

# Samenwerking logopedist en psychotherapeut bij volwassenen die stotteren



## Anneke Busser, Aaltje Visscher

*A.G.M. Busser, logopedist-stottertherapeut, Stottercentrum Den Haag; geregistreerd in het Europees Register voor Stottertherapeuten (CESS); werkte mee aan de Herziene Richtlijn stotteren*  
*Drs. A. Visscher, psychotherapeut-GZ-psycholoog, werkzaam in eigen praktijk Confido, Lunteren en bij het Helen Dowling Instituut, Bilthoven; geeft supervisie en leertherapie aan collega's; lid klankbordgroep van de herziene Richtlijn stotteren*

## SAMENVATTING

De logopedist behandelt het merendeel van de kinderen, adolescenten en volwassenen die stotteren. De Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie heeft een monodisciplinaire richtlijn ontwikkeld voor stotteren: *Richtlijn stotteren kinderen, adolescenten en volwassenen* (2014 en 2020). In deze richtlijn worden aanbevelingen gegeven wanneer de logopedist dient te verwijzen naar een psychotherapeut en wanneer de logopedist en psychotherapeut kunnen samenwerken. In dit artikel krijgt de lezer relevante kennis aangereikt over stotteren en de behandeling van stotteren. De psychotherapeut kan op het gebied van cognitieve therapie, gedragstherapie en verwerking van nare, betekenisvolle gebeurtenissen een bijdrage leveren aan de behandeling van stotteren

## LEERDOELEN

Na het bestuderen van dit artikel:

- kent u de oorzaken en in stand houdende factoren van stotteren;
- weet u welke psychotherapeutische interventies tot de behandeling van stotteren kunnen behoren;
- weet u hoe de logopedist en psychotherapeut samenwerken in de behandeling van stotteren;
- kunt u benoemen op welk gebied en met welke interventies u kunt bijdragen aan de behandeling van stotteren.

## Inleiding

Op initiatief van Demosthenes, de Nederlandse vereniging voor mensen die stotteren en/of broddelen, is de werkgroep 'Samenwerking logopedist psycholoog' gevormd. De reden hiervan was de herziene *Richtlijn stotteren bij kinderen, adolescenten en volwassenen 2020*.<sup>1</sup> Hierin is in hoofdstuk 9: 'Wanneer en met welke reden dienen kinderen, adolescenten en volwassenen die stotteren te worden doorverwezen?' een aanbeveling opgenomen: 'Bij het vermoeden van problemen van psychologische aard, zoals sociale angst, negatief zelfbeeld, paniekaanvallen of depressie, bij de persoon die stottert dient de logopedist te overleggen met (ouders van) de persoon die stottert over een mogelijke verwijzing naar bijvoorbeeld een psycholoog, psychiater of orthopedagoog. De logopedist kan de vermoedens eerst objectiveren middels een screeningslijst' (aanbeveling 22).

Daarnaast wordt in de herziene *Richtlijn stotteren*<sup>1</sup> beschreven dat samenwerking tussen logopedist en psycholoog bij adolescenten/ volwassenen die stotteren ook van toegevoegde waarde kan zijn als er sprake is van hardnekkige denk- en gevoelspatronen, angst en vermijding die direct gerelateerd zijn aan stotteren zonder dat er een bijkomende psychische stoornis is. Demosthenes heeft daarom een werkgroep samengesteld bestaande uit logopedisten en psychologen, van wie er een aantal ook ervaringsdeskundige is: zij stotteren zelf. De werkgroep heeft als doel de samenwerking tussen logopedisten en psychologen te initiëren en te stimuleren in de behandeling van stotteren. Deze multidisciplinaire benadering kan stagnatie in de behandeling voorkomen. De werkgroep heeft een document samengesteld dat logopedisten en psychologen kan ondersteunen bij hun samenwerking, te raadplegen op [www.demosthenes.nl](http://www.demosthenes.nl).

