeut uit dit onderzoek begeleidde haar en vijf andere kinderen als logopediste op dit kamp. Dit heeft vanzelfsprekend de therapeutische relatie in sessie 2 en 3 beïnvloed, alsook de resultaten van dit praktijkonderzoek.

Het kennismakingsgesprek gaat door met de vader van Zara. Volgens vader reageert Zara weinig emotioneel op haar stotteren. Zara vertelt dat ze eigenlijk met niemand echt praat over het stotteren omdat ze dat niet wil. Ze denkt dat haar klas het weet en dat andere mensen het wel vanzelf te weten komen. Zara zegt verder: "ik vind stotteren lastig, maar het is er ook veel niet en dan is het niet erg".



Dit is "Chichie". Ze zit in mijn hersenen en is niet zo groot. Ze heeft kleine handen, een rond lichaam en houdt haar armen strak rond haar lichaam. Ze heeft wimpers zoals een chichi-madam. Chichie is jaloers. Zara had een wondermooie stem en Chichie wil die pakken. Ze slaat toe als Zara zenuwachtig is. Ze komt ook soms als Zara boos of verdrietig is. Ik weet niet altijd wanneer ze komt. Als Chichie komt, is dat heel plots. Ze bespringt mij dan heel snel en pakt me stevig vast.

3.2.3.2 Analyse van de therapie sessies volgens de vijf speldimensies

A) Ambiguity

In sessie 1 maakt Zara haar eigen rol non-verbaal en verbaal snel duidelijk. Ze regisseert de rol van de therapeut en stuurt de activiteit. Er wordt met andere woorden weinig ambiguïteit toegelaten. Ook in sessie 2 en 3 neemt Zara de regie voornamelijk op zich. Ze geeft de therapeut wel de kans om nieuwe rollen te initiëren. Deze gaat ze dan vaak meteen benoemen of transformeren naar een rol die voor haar duidelijk is (zie bijlage F, 4).

B) Complexity

In sessie 1 komen veel uiteenlopende rollen aan bod. De rollen zijn zowel dieren als mensen. Ze hebben allen één heel duidelijk kenmerk (voorbeeld: strenge moeder, agressieve hond, lieve poes, ongehoorzame dochter) en zijn dus weinig complex.

Bij de tweede sessie kennen de personages iets meer variatie. Zara kan in haar rol als zus naast uiterst bazig, ook af en toe toegeeflijk spelen. Ze transformeert weinig. Rollen worden lang aangehouden.

In sessie drie is er bij quasi elk personage een verdieping van het karakter. De vriendin wil niet meer steeds de beste zijn, maar kan ook eens volgen. Moeder wordt naast streng ook vriendelijk. Zara neemt zelf veel verschillende rollen op, óók de rollen die ze de therapeut steeds toebedeelde.

Op vlak van activiteit is Zara's spel vanaf sessie 1 heel complex. Elke scène bestaat uit een ingewikkeld kluwen van handelingen en discussies tussen verschillende personages.

C) Media of representation

In sessie 1 wordt connectie gemaakt tussen Zara en de therapeut via beweging en geluid. Kort daarna ontstaan rollen die vooral het medium woorden gebruiken. Dit medium blijft ook in sessie 2 en 3 centraal staan. In sessie 2 wordt nog gestart vanuit bewegingen, in sessie 3 gaat Zara meteen met woorden aan de slag. Er is algemeen weinig stilte, alles wordt al spelend vol gepraat.

D) Personal demand

In sessie 1 is voornamelijk actief-reactief spel van toepassing met menselijke personages. Zara verwacht van de therapeut dat zij reageert zoals Zara dat wenst. Ze tolereert nauwelijks reactie van de therapeut die niet aansluit op haar vraag (zie bijlage F, 5.1).

Zara speelt bij aanvang van sessie 2 een hele reeks dieren. Deze transformeren geleidelijk in *quasi-mensen* (fee, heks, eenhoorn). De interactie is actief-passief. Zara stuurt de therapeut aan, de therapeut moet volgen (zie bijlage F, 5.2).

In sessie 3 komen bijna uitsluitend menselijke rollen in unieke interactie aan bod (buurvrouw, vriendin, moeder). Er wordt ook vaak gespeeld met reële personages (haar zus, moeder, vader).

E) Affect expression

In sessie 1 komt al snel spontaan het thema 'gescheiden ouders' naar boven. Zara gebruikt scherpe taal (zie bijlage F, 6.1). Er is weinig distantie. Het gaat om fictief spel met sterke linken naar de realiteit. Zara speelt met heel veel emotie. De intensiteit van de activiteit en de rollen is groot.

Een grote intensiteit is ook merkbaar in sessie 2 als Zara en de therapeut scènes uitspelen waar twee zussen in voorkomen. Zara lijkt zelf verschillende manieren te hebben om distantie in te bouwen. Ze zet een actermasker op bij scènes waar ze strijdt om de beste te zijn met een andere vriendin. Bij scènes met haar zussen en ouders, geeft ze hen in het spel een andere naam.

In sessie 3 wordt een verhaal gecreëerd dat start vanuit meer fictieve personages. De affect expression lijkt iets lager. Toch komt het ouderconflict later weer bij het verhaal. De intensiteit blijft echter in de drie sessies binnen de perken: wat gespeeld wordt, is steeds speelbaar.

Stotteren komt in de drie sessies aan bod. In sessie 1 komt het in een discussie met moeder aan bod (zie bijlage F, 6.2). In sessie 2 en 3 discussieert Zara met *Chichie*. Dit is de impersonatie van het stotteren die Zara creëerde in het kennismakingsgesprek (zie bijlage F, 3.2).

3.2.3.3 Tussentijds gesprek en eindgesprek

Visueel Analooq Schaal (VAS)	Score 1 (VOOR 3 sessies)	Score 2 (NA 3 sessies)
Ik denk aan stotteren. 0: ik denk nooit aan stotteren 10: ik denk altijd aan stotteren	2/10 'Ik denk er alleen aan als ik stotter.'	2,5/10
Ik vind stotteren lastig. 0: ik vind het nooit lastig 10: ik vind het altijd lastig	10/10 'Ja, heel lastig.'	5/10 'perfect in het midden'
Ik vind stotteren grappig. 0: ik vind het altijd super grappig 10: ik vind het nooit grappig	10/10 'Nee, dat is niet grappig!'	10/10 'Nee, het is nooit grappig.'
Ik denk dat andere kinderen stotteren gek vinden. 0: ze vinden het niet gek 10: ze vinden het heel gek	5/10 'sommige wel en sommige niet'	0/10 'Ze vinden het nooit gek.'

Bij het kennismakingsgesprek antwoordt Zara resoluut "nee" op de vraag of ze tegen iemand praat over stotteren. Bij het eindgesprek zegt ze "ik praat niet zo veel maar soms, met mama en papa".

Het eindgesprek gaat door met moeder. Zij merkt een wijziging in het gedrag van Zara op sinds januari. Ze wijt dit hoofdzakelijk aan het CAMP Dream.Speak.Live Europe. Volgens haar stelt Zara zich sindsdien meer open naar iedereen toe. Ze durft meer naar verjaardagsfeestjes van vriendinnen. Soms is ze nu volgens moeder zelf wat té druk en zelfzeker. Op vlak van stotteren merkt moeder op dat Zara vroeger veel bozer op het stotteren reageerde. Ze zou dit nu minder doen. Volgens moeder is praten hierover met Zara moeilijk. "Ze praat steeds rond gevoelens heen als ik hierover wil praten."

3.3 DISCUSSIE

3.3.1 Onderzoeken van de hypothese

In dit onderdeel wordt de volgende hypothese uit hoofdstuk 2 getoetst aan het praktijkonderzoek.

Hoe groter het niveaubereik per speldimensie en hoe flexibeler de overgangen tussen de niveaus, hoe groter het dynamisch evenwicht. Een groot dynamisch evenwicht kan bijdragen tot het tolereren van controleverlies bij stotteren.

Uit paragraaf 3.2. blijkt dat er een wijziging in het niveaubereik op drie of meerdere speldimensies aanwezig is bij de drie proefpersonen op het einde van de sessiereeks. Ook de flexibiliteit in overgang

van niveau naar niveau is gewijzigd bij één of meerdere speldimensies per proefpersoon. Dit geeft aan dat er een groter dynamisch evenwicht aanwezig is bij de drie proefpersonen aan het einde van de sessiereeks dan bij aanvang. Zij kunnen dus dynamischer reageren in de *playspace*.

De tweede zin uit bovenstaande hypothese veronderstelt dat een groter dynamisch evenwicht kan bijdragen tot het tolereren van controleverlies bij stotteren. Uit de VAS-schalen blijkt dat de drie proefpersonen het stotteren allen minder lastig vinden en even veel of minder aan het stotteren denken. In de eindgesprekken wordt ook voor elke proefpersoon aangegeven dat hij/zij meer openheid over het stotteren vertoont. Johnson (1982) bevestigt deze vaststelling wanneer hij DvT omschrijft als een methode die verbale communicatie faciliteert bij mensen voor wie het pure verbaliseren moeilijker verloopt, zoals bij kinderen.

Er zijn dus wijzigingen vast te stellen op vlak van attitude tegenover het stotteren. Deze wijzigingen focussen zich echter niet specifiek op de tolerantie ten opzichte van het controleverlies bij stotteren. Uit het verslag van de speldimensie *affect expression* per proefpersoon blijkt dat de intensiteit ten opzichte van het thema stotteren voor de drie proefpersonen daalde, maar dat dit zeker niet het enige of dominante thema was voor hen.

Een dynamisch evenwicht realiseert stabiliteit wanneer men leert om in balans te blijven bij confrontaties met uitdagingen in de omgeving (Johnson, 2013). Die uitdagingen in de omgeving beperken zich voor deze proefpersonen dus niet alleen tot het controleverlies bij stotteren. Het feit dat een grotere tolerantie ten opzichte van het controleverlies bij stotteren niet spontaan opgemerkt wordt bij de eindgesprekken, kan drie redenen hebben: 1. Er is wel een grotere tolerantie, maar deze wordt niet opgemerkt door de ouders. 2. Er was reeds een grote tolerantie bij aanvang en deze is niet gewijzigd. 3. Deze methode draagt niet bij tot een wijziging in de tolerantie.

