

De nasaleermethodiek van Pahn bij kinderen

Een oefenboek voor kleuters (vier- tot vijfjarigen)

Promotor: mevrouw E. De Cang
mevrouw K. van
Opdurp
Academiejaar: 2011 – 2012

Bachelorproef voorgedragen door:
Katrien Brebels
tot het bekomen van het diploma
Professionele bachelor in logopedie en audiologie –
logopedie.

Abstract

Deze bachelorproef 'De nasaleermethodiek van Pahn bij kinderen' is een vervolgscripctie op die van Coenjaerts en De Jonghe die de nasaleermethodiek reeds aanpasten voor kinderen tussen zes en tien jaar. Stemproblemen komen voor op elke leeftijd, ook bij kleuters. Voor de behandeling van deze doelgroep bestaat nog niet veel specifiek materiaal. Ook de benadering van kleuters vereist enkele voorwaarden. Door de combinatie van deze voorwaarden en bevindingen uit het werkveld kon het originele programma vertaald worden naar het niveau van jonge kinderen van vier à vijf jaar. Dit wordt voorgesteld in de oefenbundel met bijhorende ouder- en therapeutenhandleiding.

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	3
Woord vooraf	5
Inleiding	6
1 De nasaleermethode volgens Pahn	7
1.1 Inhoud van de methodiek	7
1.1.1 Doel en doelgroep	7
1.1.2 Drie basisprincipes.....	7
1.1.3 Hoofdkenmerken.....	8
1.1.4 Voor- en nadelen van de nasaleermethode.....	11
1.2 De oefengang	12
2 Kinderheesheid.....	15
2.1 Ontwikkeling van de normale stem	15
2.2 Stemproblemen bij kinderen	15
2.3 Oorzaken: een algemene indeling.....	16
2.3.1 Specifieke oorzaken van kinderheesheid	17
2.4 Gevolgen	19
2.5 Therapie bij kinderheesheid.....	20
2.5.1 Aandachtspunten bij stemtherapie.....	20
2.5.2 Duur en intensiteit van therapie	21
2.5.3 Inhoud van stemtherapie	21
2.5.4 De nasaleermethode volgens Pahn bij kinderen.....	24
2.5.4.1 Toepassing in het werkveld.....	24
2.5.4.2 Suggesties ter aanpassing	25
2.5.5 Besluit	26
3 Algemene aandachtspunten in therapie bij jonge kinderen	28
3.1 Hoe kinderen denken.....	28
3.2 Hoe jonge kinderen leren.....	29
3.2.1 De leeromgeving.....	29
3.2.1.1 Manieren om te leren	30
3.2.1.2 Spel en thema's.....	30
3.2.1.3 Therapeut-cliënt relatie	31
3.2.1.4 Aanmoedigen en belonen	32
3.2.1.5 Taakgerichtheid en aandacht.....	33

3.2.1.6 Informatieverwerking en onthouden	33
3.2.1.7 Instructies.....	34
3.2.2 Materiaalgebruik	35
3.2.2.1 Speelgoed.....	35
3.2.2.2 Spiegels	35
3.3 Kleuters en hun ouders	36
3.3.1 Hoe ouders betrekken	36
4 Besluit	38
Literatuurlijst.....	39
Bijlagenlijst.....	44

Woord vooraf

Graag wil ik iedereen bedanken die me begeleid en geholpen heeft bij de realisatie van deze bachelorproef. Hierbij bedank ik in de eerste plaats mijn promotoren mevrouw Evy De Cang en mevrouw Kim van Opdurp. Ze stonden me gedurende het volledige proces bij en ik kon steeds bij hen terecht voor meer uitleg en advies.

Daarnaast wil ik Frank Daenen speciaal bedanken. Hij verzorgde de illustraties voor de oefenbundel.

Ook de Pahntherapeuten die ik mocht interviewen in kader van deze bachelorproef bedank ik graag voor hun medewerking.

Familie en vrienden dank ik voor hun steun en medewerking bij het opstellen van deze bachelorproef.

Hier wil ik ook graag Julia Kropp vermelden. Zij is een Duitse studente logopedie aan de hogeschool van Nijmegen. Ze werkt aan een bachelorproef die de effectiviteit van de nasaleermethodiek van Prof. Dr. Pahn onderzoekt. Dit werk zal ook dit academiejaar verschijnen onder de naam 'Eine Effektivitätsstudie zur Nasalierungsmethode nach Pahn bei Dysphonie beurteilt anhand der Stimmqualität, Selbsteinschätzung, Stimmleistung und vokale Aerodynamik.'

Ondergetekende draagt de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor deze bachelorproef en staat toe dat haar werk in de mediatheek van de hogeschool wordt opgeslagen, geraadpleegd en gefotokopieerd.

Gent, mei 2012

Katrien Brebels

Inleiding

In deze bachelorproef ga ik in op therapie bij stemstoornissen. Dit is een zeer specifiek, maar uitgebreid vakgebied binnen de logopedie. Specifiek in die zin dat het voldoende kennis en vaardigheid vereist om de stoornissen te behandelen. Uitgebreid omdat stemproblemen verschillende oorzaken en gevolgen kunnen hebben. Daarbij kunnen ze voorkomen op alle leeftijden. Ook bij jonge kinderen, de doelgroep die ik beoog in deze bachelorproef. Voor de behandeling van stemstoornissen bestaan tal van methodes. Ik ga verder in op de nasaleermethodiek van Prof. Dr. Pahn en Elke Pahn.

Zij ontwikkelden deze nasaleermethodiek om de spreek- en zangstem van zowel stempatiënten als beroepssprekers te verbeteren en te optimaliseren. Deze methodiek draagt bij aan een ontspannen stemgebruik waarbij geen onnodige spanningen optreden. Het hoofdkenmerk ervan is de draagkracht die de stem erbij wint. Met deze bachelorproef trachtte ik de oorspronkelijke nasaleermethodiek te vertalen op niveau van kinderen tussen vier en vijf jaar. Ik behield de originele opbouw en oefengang, maar hield rekening met de leefwereld van deze jonge kinderen bij de verwerking ervan.

In dit eerste en theoretisch gedeelte vindt u een korte schets van de nasaleermethodiek. Daarin worden het doel, de doelgroep en de hoofdkenmerken van de methodiek weergegeven. Vervolgens kan u een theoretisch verslag lezen met betrekking tot het ontstaan en voorkomen van heesheid bij kinderen. Hierin vindt u een schets van de stemproblemen en de behandeling binnen de doelgroep van vier- tot vijfjarigen. Omdat deze bachelorproef deze specifieke groep behandelt, wordt er ook aandacht geschonken aan de benadering en aanpak van deze jonge kinderen. U kan hierover meer lezen in het laatste hoofdstuk.

Het tweede en praktisch deel bestaat uit een oefenbundel en een therapeutenhandleiding. In het oefenboek wordt de nasaleermethodiek voorgesteld in de vorm van een verhaal voor de kinderen. Het bevat ook extra informatie voor de ouders. Bij deze oefenbundel hoort ook concreet materiaal. In de therapeutenhandleiding wordt meer informatie gegeven over het gebruik van het oefenboek en het concreet materiaal.

1 De nasaleermethode volgens Pahn

1.1 Inhoud van de methodiek

1.1.1 Doel en doelgroep

De nasaleermethode werd door Johannes Pahn, een Duitse KNO-arts en foniater, ontwikkeld in 1964 om personen te leren hoe ze hun stem juist kunnen gebruiken. De methode kan je gebruiken bij zowel cliënten met een stemprobleem als bij mensen die hun stem willen optimaliseren. Het doel van deze methodiek is de fysiologische functie van de stem te benaderen en/of deze te herstellen. Ook kan met deze methode een basis worden gelegd om de stem, via de geleidelijke oefengang, te ontwikkelen tot een professioneel instrument (Pahn & Pahn, 2000). Hiermee wil hij zeggen dat de methode bruikbaar is voor zowel mensen met een stemstoornis als voor personen met een gezonde stem. Tot de doelgroep behoren stempatiënten, cliënten met een sprekersberoep en zelfs zangers. “De kern van de oefenmethode bestaat uit maatregelen ter bevordering van correct stemgebruik (stemscholing), en preventie en behandeling van stemstoornissen (stemtherapie)” (Verdonck-de Leeuw, 2003). Prof. Dr. Pahn wil de cliënt een economisch stemgebruik aanleren door middel van de stemoefeningen. Hiermee bedoelt hij dat de cliënt zijn spreek- of zangstem leert gebruiken op een manier waarbij er geen onnodige of ongewenste spanningen optreden.

1.1.2 Drie basisprincipes

Prof. Dr. Pahn (2000) omschrijft drie principes die aan de basis liggen van de nasaleermethode. Deze principes zijn de volgende:

Het economisch gebruik van de stem

Wanneer je spreekt en zingt, komt er een bepaalde spanning voor in en rond het stemapparaat. Bij oneconomisch stemgebruik kunnen deze spanningen zo hoog oplopen waardoor beschadigingen aan het stemapparaat kunnen ontstaan. Daarom acht prof. Dr. Pahn het nodig om “stem te geven met zo weinig mogelijke fysieke inspanning (...)” (Pahn & Pahn, 2000).

Het instrumentale gebruik van de stem

Prof. Dr. Pahn (2000) vergelijkt de stem met een muziekinstrument dat bespeeld kan worden. Net zoals de technische vaardigheid die vereist is bij het bespelen van een instrument, is er ook een

vaardigheidsniveau nodig om de stem juist te kunnen 'bespelen'. Te vaak wordt dit principe verwaarloosd en leidt dit tot overbelasting en stemproblemen. Aan dit basisprincipe worden nog drie essentiële kenmerken gekoppeld. "De stem moet worden bespeeld als elk ander instrument (...), de stem moet als instrument worden ontwikkeld (...), de conditie van de stem is afhankelijk van de psychische en/of fysische invloeden (...)" (Pahn & Pahn, 2000).

Een duidelijke basis voor stemtherapie en stemscholing

Aan de hand van verschillende proeven en tests die zijn opgenomen in de nasaleermethode, is het mogelijk voor de therapeut om zicht te krijgen op de aard en graad van de stemstoornis. Op basis van de resultaten van deze tests, kan de stemtherapeut een specifieke terminologie toewijzen aan het probleem. Aan de hand van deze analyse is het mogelijk om rekening te houden met alle facetten van de cliënt die bepalend kunnen zijn voor het stemprobleem en de behandeling. De cliënt kan dus in zijn totaliteit worden benaderd (Pahn & Pahn, 2000).

1.1.3 Hoofdkenmerken

Gemeenschappelijke basis voor spreken en zingen

Hoewel je spreekt en zingt met hetzelfde stemapparaat, stelt zingen hogere eisen aan de stem dan spreken. Zingen is een fysiologisch en functioneel zwaardere opdracht dan spreken. "Dit op vlak van articulatie, resonansvorming en ademhaling (...)" (Pahn & Pahn, 2000). Daarom gaat prof. Dr. Pahn ervan uit dat je eerst de spreekstem moet optimaliseren om zo over te gaan tot de training van de zangstem. Op deze manier is het dan ook mogelijk om vlot de overgang te maken van stemtherapie naar stemscholing. De therapeut kan zo verder bouwen op de vaardigheden die de cliënt reeds leerde toepassen tijdens spreken om de zang verder te trainen.

Hierbij moet de therapeut steeds voor ogen houden welke de professionele vereisten en de doelen zijn voor de cliënt (Pahn & Pahn, 2000).

Nasaleren

Johannes Pahn verzamelde onderdelen uit verschillende stemtherapiemethodes om zijn methodiek op punt te stellen met aanvullingen vanuit zijn eigen kennisgebied. Zo ontleende hij elementen aan de methodes van Alexander, Schultz, Froeschels, Coblenzer, enzovoort (Hesselink, 2005). Het meest gekende of kenmerkende onderdeel van de nasaleermethode is het nasaleren als deelfunctie van de stemgeving. "De term nasaleren betekent zoveel als het plaatsen van de resonans bij klinkers en nasale medeklinkers (...)" (Pahn & Pahn, 2000). Nasaleren gebeurt op een manier waarbij het

strottenhoofd, de strottenhoofdspieren en het zachte verhemelte ontspannen zijn en er geen onnodige krachten op worden uitgewerkt. Door deze reflexmatige ontspanning van de larynx klinkt de stem automatisch beter omdat de stembanden op die manier vrij kunnen trillen (Pahn & Pahn, 2000; Hesselink, 2005). Dankzij deze instelling om te nasaleren wordt de stem draagkrachtiger. Deze draagkracht is nuttig om doorheen lawaai en rumoer te kunnen spreken zonder de stem onnodig of extra te belasten.

Stemtechnische en oefentherapeutische moeilijkheidsgraden (Pahn & Pahn, 2000)

De nasaleermethode is zeer gestructureerd opgebouwd. De verschillende oefenstadia vormen kleine stapjes in de ontwikkeling van de stemgeving en articulatievaardigheden. De oefenmethode bestaat uit een vaste volgorde die je doorloopt totdat de deelfunctie per stadium op een goede manier beheerst wordt. Prof. Dr. Pahn (2000) beschrijft een oefengang voor de spreek- en de zangstem die in elkaar kunnen overvloeien (Pahn & Pahn, 2000).

Programmering van het regulieringsengram (Pahn & Pahn, 2000)

Het regulieringsengram is een geprogrammeerde motorische functie in de hersenen. Het is een 'vastgeroest' patroon dat tot stand is gekomen door gewoonten en automatismen. De programmering van dit regulieringsengram noemt Prof. Dr. Pahn (2000) de dynamische stereotiep. We programmeren een functie of gewoonte door ze in te slijten in onze hersenen. Vanaf het moment dat de programmering voltooid is, verloopt dit proces automatisch (Pahn & Pahn, 2000).

Omdat spreken en zingen een complexe functie is, is het belangrijk om deze juist te 'herprogrammeren'. Daarom is het belangrijk dat de cliënt zich bewust wordt van de veranderingen die gemaakt moeten worden. De herprogrammering van het regulieringsengram doe je het best door het bestaande af te bouwen en een nieuw engram terug op te bouwen. Op deze manier wordt onaangepaste functionele adaptatie door de cliënt vermeden.