Dit artikel is een bewerking van het hiervoor genoemde document en is geschreven om psychotherapeuten te informeren over:

1. de oorzaken en in stand houdende factoren van stotteren;
2. welke interventies tot de behandeling van stotteren kunnen behoren;
3. op welk gebied en met welke interventies de psychotherapeut kan bijdragen aan de behandeling van stotteren;
4. hoe de samenwerking tussen een logopedist-stottertherapeut en een psychotherapeut eruit kan zien.

## Wat is stotteren?

In dit artikel wordt met de term stotteren 'ontwikkelingsstotteren' bedoeld: stotteren dat ontstaat is in de kindertijd (kader).

### Definitie ontwikkelingsstotteren

Ontwikkelingsstotteren is opgenomen in de DSM-5 (code 315.35) met de volgende beschrijving:<sup>2</sup> Stoornis in de spraakvloeiendheid ontstaan in de kindertijd.

- A. Stoornissen in het normale vloeiende verloop en het tijds patroon van de spraak die niet passen bij de leeftijd van de betrokkene en diens taalvaardigheid, die langere tijd persisteren, en die worden gekenmerkt door het frequent en duidelijk optreden van een (of meer) van de volgende kenmerken:
1. herhalen van klanken en lettergrepen
  2. verlengen van klinkers en medeklinkers
  3. onderbroken woorden (pauzes binnen een woord)
  4. hoorbaar of geluidloos blokkeren (opgevolde of onopgevolde pauzes in de spraak)
  5. circumlocutie (vervangen van woorden om problematische woorden te vermijden)
  6. produceren van woorden met een overmaat aan lichamelijke spanning
  7. monosyllabische herhaling van hele woorden (bijvoorbeeld 'Ik-ik-ik-ik zie hem')
- B. De stoornis veroorzaakt vrees om te spreken of beperkingen in de effectieve communicatie, sociale participatie, of schoolresultaten of werkpresentaties, elk afzonderlijk of in combinatie.
- C. Het begin van de symptomen ligt in de vroege ontwikkelingsperiode. (NB. Gevallen waarbij de symptomen later beginnen, krijgen de classificatie 307.0 stoornis in de spraakvloeiendheid ontstaan in de volwassenheid.)

- D. De stoornis kan niet worden toegeschreven aan een motorische spraakstoornis of zintuiglijke beperking, niet-vloeiende spraak samenhangend met neurologisch letsel (bijvoorbeeld een beroerte, tumor, trauma) of een andere somatische aandoening, en kan niet beter worden verklaard door een andere psychische stoornis.

### Stotteren ontstaan op latere leeftijd

Naast ontwikkelingsstotteren kan stotteren op latere leeftijd ontstaan door een traumatische gebeurtenis of een neurologische oorzaak. In de herziene *Richtlijn stotteren*<sup>3</sup> worden vier vormen genoemd: neurogeen stotteren, psychogeen stotteren, farmacogeen stotteren en verhoogde comorbiditeit.

#### Neurogeen stotteren

Neurogeen stotteren is een verworven moeilijkheid met spreken. Het spreken kenmerkt zich door stotterachtige herhalingen van klanken en lettergrepen na een hersenbeschadiging. Het kan ontstaan na een cerebraal vasculair accident (CVA), maar ook na bijvoorbeeld een val op het hoofd of een ongeluk (hersentrauma) of als gevolg van een degeneratieve neurologische aandoening. Deze vorm van stotteren komt vooral voor bij volwassenen.

#### Psychogeen stotteren

Psychogeen stotteren is een vorm van stotteren die ontstaat door psychologische of emotionele factoren. Het stotteren begint vaak vrij plotseling na een traumatische ervaring, na een lange periode van stress of in combinatie met een psychiatrische stoornis. Deze vorm van stotteren begint meestal in de late tiener tijd of in volwassenheid.

#### Farmacogeen stotteren

In enkele gevallen wordt gerapporteerd dat bij sommige geneesmiddelen, zoals selectieve serotonineheropnameremmers, methylfenidaat of tricyclische antidepressiva, niet-vloeiend spreken als bijwerking kan optreden.