Reden 1 kan onderbouwd worden met de stelling van Johnson (1991) dat deze therapiemethode niet geschikt is voor onmiddellijk zichtbare gedragsveranderingen. De ouders hebben bovendien in het kennismakingsgesprek geen onverdraagzaamheid ten opzichte van het controleverlies bij stotteren vermeld. Hun aandacht lijkt hier dus ook niet specifiek op gericht. Ook *reden 2* kan op deze wijze verklaard worden. *Reden 3* kan ook kloppen, al wordt deze reden misschien beter als volgt geformuleerd: '*op dit moment draagt deze methode niet bij tot een wijziging in de tolerantie*'. DvT is immers een dramatherapeutische aanpak die improvisatie gebruikt om aan de slag te gaan met de mogelijkheden en noden van de cliënt op dat moment (Johnson, 2009). Uit dit praktijkonderzoek blijkt inderdaad dat de DvT-sessies voor de drie proefpersonen zich spontaan meer focusten op thema's die wellicht meer aanleunen bij de noden van de cliënt op dat moment dan het thema 'controleverlies bij stotteren'. Johnson (2009) bevestigt deze vaststelling in de literatuur. Hij schrijft dat DvT niet erg geschikt is voor zeer specifieke symptomen aangezien het om een indirect proces

gaat waarbij existentiële, relationele en persoonlijke zaken naar boven komen, en niet waarbij de therapeut iets structureert of een adviserende houding opneemt.

Uit dit praktijkonderzoek blijkt verder dat de thema's die spontaan ontstaan vaak rechtstreeks of onrechtstreeks gelinkt zijn aan het stotteren. Het werken met deze thema's beïnvloedt bijgevolg ook de attitude tegenover stotteren. Zo vertelt Zara's moeder bijvoorbeeld dat Zara meer stottert als er zich wijzigingen voordoen in de relaties van moeder en vader. De scheiding en verdere verwickelingen tussen beide ouders komt in de drie DvT sessies spontaan onder verschillende vormen aan bod. Johnson (2009) stelt dat het de job is van de therapeut om bij DvT een staat van spelen aan te houden of dus te 'spelen met het onspeelbare'. Het relatiethema wordt telkens 'speelbaar' gemaakt of gehouden voor Zara in de DvT sessies, wat het uitlokken van stotteren zou kunnen tegengaan.

Een laatste opvallende vaststelling is dat de drie ouders spontaan aangeven dat hun kind graag komt naar de therapie. Hij/zij voelt zich volgens hen vrij en veilig. Johnson (2013) verklaart dit door te stellen dat de *playspace* een alternatieve set aan gedragsnormen biedt die een grotere vrijheid en veiligheid hebben dan de *real space*.

Ter besluit kan gesteld worden dat DvT eerder als een indirecte methode dient worden ingezet. Er bestaan andere dramatherapeutische methodes en werkvormen die wél een eerder directe trainingsaanpak kennen zoals bijvoorbeeld rollenspelen. Of hiermee gericht en effectief aan de slag kan gegaan worden met het controleverlies bij stotteren, vormt stof voor verder onderzoek.

3.3.2 Kritische blik op de onderzoeksmethode

3.3.2.1 Impersonatie bij eindevaluatiegesprek

Er is in dit praktijkonderzoek gekozen voor het creëren van een impersonatie van het concept stotteren om een bespreking van de attitude tegenover stotterveranderlijkheid te vergemakkelijken. Bij het kennismakingsgesprek tekenden en belichaamden de drie proefpersonen een specifieke rol voor het concept stotteren. Drie verschillende stotterbeesten werden nauwkeurig uitgewerkt en verschaften de onderzoeker informatie over de attitude tegenover de stotterveranderlijkheid.

Bij het eindgesprek werd deze actie opnieuw uitgevoerd. De opdracht was echter voor de drie proefpersonen verwarrend. Het stotterbeest kwam immers bij allen als personage naar voor IN de *playspace*. Tijdens het eindgesprek werd geageerd UIT de *playspace* en dienden ze de rol plots terug op te nemen. De drie proefpersonen creëerden vanuit deze verwarring allen ongeveer hetzelfde stotterbeest als bij het kennismakingsgesprek. Ze begrepen de opdracht als een soort test die naging

of ze nog wisten wat ze bij het kennismakingsgesprek hadden gecreëerd. Deze creatie was bijgevolg geen betrouwbare tool om evolutie in de attitude tegenover stotterveranderlijkheid na te gaan.

In een volgend onderzoek lijkt het aangewezen om een evolutiebespreking van één specifiek aspect (in dit geval: attitude tegenover de stotterveranderlijkheid) niet te baseren op één impersonatie die bovendien door de therapeut werd geïnstalleerd. Dit strookt immers ook niet met de vooropgestelde therapeutische niet-interpreterende of niet-adviserende houding, zoals besproken in hoofdstuk 2. Van der Straeten (2017) benadrukt dat het interessanter is om bij assessment in dramatherapie eerder een zo volledig mogelijk beeld te krijgen door te focussen op vier zaken: wat speelt er zich af in het spel binnen de *dramatic reality*, wat gebeurt er in de *ordinary reality*, hoe verloopt de overgang tussen die twee realiteiten en wat gebeurt er op metaniveau. In dit geval zou een grondigere bespreking van de attitude tegenover de stotterveranderlijkheid met andere woorden bekomen kunnen worden door dit aspect te bekijken op deze vier niveaus.

3.3.2.2 *Introductie van het thema stotteren*

Het thema stotteren kwam bij Abel en Roel niet spontaan aan bod tijdens de eerste twee sessies. De therapeut koos er bijgevolg voor om het thema in drie stappen binnen te brengen in de *playspace*. Eerst stotterde de therapeut zelf in een bepaalde rol en wachtte ze een reactie van de speler af. In een tweede sessie richtte ze bewust de aandacht naar het stotteren door bijvoorbeeld een reactie uit te lokken als een reële stotter in het spel ontstond. In een derde sessie speelde de therapeut op een bepaald moment zelf het stotterbeest dat elk van de drie proefpersonen creëerden bij aanvang.

Zowel Abel als Roel negeerden stap 1, Zara reageerde kort en transformeerde dan meteen de scène. Stap 2 werd door allen niet genegeerd, maar kreeg weinig aandacht. In stap 3 werden wél scènes uitgespeeld. Aangezien het stotterbeest telkens door de therapeut uitgespeeld werd, strookten de belichaming en handelingen wellicht niet steeds met het personage dat de proefpersonen bij aanvang creëerden. Er ontstond bijgevolg een zekere distantie tussen het stotterbeest en wat het stotterbeest representeerde (= attitude van de proefpersonen tegenover hun stotteren in realiteit).

Johnson (2013) stelt dat de *playor* in staat moet zijn om aanwezig te zijn in de *present moment* door het proces van *noticing, feeling, animating, expressing* continu te doorlopen. Het inbrengen van het thema stotteren met voorbedachte rade blokkeerde bij de hierboven beschreven stap 1 en 2 het spel. Stap 3 bracht wel spel, maar miste gedeeltelijk zijn doel. In een volgend onderzoek is het wellicht interessanter dat de therapeut zich meer focust op de *present moment* en speelt met de singuliere impulsen van de cliënt. Het doelgericht inbrengen van particuliere thema's verhindert dit. Deze particuliere aanpak komt bovendien ook niet overeen met de vooropgestelde therapeutische houding, zoals beschreven in hoofdstuk 2.

3.3.2.3 *Witnessing circle*

De *witnessing circle* vormt voor de drie proefpersonen bij aanvang een element waar veel aandacht naartoe gaat. Het duurt even vooraleer ze het concept begrijpen. Wanneer ze het begrijpen, zien ze het als een uitdaging om de macht over de *circle* alsnog te veroveren. Het brengt veel spel rondom autoriteit teweeg en beïnvloedt de overdrachtsrelatie tussen de therapeut en de speler. Na enkele sessies lijkt de *circle* niet meer interessant genoeg en verschuift de aandacht naar ergens anders. In sessie 6 vergat de therapeut bijvoorbeeld de *witnessing circle* bij Abel. Abel merkte dit niet op. Johnson (persoonlijke communicatie, 25 april 2018) bevestigt dat dit concept voor kinderen vaak moeilijk te begrijpen is. Hij verkiest bijgevolg om de *circle* bij deze leeftijd niet te gebruiken. Aangezien overdracht als instrument in DvT van groot belang is (zie hoofdstuk 2), lijkt de *circle* in dit praktijkonderzoek echter wél een interessant gegeven om te behouden. Er kan immers gesteld worden dat de overdrachtsrelatie deels mee gevormd of gestimuleerd werd door deze *circle*.

3.3.2.4 *Tijdsverdeling*

De therapeut kiest na drie sessies voor een wijziging in de tijdsverdeling van de sessie. De therapieduur evolueert van 5 à 10 minuten opwarming en 50 minuten spel naar 10 à 15 minuten opwarming en 35 à 40 minuten spel. Vanaf sessie 4 wordt de opwarming met bewegingsoefeningen namelijk uitgebreid met korte improvisatieoefeningen. Het lijkt er immers op dat associëren de spelers opwarmt en bijgevolg het transformeren stimuleert. Zowel Abel als Roel tonen in sessie 4 een opvallende uitbreiding van hun rolrepertoire. Dit houdt mogelijks verband met deze nieuwe opwarming. Naast het uitbreiden van de opwarming, wordt de sessie ook wat ingekort. 50 minuten spelen blijkt namelijk erg lang. De spelenergie zakte vaak naar het einde van de sessie toe.

3.3.3 **Stotteren als symptoom**

De opleiding creatieve therapie aan de Arteveldehogeschool hanteert de lacaniaanse psychoanalyse als oriënterend kader (Team Creatieve Therapie, 2013). Dit impliceert dat de opleiding geen louter symptoomreducerende doelstelling vooropstelt, het stotteren zou met andere woorden niet dienen weggewerkt te worden. Een louter symptoomreducerende doelstelling wordt volgens dit kader immers gezien als “de kans missen om met de cliënt te ontdekken waarop het symptoom een noodzakelijk antwoord vormt en hoe met die singuliere, soms stabiliserende, uitvinding van het symptoom kan worden omgegaan” (Team Creatieve Therapie, 2013, p.2).

De stottertherapeuten vandaag benaderen het symptoom op twee uiteenliggende manieren. De *Stuttering Modification* therapiemethoden hebben ‘vrijer en gemakkelijker stotteren’ tot doel. Bij de

Fluency Shaping therapiemethoden wordt stotteren als een 'verkeerde spreekgewoonte' gezien. De persoon die stottert wordt bijgevolg door middel van een gedragstherapeutisch programma geleerd om stap voor stap weer opnieuw vloeiend te spreken (Bezemer et al., 2013). *Stuttering Modification* therapiemethoden komen met andere woorden overeen met het lacaniaans psychoanalytische idee, *Fluency Shaping* therapiemethoden staan eerder haaks op dit idee.