Auditieve training

"Spreken en zingen zijn bestemd voor het gehoor! Dit kan niet door techniek of door één van de andere zintuigen worden gecontroleerd" (Pahn & Pahn, 2000). Een goede auditieve sensibiliteit is een belangrijke voorwaarde voor het slagen van de therapie. Om deze vaardigheid te evalueren, ontwikkelden Pahn & Pahn (2000) de FASS-test (Formele Auditieve Sprach und Sensibilitäts-test). De stemtherapeut kan door middel van deze test nagaan of de cliënt toonhoogte, melodie, luidheid, ritme en dynamiek auditief kan discrimineren en imiteren. Daarnaast kan de therapeut ook

achterhalen op welk niveau de cliënt zich bevindt. Het wordt duidelijk waar er zich nog problemen voordoen. Op die manier kan de therapeut bepalen op welke vaardigheden nog geoefend moet worden. Daarom vindt Prof. Dr. Pahn het belangrijk om hoortraining aan te wenden om zo nauwkeuriger te leren luisteren naar nuances in klankstructuren en de verschillende stemparameters. Deze factoren moet de cliënt goed kunnen waarnemen en discrimineren omdat deze ook prominent aanwezig zijn tijdens stemtherapie (Pahn & Pahn, 2000). Het doel van de hoortraining is de auditieve sensibiliteit vergroten om op die manier de slaagkansen van therapie te vergroten. Johannes Pahn (2000) reikt in zijn boek 'de nasaleermethode' de opbouw en verschillende aandachtspunten aan om de hoortraining aan te brengen. Deze kunnen afhankelijk van de noden en mogelijkheden van de cliënt gevarieerd en/of aangepast worden.

De hoortraining die omschreven wordt in het originele programma, zal ook moeten worden vertaald naar het niveau van kleuters omdat het huidige niveau te hoog ligt. Hiervoor wordt rekening gehouden met de aandachtspunten die ik beschrijf in hoofdstuk 3 en met de auditieve vaardigheden van kinderen binnen deze doelgroep. Deze auditieve vaardigheden van kinderen ontwikkelen en evolueren tot de leeftijd van tien tot twaalf jaar (Simkens & Verhoeven, 2003; Stollman et al., 2004). De auditieve prestaties van kinderen verbeteren naarmate ze ouder worden. Deze vaardigheden zijn belangrijke elementen in het algemene ontwikkelingsproces van kinderen. Evy Van Assche (2001) beschrijft in haar bachelorproef dat de auditieve ontwikkeling van jonge kinderen zeer variabel kan verlopen. Hiervoor baseert ze zich op verschillende bronnen. Auditieve discriminatie zou voltooid zijn rond de leeftijd van negen jaar. Luidheidsvariaties kunnen kinderen vanaf vijf jaar goed kunnen discrimineren. Voor jongere kinderen is dit nog moeilijker. Vooral wanneer de eerste stimulus stiller wordt aangeboden (Van Assche, 2001). Simkens en Verhoeven (2003) vermelden dat beperkingen in de auditieve waarneming consequenties kunnen hebben voor het totale leerproces. Dit geldt dus ook voor het leren in therapiesituaties. Het is dus ook een belangrijke factor in het slagen van de stemtherapie (Pahn & Pahn, 2000).

Verband met leeftijd en beroep

De slaagkansen van stemtherapie zijn sterk afhankelijk van de leeftijd en het beroep van de cliënt. Het is belangrijk om de behandeling aan te passen aan de mogelijkheden, noden en zwaktes van de cliënt. Daarom maakte Prof. Dr. Pahn (2000) een indeling in leeftijdscategorieën en duidt hij het belang van gedifferentieerde stemtherapie in functie van verschillende beroepen.

Per leeftijdscategorie legt hij andere accenten in de toepassing van de nasaleermethode. Deze zijn belangrijk om de slaagkansen van therapie te vergroten. Voor de accenten in de leeftijdscategorie tussen nul en zes jaar verwijs ik naar hoofdstuk 2 punt 2.5.4 waarin ik de nasaleermethode bij jonge kinderen bespreek.

Omdat stemproblemen vaak samengaan met specifieke eisen of factoren binnen een bepaald beroep, is het belangrijk om de oefeningen op die specifieke elementen af te stemmen. Op die manier is het mogelijk om de stemontwikkeling in functie van dit beroep te laten verlopen (Pahn & Pahn, 2000).

Evenwicht tussen fysieke en psychische spanning (Pahn & Pahn, 2000)

Psychische of emotionele spanning hebben een weerslag op de functies van de stem en het spraakvermogen. Dit omvat de psychische component in de terminologie van Prof. Dr. Pahn. “De fysieke spanning omvat de spiertonus, het activiteitsniveau van het willekeurig deel van het perifere zenuwstelsel (...)” (Pahn & Pahn, 2000). Om de oefengang goed te kunnen doorlopen en om een economisch stemgebruik te kunnen ontwikkelen, is het noodzakelijk om een evenwicht te vinden tussen de fysieke en psychische spanningen van de cliënt. Dit kan je bekomen door ongewenste spanningen (fysiek of psychisch) weg te werken, door verkeerde spanningen uit de stemtechniek te verwijderen en door emotionele spanning te leren beheersen bij expressie (Pahn & Pahn, 2000).

1.1.4 Voor- en nadelen van de nasaleermethode

Aan de methodiek zijn verschillende voor- en nadelen verbonden die naar voren komen in het werkveld, maar die ook onderzocht zijn door Verdonck-de Leeuw in 2003.

In het werkveld werd reeds een navraag gedaan over het gebruik van de methodiek door stemtherapeuten in het kader van een voorgaande bachelorproef rond Pahn bij kinderen. Coenjaerts en De Jonghe (2011) onderzochten de vertrouwdeheid en de ervaringen van de therapeuten met betrekking tot de nasaleermethodiek van Pahn. Zij vonden dat de meeste therapeuten, die antwoordden op hun enquête, positief stonden tegenover deze methode. Enkele van hen pasten de methode ook toe bij kinderen. Bij navraag in het werkveld vond ik dat de therapeuten die ik bevraagde een algemeen positieve ervaring hadden met de nasaleermethode. De voordelen die ze er uit putten, vormen de mogelijkheid om de stem draagkrachtiger te maken en om de stemplooisluiting te verbeteren. Een ander voordeel dat een therapeute opmerkte, is het feit dat slijmen kunnen worden verwijderd door het nasaleren. Dit is slechts een subjectieve waarneming. Ze ervoer dat de stemkwaliteit hierdoor kan verbeteren wanneer enkel slijmen aan de basis liggen van de verminderde kwaliteit. Coenjaerts en De Jonghe (2011) omschreven enkele nadelen die een van de ondervraagde therapeuten ondervond op basis van hun kleinschalig onderzoek. Deze persoon vond dat zijn vrijheid te veel beperkt werd door de strikte opbouw van de methodiek. Ook omwille van de procedurele opbouw is het resultaat onderling afhankelijk van de verschillende fasen in dit programma. Dit heeft volgens hem ook het gevolg dat de therapie te lang zou duren. Wat deze therapeut nog tegenhield, was het gebrek aan onderzoek naar de effectiviteit van de methode en de mindere mate van toegankelijkheid voor cliënten doordat deze te abstract zou zijn.

In het artikel van Verdonck-de Leeuw (2003) omschrijft de auteur de nasaleermethode als een goed gestructureerde oefenmethode. Ze analyseerde de effectiviteit van deze methodiek aan de hand van tien leerpsychologische principes. Verdonck-de Leeuw (2003) ondervond zo dat, ondanks de suggestie om therapie sessies af te sluiten met een succesgevoel, er weinig instructies worden gegeven om de cliënt te motiveren. Dit wordt dus als negatief beoordeeld. Wat ze wel als positief ervoer is de specifieke structuur van het programma. Dankzij deze strikte opbouw is het mogelijk om voldoende te herhalen, onmiddellijk feedback te geven en om de verschillende stappen in de moeilijkheidsgradaties gemakkelijk te overwinnen. Nog een positief gevolg van de opbouw is de transfer die geleidelijk wordt ingebouwd doorheen de verschillende fases (Verdonck-de Leeuw, 2003). Afhankelijk van de creativiteit van de therapeut en de persoonseigen kenmerken van de cliënt kunnen de oefeningen toch door middel van enige variatie worden aangeboden. Hierdoor kan ook de betrokkenheid van de cliënt worden vergroot omdat er wordt ingespeeld op de kennis en mogelijkheden van de patiënt (Verdonck-de Leeuw, 2003). Ten slotte wordt de nasaleermethode goed ingeleid volgens deze auteur. Ze merkt op dat er aandacht wordt besteed aan de voorkennis van de cliënt vooraleer men start met oefenen. Met voorkennis bedoelt zij spraak- en auditieve sensibiliteit. Deze zijn belangrijke voorspellers voor het therapieverloop (Verdonck-de Leeuw, 2003).

Vervolgens geeft zij nog drie aspecten aan waarbij vooral ervaring en deskundigheid van de therapeut belangrijk zijn. Zo moet de cliënt kritisch naar zijn eigen stem leren luisteren om deze zelf te kunnen leren bijsturen. Dit is sterk afhankelijk van de mate en vorm van feedback die de therapeut geeft tijdens het oefenen. Ook de uitleg die de therapeut geeft over de methode, speelt hierbij een rol. Dan vindt Verdonck-de Leeuw (2003) de richtlijnen naar voorziening van materiaal en randvoorwaarden voor een goede therapie te algemeen omschreven. Op die manier is het moeilijk om concrete voorbereidingen te treffen. Ook de interactie tussen therapeut en cliënt is onderhevig aan de kennis en vaardigheden van de therapeut. Om die zo optimaal mogelijk te laten verlopen bij de toepassing van de nasaleermethode, is het belangrijk om bijkomende opleidingen te hebben gevolgd want de invulling ervan wordt niet beschreven in de methodiek (Verdonck-de Leeuw, 2003).

1.2 De oefengang

Zijn oefenmethode start Prof. Dr. Pahn met de autogene training die hij ontleent aan Schultz. Het doel van deze oefening is het lichaam in een staat van ontspanning te brengen en deze door de cliënt te laten ervaren. Globale ontspanning dient als basis voor lokale ontspanning in het hoofd- en halsgebied. Deze is dan weer nodig om de stemoefeningen op een effectieve manier te kunnen uitvoeren.

Een volgende stap is het aanleren van het correcte ademtype en de houdingsopbouw. Om de stem op een juiste manier te kunnen gebruiken, is er nood aan een juist ademtype. Namelijk het costo-abdominale ademtype. Pahn en Pahn (2000) verduidelijken in de oefengang hoe deze geleidelijk kan

worden aangeleerd. Hieraan wordt ook een goede lichaamshouding gekoppeld. Een correcte basishouding kan een bijdrage leveren aan de positieve evolutie van de stemproductie (Chiers et al., 2010). Men beoogt dus een dynamische en eutone houding. Dit wil zeggen dat de cliënt zich bewust is van zijn houding en deze op een correcte maar ontspannen manier kan hanteren. Een eutone houding houdt in dat de voeten parallel en een beetje uit elkaar staan. Het lichaamsgewicht wordt op de bal van de voet geplaatst. Eutone spanning in de benen (kuiten, dij en bilspieren) zorgt voor een goede steunbasis terwijl de knieën een verend karakter behouden. Het bekken is licht naar voren gekanteld en de ruggengraat staat recht op de bovenkant van het bekken. Het hoofd balanceert op de ruggengraat terwijl de schouders laag worden gehouden. De kruin van het hoofd is het hoogste punt van het lichaam. “Om een goede houding voor te stellen, kan je je een loodlijn inbeelden waaraan je naar boven getrokken wordt” (Chiers et al., 2010).

Na deze voorbereidende oefeningen volgen de ontspanningsoefeningen voor het strottenhoofd, de keel en de mondholte. Deze hebben als doel de spieren in en rond de larynx, de keel en de mond te ontspannen als voorbereiding op de volgende oefeningen zodat die op een eutone manier kunnen worden uitgevoerd (Pahn & Pahn, 2000; Hesselink, 2005).

Na deze ontspanningsoefeningen volgen de eigenlijke ‘nasaleeroefeningen’ (Pahn & Pahn, 2000). De therapeut dient te beginnen met het aanleren van het basisgeluid. Hieraan moet veel aandacht worden besteed omdat dit de basis is voor de rest van de oefengang. Dat geluid moet zeer goed zitten en de cliënt moet het goed kunnen identificeren om verder te kunnen gaan. Het basisgeluid gaat uit van een bepaalde uitgangshouding. De onderkaak hangt ontspannen open en de tong ligt tegen of over de onderste snijtanden. Er is een totale ontspanning nodig van de mondbodem en de gezichtsspieren. Ook de ophangspieren van de larynx moeten in totale ontspanning verkeren. Op die manier kunnen de stemplooiën vrij trillen. Ook het zachte verhemelte moet ontspannen hangen zodat de uitgaande lucht via de mond en neus naar buiten kan. Op die manier krijgt de stem zijn nasale en doordringende karakter (Pahn & Pahn, 2000). De ontspanning in de mondbodem en het nasale karakter kan de cliënt controleren door de typische handgreep. “De duim ligt onder de mondbodem en controleert de bovenste larynxophanging. De wijsvinger van dezelfde hand rust op de neusvleugel en controleert het nasaleren” (Pahn & Pahn, 2000).

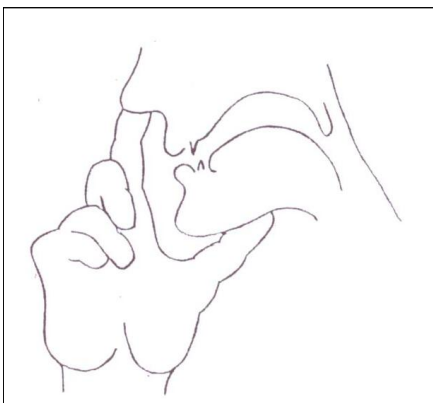


Fig. 1 Karakteristieke houding van de hand bij de nasaleeroefeningen (Pahn & Pahn, 2000).

Nadat het basisgeluid is aangeleerd en ingeoeffend, volgen de stimmerspele, het vocaalkleuren, de kauwoefeningen, kaakvaloefeningen en de nasaleoefeningen elkaar op. De therapeut moet deze oefenstadia in stijgende moeilijkheidsgraag doorlopen met de cliënt in. Deze volgorde maakt het mogelijk om de variatie in het stemgebruik te laten groeien. De stappen zijn klein om zo het economisch en doordringend karakter van de stem te bewaren terwijl articulatie en ritme terug een groter aandeel krijgen.