#### Verhoogde comorbiditeit

Bepaalde genetische syndromen worden geassocieerd met stotteren (syndroom van Down, fragiele-X-syndroom, prader-willisyndroom, tourettesyndroom, neurofibromatose type I en turnersyndroom). De verschillende manieren van niet-vloeiend spreken komen echter niet allemaal overeen met hoe ontwikkelingsstotteren klinkt. Ook zijn er aanwijzingen dat bij volwassenen die stotteren vaker ADHD voorkomt dan in de algehele populatie.

## De impact van stotteren

Stotteren kan veel gevolgen hebben voor het dagelijks leven



van de persoon die stottert. Voor de persoon zelf en voor de omgeving is het dikwijls moeilijk te begrijpen dat de mate van stotteren vaak afhangt van de situaties waarin de persoon die stottert zich bevindt. Als de spreek situatie meer spanning opwekt, is er vaak ook meer stotteren. Als een persoon die stottert alleen is of tegen een klein kind of huisdier praat, is er vaak juist weinig stotteren. Daarnaast ervaren mensen die stotteren dikwijls geen problemen met zingen.

### Epidemiologie

De epidemiologie en de oorzaken van stotteren worden in de herziene *Richtlijn stotteren*<sup>4</sup> als volgt beschreven:<sup>1</sup> 'De prevalentie van stotteren, het aantal personen dat stottert op een specifiek moment, wordt geschat op 0,7-1% van de wereldbevolking. Omdat stotteren vaak herstelt bij kinderen onder de zes jaar, is de prevalentie in deze jonge bevolkingsgroep groter dan bij een oudere populatie. De incidentie voor stotteren, het percentage van de bevolking dat ooit heeft gestotterd, wordt geschat op 5 tot 17%. De gegevens over prevalentie en incidentie verschillen per studie. Dit heeft onder andere te

<sup>1</sup> Onderstaand is een letterlijk citaat uit de richtlijn. Literatuurverwijzingen zijn in de richtlijn te vinden. Dit geldt ook voor de paragraaf 'De oorzaak van stotteren', die hierna volgt.

maken met verschillen in de definitie van stotteren, de leeftijd van de onderzoeksgroep en de onderzoeksmethode. Ook de genoemde herstelpercentages zijn niet eenduidig. Het percentage herstel van stotteren werd in de meest recente studies geschat op 65 tot 67%. In oudere studies liepen de schattingen van herstel uiteen van 50 tot 94%. Naarmate het stotteren langer aanwezig is neemt de kans op herstel af. Yairi en Seery (2011) berekenden in hun studie dat als stotteren reeds een jaar bestaat, de kans op natuurlijk herstel naar schatting 63% is, twee jaar na aanvang 47%, drie jaar na aanvang 16% om uiteindelijk te dalen tot 5%, vier jaar na aanvang van het stotteren. Het meeste herstel vindt plaats in de periode voor het zevende levensjaar, maar loopt door tot in de tienerjaren. Herstel van stotteren bij adolescenten en volwassenen is nog steeds mogelijk, maar is vrij zeldzaam. Klinische ervaring leert dat veel volwassenen die in eerste instantie zeggen dat ze zijn hersteld, in tweede instantie nuanceren dat het stotteren nog heel licht is of in bepaalde periodes, situaties. Er zijn meer stotterende mannen dan vrouwen. Al op jonge leeftijd beginnen er iets meer jongens te stotteren dan meisjes (1,5 : 1), en het herstel bij meisjes is groter dan bij jongens. De ratio stotterende mannen-vrouwen bij volwassenen is ongeveer 4 : 1. Stotteren komt over de hele wereld voor, bij ieder ras en in iedere cultuur.'

## De oorzaak van stotteren

Over de oorzaak van stotteren zegt de herziene *Richtlijn stotteren* het volgende:

‘Er zijn veel theorieën over stotteren, maar de onderliggende oorzaak van stotteren is vooralsnog onbekend. Stotteren wordt gezien als een multifactoriële stoornis: meerdere factoren zijn van invloed op het ontstaan en de ontwikkeling van stotteren. Hieronder worden de belangrijkste factoren genoemd:

### Genetische factor

Tweelingstudies en familiestudies geven duidelijke aanwijzingen voor het bestaan van een sterk genetische factor. Er is berekend dat stotteren voor ca. 80% te verklaren is vanuit de genetische achtergrond. Er zijn aanwijzingen gevonden dat diverse genen en risico-allelen mogelijk een rol spelen bij stotteren.