Toch staan verschillende stottertherapeuten vandaag erg argwanend tegenover de term 'psychoanalyse'. Dit lijkt eerder een historische verklaring te hebben. In de jaren '30 en '40 wordt stotteren vanuit psychoanalytisch oogpunt immers gezien als een mogelijke uitingsvorm van een emotionele storing in de ontwikkeling doorheen de psychoseksuele fasen. Verschillende auteurs beschrijven een storing in verschillende fasen. Zo beschrijft Coriat (1943) bijvoorbeeld een oraal-erotische fixatie of wijt Barbara (1954) stotteren toe aan een verstoorde moeder-kindrelatie. Deze auteurs veronderstellen dat een neurotisch conflict aan de basis van het stotteren ligt. Later wordt dit echter achterhaald (Peters et al., 2014). Stottertherapeuten vandaag reageren eerder sceptisch op het uitsluitend kijken naar stotteren als antwoord op een innerlijk conflict en verklaren stotteren liever multifactorieel. Dé oorzaak van stotteren blijft dus een mysterie en wordt eerder gezocht op genetisch, neurofysiologisch én ontwikkelingspsychologisch vlak (Guitar, 2014).

Op vlak van aanpak merken Bezemer et al. (2013) op dat de *Stuttering Modification* en *Fluency Shaping* therapieën de laatste jaren steeds vaker geïntegreerd of gecombineerd worden. Hierbij worden de spreektechnieken uit de *Fluency Shaping* therapie enkel aangewend als antwoord op de hulpvraag van de cliënt, maar wordt dit niet aangeboden vanuit het idee dat stotteren dient weggewerkt te worden. Deze dominante aanpak van de logopedisten vandaag sluit met andere woorden aan bij een niet herstellende of normaliserende therapeutische houding bij DvT en de psychoanalyse, zoals beschreven in hoofdstuk 2.

3.3.4 Aanbevelingen voor praktijk en verder onderzoek

Er is geen literatuur beschikbaar over de toepassing van DvT bij personen die stotteren. De methode lijkt volgens dit kleinschalig praktijkonderzoek eerder geïndiceerd als indirecte methode voor kinderen met lagere schoolleeftijd die stotteren. Er zijn geen tegenindicaties vastgesteld. Verder langdurig extensief onderzoek over de toepassing van DvT voor personen die stotteren bij andere leeftijdscategorieën of op grotere schaal bij dezelfde leeftijdscategorie kan meer onderbouwd inzicht geven over de effectiviteit. Ook onderzoek naar een meer directe dramatherapeutische aanpak voor deze doelgroep is interessant.

In dit praktijkonderzoek werd geopteerd voor een combinatie van DvT (indirect gericht op stotteren) en logopedische stottertherapie (eerder direct gericht op stotteren, geïntegreerde *Stuttering*

Modification en Fluency Shaping therapie). De drie proefpersonen volgden logopedie tijdens of net voor de sessiereeks DvT. Het grootste verschil tussen logopedische stottertherapie en DvT lijkt zich te situeren bij het weten. De logopedist treedt in therapie (bij aanvang) op als een meester die het weten over het stotteren pretendeert. De cliënt krijgt informatie over dit fenomeen en probeert zijn stotterpraak samen met de logopedist te begrijpen en al dan niet te beïnvloeden. De *playor* in DvT gaat eerder uit van een niet-weten, zoals beschreven in hoofdstuk 2. De combinatie van beide therapieën lijkt te werken aangezien het viercomponentenmodel (Stournaras et al., 1980) op die manier volledig in de behandeling aan bod komt. De logopedische aanpak lijkt immers meer op zijn plaats voor de verbaal-motorische component. DvT kan inspelen op de emotionele, cognitieve en sociale component.

ALGEMEEN BESLUIT

Verschillende voorbeelden uit de literatuur bevestigen de effectiviteit van dramatherapie voor de behandeling van *covert aspects* bij stotteren. Het medium drama biedt immers een andere taal wat zelfexpressie kan vereenvoudigen. Verder kan via dit medium een veilige veranderingsdynamiek gecreëerd worden die kan bijdragen tot nieuwe inzichten en gedragspatronen. Er bestaat echter nog geen literatuur over de toepassing van de dramatherapeutische methode DvT bij kinderen die stotteren. Het praktijkonderzoek in deze bachelorproef vormt een eerste aanzet. Er wordt bij drie proefpersonen met lagere schoolleeftijd die stotteren onderzocht of DvT kan bijdragen tot het tolereren van controleverlies bij stotteren.

Twee jongens en één meisje nemen deel aan het onderzoek. Ze krijgen respectievelijk acht en drie sessies individuele DvT. Na afloop wordt het niveaubereik per speldimensie voor elke sessie geëvalueerd via video-analyse. De drie proefpersonen vertonen allen een groter niveaubereik op drie of meer speldimensies én een grotere flexibiliteit in het variëren van niveau. Er kan met andere woorden een groter dynamisch evenwicht vastgesteld worden. Uit eindgesprekken met de ouders en het kind blijkt bovendien dat de kinderen zich vrij en veilig voelen bij deze therapievorm. Ze spreken daarnaast ook allen met meer openheid over het stotteren na afloop.

Hoewel er bij de drie proefpersonen een gewijzigde attitude tegenover het stotteren wordt vastgesteld, kan er geen specifieke wijziging op vlak van tolerantie ten opzichte van controleverlies aangetoond worden. Zoals Johnson (2009) omschrijft, blijkt DvT met andere woorden niet erg geschikt voor het aanpakken van zeer specifieke symptomen. Bij DvT gaat het eerder over een indirect proces waarbij existentiële, relationele en persoonlijke zaken naar boven komen, en niet waarbij de therapeut iets structureert of een adviserende houding opneemt. Dit neemt niet weg dat DvT in dit kleinschalig onderzoek wel wordt bevonden als een bruikbare methode voor de behandeling van de sociale, cognitieve en emotionele component van het stotteren op een indirecte manier. Verder onderzoek op grote schaal is aangewezen om dit te bevestigen en concretiseren.

LITERATUURLIJST

- Bannister, A. (1991). Learning to Live Again: Psychodramatic Techniques with Sexually Abused Young People. In P. Holmes, & M. Karp (Eds.), *Psychodrama: Inspiration and Technique* (pp. 77-94). London: Routledge.
- Barbara, D. A. (1954). *Stuttering: A psychodynamic approach to its understanding and treatment*. New York: Julian.
- Bezemer, M. (2012). Emoties en cognities bij jonge, temperamentvolle stotterende kinderen. *Logopedie*, 25(4), 100-112.
- Bezemer, M., Bouwen, J., Winkelman, C., & Embrechts, M. (2013). *Stotteren: van theorie naar therapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Blatt, S., Brenneis, B., Schimek, J., & Glick, M. (1976). Normal development and psychopathological impairment of the concept of the object on the Rorschach. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 364-373.
- Bloodstein, O. (1995). *A handbook on Stuttering*. Chicago: The National Easter Seal Society for Crippled Children and Adults.
- Bloodstein, O. (1960). The development of stuttering: I. Changes in nine basic features. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 25, 219–237.
- Boey, R. (2007). *Test voor Stotterernst – Lezers*. Belsele: Vlaamse Vereniging voor Logopedisten.
- Bruner, J. (1964). The course of cognitive growth. *American Psychologist*, 19, 1-15.
- Byrd, C., Hampton, E., McGill, M., & Gkalitsiou, Z. (2016). Participation in Camp Dream. Speak. Live: Affective and Cognitive Outcomes for Children who Stutter. *Journal of Speech Pathology and Therapy*, 1(3), 16-26.
- Chatrooghoon, M. (1991). *The Value of Creative Drama in the Treatment of Stuttering* [Doctoraat]. Durban-Westville: University of Durban-Westville Department of Drama.
- Constantino, C. D., Leslie, P., Quesal, R. W., & Yaruss, J. S. (2016). A preliminary investigation of daily variability of stuttering in adults. *Journal of Communication Disorders*, 60, 39–50.
- Coriat, I. H. (1943). The psychoanalytic concept of stammering. *Nervous Child*, 2, 167-171.
- Couroucli–Robertson, K. (2001). Brief drama therapy of an immigrant adolescent with a speech impediment. *The Arts in Psychotherapy*, 28, 289–297.

- Demuyneck, J. (2016). *Inleidingen in de lacaniaanse psychoanalyse*. Leuven/Den Haag: Acco.
- Dufeutrelle, S. (2015). *Écrire un jeu pour réécrire son je: l'écriture dramatique au service de la fluence langagière dans la prise en charge d'un groupe d'adolescents avec bégaiement* [Masterthesis]. Paris: Université Paris Descartes Département Création Artistique Dramathérapie.
- DvT: About [Website]. (2014). Geraadpleegd op 1 april 2018 via www.developmentaltransformations.com
- Freud, S. (1910). *De toekomstkansen van de psychoanalytische therapie*, Werken 5: 276. Amsterdam: Boom, 278-287.
- Freud, S. (1916-17). *Colleges inleiding tot de psychoanalyse*, Werken 7: 211. Amsterdam: Boom, 217-606.
- Freud, S. (1920/1966). *Introductory lectures on psychoanalysis*. New York: Norton.
- Freud, S. (1929). *Ernest Jones bij zijn vijftigste verjaardag*, Werken 9. Amsterdam: Boom, 553-554.
- Frydman, J. S. (2017). Select models of cognition in developmental transformations: A theoretical integration. *The Arts in Psychotherapy*, 56, 111-116.
- Garcia-Barrera, M. A., & Davidow, J. H. (2015). Anticipation in stuttering: A Theoretical Model of the Nature of Stutter Prediction. *Journal of Fluency Disorders*, 44, 1–15.
- Gayraud-Andel, M. (1999). *Bégaiement et art-thérapie*. Isbergues: Orthoédition.
- Geldhof, A. (2015). *Groepstherapie-theorie* [Syllabus]. Gent: Arteveldehogeschool Bachelor na Bachelor in de Creatieve Therapie.
- Grotowski, J. (1968). *Towards a poor theatre*. New York: Simon & Schuster.
- Guitar, B. (2006). *Stuttering: Integrated Approach to Its Nature and Treatment (3th ed.)*. Baltimore/Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Guitar, B. (2014). *Stuttering: Integrated Approach to Its Nature and Treatment (4th ed.)*. Baltimore/Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Guitar, B., & Peters, T. J. (1980, 2003). *Stuttering: an integration of contemporary therapies*. Memphis: Stuttering Foundation of America.
- Improv Games* [Website]. (2001-2018). Geraadpleegd op 4 maart 2018 via <http://improvencyclopedia.org/games/index.html>
- Jacobson, E. (1964). *The Self and the Object World*. New York: International Universities Press.
- Janssen, P. (1985). *Gedragstherapie bij stotteren*. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema.
- Jennings, S. (1995). *Dramatherapy with children and adolescents*. London/New York: Routledge.