Als laatste stap volgt het denasaleren. In dit stadium wordt de expliciete nasalering afgebouwd en wordt er terug ontspannen gearticuleerd. Het zachte gehemelte wordt terug actief. Het zal de neusweg terug gaan afsluiten bij niet-nasale consonanten en bij de vocalen. De ophangspieren van de larynx blijven echter inactief. De draagkrachtigheid van de stem blijft bewaard omdat de larynx niet meer kan worden opgetrokken tijdens fonatie en articulatie (Pahn & Pahn, 2000).

2 Kinderheesheid

2.1 Ontwikkeling van de normale stem

Een normale stem, zowel bij kinderen als volwassenen, bezit enkele eigenschappen volgens Kuiper (2004). Zij vergeleek de stemeigenschappen volgens Boone en Wilson en kwam tot de conclusie dat een goede stem over volgende kenmerken moet beschikken: een goede luidheid en draagkracht, een aangepaste toonhoogte voor de leeftijd en het geslacht, een goede oraal-nasaalbalans en vooral een kwaliteit die prettig is om naar te luisteren. Een normale stemgeving is de stem gebruiken op een manier die geen schade toebrengt aan het stemapparaat (Kuiper, 2004).

De stem is volop in ontwikkeling bij kinderen. De larynx bij baby's is hoger gelegen dan bij kinderen en volwassenen. Hij bevindt zich ter hoogte van de tweede en de derde cervicale wervel. Tijdens de kindertijd groeit het stemapparaat en daalt de larynx. Die ligt dan op gelijke hoogte met de vijfde cervicale wervel. Het strottenhoofd wordt ook groter, net zoals de andere structuren die instaan voor het stemgeluid. De stemplooien groeien en worden zwaarder waardoor de stem ook daalt in toonhoogte. Dit geldt voor zowel jongens als voor meisjes. De stem ontwikkelt gelijklopend met de totale lichamelijke ontwikkeling. De stem groeit als het ware doorheen het leven zoals de totale persoon ontwikkelt (De Bodt, Heylen, Mertens, Vanderwegen & Van de Heyning, 2008). De omgeving en invloeden van buitenaf zijn van groot belang in de ontwikkeling van de kinderstem. Goede stemvoorbeelden uit de nabije omgeving zijn volgens Nijzink-Van Grinsven, Smit-Herner en Waar (1994) kinderliedjes, voorlezen, harmonieuze muziek en een rustige omgeving. Dit zou helpen om een goede stem vaardig te ontwikkelen. Voorbeelden uit de omgeving die een basis zouden kunnen zijn voor een verkeerd stemgebruik zijn een onrustige thuis- of leefsituatie, luide muziek, geroep, enzovoort.

2.2 Stemproblemen bij kinderen

Heesheid of dysfonie is het gevolg van een stoornis in het stemapparaat of in de stemgeving. Bij een hese persoon klinkt het stemgeluid niet normaal en dus afwijkend. Heesheid is een onderdeel van het stemprobleem dat nog verschillende problemen omvat met betrekking tot de stem en de stemparameters. Er valt allereerst een wijziging op in de stemkwaliteit, ze klinkt niet helder. Ook zijn veranderingen in toonhoogte en luidheid mogelijk (Kuiper, 2004). Vaak treedt er ook een wijziging op in de resonans. Deze symptomen zijn het gevolg van een onregelmatig trillingspatroon van de stemplooien of een onvolledige stemplooisluiting.

Deze stoornissen kunnen ook voorkomen bij kinderen vanaf de kleuterleeftijd. Men schat dat zes tot negen procent van de kinderen een stemstoornis heeft. Meestal hebben deze kinderen

stemproblemen van functionele aard (Nijzink-Van Grinsven, et al., 1994; Hunt & Slater, 2003; Trani, Ghidini, Bergamini & Presutti, 2007). De Bodt (2008) vermeldt een onderzoek door Sederholm uit 1996 waarin hij 205 kinderen onderzocht op stemproblemen. Deze onderzoeker merkte op dat in zijn populatie 14 % van de kinderen een stemprobleem had. Chronische heesheid kwam bij 6 % van de hese kinderen voor. Deze resultaten komen overeen met later onderzoek van Dejonckhere (1999) en Carding et al. (2006). Ook Nijzink-Van Grinsven et al. (1994) bevestigen deze prevalentie. In het geval van de overige 8 % in het onderzoek van Sederholm, zou het gaan om acute heesheid als gevolg van bijvoorbeeld een verkoudheid. Ook zou kinderheesheid vaker voorkomen bij jongens dan bij meisjes (De Bodt et al., 2008). Dit verschijnsel wordt in verschillende bronnen besproken, maar er bestaan geen harde bewijzen over de reden voor het feit dat kinderheesheid gerelateerd zou zijn aan het geslacht van deze cliënten (Hunt & Slater, 2003).

Heesheid kan bij kinderen al vanaf de babyperiode opgemerkt worden. De auteurs Nijzink-Van Grinsven et al. (1994) vinden het belangrijk om dit te onderzoeken om zo een pathologie uit te sluiten. Vanaf de peutertijd kan heesheid worden opgemerkt door de peuterleider of door een CLB-medewerker. Dit gebeurt minder vaak omdat opvoeders en verzorgers meer aandacht schenken aan de andere ontwikkelingsaspecten dan aan de stem. Dit heeft als gevolg dat het stemprobleem minder snel wordt behandeld. Bij kleuters wordt de heesheid vaak opgemerkt door de CLB-arts, ouders, familie. Nijzink-Van Grinsven et al. (1994) merken ook op dat kinderen vanaf vijf jaar zelf stemproblemen kunnen aangeven en (on)bewust gaan compenseren. Wanneer de heesheid wordt opgemerkt, is het van belang om verdere stappen te ondernemen. Zo zijn verwijzing naar een logopedist en KNO-arts van groot belang om het stemprobleem volledig in kaart te brengen (Nijzink-Van Grinsven et al., 1994).

2.3 Oorzaken: een algemene indeling

Heesheid kent een zeer brede waaier van oorzaken. Ruwweg kunnen we stemstoornissen onderverdelen in twee grote categorieën, de organische en niet-organische stemstoornissen (De Bodt et al., 2008). Organische stoornissen zijn de dysfonieën waarbij een primair letsel vast te stellen is op de stemplooiën of in het stemapparaat. Dat letsel veroorzaakt de slechte stemkwaliteit. Dit is bijvoorbeeld een stembandpoliep. Een niet-organische stoornis is een probleem waarbij geen primair letsel merkbaar is op het stemapparaat. Dit kan wel secundair optreden. Een niet-organische stoornis kan van functionele of psychologische aard zijn. Het probleem kan bijvoorbeeld ontstaan door overbelasting van de stem ten gevolge van een sprekersberoep. Dit valt onder de functionele stemstoornissen. Een probleem met betrekking tot de stemgeving kan ook ontstaan als gevolg van teveel emotionele spanningen. Hier ligt een psychologische oorzaak aan de basis. Deze oorzaken kunnen zowel bij volwassenen als bij kinderen voorkomen. Afhankelijk van de oorzaak zal later een andere behandeling gekozen worden in samenwerking met een KNO-arts (Kuiper, 2004; De Bodt et al., 2008).

Johannes Pahn hanteert in zijn boek 'De nasaleermethode' specifieke terminologie om de stemstoornissen in te delen op basis van hun primaire en secundaire oorzaken. Een dysfonie ontstaat door een complex samengaan van verschillende factoren. Daarom ontwikkelde hij deze terminologie om een duidelijk kader te scheppen om stemproblemen te classificeren. Het is later mogelijk om op basis hiervan de nodige stemtherapie aan te passen aan de individuele noden van de betreffende cliënt (Pahn & Pahn, 2000). Tot deze terminologie behoren de psychogene, organogene en de usogene dysfonie. De psychogene dysfonie duidt een stemprobleem aan waarbij een psychologische factor een belangrijke rol speelt in het ontstaan (Pahn & Pahn, 2000). Usogene dysfonie duidt op een stemprobleem dat ontstaat ten gevolge van stemmisbruik en verkeerd stemgebruik. Als laatste grote term geven Pahn en Pahn (2000) organogene dysfonie aan. Deze term geeft aan dat er een organische factor aan de basis ligt van het stemprobleem. Naast deze indeling, bestaat nog de term constitutogeen. Deze term slaat op de factoren die door de aanleg van de cliënt bepaald worden. Aan de hand van deze terminologie is het mogelijk om na te gaan welke de primaire, secundaire en de persoonseigen oorzaken zijn in het stemprobleem van een bepaalde cliënt (Pahn & Pahn, 2000).

Zoals ik al vermeldde, kan een stemprobleem uit verschillende factoren bestaan. Wanneer we de terminologie volgens Pahn en Pahn (2000) hanteren, kunnen we drie verschillende etiologische onderverdelingen vinden:

Primair	secundair	alleen component
Psychogeen	organogeen/ usogeen	constitutogeen
Organogeen	psychogeen/ usogeen	constitutogeen
Usogeen	psychogeen/ organogeen	constitutogeen

(Pahn & Pahn, 2000)

2.3.1 Specifieke oorzaken van kinderheesheid

Heesheid bij kinderen ontstaat volgens verschillende auteurs door een samenloop van omstandigheden en factoren die het natuurlijk evenwicht in het lichaam verstoren (Nijzink-Van Grinsven et al., 1994). Hoewel er zeer veel verschillende oorzaken van heesheid bestaan, komen bij kinderen vooral functionele stemstoornissen voor. Volgens Martins, Defaveri, Domingues, Silva & Fabro (2009) komen ze tussen 6 tot 23 % voor in de kinderopopulatie. Deze kunnen een secundair organisch letsel vertonen zoals stemplooinoduli. "Deze zijn dan een symptoom en geen oorzaak" (Kuiper, 2004). Ze komen vermoedelijk het meest voor in deze populatie (Slater & Hunt, 2003; Martins et al., 2009). De prevalentie van stemplooi knobbeltjes wordt in verschillende bronnen besproken. Hierin vermelden de auteurs verschillende getallen naargelang het onderzoek, de populatie en het land waarin het onderzoek werd uitgevoerd. We kunnen wel besluiten uit deze verschillende onderzoeken en getallen dat dit symptoom zeer veel voorkomt in de kinderopopulatie (Nijzink-Van Grinsven et al., 1994; Hunt & Slater, 2003; De Bodt et al., 2008). Ze komen het meeste

voor bij jongens in de vroege kinderjaren hoewel ze bij meisjes hardnekkiger zijn (Hunt & Slater, 2003; De Bodt et al., 2008). Een minderheid van deze jonge patiënten heeft een primair organisch letsel zoals stemplooipliepen, -cysten of een laryngeaal web (Hunt & Slater, 2003). De Bodt (2008) merkt op dat tijdelijke dysfonie bij kleuters ook het gevolg kan zijn van luchtweginfecties of verkoudheden die frequent voorkomen binnen deze populatie. Pahn & Pahn (2000) en Hunt (2003) stelden vast dat stemstoornissen in elke fase van een snellere lichaamsgroei kunnen voorkomen. Omdat het kind volop ontwikkelt, kan heesheid ook hieraan worden toegeschreven. Een diagnose door een neus-, keel- en oorarts is dus steeds noodzakelijk om de aard en etiologie van de dysfonie te achterhalen (Pahn & Pahn, 2000; De Bodt et al., 2008).

Deze functionele stemproblemen kunnen worden toegeschreven aan verschillende factoren. Zo speelt bij kleuters de omgeving een belangrijke rol in de algemene ontwikkeling en in de ontwikkeling van stemproblemen. Kinderen nemen vaak het model over van hun ouders of verzorgers. Een foutief model kan er voor zorgen dat het kind zijn stem gaat overbelasten door dit model te imiteren (Kuiper, 2004; Trani et al., 2007). Ook persoonlijke factoren hebben een sterke invloed op de stem volgens Trani et al. (2004) en De Bodt (2008). Deze laatste auteur merkt op dat hyperactieve kinderen of kinderen met een hyperfunctioneel gedrag, gevoeliger zijn voor stemproblemen. Een andere factor, die bepalend kan zijn voor heesheid in deze populatie, is de uitbreiding van de leefwereld. Kleuters beginnen naar school te gaan waar ze meer met leeftijdsgenoten in contact komen en hun stem zo meer gaan gebruiken in interactie en spel. In de kleuterjaren zijn kinderen over het algemeen actiever waardoor een hyperfunctioneel stemgedrag kan ontstaan (Boone & McFarlane, 1994). Dit heeft zeker zijn invloed op de stemplooiën en de werking ervan met mogelijks de gekende gevolgen op de stemkwaliteit (De Bodt et al., 2008). Het stemprobleem kan ook door verschillende factoren in stand worden gehouden. Zo beschrijven Nijzink-Van Grinsven (1994) enkele punten die zowel een oorzakelijke als in stand houdende factor kunnen zijn voor een stemproblematiek: overbelasting (fysiek/ emotioneel), allergieën, (hyper)actief en/of dominant karakter, een onjuist model, afwijkende lichaamshouding, enzovoort. Kinderen met een organische factor in hun stemprobleem, bijvoorbeeld stemplooi knobbels, hebben vaak de neiging om meer spanning te gebruiken in de stemgeving om zo de onvolledige stemplooi sluiting te compenseren (Lee & Son, 2005). Dit kan dan ook als in stand houdende factor werken in het stemprobleem.

Verder stellen Nijzink-Van Grinsven et al. (1994) de vraag of stress een invloed kan hebben op de stem van het kind en of dit aan de basis kan liggen van de heesheid. Stress in hun leefwereld kan voortvloeien uit de directe omgeving zoals de gezinssituatie, de school, de buurt, ingrijpende gebeurtenissen, enzovoort. Ook de persoonlijke factoren spelen hier een belangrijke rol. Zo kan het ene kind beter omgaan met stress dan het andere. Het is dus een complex samenspel tussen interne en externe factoren. Stress krijgt steeds meer aandacht omdat het ook steeds meer voorkomt bij kinderen (Nijzink-Van Grinsven, 1994).