### Hersenstructuren en -functies

Uit elektrofyysiologische en fMRI-studies naar stotteren bij volwassenen komt naar voren dat er meer rechterhersenhelctiviteit is tijdens spreektaken, met name een overactivatie van de rechter pre-centrale sensomotorische cortex. Onderactivatie wordt gevonden in gebieden die geassocieerd worden met de auditieve functies. Dit betekent mogelijk dat mechanismes waarmee de eigen spraak wordt gehoord, niet goed functioneren. Er zijn daarnaast aanwijzingen voor de rol van de basale ganglia bij stotteren. Ook worden er anatomische verschillen gevonden in hersenstructuren van, met name, de grijze en de witte massa. Deze verschillen zijn ook te zien bij stotterende kinderen. Dit zijn een aantal voorbeelden van resultaten uit hersenonderzoek die de aanwezigheid van een neurologische factor duidelijk maken. De vraag of de gevonden verschillen in de hersenen een oorzaak of een gevolg van stotteren is, staat nog ter discussie.

### Sensomotoriek

Divers onderzoek naar de sensomotoriek van personen die stotteren laat zien dat het sensomotorische systeem van een subgroep van personen die stotteren (ook kinderen) trager reageert en minder stabiel is dan dat van controlegroepen. Dit geldt zowel voor taken die gerelateerd zijn aan spreken (ook vloeiende spraak) als voor andere sensomotorische vaardigheden zoals ritmische handenklaptaken.

### Taalfactoren

Stotteren ontstaat in de periode dat de taal zich sterk ontwikkelt, op een moment dat kinderen steeds langere zinnen gaan gebruiken en een grote uitbreiding van de woordenschat doormaken. Diverse studies naar de samenhang tussen taalvaardigheid en stotteren vinden subtiele verschillen in de taalvaardigheden van stotterende kinderen in vergelijking met kinderen die niet stotteren, zowel in de receptieve als de productieve taal. Deze verschillen zijn echter niet overtuigend

aangetoond. Er lijkt eerder sprake te zijn van een normale range van taalvaardigheden bij kinderen die stotteren. Taalfactoren kunnen invloed hebben op het stottermoment (vooraan in de zin, inhoudswoord, zinslengte). Er zijn geen consistente aanwijzingen dat stotteren meer voorkomt bij meertalige kinderen dan bij eentalige kinderen.

### Persoonlijkheid en temperamentstijl

Er is veel onderzoek gedaan naar de persoonlijkheidsstructuur van personen die stotteren, maar er zijn geen aanwijzingen voor een onderliggende neurotische of persoonlijkheidsstoornis als oorzaak van stotteren. De emotionele problemen van personen die stotteren zijn eerder een reactie op het stotteren dan een oorzaak en zijn dus secundair. In onderzoek naar temperament bij stotterende kinderen, wordt gezocht naar bepaalde temperamentskenmerken die geassocieerd kunnen worden met stotteren. Verschillende studies laten tegenstrijdige resultaten zien, wat het moeilijk maakt duidelijke conclusies te trekken. Een aantal studies laat zien dat personen die stotteren zich minder goed kunnen aanpassen, een kortere aandachtsspan hebben en meer negatieve gevoelens. De vraag of dit een oorzaak of een gevolg van het stotteren is kan op dit moment nog niet beantwoord worden.