- Johnson, D. R. (1980). *Cognitive organization in paranoid and nonparanoid schizophrenia* [Doctoraat]. New Haven: Yale University.
- Johnson, D. R. (1982). Developmental Approaches in Drama Therapy. *The Arts of Psychotherapy*, 9, 183-189.
- Johnson, D. R. (1991). The Theory and Technique of Transformations in Drama Therapy. *The Arts of Psychotherapy*, 18, 285-300.
- Johnson, D. R. (1992). The Drama Therapist in Role. In S. Jennings (Ed.), *Drama therapy: Theory and practice* (Vol. 2) (pp. 112-136). London: Routledge.
- Johnson, D. R. (2005). *Developmental Transformations: Text for Practitioners* [Onuitgegeven intern document]. New Haven: Institute for Developmental Transformations.
- Johnson, D. R. (2009). Towards the body as presence: The Theory and Practice of DvT. In D. R. Johnson & R. Emunah (Eds.), *Current Approaches in Drama Therapy* (pp. 89-116). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Johnson, D. R. (2013). *Developmental Transformations: Text for Practitioners Number Two* [Onuitgegeven intern document]. New Haven: Institute for Developmental Transformations.
- Johnson, D. R., & Sandel, S. (1977). Structural analysis of movement sessions: Preliminary research. *Journal of American Dance Therapy Association*, 1, 32-36.
- Jones, P. (1996). *Drama as Therapy: Theatre as Living*. London/New York: Routledge.
- Kalinowski, J. S., & Saltuklaroglu, T. (2006). *Stuttering*. San Diego, Oxford, Brisbane: Plural Publishing Inc.
- Langley, D. (2006). *An Introduction to Dramatherapy*. London: Sage.
- Lemert, E., & Van Riper, C. (1944). The Use of Psychodrama in the Treatment of Speech Defects. *Sociometry*, 7(2), 190-195.
- Lousada, O. (1998). The Three-layered Cake, Butter with Everything. In M. Karp, P. Holmes & K. Bradshaw Tavon (Eds.), *The Handbook of Psychodrama* (pp. 205-230). London: Routledge.
- Lysaker, P. H., Carcione, A., Dimaggio, G., Johannesen, J. K., Nicolò, G., Procacci, M., & Semerari, A. (2005). Metacognition amidst narratives of self and illness in schizophrenia: associations with neurocognition, symptoms, insight and quality of life. *Acta Psychiatrica ScanZaravica*, 112 (1), 64-71.
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant*. New York: Basic Books.
- McFarlane, P. (2005). *Dramatherapy: Developing Emotional Stability*. London: David Fulton Publishers.

- Murphy, M. P., Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2007). Enhancing treatment for school-age children who stutter: II. Reducing bullying through role-playing and self-disclosure. *Journal of Fluency Disorders*, 32, 139–162.
- Peters, H. F. M., Bastiaanse, R., Van Borsel, J., Dejonckere, P. H. O., Jansonius-Schultheiss, K., Van der Meulen, S., & Mondelaers, B. J. E. (2014). *Handboek Stem-, Spraak-, en Taalpathologie deel 17: Stotteren*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Peters, H. F. M., & Starkweather, C. W. (1989). Development of Stuttering Throughout life. *Journal of Fluency Disorders*, 14(2), 310.
- Peters, T. J., & Guitar, B. (1991). The Nexus of Stuttering: An introduction. In D.G. Shapirro (Ed.), *Stuttering Intervention: A collaborative Journey to Fluency Freedom* (pp. 1-31). Texas: PRO-ED.
- Piaget, J. (1951). *Play, Dreams, and Imitation in Childhood*. New York: Norton.
- Piaget, J. (1954). *The construction of Reality in the Child*. New York: Basic Books.
- Pont, S. (2012). *Mensenkinderen, de 17 belangrijkste ontwikkelingsgebieden van kinderen tussen 0 en 4 jaar (en 12 belangrijke gevolgen voor hun opvoeding)*. Uitgeverij Bert Bakker: Amsterdam.
- Praktijk Pit* [Website]. (2018). Geraadpleegd op 4 maart 2018 via www.praktijkpit.be
- Ramig, P., & Dodge, D. (2005). *The Child and Adolescent Stuttering Treatment and Activity Resource Guide*. New York: Delmar Cengage Learning.
- Searles, H. (1960). *The Nonhuman Environment in Normal Development and in Schizophrenia*. New York: International Universities Press.
- Sheehan, J. (1958). Conflict theory of stuttering. In J. Eisenstein (Ed.), *Stuttering: A symposium* (pp. 121–166). New York: Harper.
- Sheehan, J. G. (1970). *Stuttering: Research and Therapy*. New York: Harper and Row.
- Silverman, F. H., & Williams, D. E. (1972). Prediction of Stuttering by School-age Stutterers. *Journal of Speech and Hearing Research*, 15, 189–193.
- Smith, G. (2002). Freeing the Self: Using Psychodrama Techniques with Children and Adolescents who Stammer. In A. Bannister & A. Huntington, *Communicating with Children and Adolescents: Action for Change* (pp.55-71). London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Spolin, V. (1963). *Improvisation for the theatre*. Chicago: Northwestern University Press.

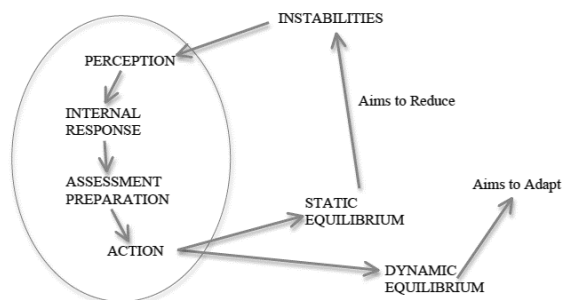
- Stournaras, E. F., Bazen, M., Bezemer, M., & Borselen, W. (1980). Stotteren bij kinderen. In C. H. Waar (Ed.), *Stem-, Spraak- en Taalstoornissen bij kinderen* (pp. 65-95). Alphen a/d Rijn: Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij.
- Stroeken, H. (2013a). *Tegenoverdracht*. Geraadpleegd op 1 april 2018 via <https://www.pschoanalytischwoordenboek.nl/lemmas/tegenoverdracht>
- Stroeken, H. (2013b). *Rationalisering*. Geraadpleegd op 3 april 2018 via <https://www.pschoanalytischwoordenboek.nl/lemmas/tegenoverdracht>
- Team Creatieve Therapie. (2013). *Visietekst Opleiding Creatieve Therapie* [Onuitgegeven intern document]. Gent: Arteveldehogeschool.
- Tomaiuoli, D., Del Gado, R., Lucchini, E., & Spinetti, M. (2012). A Multidimensional, Integrated, Differentiated, Art-Mediated Stuttering Programme. In S. Jelcic Jaksic, & M. Onslow, *The Science and Practice of Stuttering Treatment: A Symposium - First Edition* (pp. 147-157). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Van Borsel, J. (2004). *Wetenschappelijk onderzoek in de logopedie*. Leuven/Den Haag: Acco.
- Van der Straeten, M. (2017). Dramatherapie: diagnostiek en dramatherapie vanuit psychoanalytisch perspectief. In J. Demuyne, & A. Geldhof (Red.), *Creatieve Therapie* (pp. 159-173). Leuven: Uitgeverij Acco.
- Van Riper, C. (1982). *The Nature of Stuttering* (2^e ed). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Veenman, M. V. J., Van Hout-Wolters, B., & Afflerbach, P. (2006). Metacognition and learning: conceptual and methodological considerations. *Metacognition Learning*, 1 (1), 3-14.
- Werner, H. (1948). *Comparative Psychology of Mental Development*. New York: International Universities Press.
- Werner, H., & Kaplan, S. (1964). *Symbol formation*. New York: Wiley.
- Yairi, E., & Ambrose, N. (2005). *Early childhood stuttering*. Austin: Pro-Ed.
- Yaruss, J.S. (1997). Clinical Implications of Situational Variability in Preschool Children who Stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 22, 187-203.

BIJLAGENLIJST

- BIJLAGE A: Tabellen en figuren
- BIJLAGE B: Informatieflyer
- BIJLAGE C: Informed consent
- BIJLAGE D: Vragenlijst voor ouders – Kennismakingsgesprek
- BIJLAGE E: Vragenlijst voor ouders – Eindevaluatiegesprek
- BIJLAGE F: Transcripties ter illustratie

BIJLAGE A: TABELLEN EN FIGUREN

Figuur 1: *The Organismic Cycle*



Johnson, D.R. (2013, p. 23). *DvT: Text for Practitioners Number Two* [Onuitgegeven intern document]. North America: Institute for DvT.

Tabel 1: *Kernstottergedragingen versus normale niet-vloeiendheden*

Kernstottergedragingen	Normale niet-vloeiendheden
snelle meervoudige herhaling van een klank – voorbeeld: <i>de k-k-k-kapitein</i>	langzame enkelvoudige herhaling van een klank – voorbeeld: <i>dat is t-treffend</i>
snelle meervoudige herhaling van een lettergreep – voorbeeld: <i>democra-cra-cra-cratisch</i>	langzame enkelvoudige herhaling van een lettergreep – voorbeeld: <i>een po-positie</i>
snelle meervoudige herhaling van een éénlettergrepig woord – voorbeeld: <i>de-de-de-de man</i>	langzame enkelvoudige herhaling van een woord – voorbeeld: <i>gisteren-gisteren ben ik</i>
snelle meervoudige klankinterjectie – voorbeeld: <i>ik eh-eh-eh-eh wil</i>	zinsdeelherhaling – voorbeeld: <i>ik ben toen, ik heb me toen</i>
verlenging van een klank – voorbeeld: <i>het vvvv-vreemde was</i>	'uh'interjectie – voorbeeld: <i>ik wil -uh- even zeggen</i>
blokkade met hoorbare en zichtbare spanning – voorbeeld: <i>ik b-pauze-ben</i>	woordinterjectie – voorbeeld: <i>ik moet naar -dinges- Paul toe</i>
	pauze zonder hoorbare of zichtbare spanning – voorbeeld: <i>ik wil -pauze- even zeggen</i>

Bezemer, M., Bouwen, J., Winkelman, C., & Embrechts, M. (2013, p. 27). *Stotteren: van theorie naar therapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Tabel 2: *Overeenkomsten en verschillen tussen SMT en FST*