2.4 Gevolgen

Zoals stemproblemen gevolgen kunnen hebben op verschillende facetten in het leven van de volwassen personen, kan dysfonie bij kleuters ook een impact hebben op het kind in verschillende opzichten. Kinderen kunnen een effect merken van hun dysfonie op fysiek, sociaal-emotioneel en functioneel vlak. Dit kunnen ze al dan niet zelf aangeven afhankelijk van hun leeftijd (Connor et al., 2008; Verduyckt, Remacle, Jamart, Benderitter & Morsomme, 2009).

Fysische gevolgen die vaak bij deze kinderen worden opgemerkt, zijn keelpijn, buiten adem geraken tijdens spraak of zang en een kriebelend, branderig of globusgevoel in de keel. Functionele problemen worden omschreven als een verminderd vermogen om te zingen en roepen (Verduyckt et al., 2009). Deze kinderen merken zelf op dat hun stem anders en, in sommige gevallen, stiller klinkt dan die van andere kinderen. Zij ervaren ook sociaal-emotionele gevolgen zoals verlegenheid of schaamte, frustratie, boosheid met betrekking op hun stem. Ze zien dat deze kinderen hun stem vaak als negatief beoordelen (Connor et al. 2008; Verduyckt et al., 2009). Connor (2008) en Verduyckt (2009) merken op dat ook andere kinderen en volwassen personen een algemeen negatievere indruk hebben over deze kinderen en hun stem. Ouders van deze kinderen geven ook aan dat luisteraars vaak problemen hebben om hun kind te verstaan wat vaak ook frustratie met zich meebrengt. Aan deze kinderen wordt vaak gevraagd om stiller te zijn of stiller te spreken. Een hese stem kan dus zowel persoonlijke, emotionele en functionele gevolgen hebben als gevolgen op vlak van participatie voor deze kleuters (Connor et al., 2008; Verduyckt et al., 2009).

Zowel de negatieve als de positieve emoties kunnen als in stand houdende factor werken. Zo kan een kind zijn stem uniek vinden en er graag naar luisteren. Dit kan motivationele problemen opleveren wanneer we de stem willen optimaliseren door middel van therapie (Verduyckt et al., 2009). Negatieve emoties kunnen betrekking hebben op de stem maar ook op de therapie. Omdat therapie hun vrije tijd inneemt, kunnen de kinderen het zien als iets vervelend. Ook dit komt de vooruitgang en de genezing niet ten goede (Verduyckt et al., 2009). Kinderen hebben zelf vrij snel door dat hun stem anders klinkt dan die van hun leeftijdsgenootjes (De Bodt et al., 2008; Connor et al., 2008; Verduyckt et al., 2009). Dit kan negatieve gevoelens oproepen bij deze kleuters. Om dat 'andere' stemgeluid te compenseren, gaan deze kinderen dan luider spreken waardoor hun stem nog meer onder spanning komt te staan. Op die manier wordt het stemprobleem onderhouden (Nijzink-Van Grinsven et al., 1994; Lee & Son, 2005; De Bodt et al., 2008).

Later in therapie is het daarom belangrijk oog te hebben voor zowel deze negatieve gevolgen als voor de positieve attitudes tegenover de stem en de therapie.

2.5 Therapie bij kinderheesheid

Therapie bij een stemklacht kan niet worden opgestart zonder consultatie bij en overleg met een KNO-arts. Een medisch en logopedisch onderzoek zijn beiden steeds noodzakelijk om een volledig beeld te kunnen scheppen van het stemprobleem en de omliggende factoren (Nijzink-Van Grinsven et al., 1994; De Bodt et al. 2008). Er is dus steeds een zeer nauwe samenwerking vereist tussen de logopedist/ stemtherapeut en de KNO-arts. Op basis van de bekomen onderzoeksresultaten zal de aangepaste therapie worden opgestart. “De keuze van therapie zal afhankelijk zijn van de aard van de adem- en/of stemstoornis en de mogelijkheden van het kind” (Nijzink-Van Grinsven et al., 1994). Pahn & Pahn (2002) en Kuiper (2004) maken een onderscheid tussen kinderen die in aanmerking komen voor therapie op basis van hun leeftijd. Zo melden zij dat kinderen tussen vier en zes jaar een goede doelgroep zijn voor behandeling in spelvorm en met intensieve medewerking van de ouders als co-therapeuten. Kleuters leren op een onrechtstreekse of indirecte manier vanuit spel en van het voorbeeld van volwassenen die een belangrijke rol hebben in hun leven (Laishsley, 1987; Sigafos et al., 1999; Pahn & Pahn, 2000). Daarom is het zo belangrijk om de ouders intensief te betrekken en om de therapie aan te brengen op een speelse manier. Op die manier is het mogelijk voor de ouders om een goed voorbeeld te stellen voor hun kind (Pahn & Pahn, 2000).

2.5.1 Aandachtspunten bij stemtherapie

Wanneer stemtherapie wordt opgestart bij jonge kinderen moeten we een aantal aandachtspunten in acht nemen. Allereerst wordt er steeds samen gewerkt met een KNO-arts (Kuiper, 2004). Dan stellen Hunt en Slater (2003) dat het kind dat in therapie behandeld wordt, zelf zeer gemotiveerd moet zijn om aan zijn stem te werken. De ouders moeten ook willen meehelpen in dit proces. Ook zal het kind het doel van de behandeling moeten begrijpen om vooruitgang te boeken (Nijzink-Van Grinsven et al., 1994; Hunt & Slater, 2003). Vervolgens moeten de oefeningen aangepast zijn aan het niveau van de cliënt en zijn omgeving. Voor kleuters betekent dit dat de oefeningen en het materiaal aantrekkelijk en speels zullen moeten worden gebracht met voldoende variatie (Chiers, Horvath & Van der Borgt, 2010). Hierover wordt verder toelichting gegeven in hoofdstuk 3. Het kind en zijn ouders moeten weten wat het stemprobleem is en inhoudt. Ze moeten ook het doel, de inhoud, het verloop en de opbouw van de therapie kennen om de slaagkansen hiervan te verhogen (Lee & Son, 2005; De Bodt et al., 2008). Nog een belangrijk punt volgens Slater en Hunt (2003) is dat de veranderingen die beoogd worden, nuttig moeten zijn voor het kind en zijn familie. Om resultaten te bereiken, is het belangrijk om duidelijke afspraken en duidelijke doelen op te stellen voordat de therapie start (Kuiper, 2004). Audio-opnames van de therapie helpen de kinderen en hun ouders om thuis te oefenen en om evolutie in het stemgeluid vast te leggen (Kuiper, 2004; Chiers et al., 2010).

Boone en McFarlane (1994) leggen de nadruk op erkenning en identificatie van het stemmisbruik en verkeerd stemgebruik bij en door de jonge kinderen. Zij denken dat dit het meest effectieve is wat

een therapeut kan doen nadat hij het probleem nauwkeurig in kaart heeft gebracht. Maar om dit te kunnen verwezenlijken, is het belangrijk dat het kind dit ook zelf kan onder begeleiding van de ouders. "Obviously, a child must first know that there is a voice problem before he or she can do anything about it" (Boone & McFarlane, 1994). Dit idee wordt bijgestaan door de onderzoekers Lee en Son (2005) die zeggen dat een kind moet weten dat het een stemprobleem heeft en wat dit exact inhoudt.

2.5.2 Duur en intensiteit van therapie

Zoals ik al eerder vermeldde, begint stemtherapie pas wanneer er een duidelijk beeld werd verkregen van het totale probleem. Dit doen de KNO-arts en logopedist in onderling overleg. De therapieprogramma's worden dus geïndividualiseerd en aangepast aan de problematiek van de betreffende cliënt (Boone & McFarlane, 1994). Er is vakkennis vereist om de therapie voor een persoon haalbaar en gepast te maken. Kuiper (2004) stelt voor om eerst enkele proefsessies te plannen vooraleer je met de eigenlijke therapie start. Tijdens deze sessies is het mogelijk om na te gaan hoe het kind en de omgeving reageren op de therapie en 'huiswerk'. Verder raadt zij aan om te starten met sessies van ongeveer vijftien tot dertig minuten (Kuiper, 2004). Ook Hunt en Slater (2003) raden aan om een sessie maximum dertig minuten in te plannen om zo de concentratie en de interesse scherp te houden. Maar het is moeilijk om een exact aantal vereiste sessies aan te geven (De Bodt et al., 2008). Veel hangt af van de aard en ernst van de stoornis en van het voorschrift van de KNO-arts. Verder is de motivatie van de cliënt ook een bepalende factor wanneer de duur van stemtherapie bepaald wordt. De Bodt (2008) stelt voor om zeer intensief te beginnen. Hieronder verstaat hij meerdere sessies per week in te plannen. En deze vervolgens af te bouwen naar een lagere frequentie. Het is moeilijk om vooraf te bepalen hoelang de stemtherapie zal duren. Algemeen zegt hij dat de behandeling snel enkele maanden in beslag kan nemen. Afhankelijk van het therapieprogramma dat de therapeut kiest, de invulling van de totale behandeling en de mogelijkheden van de cliënt kan de duur van de stemtherapie variëren. Naast deze bepalende factoren hangt de duur ook af van de motivatie en inzet van de cliënt (De Bodt et al., 2008). Belangrijk is wel dat een KNO-arts regelmatig een controle uitvoert om na te gaan hoe de stem evolueert om vervolgens de verdere behandeling te bepalen (De Bodt et al., 2008). Kortom kan ik besluiten dat de duur en de intensiteit van de behandeling sterk van persoon tot persoon verschilt en dus moeilijk vooraf te bepalen is.

2.5.3 Inhoud van stemtherapie

Het doel van therapie bij kinderen met een stemprobleem is volgens Kuiper (2004) vijfdelig. Zo moeten allereerst de stemklachten van het kind verdwijnen. Bijvoorbeeld het kriebelig gevoel, de stem kwijtraken, enzovoort. Een tweede doel omschrijft zij als het gezond worden van de

stemplooiën. De organische afwijkingen moeten terug verdwijnen. Vervolgens moeten de foute gedragsgewoonten afgeleerd worden. Hiermee bedoelt ze stemmisbruik, zoals roepen, afbouwen. Dan moeten de juiste gedragingen met betrekking tot stemgeving worden aangeleerd, bijvoorbeeld een juiste ademhaling. Tot slot wilt ze een stemkwaliteit verkrijgen die optimaal is voor de patiënt (Kuiper, 2004). Om deze doelen te kunnen realiseren zal de therapeut de inhouden moeten aanpassen aan de cliënt en zijn stemprobleem.

De oorzaak, de ernst en aard van het probleem bepalen wat in therapie aan bod zal komen. De therapeut zal dus moeten kijken naar de noden en wensen van het kind en natuurlijk naar de mogelijkheden van de cliënt (De Bodt et al., 2008; Chiers et al., 2010). De Bodt (2008) verdeelt therapie op in directe en indirecte stemtherapie. Indirecte therapie houdt volgens hem in dat de cliënt/ de omgeving werkt aan stemhygiënische maatregelen, de beïnvloedende omgevingsfactoren, enzovoort. Kuiper (2004) ziet indirecte therapie als adviezen geven aan de ouders om zo de stem van hun kind te beïnvloeden. Directe therapie bestaat dan uit concrete oefeningen, trainingswijzen en adviezen om zo het probleem te beïnvloeden (De Bodt et al., 2008). Kinderen in de leeftijdscategorie vier tot vijf jaar kunnen directe therapie krijgen wanneer de ouders hierbij intensief meewerken (Kuiper, 2004). De therapeut kan vervolgens kiezen om de problemen die zich voordoen afzonderlijk te gaan behandelen of hij kan een globaal methode aanwenden om de stemstoornis in zijn geheel te benaderen (Chiers et al., 2010).

Voor kinderen kunnen de verschillende gekende methodes worden gebruikt. Zo kunnen we de houding, ademhaling, resonans, steminzet, enzovoort trainen bij kinderen door middel van de courante methodes (Chiers et al., 2010). Dit geldt ook voor de gekende globaal methodes zoals de 'Atemrhythmische Agepassten Phonation' van Coblenzer, de 'Voice Abuse Reduction Program' van Johnson, de 'Accentmethode' van Svend Smith, de facilitatietechnieken volgens Boone, de 'nasaleermethode' van Pahn, enzovoort (Kuiper, 2004; De Bodt et al., 2008). Het is wel belangrijk om de oefeningen van deze methoden op een aangepast niveau aan te bieden. Wanneer de oefeningen op een leuke en speelse manier worden aangebracht, kunnen ze therapie als leuk ervaren. Zo wordt het nuttige aan het aangename gekoppeld. Hierbij moet de therapeut wel voor ogen houden dat de oefeningen steeds correct worden uitgevoerd (Chiers et al., 2010). Tijdens deze sessies wordt er vaak beroep gedaan op de creativiteit van de therapeut. De resonans kan bijvoorbeeld worden inge oefend door het te visualiseren met bijtjes. Ontspanningsoefeningen kunnen duidelijker worden gemaakt aan de hand van 'slapen' omdat je lichaam dan helemaal ontspannen is. De gekende methodes kunnen worden aangeboden op een aangepaste manier. Vanuit de literatuur kan ik afleiden dat er voor jonge kinderen minder materiaal bestaat dat specifiek is aangepast aan hun eigen doelgroep (Vermeulen & Staelens, 2011).

Specifiek gerichte materialen en/of programma's voor jonge kinderen zijn bijvoorbeeld (Kuiper, 2004; De Bodt et al., 2008; Chiers et al., 2010; Vlaamse Vereniging voor Logopedisten [VVL], 2011):

- ° Speciale oefeningen voor kinderen met stemproblemen volgens Le Huche.
- ° De Stemand van het EC in Leiden.
- ° 'De Krekel die niet tsjirpen kon'. Door J.H. Gottmer uit Haarlem.
- ° Het '10-stappenplan' volgens Wilson.
- ° Handleiding voor vocale opvoeding van Blux et al.
- ° 'Tem je stem' Door Vermeulen en Staelens.
- ° ...