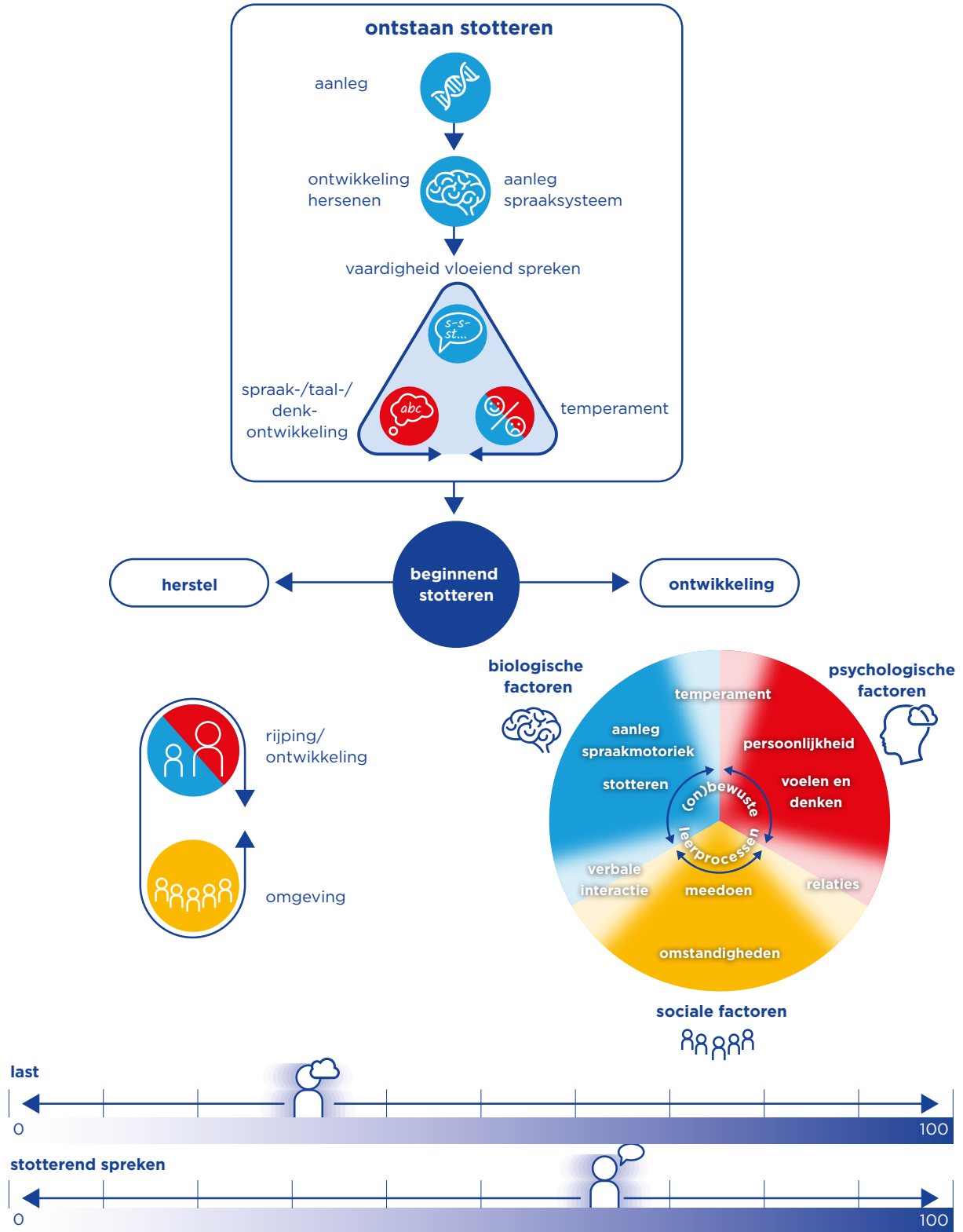
### Omgeving

Er is weinig recent onderzoek naar het verschil in leefomgeving van vloeiend sprekende kinderen en kinderen die stotteren. Er is langere tijd een groep kinderen gevolgd met een risico om te gaan stotteren. De communicatiestijl van de moeders van de kinderen die daadwerkelijk gingen stotteren bleek niet te verschillen van de kinderen die niet gingen stotteren. Wel bleek de communicatiestijl van de kinderen die natuurlijk herstelden te verschillen van die van moeders waarbij het stotteren bleef bestaan. Deze laatste groep moeders veranderde de communicatiestijl kort na het ontstaan van stotteren in een meer directe stijl en gebruikte complexere zinsconstructies. Uit onderzoek naar de invloed van life events, de thuis omgeving en het temperament van het kind op de ernst van het stotteren kwam naar voren dat het temperament de enige verklarende factor was voor de ernst van het stotteren, met name de temperamentsfactor ‘effortful control’. Een stressvolle omgeving of gebeurtenis wordt wel gezien als een factor die het stotteren soms kan uitlokken of in stand kan houden. Zo kan bijvoorbeeld logopedische articulatietherapie, door de extra eisen die worden gesteld aan de spraak van een kind, stotteren uitlokken (klinische observaties).