Stuttering Modification	Fluency Shaping
DOEL:	
Verminderen van angst- en/of schaamtegevoelens rond het stotteren	Geen aandacht voor angst- en/of schaamtegevoelens
Aanleren van verschillende vaardigheden om het stotteren vloeiender te laten verlopen	Aanleren van gecontroleerde vloeiendheid
Vasthouden van behaalde resultaat wordt mede bepaald door resultaten na het verminderen van angst- en schaamtegevoelens voor stotteren	Vasthouden van resultaat wordt behaald door regelmatig opnieuw het programma te doorlopen. Toch optredend stottergedrag wordt gezien als een falen binnen het programma
Gedeeltelijk aandacht aan communicatie en/of sociale vaardigheden	Geen aandacht voor communicatie en/of sociale vaardigheden
THERAPIEPROCES:	
Aanleren van verschillende controletechnieken, de therapeut is de coach	Therapie is voorgeprogrammeerd, programma wordt systematisch afgewerkt
Therapie-effecten worden 'gemeten' door de subjectieve waardering van de cliënt	Therapie-effecten worden via geregistreerde objectieve tellingen weergegeven
Transfer: integreren van vloeiender spreken/stotteren en sociale vaardigheden	Transfer: zorg gaat naar de geleidelijke overgang van het technisch controleren van therapiesituatie naar de situatie buiten de therapie
VAARDIGHEDEN VAN DE CLIENT:	
De cliënt krijgt inzicht in het optredende stottergedrag, grijpt hierop in en verandert dit	De cliënt leert zijn gehele spreken te controleren, ongeacht zijn stotteren
De cliënt leert zich te confronteren met zijn stottergedrag	De cliënt wordt nauwelijks geconfronteerd met zijn stottergedrag
Het spreektempo blijft meestal redelijk 'normaal'	De cliënt moet bereid zijn een bepaalde tijd heel langzaam te spreken
De therapie is meer spontaan, speelt in op gediagnosticeerd gedrag	De therapie verloopt volgens een vaste structuur, loopt kans saai gevonden te worden
Wanneer de cliënt niet stottert hoeft hij niet te controleren	Ook wanneer de cliënt niet stottert moet hij zijn spreken controleren
De cliënt leert in te spelen op de situatie en op zijn manier van spreken	De cliënt leert vaste routines
Bij veel stotteren zal de cliënt veel strategieën wisselend moeten leren gebruiken	De controle blijft gelijk of de cliënt nu stottert of niet
Er wordt veel inzicht en flexibiliteit verwacht van de cliënt	De structuur van de therapie ligt vast, voor sommige cliënten daarom gemakkelijk te volgen
ROL VAN DE THERAPEUT:	
De relatie therapeut-cliënt speelt een belangrijke rol	De relatie therapeut-cliënt is van ondergeschikt belang
De benadering vraagt veel brede kennis, vaardigheden en flexibiliteit van de therapeut	De therapieprocedures liggen vast, de therapeut doceert systematisch en nauwgezet eenduidige gedragingen, doet voor, controleert, registreert
Persoonlijke en eigen inbreng van de therapeut is groot	Persoonlijke inbreng van de therapeut staat niet centraal, het hanteren van bekrachtigingsschema's moet de therapeut eigen zijn

Bezemer, M., Bouwen, J., Winkelman, C., & Embrechts, M. (2013, p. 288). *Stotteren: van theorie naar therapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

- *Bewerking van:* Guitar, B., & Peters, T. J. (1980, 2003). *Stuttering: an integration of contemporary therapies*. Memphis: Stuttering Foundation of America.

Tabel 3: *Predictors for persistence*

Family history	When a child's family includes stutterers whose stuttering persisted, there is increased risk of persistence.
Gender	Boys have a greater risk of persistence. However, girls typically recover more quickly; therefore, a girl who has been stuttering for a year is at more risk than a boy who has been stuttering for a year.
Age at onset	Children who begin to stutter "later" have a greater risk of persistence. Onsets occur most frequently between ages 2 and 3.5 years, so children with onset after 3.5 years are more at risk.
Trend of stuttering frequency and severity	Children whose stuttering (defined as part-word repetitions and single-syllable word repetitions, prolongations, and blocks) frequency and severity is not decreasing over a period of a year after onset are at more risk of persistence.
Duration since onset	The longer the child continues to stutter beyond a year after onset, the greater the risk of persistence, especially for girls.
Duration of stuttering moments	Continued presence of more than one repetition unit, especially more than three (li-li-li-like this) is a sign of increased risk. Also, continued rapid repetitions are a sign of increased risk. Children who recover tend to have fewer repetition units (li-like this) and slower repetitions (li.....like this).
Continued presence of sound prolongations and blocks	The percentage of prolongations and blocks at onset doesn't predict persistence, but if prolongations and blocks do not decrease as stuttering goes on, the child is more likely to persist.
Phonological skills	Children whose phonological skills are below the norms have a greater risk for continued stuttering.

Guitar, B. (2014, p.16). *Stuttering: Integrated Approach to Its Nature and Treatment (4th ed.)*. Baltimore/Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- *Bewerking van*: Yairi, E., & Ambrose, N. (2005). *Early childhood stuttering*. Austin: Pro-Ed.

STOTTEREN & DEVELOPMENTAL TRANSFORMATIONS



Play helps you find stability in embracing instability.

"Ik haat het dat stotteren onverwacht komt."

Sander, 11 jaar

"(boos wijzend naar zijn mond) hij luistert niet!"

Niels, 4 jaar

"Ik kan een stotter enkel voorspellen op het moment néf voor de gestotterde klank."

Jason, 40 jaar

Stotteren overkomt je. Je wilt het niet. Het komt plots én het is vaak lastig. Er bestaan heel wat therapieën om je te helpen de stotters te voorkomen of om je te helpen gemakkelijk uit de stotter te raken. Toch kan geen enkele therapie jou voor de volle 100% beloven dat je nooit meer zal stotteren. De stotters kunnen altijd weer komen of gaan. Ze kunnen plots optreden of optreden in situaties waarin je heel moe, zenuwachtig, enthousiast of wat dan ook bent.

Stotteren is niet het enige wat je overkomt. Misschien was je ooit eens aan het fietsen met mooie nieuwe kledij en begon het heel plots te regenen? Of misschien brak je ooit een been en kon je daardoor enkele leuke activiteiten niet uitvoeren? Er zijn heel wat dingen die we niet in de hand hebben. Dat kan erg lastig zijn!

Developmental Transformations (DVT)¹ is een dramatherapeutische methode waarmee we proberen om met die lastige zaken om te gaan. We leren om niet bang te zijn voor het onverwachte. Dit doen we via spel. We stappen samen in de *playspace* of de *doe-alsof-wereld*. Dit is een wereld waar alles kan en mag! We gaan er samen experimenteren met wat ons allemaal overkomt.

¹ David Reed Johnson (1974)

meer informatie: www.developmentaltransformations.com

WAT IS DVT?

DVT is een empirisch ondersteunde methode die al vaak zijn diensten bewees bij uiteenlopende doelgroepen (kinderen, jongeren en volwassenen met allerhande moeilijkheden).

DVT is een dramatherapeutische methode. Dit wil zeggen dat theater (meer bepaald: improvisatie) dienst doet als medium om aan de slag te gaan. We vermijden het 'praten over' wat moeilijk is, we verkiezen 'belichamen/verbeelden/spelen' met en over wat moeilijk is.

WIE IS BO?

De **therapeut en onderzoeker is Bo Tuts**. Zij is gediplomeerd logopediste/stottertherapeut en dramatherapeut in opleiding (laatste jaar). Zij werkte reeds intensief met kinderen, jongeren en volwassenen die stotteren. Daarnaast heeft ze ook ervaring in het werken met kinderen met emotionele- en gedragsstoornissen als dramatherapeut.

PRAKTISCH

Een reeks van 10 sessies DVT per kind wordt voorzien in het kader van een onderzoek naar het gebruik van DVT bij stottertherapie.

Een frequentie van 1x/week is aangewezen. Hiervoor kan de therapeut over de middag naar de school van het kind komen of dit kan 's avonds in de logopedische praktijk vanaf januari 2018.

Aangezien het om een onderzoek gaat, zijn deze sessies gratis.

BIJLAGE C: INFORMED CONSENT

Informatiebrief voor de deelnemende persoon

1 Titel van de studie:

DvT (Developmental Transformations) als dramatherapeutische methode voor het leren omgaan met de onvoorspelbaarheid van stotteren

2 Doel van de studie:

Als laatstejaarsstudent dramatherapie aan de Arteveldehogeschool wil ik in het kader van mijn Bachelorproef onderzoeken wat de betekenis van de dramatherapeutische methode 'Developmental Transformations' (DvT) kan zijn voor kinderen met lagere schoolleeftijd bij het leren omgaan met de onvoorspelbaarheid van stotteren. De personen die deelnemen aan mijn onderzoek zijn dus kinderen met lagere schoolleeftijd die stotteren.

3 Beschrijving van de studie:

Mijn onderzoek bestaat uit een kennismakingsgesprek met minstens 1 ouder en het kind, 8 sessies DvT met het kind, een tussentijdse evaluatie met de ouder(s) en een eindgesprek met ouder(s) en kind.

Het kennismakingsgesprek heeft tot doel de studie te verduidelijken aan ouder(s) en kind. Daarnaast zal er ook gepeild worden naar de attitude van het kind tegenover de onvoorspelbaarheid van stotteren. Dit laatste gebeurt ook in het eindgesprek.

De sessies DvT gaan wekelijks door. Elke sessie duurt 45 minuten. De therapeut speelt 45 minuten samen met het kind in de 'playspace' (doe-alsof-wereld) met oog op het 'leren omgaan met de onvoorspelbaarheid'. Tijdens deze sessies zal een video-opname gemaakt worden. Deze opname wordt enkel gebruikt met professionele doeleinden. Dit houdt in dat de video ter ondersteuning bij het analyseren van de verbale/non-verbale communicatie tussen therapeut en cliënt wordt aangewend. Daarnaast kan het videomateriaal ook als beeldmateriaal bij een presentatie of overleg met collega logopedisten en dramatherapeuten gebruikt worden.

De tussentijdse evaluatie is een gesprek met de ouder(s) van 15 minuten waarbij de evolutie besproken wordt en er eventuele vragen kunnen beantwoord worden.

4 Wat wordt verwacht van de deelnemende persoon?

Met deze toestemming stemt u in dat de interviews en de sessies DvT mogen geobserveerd, gefilmd en neergeschreven worden.

5 Deelname en beëindiging:

De deelname aan het onderzoek vindt plaats op vrijwillige basis.

U kunt weigeren om toestemming te geven tot deelname aan de studie, en u kunt op elk ogenblik beslissen om u terug te trekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven.

Als u toestemming geeft tot deelname, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

6 Risico's en voordelen:

De studie houdt geen risico's in voor de deelnemende persoon.

7 Kosten:

Uw deelname aan deze studie brengt geen kosten met zich mee.

8 Vertrouwelijkheid:

De persoonlijke en klinische gegevens van uw zoon/dochter zullen bij het neerschrijven van deze studie worden geanonimiseerd (hierbij is er geen terugkoppeling meer mogelijk naar het persoonlijke dossier). In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer en die van uw zoon/dochter worden gerespecteerd. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw anonimiteit en die van uw zoon/dochter aldus verzekerd zijn.

9 Contactpersoon:

Als u aanvullende informatie wenst over de studie, kunt u in de loop van de studie op elk ogenblik contact opnemen met Bo Tuts, student dramatherapie in de Bachelor na Bachelor Creatieve Therapie aan de Arteveldehogeschool:

*0479/82.92.59
bo.tuts@telenet.be*

Toestemmingsformulier

Ik, _____ heb het document "Informatiebrief voor de deelnemende persoon" gelezen en er een kopij van gekregen. Ik stem in met de inhoud van het document en stem ook in dat mijn dochter/zoon mag deelnemen aan de studie.