We kunnen dus besluiten dat voor kinderen wel enkele materialen op de markt zijn, maar dat ook de algemene technieken en programma's kunnen worden gebruikt (Vermeulen & Staelens, 2011). Vaak zijn de methoden, die vaak voor volwassen patiënten gebruikt worden, in hun zuivere vorm te abstract voor kinderen. Hierdoor zijn ze vaak moeilijk om toe te passen. Daarom blijft het belangrijk om al de oefeningen op een aantrekkelijke, speelse en kindvriendelijke manier aan te bieden zodat het kind zin heeft om de therapie te volgen. Dit wil zeggen dat de oefeningen leuk moeten zijn om te doen en dat ze op een begrijpelijke manier worden uitgelegd (Nijzink-Van Grinsven et al., 1994; Nienkerke-Springer, McAllister & Sundberg, 2005; De Bodt et al., 2008; Chiers et al., 2010). Hiervoor moet de therapeut vaak beroep doen op zijn eigen creativiteit en inlevingsvermogen om dit op een aangepast niveau te kunnen brengen (Chiers et al., 2010).

Zoals Kuiper (2004) vermeldt in haar tijdslijn voor stemtherapie, is het noodzakelijk om de ouders bij de behandeling te betrekken op een intensieve manier. De omgeving is bij jonge kinderen een sterk bepalende factor in het ontstaan en behandelen van stemproblemen. Daarom is het zeer nuttig om hen bij het proces te betrekken (Nienkerke-Springer et al., 2005). Nijzink-Van Grinsven et al. (1994) geven aan dat de we ouders op verschillende manieren kunnen betrekken afhankelijk van de situatie, de reacties van ouder(s) en kind, enzovoort. Hieruit halen zij ook enkele pro's en contra's. Zo kunnen de ouders een afleidende factor zijn tijdens de therapie. Het kind kan zich ook onrustig gedragen omdat de relatie tussen therapeut, ouder en cliënt onduidelijk is voor hem. Daarnaast kan de stemtherapie confronterend werken bij de ouders (Nijzink-Van Grinsven et al., 1994). Toch vinden deze auteurs het op sommige momenten nuttig om de ouders van de patiënt in de behandeling in te schakelen. Dit kan zeer handig zijn wanneer het kind zich niet comfortabel voelt bij de therapeut, om bepaalde gedragingen te veranderen, om als model te kunnen functioneren of om als co-therapeut in te staan.

Wanneer de stemtherapeut ervoor kiest om de ouders te betrekken, kan hij de inbreng bepalen in overleg met deze personen. Hij zal aandacht moeten hebben voor de motivatie om therapie te volgen bij zowel ouder als kind. De begeleider zal ook een sfeer van veiligheid en vertrouwen moeten scheppen om de ouders optimaal te laten meewerken (Nijzink-Van Grinsven et al., 1994). Naast deze voorwaarden moet de logopedist ook voldoende en ondersteunende informatie geven aan de ouders om hen zo in te kunnen zetten en te begeleiden in het totale proces. Het is dus een samenspel van

professionalisme en van persoonlijk aanvoelen tussen therapeut, ouder en cliënt (Nijzink-Van Grinsven et al., 1994).

2.5.4 De nasaleermethode volgens Pahn bij kinderen

Volgens Prof. Dr. Pahn (2000) is de leeftijd van de cliënt een belangrijke factor in het aanbieden en slagen van de therapie. Hij merkt op dat de therapie aangepast moet worden aan de cliënt afhankelijk van de leeftijd, de relatie tussen de verschillende deelcomponenten van de stem en de stijgende kans op stemlast of –problemen (Pahn & Pahn, 2000). Kinderen in de leeftijdscategorie tussen nul en zes jaar worden voornamelijk blootgesteld aan stimuli voor spraak en taal. Deze stimuli worden aangeboden door de ouders en andere volwassenen. Zij zijn als het ware een voorbeeld voor hun ontwikkelend kind. Wanneer de ouders dit voorbeeld stellen in goede omstandigheden en op een speelse manier, bevordert dat de muzikale ontwikkeling van de stem (Pahn & Pahn, 2000). Er wordt opgemerkt dat de kinderen tot het zesde levensjaar zeer gemakkelijk kunnen leren van een voorbeeld van hun ouders en kleuterleiders. “Op latere leeftijden (na zes jaar) is het opnamevermogen van de hersenen voor stem- en spraaktechnische en muzikale elementen nooit meer zo groot” (Pahn & Pahn, 2000). Daarom zegt prof. Dr. Pahn (2000) dat stemtherapie, ter preventie of voor de genezing van de stemproblemen bij jonge kinderen, voornamelijk berust op het correcte voorbeeld van de ouder, kleuterleider en de therapeut. Ook vindt hij het belangrijk om de inhoud aan te brengen door middel van versjes, liedjes, enzovoort. Op een speelse manier dus. Hierbij vermelden Pahn & Pahn (2000) wel dat de stem tijdens een periode van lichamelijke groei niet onnodig en/of verkeerd belast mag worden. Hier zijn dus maatregelen voor stemhygiëne onontbeerlijk (Nijzink-Van Grinsven, 1994).

2.5.4.1 Toepassing in het werkveld

Coenjaerts en De Jonghe (2011) onderzochten reeds of stemtherapeuten de nasaleermethode toepassen bij kinderen en op welke manier ze dat doen. Dat deden ze door middel van een enquête bij verschillende stemtherapeuten. Zij ondervonden dat niet al de bevroegde therapeuten deze methode bij kinderen toepassen. Zij doen dit niet omdat ze de methodiek te abstract vinden, ze kunnen de kinderen moeilijk motiveren omdat er te weinig speelse elementen in zijn verwerkt, omdat kinderen een geringe spraaksensibiliteit hebben (Coenjaerts & De Jonghe, 2011).

Van de ondervraagde therapeuten passen de meeste de methodiek op een aangepaste manier toe bij kinderen. Welke aanpassingen er worden gedaan, is afhankelijk van de cliënt en de therapeut. Algemeen wordt er wel aangehaald dat er aandacht moet worden besteed aan de leeftijd van het kind bij de aanpassingen van de methodiek. Deze opmerking kwam zowel terug in de onderzoeksresultaten van Coenjaerts en De Jonghe (2011) als in mijn bevraging bij verschillende

therapeuten. Zo worden niet steeds alle fasen uit de methodiek aangehaald tijdens therapie of worden de verschillende onderdelen niet allemaal even intensief ingeoeffend. Therapeuten vereenvoudigen de methodiek ook. Op die manier moet een kind niet steeds op alle aandachtspunten letten, maar aandachtig zijn voor slechts één element. Ook het woordmateriaal wordt vaak aangepast bij kinderen terwijl ook meer prenten en kleurmateriaal kunnen worden gebruikt (Coenjaerts & De Jonghe, 2011).

2.5.4.2 Suggesties ter aanpassing

Suggesties voor de aanpassing van deze methodiek vanuit het werkveld zijn belangrijk om de veranderingen zo optimaal mogelijk te kunnen doorvoeren. Omdat ik de opbouw van de methodiek behoud, is het belangrijk om te weten wat kan worden aangepast en op welke manier dat kan gebeuren. Voor deze informatie baseer ik me op het eindwerk van Coenjaerts en De Jonghe (2011), op de resultaten vanuit mijn eigen bevraging en op de algemene ontwikkelingsaspecten van kleuters.

Allereerst wordt aangegeven dat de nasaleermethode zo veel mogelijk moet worden gevisualiseerd. Omdat de methodiek te abstract is voor jonge kinderen, moet ze geconcretiseerd worden. Door middel van tekeningen, vergelijkingen en concrete materialen kan de methodiek gemakkelijker aangebracht en uitgelegd worden aan kinderen. Hierbij moet rekening worden gehouden met de leeftijd en de interesses van het kind (Coenjaerts & De Jonghe, 2011). Dit kan worden gevisualiseerd met een plan of door middel van een stempelkaart. Door visueel en creatief te werken met het oefenmateriaal, zal het kind zich minder snel gaan vervelen en kan de motivatie vergroot worden. Voor kleuters is het hierbij belangrijk om kindvriendelijke tekeningen te voorzien die de link leggen met de eigen leefwereld. Een centrale figuur en een verhaal er rond kunnen voor een rode draad zorgen en zo de motivatie van het kind verhogen. Hierdoor is het ook gemakkelijker voor het kind om te onthouden waar het zich situeert in de therapie (Vermeulen & Staelens, 2011). Ook een verhaal over dieren waaraan de oefenstof gekoppeld kan worden zou motiverend en verduidelijkend werken bij kinderen (Coenjaerts & De Jonghe, 2011).

De bevroegde therapeuten geven aan de opbouw zoveel mogelijk te bewaren, maar de verschillende fasen minder uitgebreid aan bod te laten komen (Coenjaerts & De Jonghe, 2011). Andere therapeuten verkiezen om slechts enkele onderdelen toe te passen om de moeilijkheidsgraad niet te hoog te maken. De ademhaling, de algemene houding en de uitgangshouding zijn zeer belangrijke elementen in deze methode en dienen dus wel uitgebreid aan bod te komen. Men raadt aan om de aandacht te vestigen op slechts één element in plaats van op verschillende aandachtspunten tegelijk. Zo kan een jong kind zich namelijk niet concentreren op een ontspannen houding, de controlehand, ontspanning van de larynx en de spieren errond, de ademstroom via de mond en de neus, enzovoort. Hierbij volstaat het om bijvoorbeeld slechts op de ontspannen en open mond en op de slappe tong te letten. De verschillende elementen kunnen dus best uit elkaar worden gehaald voor deze jonge

kinderen. Het is dus belangrijk om in zeer kleine stapjes te werken om zo de moeilijkheid steeds verder op te bouwen (Coenjaerts & De Jonghe, 2011).

Zoals ik al eerder vermeldde, is het belangrijk dat het kind weet waarom het op therapie komt en waarom het bepaalde oefeningen moet uitvoeren. Uitleg op aangepast niveau is dus onontbeerlijk (Boone & McFarlane, 1994; De Bodt et al., 2008; Lee & Son, 2005; Coenjaerts & De Jonghe, 2011). De therapeut moet dus de voorkennis van de kleuter en zijn ouders nagaan om zo verder therapie te kunnen plannen. Onderzoek van de auditieve vaardigheden hoort hier ook bij (Verdonck-de Leeuw, 2003). Omdat de ouders bij kleuters een belangrijke rol spelen en omdat thuis geoefend moet worden, is hun deelname ook belangrijk. Ook hun motivatie en voorkennis moet worden nagegaan om hen te kunnen betrekken in therapie (Coenjaerts & De Jonghe, 2011). Een ander belangrijk aandachtspunt vanuit het werkveld is het feit dat je de oefeningen en de therapie sterk moet individualiseren afhankelijk van de mogelijkheden van de cliënt. Hierbij moet je als therapeut nagaan wat mogelijk is voor het kind en de ouders om zo via de ouders te leren spelen met de stem en zo het regulieringsengram te programmeren. Vanuit het werkveld wordt de tip gegeven om als therapeut proberen aan te voelen wat het kind effectief kan. Dit moet je doen om zo succeservaring bij de kleuter te kunnen inbouwen.

Een laatste suggestie is het werken met audio-opnames. Op die manier wordt de evolutie vastgelegd en kan de oefenstof uit de therapie thuis nog eens beluisterd worden.

2.5.5 Besluit

Vanuit deze literatuurstudie kan ik besluiten dat stemtherapie bij jonge kinderen zeer nuttig en effectief kan zijn wanneer de therapeut aandacht schenkt aan verschillende factoren. Allereerst moet hij een goed contact onderhouden met een KNO-arts. Vervolgens moet hij beroep doen op zijn kennis en vaardigheid om zo de juiste therapievorm en -inhouden aan te bieden aan het kind en zijn ouders. Zij dienen intensief betrokken te worden als co-therapeut en model in het volledige therapieproces. De inhoud, oefeningen en technieken die de logopedist aanbiedt, moeten op niveau van de cliënt worden aangebracht. Dit met het doel de oefeningen begrijpelijk en effectief te maken. Motivatie kan op deze manier worden opgewekt, maar ook door het kind uit te leggen wat het doel is van de therapie. Op die manier weet het kind waarom het de oefeningen moet komen doen en kan het er ook meer plezier aan beleven. Wanneer de therapeut zijn professionalisme, kennis en creativiteit bundelt, kan de therapie een succes worden.

De nasaleermethode wordt in het werkveld regelmatig toegepast bij kinderen, maar vaak in duidelijk aangepaste vorm. Stemtherapeuten merken, uit ervaring, dat deze methodiek vaak nog te abstract en te onduidelijk is voor jonge kinderen. Daarom is het nuttig om de oefenstof in dit programma te vertalen naar het niveau van kleuters terwijl toch de originele opbouw wordt behouden. Dankzij

visualisaties, concretisering en vereenvoudiging is het mogelijk om de motivatie, concentratie en de inzet te verhogen bij deze kinderen om aan hun stem te werken. Het is zeer belangrijk om dit op een kindvriendelijke, stapsgewijze en creatieve manier te doen.

3 Algemene aandachtspunten in therapie bij jonge kinderen

3.1 Hoe kinderen denken

Pol Craeynest (2005) omschrijft kleuters in zijn boek 'Psychologie van de levensloop' als kinderen die in de overgang zijn tussen twee stadia in de ontwikkeling van het denken. Kinderen van vier tot vijf jaar gaan steeds meer over afgelijnde concepten beschikken. Begripsvorming stijgt exponentieel tijdens de kleuterjaren omwille van het grotere taalaanbod. Maar Craeynest (2005) zegt hierbij ook dat jonge kinderen de verschillende begrippen nog vaak naast elkaar gaan gebruiken. Omdat kleuters nog niet logisch kunnen denken, beoordelen kleuters enkel wat ze kunnen zien. Craeynest (2005) merkt op dat dit het gevolg kan zijn van de egocentrische instelling van de kleuters die Piaget omschrijft. De kinderen gaan ervan uit dat iedereen de wereld ziet zoals zichzelf. Hoewel het geheugen van jonge kinderen sterk toeneemt tijdens de kleuterjaren, is het vaak nog moeilijk om de kennis efficiënt te onthouden. "Wat ze onthouden, zijn gegevens die zo eenvoudig zijn of die zij zich zo levendig kunnen voorstellen dat ze haast vanzelf ingeprent worden" (Craeynest, 2005). In zijn boek beschrijft Craeynest (2005) een onderzoek naar het geheugen van kleuters door McShane dat gepubliceerd werd in 1991. Die ontdekte dat kleuters in het dagelijkse leven elementen vaak beter konden onthouden dan in een opgelegde geheugentest. Dit omdat kleuters een lager vermogen hebben om elementen op te slaan in hun werkgeheugen (Craeynest, 2005). Volgens McShane (1991) kunnen jonge kinderen terugkerende routines zeer goed inprenten in en oproepen uit het geheugen. Met andere woorden, scripts kunnen zeer snel en goed vastgezet worden in het geheugen van drie- tot vierjarigen. De Valck (2006) vermeldt dat naast de gestructureerde momenten en de regelmaat ook ruimte moet zijn voor spel, ontspanning en creativiteit. Deze twee kan je proberen combineren om zo de aandacht te behouden.