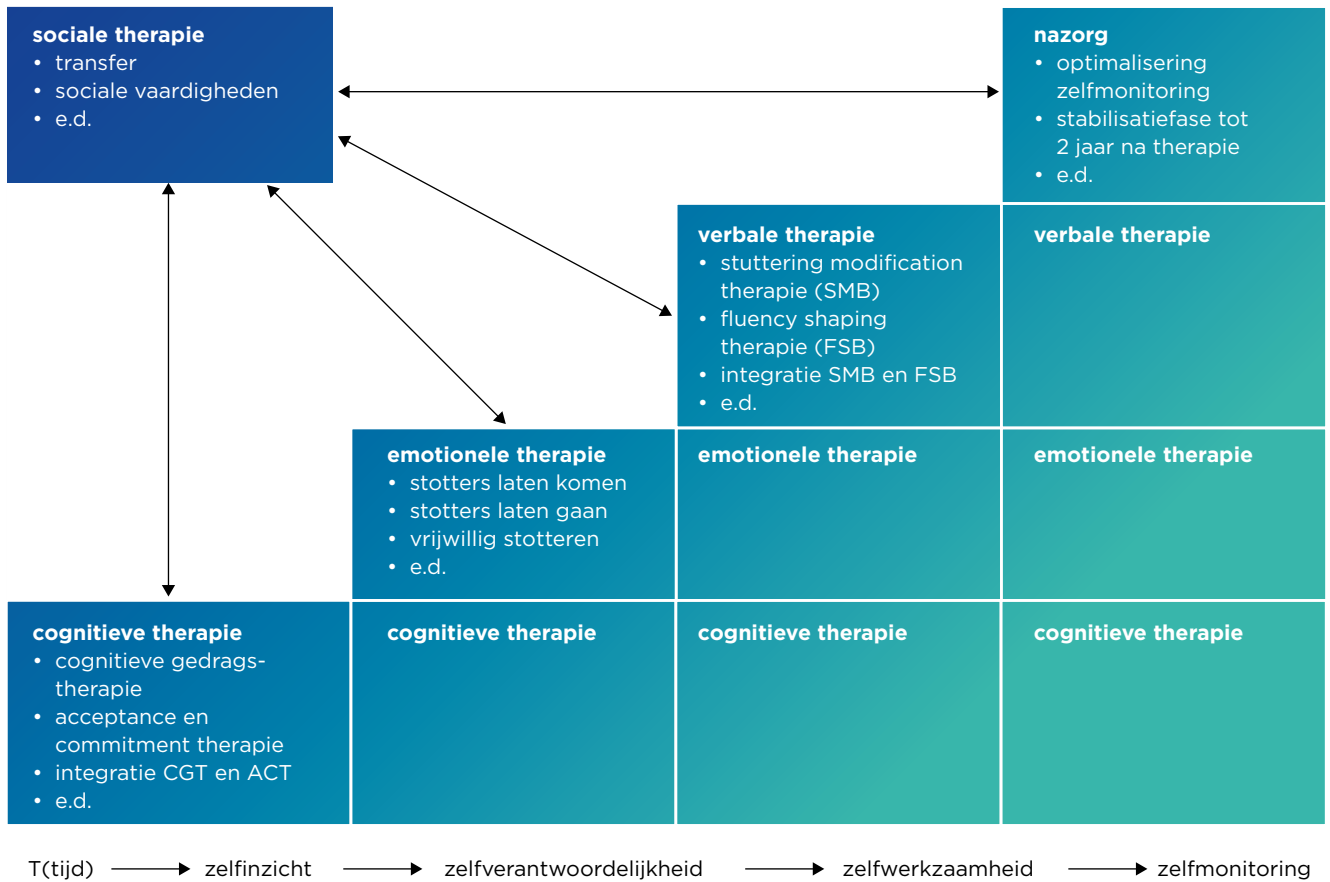
### Leerfactoren

Leertheoretische processen zorgen ervoor dat het stotteren zich steeds verder ontwikkelt. Vanuit concepten als operante conditionering, klassieke conditionering, cognitief leren en constructivisme kan veel van het bij het stotteren horende gedrag worden verklaard. Zo kunnen volgens de principes van de klassieke conditionering bepaalde situaties door eerdere