Ik heb een kopij gekregen van dit ondertekende en gedateerde formulier voor "Toestemmingsformulier". Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel, de duur, en de te voorziene effecten van de studie en over wat men van mij verwacht. Ik heb uitleg gekregen over de mogelijke risico's en voordelen van de studie. Men heeft me de gelegenheid en voldoende tijd gegeven om vragen te stellen over de studie, en ik heb op al mijn vragen een bevredigend antwoord gekregen.

Ik stem ermee in om volledig samen te werken.

Ik mag me op elk ogenblik uit de studie terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven.

Men heeft mij ingelicht dat alle gegevens vertrouwelijk blijven.

Ik ben bereid op vrijwillige basis deel te nemen aan deze studie.

Naam van de ouder: _____

Naam van de deelnemer: _____

Datum: _____

Handtekening:

Ik bevestig dat ik de aard, het doel van de studie heb uitgelegd aan de bovenvermelde ouder en deelnemer.

De ouder stemde toe dat zijn/haar zoon/dochter mag deelnemen aan deze studie door zijn/haar persoonlijk gedateerde handtekening te plaatsen.

Naam van de persoon die voorafgaande uitleg heeft gegeven: _____

Datum:

Handtekening:

BIJLAGE D: VRAGENLIJST VOOR OUDERS – KENNISMAKINGSGESPREK

Bron: bewerking van anamneselijst uit Bezemer, M., Bouwen, J., Winkelman, C., & Embrechts, M. (2013). *Stotteren: van theorie naar therapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

VRAGENLIJST VOOR OUDERS

Deze vragenlijst wordt ingevuld door: op...../...../.....

Identificatiegegevens

Voornaam en naam van uw kind:

.....

Geboortedatum van uw kind:

.....

Adres:

.....

Telefoonnummer:

.....

E-mailadres:

.....

Broer(s)? Zus(sen)?

.....

Leeftijd broer(s) / zus(sen)?

.....

Algemene ontwikkeling

Lichamelijke ontwikkeling

Waren er ziekten of andere bijzonderheden tijdens de zwangerschapsperiode en/of bevalling?

Nee/Ja, namelijk.....

Uw kind ontwikkelt zich op verschillende gebieden, zoals leren staan / lopen / concentreren / ...

Wat is uw indruk over de totale ontwikkeling van uw kind?

- Ontwikkelt zich opvallend snel (op bepaalde punten, namelijk)
- Ontwikkelt zich snel
- Ontwikkelt zich gemiddeld
- Ontwikkelt zich op bepaalde punten traag, namelijk:.....
- Ontwikkelt zich opvallend traag

Krijgt uw kind medicijnen? Nee/Ja, namelijk:

Is uw kind wel eens in het ziekenhuis opgenomen geweest?

Nee/Ja, omwille van

Hoe reageerde uw kind toen?

Heeft u nog andere belangrijke informatie over de gezondheidstoestand en lichamelijke ontwikkeling van uw kind?

.....
.....
.....

Slaap

Zijn er bijzonderheden te melden over de slaap van uw kind?

.....

Gehoor

Zijn er bijzonderheden te melden over het gehoor van uw kind?

.....

Gedrag

Waardoor wordt het gedrag van uw kind gekenmerkt? Omcirkel de plaats die het kind op een bepaalde eigenschap inneemt. Hoe meer de cirkel naar rechts staat, hoe sterker de rechtsgenoemde eigenschap volgens u is, en omgekeerd.

verlegen, geremd	2	1	0	1	2	ongedwongen, spontaan
gesloten, terughoudend	2	1	0	1	2	open, openhartig
onderdanig, volgbaar	2	1	0	1	2	laat zich gelden, overheersend
stoort zich niet aan regels	2	1	0	1	2	gehoorzaam
overgevoelig, gauw van streek	2	1	0	1	2	kan een stootje hebben
gejaagd, gespannen	2	1	0	1	2	rustig, ontspannen
huilt gauw	2	1	0	1	2	flink
geeft gauw op bij moeilijkheden	2	1	0	1	2	zet door, volhardend
onverdraagzaam	2	1	0	1	2	verdraagzaam
slordig	2	1	0	1	2	netjes
druk, beweeglijk	2	1	0	1	2	kalm, rustig
reageert impulsief	2	1	0	1	2	gaat met overleg te werk
precies, nauwgezet	2	1	0	1	2	slordig, nonchalant
stelt zich hoge eisen	2	1	0	1	2	geen opvallende hoge eisen, is erg makkelijk

Kruis hieronder andere eigenschappen van uw kind aan wanneer deze voor hem/haar van toepassing zijn.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> sterke eigen wil | <input type="checkbox"/> veel willen weten en kunnen |
| <input type="checkbox"/> zich sterk bewust zijn van alles | <input type="checkbox"/> graag/veel aan het woord willen zijn |
| <input type="checkbox"/> lang details onthouden (visueel) | <input type="checkbox"/> lang met één ding bezig zijn |
| <input type="checkbox"/> drift-/woedebuien | <input type="checkbox"/> niet goed kunnen verdragen van veranderingen |
| <input type="checkbox"/> sterk in tellen en getallen | <input type="checkbox"/> vasthouden aan gewoontes, rituelen |
| <input type="checkbox"/> sterke uitdrukkingen gebruiken als: altijd, nooit | <input type="checkbox"/> stoer gedrag, maar klein hartje |
| <input type="checkbox"/> niet tegen verlies kunnen | <input type="checkbox"/> vlug in paniek raken |
| <input type="checkbox"/> sterk in problemen oplossen | <input type="checkbox"/> flexibel zijn |

Andere opvallende eigenschappen:

.....

Zijn er bepaalde problemen zoals bijvoorbeeld:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Overbeweeglijkheid | <input type="checkbox"/> Slechte concentratie |
| <input type="checkbox"/> Driftbuien | <input type="checkbox"/> Jaloersheid |
| <input type="checkbox"/> Slapeloosheid | <input type="checkbox"/> Eetproblemen |
| <input type="checkbox"/> Angstig zijn | <input type="checkbox"/> Steeds grenzen zoeken |
| <input type="checkbox"/> Andere gedragsproblemen | |

Toelichting:

.....

Heeft u nog opmerkingen over het gedrag van uw kind?

.....

School

In welke school en klas zit uw kind?

.....

Gaat uw kind met plezier naar school?

.....

Vrije Tijd

Welke hobby's/favoriete bezigheden heeft uw kind?

.....

Waar is uw kind (heel) goed in?

.....

Algemene taal- en spraakontwikkeling

Praat u Nederlands met uw kind?

Ja/Nee, ik praat.....

Moedertaal vader: Moedertaal moeder:

Mijn kind spreekt op school: en thuis:

Wat is uw indruk over de algemene spraak- en taalontwikkeling van uw kind?

Opvallend snel / Snel / Gemiddeld / Traag / Opvallend Traag

Toelichting:

Heeft u nog opmerkingen over de algemene taal- en spraakontwikkeling?

.....

.....

Specifieke informatie met betrekking tot de spraak en het stotteren

Hoe zou u het stotteren van uw kind omschrijven?

.....
.....

Wanneer is het stotteren voor het eerst opgemerkt?

Maand..... Jaar..... Door wie?

Hoe heeft het stotteren zich ontwikkeld?

Geleidelijk meer / veranderde niet / afwisselend meer en minder / iets anders, namelijk:

.....

Wanneer stottert uw kind volgens u meer/minder? (bepaalde situaties, mensen, emoties, ...)

Meer bij:

Minder bij:.....

Hoe stottert uw kind? (probeer onderstaande vragen te beantwoorden)

Herhaalt uw kind wel eens stukjes van een zin?
(voorbeeld: en dan moet en dan moet je komen)

erg vaak vaak soms bijna nooit nooit

Herhaalt uw kind wel eens langzaam een woordje uit een zin?
(voorbeeld: ik ik ik ga naar school)

erg vaak vaak soms bijna nooit nooit

Herhaalt uw kind wel eens snel een woordje uit een zin?
(voorbeeld: ikikik ga naar school)

erg vaak vaak soms bijna nooit nooit

Herhaalt uw kind wel eens langzaam een klank of een stukje van een woord?
(voorbeeld: ko ko kom, of k k k kom, jij ook?)

erg vaak vaak soms bijna nooit nooit

Herhaalt uw kind wel eens snel een klank of een stukje van een woord?
(voorbeeld: kokoko-kom, of kkkkom, jij ook)

erg vaak vaak soms bijna nooit nooit

Stokt uw kind weleens aan het begin van een woord? Merkt u dan spierspanning op of duwt uw kind dan op klanken om er uit te komen?

(Voorbeeld: ik ga naar sssssschool, of**S**...chool)

erg vaak vaak soms bijna nooit nooit

Merkt u wel eens dat uw kind bepaalde bijbewegingen maakt tijdens het spreken of stotteren? (Denk aan bewegingen in het gezicht, met de ogen, met de armen.) Of gaat zijn stem wel eens omhoog?

Merkt u dat uw kind het spreken of het stotteren wel eens uit de weg gaat? Hoe?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> veranderen van zinnen | <input type="checkbox"/> andere woorden bedenken |
| <input type="checkbox"/> stoppen met praten | <input type="checkbox"/> een ander het woord laten doen |
| <input type="checkbox"/> laten aanvullen | <input type="checkbox"/> fluisteren |
| <input type="checkbox"/> zingen | <input type="checkbox"/> opnieuw beginnen |
| <input type="checkbox"/> kinderlijk gaan praten | <input type="checkbox"/> aanwijzen |
| <input type="checkbox"/> zwijgen | <input type="checkbox"/> minder gaan praten |
| <input type="checkbox"/> andere manieren waarop uw kind reageert op het stotteren. Welke? | |

Merkt u dat uw kind emotioneel reageert op zijn/haar stotteren?

.....

Praat u wel eens met uw kind over het stotteren?

Zo ja, hoe reageert uw kind daarop?

.....

Kunt u op de volgende schaal aangeven in welke mate uw kind naar uw mening onvloeiend spreekt?

0	1	2	3	4	5	6	7
Vloeiend ernstig	sporadisch onvloeiend	licht onvloeiend	licht tot matig	matig	matig tot ernstig	ernstig	zeer ernstig

Omgevingsreacties:

Hoe reageren leeftijdsgenootjes op het stotteren van uw kind?

.....

Hoe reageren broers/zussen op het stotteren van uw kind?

.....

Hoe reageren de leerkrachten op het stotteren van uw kind?

.....

Therapieverleden

Is uw kind eerder onderzocht en/of behandeld voor het stotteren? Nee/Ja

Wanneer? van tot

Logopedist:.....

Heeft uw kind eerder psychotherapie gehad? Nee/Ja

Wanneer? van tot

Psycholoog:.....