Naast het denken en het geheugen is de fantasie een belangrijk onderdeel in de mentale ontwikkeling van kleuters. Fantasie is volgens Laishley (1987) en Craeynest (2005) van groot belang omdat kleuters deze gebruiken om ontbrekende kennis op te vullen. Hoewel de kinderen meer inzicht krijgen in de werkelijke wereld en de gebeurtenissen om zich heen, blijft sommige kennis nog onbereikbaar. Hier komt dan de fantasie aan te pas. Omdat fantasie in deze periode zo een groot aandeel heeft, hebben de kinderen tijdens deze levensfase ook meer aandacht en interesse voor sprookjes, verhaaltjes en versjes op hun maat (Craeynest, 2005; de Valck, 2006; Morris, 2010). Laishley (1987) voegt hier aan toe dat het nuttig kan zijn als volwassene om hierin mee te gaan met het kind om het zo extra te motiveren.

3.2 Hoe jonge kinderen leren

Wanneer we kijken naar hoe jonge kinderen leren, zien we dat dit een complex gebeuren is van vallen en opstaan. Dit proces wordt bepaald door verschillende factoren die van belang zijn in het opnemen van informatie en het ontwikkelen van verschillende leeftijdsadequate vaardigheden (Laishley, 1987). Om een duidelijker beeld te kunnen verkrijgen van dit leerproces en om zo onze omgang met jonge kinderen aan te passen aan hun noden, overloop ik enkele belangrijke elementen uit de manier waarop jonge kinderen leren.

3.2.1 De leeromgeving

De Jager en Lebeer (1995) en Boeckeaerts (1995) gaan ervan uit dat we aandacht moeten schenken aan zowel de leerling als de leeromgeving wanneer we het leren willen verbeteren. Morris (2010) merkt op dat de omgeving een enorme invloed heeft op hoe en wat het kind leert. De term leeromgeving is een ruim begrip. Het kan worden gezien als de ruimte waarin een kind iets kan leren. Bijvoorbeeld een leslokaal, een turnzaal, een therapieruimte. Maar je kan het ook zien als de relatie met een begeleider, de manier waarop informatie wordt aangebracht, de begeleiding van het kind, enzovoort. Daarom is het belangrijk om de begeleiding van kleuters kind- en ervaringsgericht op te stellen (Bracke, 2003). Hij ziet kleuters als kinderen die zelf een drang hebben om te leren. Hierdoor moet de begeleider wel aandacht schenken aan de manier waarop hij de leerstof en de informatie aanbrengt.

De Jager en Lebeer (1995) geven de vier criteria voor een goede leeromgeving aan die door Feuerstein werden beschreven. Dit zijn de volgende:

- ° Openheid: Het kind maakt kennis met de nieuwe vaardigheden die we hem willen aanleren.
- ° Positieve stress: We leggen de lat voor het kind iets hoger dan zijn huidige capaciteiten om die te kunnen uitbreiden.
- ° Uitdaging: De confrontatie met onbekende dingen om die op te nemen.
- ° Mediatie: De hulp die we als volwassene geven moet aangepast zijn aan de noden en capaciteiten van het kind.

Vervolgens zijn er nog drie belangrijke aspecten die voorkomen in de hulpverlening bij jonge kinderen. Als therapeut moeten we aandachtig zijn voor het evenwicht tussen vaardigheden en kennis van het kind. Hierbij moeten we oog hebben voor het evenwicht tussen de hulp die we bieden en de mogelijkheden van de kleuter (Laishley, 1987; de Jager & Lebeer, 1995). Vervolgens is transfer ook niet onbelangrijk. We moeten erop toezien dat het kind het geleerde ook buiten therapie consequent kan gaan toepassen (Bracke, 2003). Als laatste facet moeten we aandachtig zijn voor de selffulfilling prophecy. Wanneer we als therapeut positief staan tegenover onze cliënt zal deze dat

ook zo ervaren. Dit zal een positieve invloed hebben op de inzet en dus ook op het leerproces van deze cliënt (Bracke, 2003).

3.2.1.1 Manieren om te leren

Morris (2010) vestigt de aandacht op het feit dat kleuters op vijf verschillende manieren een vaardigheid of kennis kunnen verwerven. Deze vijf leerstijlen worden apart verworven doorheen de totale ontwikkeling in de kleutertijd.

De vijf leerwijzen volgens Morris (2010):

- ° Herhaling: Door een activiteit te herhalen, wordt die op punt gesteld.
- ° Proefondervindelijkheid: Een doel proberen te bereiken door verschillende manieren uit te proberen.
- ° Nadoen van anderen: Het kind kijkt naar een ander kind of een andere persoon om te zien hoe hij de oefening tot een goed einde brengt. Daarna doet het kind die bewuste persoon na.
- ° Probleemoplossend denken: Het probleem rustig laten bezinken en door rede en verstand hiervoor een oplossing vinden op niveau van zijn eigen kunnen.
- ° Luisteren naar aanwijzingen: Op basis van een instructie een opdracht uitvoeren. Belangrijk hierbij is dat de instructie aangepast is aan de leeftijd. Voor kinderen tussen vier en vijf jaar mag het al wat ingewikkelder zijn, maar nog steeds op concreet niveau.

3.2.1.2 Spel en thema's

Leren wordt over het algemeen gezien als een actief proces. Zowel Laishley (1987), Bracke (2003) als Boeckaerts (1995) zien leren als iets wat het kind zelf moet doen met de aangereikte elementen. Ze moeten het dus zelf doen met ondersteuning van een volwassene. Deze drie auteurs zijn het eens over het feit dat kinderen leren door middel van spel. Kleuters worden meer bewust van hun eigen capaciteiten en hun cognitieve ontwikkeling wordt bevorderd door experiment en spel. Hiervoor moet het spel wel aansluiten bij de vaardigheden die het kind moet leren (Laishley, 1987; Sigafos, Roberts-Pennell & Graves, 1999; Bracke, 2003; Morris, 2010). Wat hierbij ook belangrijk is, is het feit dat het kind steeds moet worden ondersteund door een volwassene die zelf intensief deelneemt aan het spel. De ouders moeten duidelijke informatie hebben gekregen met betrekking tot het spel dat wordt gespeeld (Laishley, 1987). Kinderen leren juist veel door middel van spel omdat dit net een van de hoofdactiviteiten is van deze populatie. Wanneer we spel gaan introduceren, is het niet onbelangrijk om rekening te houden met de natuurlijke kenmerken van deze activiteit. Deze zijn inzet, spontaniteit, nieuwsgierigheid en enthousiasme. Ook vrijheid en doel zijn twee belangrijke kenmerken van spel (Bracke, 2003). Om de kleuters te motiveren voor een volgend spel moeten we

aandacht schenken aan de manier waarop we het huidige spel afronden. Bracke (2003) beschrijft hiervoor het belang van het tevredenheidsgevoel na afloop van een spel.

Voor kleuters is het interessant om spelmateriaal te kiezen dat hun fantasie prikkelt en opwekt. Zo kan je bijvoorbeeld een verhaaltje voorlezen waarin allerhande dieren voorkomen die kunnen spreken (de Valck, 2006). Deze dieren kan je later in knuffelvorm gebruiken om de situatie 'echter' te maken. Ook het naspelen van de werkelijkheid is een onderdeel van de kleuterwereld. Hierop kan je inspikken door bijvoorbeeld een rollenspel te spelen. Vb.: een winkeltje spelen, moedertje en vadertje spelen. Ook creatieve spellen en muziek slaan aan bij veel kleuters. Voorbeelden hiervan zijn kleuren, knutselen met klei, verven, instrumenten bespelen, enzovoort (de Valck, 2006). Ook bouw- en weetspelletjes lijken kleuters wel leuk te vinden. Ze kunnen de wereld nabouwen met allerlei materialen en willen de werkelijke wereld graag ontdekken door op onderzoek te gaan. Dit doen ze wel op een eenvoudige en creatieve manier waarbij hun fantasie nog een zeer groot aandeel heeft (de Valck, 2006).

Een andere manier van leren, is het leren via thema's. Laishley (1987) merkt op dat veel therapieprogramma's voor kinderen jonger dan vijf jaar opgebouwd zijn rond een centraal thema om zo hun motivatie en interesse te wekken. Deze auteur merkt op dat door middel van deze thema's kinderen ook individueel vaardigheden kunnen leren. Ze kunnen dankzij het thema een rode draad volgen doorheen verschillende sessies wat het eenvoudiger maakt om zo verschillende elementen te herinneren wanneer dat nodig is (Vermeulen & Staelens, 2011).

3.2.1.3 Therapeut-cliënt relatie

De relatie met een volwassene, in dit geval de therapeut, kan verschillende functies hebben. Zo kunnen kinderen bij een volwassene komen voor bescherming, om hulp te vragen, voor regulatie van het gedrag, voor informatieverlening, enzovoort (Boeckeaerts, 1995). In de zorgverlening zal dit eerder informatieverlening en regulering van het gedrag zijn. Zoals eerder al werd vermeld, is de ondersteuning van een volwassene zeer belangrijk in het leerproces van jonge kinderen. Laishley (1987) geeft hiervoor in haar werk 'Working with Young children' enkele redenen aan. Allereerst zijn volwassenen geduldiger om kinderen te begeleiden in hun leerproces. Ze kunnen ook hun taal gemakkelijker aanpassen aan het niveau van de kleuter voor hen. Ook de aandacht die ze kunnen geven is belangrijk op kwalitatief en kwantitatief vlak. Met taal bedoelt Laishley (1987) niet alleen de gesproken taal, maar ook de non-verbale boodschappen die een volwassene geeft door middel van gelaatsexpressie, lichaamstaal en gebaren. Met andere woorden is er nood aan een communicatief evenwicht om een goede band te scheppen.

Een goed communicatief evenwicht ziet Laishley (1987) als een situatie waarin de twee deelnemers elk beurt nemen en elkaar ruimte kunnen laten om te reageren. Vooral voor kinderen is dat laatste

zeer belangrijk. Als volwassene is het vaak noodzakelijk om de belangrijke elementen uit je boodschap te herhalen en om moeilijke termen uit te leggen aan het kind. Wanneer je uitleg of een instructie geeft, doe je dat best zeer gedetailleerd, gestructureerd en omschrijvend op het begripsniveau van het kind (Laishley, 1987; Craeynest, 2005; Morris, 2010). Wanneer je dit doet, wordt het kind meer gemotiveerd en krijgt het zelfvertrouwen een boost. Ook voor de begeleider kan dit een positieve stimulans zijn.

Om kinderen nog meer te motiveren is het belangrijk om een sfeer van vertrouwen en gelijkheid te scheppen. Dit kan de therapeut verwezenlijken op verschillende manieren. Allereerst door echt interesse te tonen voor het kind en te luisteren naar wat hij te vertellen heeft (Laishley, 1987; Lens, 2001; Rubinstein, 2007). Kinderen merken snel wanneer interesse oprecht is of niet en laten dit ook merken in hun inzet. Nog een manier om kinderen te motiveren is suggesties te geven in plaats van instructies. Op die manier wordt hen niets opgelegd, maar krijgen ze het gevoel dat ze mee kunnen beslissen. Nog een motivatiebooster is aansluiten bij de interesses van het kind. Laishley (1987) en Rubinstein (2007) merken op dat kinderen gemotiveerder zijn wanneer men iets doet dat hen ook interesseert. Morris (2010) vindt het hierbij belangrijk te onthouden dat de motivatie en interesse van het kind het meest geprikkeld wordt wanneer er iets nieuws wordt aangeboden. Wanneer 'het nieuwe' er af is, is het vaak moeilijk om de aandacht verder te vestigen (Morris, 2010). Lens (2001) merkt ook op dat een voorspelbaar karakter van de situatie de motivatie ook kan bevorderen. Voorspelbaarheid staat voor kleuters gelijk aan veiligheid waardoor ze sneller hun inzet en motivatie zullen tonen.

3.2.1.4 Aanmoedigen en belonen

Belonen wendt een therapeut aan om kinderen zich te laten inzetten voor een activiteit. Ze krijgen iets wanneer ze de taak goed hebben beëindigd. Interval is hierbij belangrijk om de focus op enkel de beloning te vermijden. Aanmoediging daarentegen legt de aandacht op de activiteit en niet op het gedrag van het kind. Het is een stimulans om verder te doen in wat ze begonnen zijn en om in de toekomst meer en andere uitdagingen aan te gaan (Laishley, 1987; Rubinstein, 2007).

“What is needed is behaviour from adults that helps children to feel competent and to feel confident of their abilities to face something that initially they cannot do” (Laishley, 1987). Kinderen moeten dus met andere woorden het gevoel krijgen dat ze kunnen leren zoals volwassenen dat doen.

Vaak zijn de taal en verwachtingen van volwassenen zeer verwarrend voor kinderen. Zeker wanneer ze verschillende relaties met verschillende volwassenen hebben. Bijvoorbeeld bij een therapeut moeten ze een bepaald gedrag stellen, maar bij de ouders is een ander gedrag vereist. Om verwarring te voorkomen en om verwachtingen te kunnen realiseren stelde Laishley (1987) enkele vuistregels op. Wanneer je een activiteit wilt realiseren, moet je deze zorgvuldig en samen met het

kind plannen. Je voert ze samen uit en na afloop denken jullie samen na over hoe het is gegaan. Je geeft vervolgens ook feedback op een kindvriendelijke manier. Wanneer je deze activiteit plant, geef je uitleg waarom je dat doet, wat je van het kind verwacht en waarom je een bepaald gedrag verwacht. Wanneer de kleuter weet wat en waarom iets van hem wordt verwacht, zal hij zelf ook meer specifiek gedrag gaan stellen om de verwachtingen in te lossen. Hiervoor moeten die verwachtingen realistisch zijn (Laishley, 1987; Lens, 2001). Dit kan het kind een intrinsieke beloning geven wat een groter effect heeft dan een materiële beloning.

3.2.1.5 Taakgerichtheid en aandacht

Omdat kleuters een cognitieve vooruitgang maken, stellen ze zichzelf doelen (Craeynest, 2005). Ze gaan steeds constructiever te werk, er ontwikkelt een positieve taakgerichtheid. Dit komt tot uiting in de verschillende aspecten van hun activiteiten. Van tekenen tot in hun fantasie en hun bereidheid tot helpen (Craeynest, 2005). Aanvankelijk is de focus op de taak zeer kort, heeft het kind zeer veel afwisseling nodig en kan het zich niet lang concentreren. Wanneer de kleuter ouder wordt, kan deze aandachtsspan worden uitgebreid. Morris (2010) geeft aan dat de concentratietijd van een kind niet alleen afhangt van de leeftijd van het kind, maar ook van de interesse in de voorgestelde zaak. Wanneer je hem iets aanbiedt dat binnen zijn interesseveld ligt, zal het langer de aandacht kunnen vasthouden (Morris, 2010). Nu zal het kind uit zichzelf de opdracht die hij startte ook zelf willen afmaken. Het is wel belangrijk om oog te hebben voor het amusement dat het kind heeft om de taakjes uit te voeren. "Het bereiken van een resultaat blijft meestal ondergeschikt aan het leuke van de activiteit zelf" (Craeynest, 2005). Craeynest (2005) zegt dat het kind vanaf dit moment onderscheid moet leren maken tussen spelen en werkjes maken. Plezier moet wel voorrang krijgen.

Om de aandacht te bewaren is het volgens Morris (2010) ook heel belangrijk om steeds voor nieuwe uitdagingen te zorgen. Wanneer het kind niets nieuws krijgt voorgeschoteld en wanneer het steeds in dezelfde routine of met dezelfde oefeningen wordt geconfronteerd, zal de verveling snel toeslaan. Hierdoor kan het kind afhaken (Morris, 2010). Voorspelbaarheid kan een veiligheidsgevoel opwekken, maar hoeft daarom niet saai te zijn. Om dit te vermijden, raadt de auteur aan om de nieuwsgierigheid van het kind blijvend te prikkelen zodat het steeds verder wil leren vanuit zijn bekende en veilige omgeving (Morris, 2010).

3.2.1.6 Informatieverwerking en onthouden

Wanneer we jonge kinderen bepaalde informatie willen bijbrengen of aanleren, is het van belang om dit op een gestructureerde manier te doen (Morris, 2010). Wat ook kan helpen is de instructie of de opdracht in een leuk jasje steken. Morris (2010) geeft aan dat jonge kinderen informatie nog niet adequaat kunnen ordenen of selecteren. Dit moet nog voor hen gedaan worden. De therapeut,

begeleider of ouder doet dit best op een gestructureerde en opbouwende manier (Morris, 2010). Om het geleerde te onthouden, merkt deze auteur op dat het nodig is om de instructie of vaardigheid in een plezierige en spannende maar begrijpelijke context te verpakken. Wanneer het kind geïnteresseerd is, is de kans op herinnering veel groter (Morris, 2010). “Wat ze onthouden, zijn gegevens die zo eenvoudig zijn of die zij zich zo levendig kunnen voorstellen dat ze haast vanzelf ingeprent worden” (Craeynest, 2005). Ook door herhaling van deze instructies, kennis en activiteiten is het gemakkelijker om deze informatie later weer op te halen (Boekaerts, 1995; Morris, 2010). Een volgende tip van Morris (2010) zijn geheugensteuntjes. Wanneer we de kleuter helpen met de invulling van de herinnering door middel van een begrijpelijk hulpmiddel, is het ook weer gemakkelijker om dit feit te onthouden.

3.2.1.7 Instructies

Jonge kinderen hebben nood aan instructies wanneer specifieke verwachtingen vervuld moeten worden (Laishley, 1987; Mendoza & Salsa, 2003). Hoe ouder de kleuter wordt, hoe minder nood aan expliciete structuur en volledigheid van de instructie (Mendoza & Salsa, 2003). Hoewel kinderen van vier en vijf jaar al moeilijkere instructies begrijpen, moet de therapeut aandacht besteden aan de manier waarop hij de instructies geeft. Deze moeten begrijpelijk zijn voor de kinderen (Morris, 2010). Boekaerts (1995) laat ook weten dat naast een duidelijke instructie ook het doel van deze opdracht moet worden verduidelijkt. De begeleidende persoon moet exact zeggen wat van het kind wordt verwacht. De gegeven opdrachten moeten natuurlijk ook uit te voeren en te beheersen zijn door de kleuter (Boekaerts, 1995). Om dit te kunnen, moeten we weten op welk cognitief niveau het kind zich bevindt. Niet onbelangrijk naast deze aandachtspunten is de ingesteldheid van de therapeut. Wanneer deze enthousiast is en zijn taal en spreektempo aanpast aan de cliënt, zal die laatste zijn aandacht sneller kunnen richten en de instructie beter begrijpen (Laishley, 1987; Boekaerts, 1995). Om de uitleg te ondersteunen, kan de therapeut gebruik maken van visualisaties, herhalingen en reminders. Ook openheid voor de vragen van de cliënt en diens omgeving is belangrijk (Boekaerts, 1995).

Voor kleuters kan het ook leuk en nuttig zijn om instructies of opdrachten te ‘verkleeden’ in een verhaal of versje (Craeynest, 2005; Morris, 2010). Omdat jonge kinderen nog veel interesse hebben in verhalen, sprookjes, versjes, enzovoort trekt het hun aandacht, prikkelt het hun interesse en is het gemakkelijker te onthouden (Morris, 2010).

Het is volgens Boekaerts (1995) de bedoeling om informatie en instructies te gebruiken om de handelingen van de kinderen te sturen. Ook om de activiteiten bij te sturen, kunnen duidelijke en gestructureerde instructies gebruikt worden. Wat de begeleider, therapeut of leerkracht moet verduidelijken, is het doel, de duur en het nut van de opdracht (Boekaerts, 1995).

3.2.2 Materiaalgebruik

Wanneer je werkt met jonge kinderen is het belangrijk om de juiste materialen te kiezen binnen therapie. Zo moet je hun interesse wekken en hen motiveren. Dat kan je doen door je materialen aan te passen aan hun persoonlijke interesse, leeftijd, mogelijkheden en aan de kenmerkende activiteiten van het kind. (Laishley, 1987; de Valck, 2006; Morris, 2010). Daarbij kan je steeds proberen te variëren in materiaal om zo de nieuwsgierigheid en aandacht te prikkelen (Morris, 2010).

3.2.2.1 *Speelgoed*

Bij de keuze van het speelgoed is het belangrijk te kijken naar de leefwereld van het kind. Kleuters zijn volop in de ontwikkeling. Ze worden al ouder en hun dagindeling wordt meer gestructureerd, maar ze zijn toch nog intensief bezig met spelen en hun fantasiewereld (Craeynest, 2005; de Valck, 2006). Vanuit deze en bovenstaande kennis is het mogelijk om het juiste speelgoed of therapiemateriaal te kiezen.

De Valck (2006) beschrijft ook enkele aandachtspunten bij de keuze van materialen als therapeut of in therapeutische centra. In deze situaties moet je materiaal kiezen dan je kan gebruiken voor een grote en gevarieerde doelgroep met verschillende interesses. Het moet zoveel mogelijk kinderen aanspreken. Daarom stelt de Valck (2006) voor om neutrale kleuren te kiezen met een rustige en niet te uitgesproken vormgeving. “Je moet proberen materiaal te voorzien waarmee elk kind ongeacht geslacht, leeftijd en interesses kan spelen (...)” (de Valck, 2006).

3.2.2.2 *Spiegels*

Naast speelgoed of spelmateriaal in therapie is het steeds zinvol om spiegels te gebruiken. Vanaf drie jaar kunnen kleuters zichzelf herkennen in een spiegel en realiseren ze dat dit niet ‘het echte’ beeld van hen is (Kernberg, Buhl-Nielsen & Normandin, 2006). Jonge kinderen vertonen doorgaans positieve reacties op hun spiegelbeeld. Omdat een spiegelbeeld een vrij continu beeld is, draagt dit bij aan de ontwikkeling van het zelfbewustzijn. Enkel links en rechts worden verwisseld wat ervoor zorgt dat een spiegel een vrij juist beeld geeft van de persoon die ervoor staat (Kernberg et al., 2006). Het kan dus nuttig zijn om ze te gebruiken wanneer we bijvoorbeeld houdingsaanpassingen willen aanleren.

3.3 Kleuters en hun ouders

De belangrijkste factor in het leven van een kleuter is een liefhebbende verzorger. De persoon die hen verzorgt, beschermt, van eten voorziet en met hem speelt, is van zeer groot belang. Deze persoon wordt aanzien als rolmodel. Dit is meestal een van de ouders (Berk, 1997; Kernberg 2007; Morris, 2010). Laishley (1987) verklaart dit door het feit dat de ouders het meeste voorkomen in het dagelijkse leven en ook omdat ze instaan voor de opvoeding van hen. Omdat de ouders de functie van rolmodel vervullen, heeft dit een grote invloed op het informeel leren van hun kinderen. Morris (2010) zegt dat kinderen krachtig geprikkeld worden door het plezier dat een ouder aan een activiteit beleeft waardoor ze deze activiteit zelf sneller zullen uitproberen. "Het jonge kind wordt gestimuleerd door de bezigheden waarbij de volwassene zelf echt betrokken is" (Morris, 2010). Omdat ouders zo een belangrijke persoon zijn voor een kleuter, kan hun aanwezigheid voor een gevoel van veiligheid zorgen (Kernberg, 2006). Het feit dat de ouders hun kind stimuleren in datgene wat ze doen, heeft positieve effecten op de resultaten van dat kind (Martin, Ryan & Brooks-Gun, 2007). Een kind leert beter wanneer beide ouders stimulerend en ondersteunend optreden in hun leerproces. Wanneer slechts een ouder dat doet, zal het resultaat minder hoog zijn dan bij beide ouders. Als het kind geen stimulans krijgt vanuit de ouderlijke omgeving, zullen zijn leermogelijkheden minder uitgebreid worden en zal het leerproces minder vlot verlopen (Martin et al., 2007). Een goede band is daarom onontbeerlijk in het ontwikkelingsproces van het kind op alle vlakken (Kernberg, 2006; Martin et al., 2007).

Laishley (1987) geeft drie redenen om ouders te betrekken in therapiesituaties:

Allereerst kan de aanwezigheid van de ouders het therapieproces versnellen. Wanneer kleuters de oefeningen uit therapie thuis herhalen onder toezicht en met ondersteuning van de ouders, bevordert dit de vooruitgang in het proces (Laishley, 1987; Martin et al., 2007). De ouders moeten hiervoor wel de nodige vaardigheden aangereikt krijgen van de therapeut. Een tweede argument, dat met het eerste samenvalt, is de ouders als co-therapeut inschakelen. Omdat de ouders hun kind kunnen helpen in het groeiproces, is het nuttig om hen thuis het kind te laten begeleiden mits verwerving van de nodige vaardigheden. Een derde reden om ouders te betrekken, komt voort vanuit een vraag van de ouders. Zij willen steeds meer weten over de hulp die aan hun kind wordt gegeven en ze willen op de hoogte blijven van wat hun kind meemaakt om zo controle te behouden. Wanneer we hen betrekken in de therapiesituaties, blijven ze steeds op de hoogte van de stappen die hun kind zet en onder welke begeleiding dit gebeurt (Laishley, 1987).

3.3.1 Hoe ouders betrekken

Wanneer je de ouders wilt betrekken in therapie, moet de samenwerking zo optimaal mogelijk kunnen verlopen. Hiervoor stelde Laishley (1987) enkele voorwaarden op. Allereerst is een goede motivatie van alle deelnemende partijen vereist. Deze kan bewerkstelligd worden door duidelijke

afspraken te maken, concrete doelen te formuleren, rekening te houden met de verschillende partijen, enzovoort. De ouders moeten zich aanvaard voelen in de samenwerking.

Samen met de ouders kunnen concrete afspraken en doelen worden geformuleerd. De therapeut informeert de ouders grondig over het probleem en stelt voor wat er aan gedaan kan worden. Hierbij is het belangrijk om te luisteren naar de gevoelens en verwachtingen van de ouders en steeds te antwoorden op vragen die ze hebben (Laishley, 1987). Ook de inbreng van de ouders is hier, en ook later, zeer belangrijk om hen blijvend te motiveren (Laishley, 1987). Het doel is dat de ouders steeds goede beslissingen kunnen maken op basis van de informatie die de therapeut hen geeft in combinatie met hun eigen inbreng (Laishley, 1987; Hunt & Slater, 2003).

In het verdere therapieproces blijft het belangrijk om de ouders steeds te informeren over de therapie, hun kind en hen de nodige vaardigheden bij te brengen (Laishley, 1987). De therapeut moet in zijn 'professionalschoenen' staan om steeds deskundig advies te kunnen geven. Wat Laishley (1987) hiernaast ook belangrijk acht, is het menselijke aspect in de therapie. Naast de professionaliteit die de therapeut moet hanteren, moet die ook een vriendelijke en zorgende kant hebben. Dit is nodig om te kunnen stilstaan bij de verwachtingen, gevoelens, zorgen en opmerkingen van de ouders omtrent de therapie en hun kind.

Deze aspecten zijn belangrijk om de ouders zo optimaal mogelijk te motiveren om deel te nemen aan de therapie en om die zo goed mogelijk te laten evolueren (Laishley, 1987).

4 Besluit

Uit deze literatuurstudie kan ik besluiten dat stemproblemen kunnen voorkomen bij jonge kinderen tussen vier en vijf jaar. Deze problemen komen voor bij 14% van de kinderen binnen deze populatie. Therapie is soms aangewezen afhankelijk van de medische en logopedische diagnose. Die wordt ingevuld door de therapeut op basis van de onderzoeksresultaten, creativiteit, de leeftijd en mogelijkheden van het kind en de medewerking van de omgeving. Vanuit verschillende ondervragingen treden er enkele knelpunten naar voor in de toepassing van de nasaleermethode bij kinderen. Vaak is deze methode te abstract en te moeilijk om uit te leggen. Het oefenmateriaal is niet aangepast aan hun niveau en het vraagt veel inspanning om de oefeningen uit te voeren met de cliënt. Mijn taak is deze methodiek aan te passen zodat therapeuten een houvast hebben bij de toepassing ervan. Om deze aanpassingen door te voeren, houd ik rekening met de aandachtspunten voor de benadering van jonge kinderen.