BIJLAGE E: VRAGENLIJST VOOR OUDERS - EINDEVALUATIEGESPREEK

VRAGENLIJST VOOR OUDER AAN HET EINDE VAN DE SESSIES DRAMATHERAPIE

Naam van de invuller:

Is er een wijziging in de algemene attitude (houding, gedrag) van uw kind sinds januari?

Nee/ja, namelijk:

Is er een wijziging in het gedrag van uw kind naar u en/of uw man/vrouw toe sinds januari?

Nee/ja, namelijk:

Valt u een wijziging op in het gedrag van uw kind als hij/zij alleen speelt?

Nee/ja, namelijk:

Valt u een wijziging op in het gedrag bij uw kind als hij/zij speelt met andere kinderen?

Nee/ja, namelijk:

Is er een wijziging in de attitude van uw kind tegenover het stotteren? (andere reacties op het stotteren?)

Nee/ja, namelijk:

Heeft u sinds januari wel eens gepraat over het stotteren? Zo ja, hoe sprak uw kind over het stotteren?

Nee/ja, namelijk:

Wanneer stottert uw kind op huidig moment meer/minder? (situaties, personen, letters, ...)

Meer bij:

Minder bij:

Ervaart u dat uw kind emotioneel (boos/blij/bang/verdrietig/verlegen...) wordt als hij/zij stottert?

Nee/ja, namelijk:

Hoe gaat uw kind om met *veranderingen* in het algemeen? (vb. nieuwe school)

Hoe gaat uw kind om met *onvoorspelbaarheid* in het algemeen? (vb. de planning van de dag niet kennen)

Kunt u het stotteren van uw kind voorspellen? nooit – soms – af en toe – altijd

Opmerkingen?

In welke mate denkt u dat uw kind het stotteren kan voorspellen? nooit – soms – af en toe – altijd

Opmerkingen?

Hoe veranderlijk is de *stotterfrequentie* bij uw kind?

- Stotterfrequentie verandert dagelijks
- Stotterfrequentie verandert wekelijks
- Stotterfrequentie verandert maandelijks
- Stotterfrequentie verandert zeer wisselend
- Stotterfrequentie verandert _____ (zelf in te vullen)

Hoe veranderlijk is de *stotterernst* bij uw kind?

- Stotterernst verandert dagelijks
- Stotterernst verandert wekelijks
- Stotterernst verandert maandelijks
- Stotterernst verandert zeer wisselend
- Stotterernst verandert _____ *(zelf in te vullen)*

Hoe denkt u dat uw kind de veranderlijkheid van het stotteren ervaart?

- Hij/zij wordt boos als er plots meer stotters komen.
- Hij/zij wordt verdrietig als er plots meer stotters komen.
- Hij/zij vertoont geen ander gedrag als er plots meer stotters komen.
- Hij/zij verzint allerlei trucjes als er plots meer stotters komen.
- Hij/zij gaat praten mijden als er plots meer stotters komen.
- Hij/zij _____ *(zelf in te vullen)*

Vertelt uw kind iets over de therapie sessies?

Nee/Ja, namelijk: _____

Merkt u iets op bij uw kind voordat hij/zij naar de therapie sessie komt?

Nee/Ja, namelijk: _____

Merkt u iets op als uw kind van de therapie sessie naar huis komt?

Nee/Ja, namelijk: _____

BIJLAGE F: TRANSCRIPTIES TER ILLUSTRATIE

1 Abel - Ambiguity

1.1 Fragment 1

(Abel en de therapeut spelen Vindermannen. Dit is de naam die Abel geeft aan een soort personage met superkrachten dat iets voor zich uitsmijt en daarna naar dit iets toespringt. Deze eenvoudige actie herhaalt zich repetitief.)

Abel: Nu zombie!

Therapeut: Jij? Ik?

Abel: Alletwee!

(De therapeut en Abel veranderen hun lichaamshouding en transformeren naar zombies.)

1.2 Fragment 2

Abel: Ik ga nu in jouw oog steken.

Therapeut: Aaaa *(De therapeut grijpt naar haar oog.)*

Abel: Tjak, in je andere oog.

(De therapeut ligt op de grond te kermen van de pijn.)

Abel: Hier een pleister, je bent beter geworden.

(De therapeut transformeert en kijkt hem vol bewondering aan.)

Abel: Wat?

(De therapeut glimlacht.)

Abel: Wat? *(Abel kijkt vragend en geïrriteerd.)*

Therapeut: Is dit uw huis?

Abel: Nee, jij bent in een straat, nee in een doodskist. Je bent aan het dromen.

Therapeut: *(fluisterend)* Ben jij dan ook dood?

Abel: Ja...Nee! Hier, jij bent uit de doodskist: tsjak.

(Abel transformeert naar een scène die eerder vandaag aan bod kwam: sprongen maken als een Vinderman.)

1.3 Fragment 3

Abel: Ik ben de baby en jij bent de mama. En soms ga jij de juffrouw zijn. En als ik zeg: 'de tijd is om', dan moet jij terug de mama zijn.

Therapeut: Oké. Mag ik ook zeggen: 'de tijd is om'?

Abel (*twijfelt*): Ja, maar eerst moeten we naar school en douchen en kleren uit doen en slapen én dan gaan wij wisselen. Dan ben jij de baby en ik de papa en dan word ik een meester.

(*Hij gaat in foetushouding zitten op de 'vaste plek' van de kinderkamer en zet een beteuterd gezicht op.*)

Abel: Naar school?

2 Abel - Affect expression

2.1 Fragment 1

(*De therapeut loopt langs de muren, klopt op de muur en luistert aan de muur.*)

Abel: Ik heb geen burens, ik ben alleen.

(*De therapeut blijft deze handeling verderzetten.*)

Abel: (*roept*) Er is niemand! Ik ben, ik ben, ik heb geen burens, die zijn veeer (*stotter – verlenging*). Die zijn verhuisd.

Therapeut: Allemaal?

Abel: Ja, en die hebben *zun* huis kapot gemaakt en ergens anders een huis. En nu heb ik niemand. Ik ga elke keer met mijn auto, 'k bedoel soms met mijn voet, en met mijn vliegtuig naar markt.

Therapeut: De markt... (*stilte*) en heb je niemand?

Abel: Nee, geen vrienden, geen mama geen papa, geen familie.

Therapeut: Geen familie (*knikt nee schuddend*), en ik dan?

Abel: Jij hebt wel familie...

Therapeut: En ben ik dan niet jouw vriend?

(*Abel kijkt de therapeut vragend en verward aan.*)

Therapeut: Ik heb ook wel geen burens... vind je dat raar?

Abel: Jij bent ook raar, jij hebt ook geen burens.

Therapeut: Ja, soms ben ik ook raar... maar ik ben wel graag alleen.

Abel: Oké, dan ben ik weg.

(*Abel en de therapeut zijn beiden even alleen bezig. Abel gaat in een hoek zitten. De therapeut zit naast hem tegen de muur. Er is een lange stilte.*)

Therapeut: Ben je soms bang?

Abel: Uhu... voor donker.

Therapeut: Wat doe je dan als het donker is?

Abel: ... dan droom ik geen leuke dingen, dan droom ik enge dingen... over zombies en boeven... en monsters

Therapeut: Wat doe je dan als je alleen bent?

Abel: Dan ben ik bang.

(Abel maakt een grote sprong. De therapeut volgt. Ze spelen Vindermannen.)

2.2 Fragment 2

De scène start met een stottermonster (dat Abel stotters geeft), gespeeld door de therapeut.

(Abel loopt naar de rand van de ruimte en speelt dat hij op een verhoog gaat staan. Hij spreekt vervolgens met zware stem.)

Abel: Dames en heren, vermoord heeeem!

Therapeut (transformeert naar een onderdaan): Leider, wie moeten we vermoorden?

Abel: Die monster! We moeten die monster ... stottermonster dood!

Therapeut: Leider, hoe zullen we hem vermoorden?

Abel: met pistool en mes... hier zijn ze... *(Abel deelt 'het hele leger' de wapens uit.)*

Therapeut: Geef ons het startsein, leider!

(Abel fluit op zijn handen. De therapeut en Abel (en het leger) vliegen op het monster af, schieten en kloppen, ze werken goed samen.)

Therapeut: *(hijgend)* Is hij bijna dood, leider?

Abel: Bijna!

Therapeut: Hoeveel (geweerschoten) nog?

Abel: Nog honderd!

Therapeut: trrrrr (geweerschoten) 2 3 4 ... 100!

Abel: Nee, miljoenen!

Therapeut: Leider, ik ben moe!

Abel: Verder doden!

Therapeut: *(knikt en laat een stilte)* Hij is dood.

Abel: Hij is niet dood *(Abel met normale stem, niet meer met de zware leidersstem).*

Therapeut *(stelt zich laag als onderdaan op)* Ik krijg hem niet dood, het hele leger is al dood en ik kan het niet alleen. Kunnen we niets anders doen?

Abel: Oké, we gaan hem lief maken én ... én ...

Therapeut: Wat?

Abel: en doden! *(De therapeut zucht.)* Oké, niet doden, maar kleiner maken!

(De therapeut staat recht en loopt op het monster af.)

Abel: Eerst liever maken, dan klein! *(De therapeut neemt siroop.)*

Abel: Nee, geen siroop, je moet hem leren!

(De therapeut knikt en kijkt dan vertwijfeld naar Abel.)

Therapeut: *(roepend naar het monster)* Geef me een hand!

Abel: Nee! Hij moet alles weten van lief zijn.

Therapeut *(fluisterend naar Abel gericht)* Hoe kan ik nog liever zijn?

Abel: Hij moet hier 6 miljoen jaar leren! Jij moet het hen 6 miljoenjaardmiljoenjaar leren.

Therapeut: *(doet allerlei 'lieve zaken')* ... "honderdzesmiljoenjaarlater"

Abel: Hij is nog niet genoeg.

(De therapeut transformeert naar het monster.)

Therapeut: Uw onderdanen hebben mij al een beetje liever gemaakt.

Abel: Ja maar zij moeten dat doen, zij moeten je leren.

Therapeut: Ik kan nu alleen nog maar liever worden door jou.

Abel: Ahaa, ik maak je kleiner! Tsjak *(maakt de therapeut kleiner met een mes)*

(Stottermonster (de therapeut) staat tegen de muur verkleind. Abel komt ernaast staan tegen de muur. Hij waggelt heen en weer. Zijn leidersstem is volledig weg en zijn houding is veranderd van groots naar gewoon.)

Abel: Waarom wil je dat eigenlijk?

Therapeut: Jouw stotters brengen?

Abel: Ja, waarom?

Therapeut: Soms wil ik ook graag spelen...

Abel: Dat is niet spelen.

Therapeut: Ik vind dat leuk, voor mij is dat leuk.

Abel: Ik niet en iedereen vindt dat.

Therapeut: Vindt niemand stotteren leuk?