Verschillende belangrijke elementen zijn: visualisatie, voorspelbaarheid, vertrouwdheid en herhaling. Deze vier elementen zijn van belang om oefeningen concreet te maken en ze gemakkelijk te onthouden. De interesse kunnen we wekken door middel van versjes en verhaaltjes die de fantasie van het kind aanspreken. Hiervoor kan ook spelmateriaal worden gebruikt. Dit moet echter aangepast zijn aan een grote en diverse groep. Daarom is het verstandig om voor een neutrale vormgeving en kleuren te kiezen. Daarnaast is het van groot belang om je doel en het 'waarom' van een oefening uit te leggen. Op die manier kan het kind zijn gedrag beter richten en is het mogelijk om sneller het gewenste gedrag te verkrijgen. Ook goede instructies zijn belangrijk om tot een gewenst resultaat te komen. Wanneer dit alles verpakt wordt in een leuk jasje, worden de oefeningen aantrekkelijker voor de cliënten waardoor ze sneller geïnteresseerd zullen zijn en blijven. Naast deze aandachtspunten is intensieve begeleiding door een volwassene nodig en moeten de ouders betrokken worden in het proces. De therapeut vervult een belangrijke rol in de aanbreng en oefening tijdens de sessies. De ouders hebben een grote taak in de thuisbegeleiding en als co-therapeut. Een intensieve samenwerking wordt dus noodzakelijk.

Op basis van deze aandachtspunten en de bevindingen vanuit het werkveld zal ik proberen de methode te vertalen naar kinderniveau. Ze vormen een belangrijk aanknopingspunt in de opbouw van de praktische oefenbundel voor therapeut en cliënt.

Literatuurlijst

Geschreven bronnen

Boeken

Berk, L.E. (1997). The Family. *Child development* (4th ed.) (pp. 538-576). Massachusetts: Needham Heights.

Boekaerts, M., & Simons, P.R.J. (1995). Leren en leertheorieën. *Leren en instructie: psychologie van de leerling en het leerproces* (pp. 1-22). Assen: Van Gorcum.

Boekaerts, M., & Simons, P.R.J. (1995). Instructie en instructietheorieën. *Leren en instructie: psychologie van de leerling en het leerproces* (pp. 169-222). Assen: Van Gorcum.

Boone, R., & McFarlane, S. (1994). Voice therapy for Young children. *The voice and voice therapy* (5th ed.) (pp. 147-150). New Jersey: Prentice hall.

Bracke, R. (2003). *Bewegingsopvoeding voor kleuters* (4de dr.). Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

Bracke, R. (2003). Uitgangspunten – Ervaringsgericht werken in de kleuterschool. *Bewegingsopvoeding voor kleuters* (4de dr.) (pp. 19-64). Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

Bracke, R. (2003). Doelen van bewegingsopvoeding voor kleuters. *Bewegingsopvoeding voor kleuters* (4de dr.) (pp. 65-76). Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

Bracke, R. (2003). Activiteitsdomeinen. *Bewegingsopvoeding voor kleuters* (4de dr.) (pp. 99-287). Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

Craeynest, P. (2005). *De psychologie van de levensloop* (2de dr.). Leuven: Acco

Craeynest, P. (2005). De kleuterjaren. *De psychologie van de levensloop* (2de dr.) (pp. 171-199). (Leuven: Acco

De Bodt, M., Heylen, L., Mertens, F., Vanderwegen, J. & Van de Heyning, P. (2008). Specifieke populaties: Kinderdysfonie. *Stemstoornissen* (pp. 302-307). Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

de Jager, M., & Lebeer, J. (1995). *Denken kun je leren* (herziene druk). Den Haag: Sardes.

de Jager, M., & Lebeer, J. (1995). Het optimaliseren van de leeromgeving. *Denken kun je leren* (herziene druk) (pp. 48-55). Den Haag: Sardes.

de Valck, M. (2006). Speelgoed van 0 -12 jaar. *Het speelgoedboek: Eerste hulp bij het kiezen van speelgoed* (2de herziene dr.) (pp. 11-29). Amsterdam: Uitgeverij SWP.

de Valck, M. (2006). Over speelgoedkeuze. *Het speelgoedboek: Eerste hulp bij het kiezen van speelgoed* (2de herziene dr.) (pp. 227-234). Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Hesselink, B. (2005). *Skillslab-serie voor logopedische vaardigheden: Pahn-methodiek* (2de dr.). Utrecht: Lemma.

Hunt, J., & Sater, A. (2003). Principles of therapy and management. *Working with children's voice disorders* (pp. 47-54). Bicester: Speechmark publishing limited.

Hunt, J., & Sater, A. (2003). The origins of pediatric dysphonia. *Working with children's voice disorders* (pp.12-30). Bicester: Speechmark publishing limited.

Kernberg, P., Buhl-Nielsen, B., & Normandin, L. (2006). *Beyond the reflection: the role of the mirror paradigm in clinical practice*. New York: Other Press.

Kernberg, P., Buhl-Nielsen, B., & Normandin, L. (2006). Self-development, mirror behaviors, and attachment. *Beyond the reflection: the role of the mirror paradigm in clinical practice* (pp. 3-51). New York: Other Press.

Kernberg, P., Buhl-Nielsen, B., & Normandin, L. (2006). Mapping and measuring mirror behavior. *Beyond the reflection: the role of the mirror paradigm in clinical practice* (pp. 81-177). New York: Other Press.

Laishley, J. (1987). Working with Young children, *Looking at how children learn* (2nd ed.) (pp. 72-80). Baltimore: Edward Arnold.

Laishley, J. (1987). Making the most of children's learning opportunities. *Working with Young children* (2nd ed.) (pp. 103-119). Baltimore: Edward Arnold.

Laishley, J. (1987). Adult behavior with children – some general approaches to dealing with problems. *Working with Young children* (2nd ed.) (pp. 133-157). Baltimore: Edward Arnold.

Laishley, J. (1987). Parent involvement as a development in work with young children. *Working with Young children* (2nd ed.) (pp. 185-191). Baltimore: Edward Arnold.

Laishley, J. (1987). Making parent involvement work well – the planning. *Working with Young children* (2nd ed.) (pp. 192-203). Baltimore: Edward Arnold.

Laishley, J. (1987). Making parent involvement work well – the people. *Working with Young children* (2nd ed.) (pp. 204-220). Baltimore: Edward Arnold.

Morris, D. (2010). Vertrekpunt. *Kind: De ontwikkeling van het kind van 2 tot 5 jaar* (pp.9-27). London: Hamlyn, a devision of Octopus Publishing Group Ltd.

Morris, D. (2010). Intellect in ontwikkeling. *Kind: De ontwikkeling van het kind van 2 tot 5 jaar* (pp. 29-117). London: Hamlyn, a devision of Octopus Publishing Group Ltd.

Morris, D. (2010). Emotie in ontwikkeling. *Kind: De ontwikkeling van het kind van 2 tot 5 jaar* (pp. 119-165). London: Hamlyn, a devision of Octopus Publishing Group Ltd.

Nijzink-Van Grinsven, C.W., Smit-Hermer, S.A.L., & Waar, C.H. (1994). *Kinderheesheid, achtergronden en suggesties voor therapie*. Bussum: Dick Coutinho.

Nijzink-Van Grinsven, C.W., Smit-Hermer, S.A.L., & Waar, C.H. (1994). De ontwikkeling van kinderheesheid. *Kinderheesheid, achtergronden en suggesties voor therapie* (pp. 21-29). Bussum: Dick Coutinho.

Nijzink-Van Grinsven, C.W., Smit-Hermer, S.A.L., & Waar, C.H. (1994). Signalering en verwijzing. *Kinderheesheid, achtergronden en suggesties voor therapie* (pp. 30-35). Bussum: Dick Coutinho.

Nijzink-Van Grinsven, C.W., Smit-Hermer, S.A.L., & Waar, C.H. (1994). De rol van de ouders. *Kinderheesheid, achtergronden en suggesties voor therapie* (pp. 53-58). Bussum: Dick Coutinho.

Nijzink-Van Grinsven, C.W., Smit-Hermer, S.A.L., & Waar, C.H. (1994). Van beleid naar therapie. *Kinderheesheid, achtergronden en suggesties voor therapie* (pp. 59-69). Bussum: Dick Coutinho.

Nijzink-Van Grinsven, C.W., Smit-Hermer, S.A.L., & Waar, C.H. (1994). Oefensituaties adem en ontspanning. *Kinderheesheid, achtergronden en suggesties voor therapie* (pp. 70-75). Bussum: Dick Coutinho.

Nijzink-Van Grinsven, C.W., Smit-Hermer, S.A.L., & Waar, C.H. (1994). Pahn. *Kinderheesheid, achtergronden en suggesties voor therapie* (pp. 97-102). Bussum: Dick Coutinho.

Pahn., J., & Pahn., E. (2000). *De nasaleermethode: oefenmethode voor de spreek- en zangstem* (2de dr.). Lisse: Swets & Zeitlinger.

Vermeulen, E., & Staelens, N., (2011). *Tem je stem*. Belsele: Vlaamse vereniging voor logopedisten.

Eindwerken

Coenjaerts, L., & De Jonghe, S. (2011). *De nasaleermethode van Pahn voor kinderen: Voor kinderen van zes t.e.m. tien jaar*. Gent: Arteveldehogeschool.

Van Assche, E. (2001). *Auditief discriminatievermogen voor suprasegmentele aspecten van spraak: screening van auditieve vaardigheden bij kinderen in functie van stemtherapie*. Gent, Hogeschool Gent.

Artikels

Kuiper, J.H. (2004). De kinderstem, Symposium 'De stem door het leven heen: multidimensionaal – multidisciplinair (pp. 71-79). Nijmegen: UMC St. Radboud.

Verdonck-de Leeuw, I. (2003). Leerpsychologische analyse van een therapiemethode: De Nasaleermethode van Pahn. *Logopedie en foniatrie*, 75 (9), 270-275.

Audiovisuele bronnen

Internetbronnen

Boon, A., ten Cate, L., Snijders, W., & Nannes, R. (s.d.) *Stemproblemen*. Geraadpleegd op 4 april 2011, op <http://www.ieder1stem.nl/problemen.htm>

Houfflijn, N. (2005) *Vijf uitdagingen voor elke opvoeder volgens Pnina Klein*. Geraadpleegd op 4 april 2011, op <http://www.kiddo.net/100470>

Rubinstein, N. (2007). *The elements of good therapy*. Geraadpleegd op 4 april 2011, op <http://www.goodtherapy.org/what-is-good-therapy.html>

Elektronische bronnen

Verduyck, I., Remacle, M., Jamart, J., Benderitter, C., & Morsomme, D. (2010). Voice-related complaints in the pediatric population [electronic version]. *Journal of voice*, 25 (3), 373-380.

Connor, N.P., Cohen, S.B., Theis, S.M., Thibeault, S.L., Heatly, D.G., & Bless, D.M. (2008). Attitudes of children with dysphonia [electronic version]. *Journal of voice*, 22 (2), 197-209.

Lee, E.K., & Son, Y.I. (2005). Muscle tension dysphonia in children: Voice characteristics and outcome of voice therapy [electronic version]. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 69 (), 911-917.

Lens, W. (2001) Ik wil niet naar school [electronic version]. *Klasse voor ouders*, 52 (198), 4-5.

Martin, A., Ryan, R.A., & Brooks-Gunn, J. (2006). The joint influence of mother and father parenting on child cognitive outcomes at age 5 [electronic version]. *Early childhood research quarterly*, 22 (2007), 423-439.

Stollman, M.H.P., van Velzen, E.C.W., Simkens, H.M.F., Snik, A.F.M., & van den Broek, P. (2004). Development of auditory processing in 6-12-year-old children: a longitudinal study [electronic version]. *International journal of audiology* 43 (1), 34-44.

Martins, R.H.G.M., Defaveri, J., Domingues, M.A.C., Silva, R.A. & Fabro, A. (2009). Vocal nodules: Morphological and immunohistochemical investigations [electronic version]. *Journal of voice* 24 (5), 531-539.

Nienkerke-Springer, A., McAllister, A., & Sundberg, J. (2005). Effects of Family therapy on children's voices [electronic version]. *Journal of voice*, 19 (1), 103-113.

Peralta de Mendoza, O.A., & Salsa, A.M. (2003). Instruction in early comprehension and use of a symbol-referent relation [electronic version]. *Cognitive development*, 18 (2003), 269-284.

Sigafoos, J., Roberts-Pennell, D., & Graves, D., (1999). Logitudinal assessment of play and adaptive behavior in young children with developmental disabilities [electronic version]. *Research in developmental disabilities* 20 (2), 147-162.

Simkens, H.M.F., & Verhoeven, L. (2003). Auditieve vaardigheden bij kinderen in de basisschoolleeftijd: ESM-kinderen scoren slechter [electronic version]. *Logopedie en foniatrie*, 12 (9), 378-385.

Trani, M., Ghidini, A., Bergamini, G., & Presutti, L. (2007). Voice therapy in pediatric functional dysphonia: A prospective study [electronic version]. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 71 (), 379-384.

Bijlagenlijst

Bijlage 1 Vragenlijst interview met Pahntherapeuten

Bijlage 1 Vragenlijst interview met Pahntherapeuten

Hoelang bent u vertrouwd met deze methodiek?

Hoe bent u ermee in contact gekomen?

Heeft u een bijkomende opleiding gevolgd? (waar, bij wie, wanneer)

Hoe ervaart u deze methodiek?

Hoe ervaren cliënten deze methodiek?

Past u de nasaleermethode ook toe bij kinderen?

Hoe past u die dan toe? (dezelfde opbouw? Aanpassingen?)

Ondervindt u problemen bij de toepassing bij kinderen? (welke?)

Ziet u het noodzakelijk om de methodiek te veranderen om hem bij kinderen toe te passen?

Welke aanpassingen zou u aanraden?