Abel: Nee! En dan gaan we jullie doden als jij zo nog verder doet. 1 pistool en dan ben jij dood PANG

Therapeut: *(doet een smijtende beweging)*: hier stotters PANG

Abel: *(vervormt zijn stem naar een krakerige stem, grijns op gezicht)* Ik kan tegen stotters!

(De therapeut transformeert naar een vrolijk jongetje.) Hallooooo ben jij die jongen die soms stottert?

Abel: Ik stotter niet en ga weg!

(De therapeut gaat weg. Ze kijkt naar Abel met een glimlach. Die kijkt terug en lacht.)

Abel: Balletje? *(De therapeut en Abel gooien met de bal en de klassieke gekende bal-gevangenisscène uit sessie 2 (die wekelijks werd herhaald) start weer.)*

3 Roel – Affect expression

3.1 Fragment 1

(In sessie 8 gaat Roel na de bokswedstrijd op een ‘denkbeeldig’ podium staan en roept hij) ...en de winnaar is ‘Roel’... (De therapeut kijkt beteuterd.)... de winnaar is Bo!... Nee... de winnaar is RoelBo!

3.2 Fragment 2

Roel: Jij bent saai.

Therapeut: en jij praat raar.

Roel: Jij bent saai. (Hij neemt een stevige ‘doet me niets’ - houding aan.)

Therapeut: en jij praat raar. Soms praat jij zo en dan komt er plots niets meer (toont gezicht van blokkade)

Roel: Dat maakt mij niets uit...

Therapeut: Wat?

Roel: ...omdat jij toch saai bent.

Therapeut: Ik praat tenminste niet raar.

Roel: Niet waar, jij praat zoals een meisje.

(Roel en de therapeut kibbelen wat verder. Ze hebben wisselend de bovenhand in de discussie.)

Roel: Ga maar weg naar je stomme vrienden.

Therapeut: Die praten tenminste normaal!

(De therapeut en Roel transformeren naar één van hun klassieke gevechtsspelen. Roel kijkt kwaad en vuurt allerlei zaken op de therapeut af.)

Roel: Ga maar naar je mama’tje. Hier olie op je, daar ga je dood van. (Na een tijdje wordt het opnieuw een speels spel.)

3.3 Fragment 3

(De therapeut is het stotterbeest dat Roel bij aanvang van de therapie tekende. Roel vecht met zijn klassieke wapens tegen het monster. Het monster blijft staan en negeert de klappen.)

Therapeut: ...maar ik ben toch altijd lief? Ik kom altijd lief naar jou?

(Roel blijft vechten, het monster wordt geraakt. Roel geeft bijna de fatale doodslag.)

Therapeut: ...mag ik dan nooit meer terugkomen?

Roel: Jawel, over honderd jaar! (*glimlachend*)

Therapeut: Dan ben jij al dood. (*geïrriteerd*)

Roel: ... over een maand

Therapeut: Echt?

Roel: ... over een week

Therapeut: oooh (*blij*)

Roel: ...over 10 seconden

Therapeut: (*telt af en sluipt op Roel af*)

Roel: Hallo! (*glimlachend*)

Therapeut: Hallo, hoe gaat het met jou?

Roel: Goed!

3.4 *Fragment 4*

(De therapeut en Roel lopen toeren in de ruimte. Ze zijn samen naar ergens onderweg. De therapeut geeft aan dat ze 'er bijna zijn'. Ze vallen hijgend samen op de grond neer. De therapeut geeft Roel een cadeau. Het is 'antistotterzeep'. Roel neemt het aan.)

Roel: Waar gingen we nu naar toe?

Therapeut: Het land waar iedereen stottert. (stilte) ... Ja, nu ga jij hier wel raar zijn.

Roel: Misschien w_w_wil ik wel.

Therapeut: Wil jij stotteren?

Roel: Ja!

Therapeut: Ha ha hallo

Roel: Ti ti tikkie (*hij springt recht en tikt de therapeut aan*)

Therapeut: Jejejij bent hem. (*De therapeut tikt Roel terug.*)

Roel: Nu nu jij! (*Roel gaat liggen, de therapeut ook. Roel springt weer recht.*)

Roel: Nu moeten we een bokswedstrijd doen!

Therapeut: In dit land?

Roel: Jejejejaa, rororoonde 1!

(Roel en de therapeut boksen. Roel slaat de therapeut in elkaar. Hij telt af van 10 naar 0, maar blijft stotteren op de 2. De therapeut kan hierdoor nog net weggomen. Roel glimlacht en knipoogt naar de therapeut.)

4 Zara - Ambiguity

Therapeut: Mama, ik was net op school en ik moest weer naar huis!

Zara: Van wie?

Therapeut: Van die grote meneer daar... *(De therapeut doelt op niemand specifiek.)*

Zara: *(kijkt naar 'daar', denkt even na en zegt):* Dat is papa.

--

(Zara kijkt naar boven en opent haar mond. De therapeut doet hetzelfde en zegt 'aaaaa'.)

Therapeut: Komt het al bij jou?

Zara: *(ze valt uit haar rol, kijkt met een verwarde blik naar de therapeut, de therapeut doet verder):* De regen!

--

(De therapeut zet een niet nader bepaalde beweging in: ze gaat naar voor met haar voet, maar wil hem niet neerzetten. Zara staat achter haar en roept:) 'Daar zijn krokodillen!'

5 Zara - Personal demand

5.1 Fragment 1

Zara: Linda, 0/10 en je hebt alles fout op je huiswerk. Leer jij wel? Ik ga vandaag met je mama en papa spreken.

Therapeut: ...maar juf, ik had supergoed geleerd?

Zara: *(kijkt verward),* grapje... 10/10... en je bent door naar het 5^{de} leerjaar

(Zara draait rond haar as, ze 'transformeert' naar het 5^e leerjaar.) Linda, in het 5^e leerjaar maak ik geen grapjes meer!

5.2 Fragment 2

Zara: Wat wil je van mij eenhoorn? Ben je weer door de fee gestuurd? Praat! *(De therapeut mompelt heel kort iets.)* Mond dicht! Je bent van mij! Nu tover ik je in een gevaarlijke leeuw. Ga naar mijn stiefzus en eet haar op en breng haar hart mee!

6 Zara – Affect expression

6.1 Fragment 1

(Zara speelt moeder. De therapeut speelt dochter.)

Zara: ...en papa is dood. Papa is weg naar een ander land.

(De therapeut schrikt en is stil.)

Zara: Blijf daar niet zo staan, ga!

Therapeut: Dat kan je toch niet gewoon zo aan mij vertellen.

Zara: Papa is naar ander land, hij___(*verlenging*) is in Londen. Als je wilt, verhuis je maar naar Londen.

Therapeut: Hoe kan je zo hard zijn voor papa?

Zara: Heb ik het je niet verteld? Hij heeft een andere vrouw.

Therapeut: (*stilte*) Ben je boos op hem?

Zara: (*ijzig kil*) Nee, hier je sleutels.

Therapeut: Hoe nee?

Zara: NEE (*schreeuwt*), GA!

--

(De therapeut speelt dochter. Zara speelt moeder.)

Therapeut: Mama, ik was aan het fietsen en p___ (*blokkade*)lots viel ik (*kermend van de pijn*)

Zara: Je bent 19, je leert wel hoe je gaat fietsen.

Therapeut: D_(*blokkade*)as niet waar.

Zara: Ben je nu aan het stotteren? (*De therapeut zucht.*)

Zara: (*schreeuwend*) Ga nu naar de logopedie. NU! Of ik pak een borstel...

Therapeut: (*stilte*)... waarom ben je zo boos?

Zara: (*roept niet meer*) omdat je 19 bent en je moest al een auto, een huis en een kindje

Therapeut: en jij dan? (*uitdagend*)

Zara: Ik heb m'n eigen huis en m'n eigen auto.

Therapeut: ...en een vriendje?

Zara: Ik ben al oud genoeg, geen vriendje.

6.2 Fragment 2

Therapeut: Ik ben Chichie, als je tegen me vecht, kom ik terug. Als je lief tegen me bent, ben ik er minder.

Zara: Ga weg!

Therapeut: Dan geef ik er meer...

Zara: Boeit me niet!

Therapeut: Boeit mij wel!

Zara: ...en als je leeg bent?

Therapeut: Ik kan niet leeg zijn, ik ben een oneindig vat vol stotters.

Zara: Wat kan ik dan doen?

Therapeut: Lief zijn.

Zara: ...en als ik een plan bedenken?

Therapeut: Wat ga je dan met me doen?

Zara: Misschien laat ik je opeten door leeuwen.

Therapeut: Ohja?

Zara: ...of ik koop kleren voor jou en dan ga je weg.

Therapeut: Dat is al liever, ik heb wel graag kleren.

(Zara slaat Chichie.)

Therapeut: Dat waren geen kleren, auw!

Zara: Zei je net 'auw'? Dus je bent wel onverslaanbaar.

Therapeut: Ja ik kan pijn hebben, maar daarom ga ik niet weg.

Zara: ...en als ik je make up geef?

Therapeut: Ja, dat vind ik mooi en dan geef ik je minder stotters.

Zara: ...en als ik je alles geef wat je wil?

Therapeut: ...dan geef ik je ook minder stotters.

Zara: Ik wil geen stotters!

Therapeut: Nee, dat gaat niet.

Zara: Hoeveel dan?

Therapeut: een stuk of drie per week?

(Het gesprek gaat nog even door.)

Zara: ...en als ik een vriendje bij je zet?

Zara: ...en als ik je verbrand? *(Therapeut knikt nee-schuddend.)* ... je bent zo irritant!

Therapeut: sorry

Zara: niets te sorry, je hebt mijn leven kapot gemaakt!

(De therapeut gaat naast Zara staan en kijkt samen met haar naar de plaats waar Chichie stond.) Gaan we ze samen kapot maken?

(De therapeut en Zara maken Chichie samen kapot. Zara gaat op de plaats van Chichie staan.) Neeeeee, wat doe je me aan, ik ben Chichie, noooo.

--- (In een volgende sessie)

Therapeut: Hallo, ik ben Chichie.

Zara: Nee, kom je mij weer lastig vallen?

Therapeut: Ik ben Chichie, ik ben een beetje jaloers op jou.

Zara: Ga weg. Dit is niet de juiste tijd!

Therapeut: Waarom niet?

Zara: Omdat je weg moet!

Zara: Ik heb een huisje voor je gebouwd. Je mag daarin.

Therapeut: Je weet toch dat ik niet weg van jou kan.

Zara: Oké, dan neem ik je gewoon mee, maar ik wil mijn eigen kamer.

Therapeut: Mij kan je niet doden, dat weet je al, wat ga je met mij doen?

Zara: Chichie, kun je even naar de noordpool?

Therapeut: Ja, maar ik kan wel niet dood.

Zara: Ja, maar daar is allemaal make up en zo. (*De therapeut vertrekt en stapt uit de playspace.*) Fjoe, ik heb haar even weggestuurd.