praktijkmodel stotteren - ontstaan en ontwikkeling



Figuur 1 Praktijkmodel Stotteren: ontstaan en ontwikkeling.



Figuur 2 Erasmus-stottertherapiemodel.

ervaringen geassocieerd worden met stotteren, zoals de eigen naam zeggen. Een voorbeeld van operante conditionering is het doorduwen op een stottermoment, waardoor iemand verder kan spreken: het inzetten van motorische spanning wordt beloond. Cognitivismen en constructivisme gaan dieper in op de cognitieve processen die maken dat gebeurtenissen op een bepaalde manier worden geanticiperd en geïnterpreteerd.<sup>5</sup>

In het *Praktijkmodel Stotteren*<sup>6</sup> zijn de hiervoor genoemde factoren samengebracht voor uitleg in de praktijk (figuur 1). Er zijn sterke aanwijzingen dat stotteren genetisch is bepaald; vanuit deze genetische aanleg wordt het spraakstelsel in de hersenen aangelegd. Dit bepaalt de vaardigheid voor vloeiend spreken, die samen met de taal-spraakontwikkeling van het kind en het temperament kan leiden tot beginnend stotteren. Bij een gedeelte van de kinderen gaat het om voorbijgaand stotteren en bij een gedeelte van de kinderen is het stotteren blijvend. Bij blijvend stotteren spelen meerdere factoren in interactie met elkaar een rol: biologische factoren, psychologische factoren en sociale factoren. In de balk onderaan in de figuur kan de persoon die stottert aangeven hoe hij de last van het stotterend spreken ervaart en hoe hij de ernst van het stotterend spreken ervaart.

## De logopedische behandeling van stotteren

De behandeling van adolescenten en volwassenen met stotteren heeft de hulpvraag van de cliënt als uitgangspunt en zal gericht zijn op een effectieve en bevredigende manier van communiceren tussen de cliënt en de omgeving. Het hoorbare stotteren zal bij adolescenten en volwassenen vrijwel nooit helemaal verdwijnen. Het is een misvatting, regelmatig door niet-reguliere therapievormen<sup>7</sup> in de publiciteit gebracht, dat stotteren met het goed oefenen van spreektechnieken verholpen kan worden. Integendeel, juist als een persoon die stottert niet wil laten horen dat dit het geval is, zal het stotteren vaak toenemen. Het is echter wel mogelijk om de impact van het stotteren op het leven van de cliënt te verminderen en om het spreken comfortabeler en efficiënter te laten verlopen. Samen met de cliënt worden na anamnese en onderzoek realistische doelen geformuleerd. Er zal in de behandeling aandacht zijn voor de cognitieve, emotionele, sociale en verbale aspecten van het stotteren.

Hierna wordt de behandeling kort omschreven zoals die bekend is bij Nederlandse logopedisten uit het handboek *Stotteren van Theorie naar Praktijk*.<sup>8</sup>

### Cognitieve therapie

De logopedist besteedt in de behandeling bij stotteren als eerste aandacht aan de cognitieve aspecten. Het doel van dit onderdeel is dat de persoon die stottert van zichzelf ‘mag stotteren’. De behandeling kan bijvoorbeeld bestaan uit het herkennen en veranderen van irrationele en/of belemmerende gedachten rondom stotteren en het herkennen en voelen van emoties rondom stotteren. De logopedist is bekend met de verschillende vormen van cognitieve therapie zoals Rationeel Emotieve Therapie (RET) en *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT).

### Emotionele therapie

De logopedist richt zich bij dit onderdeel op het herkennen van ineffectieve copingstrategieën zoals startgedrag (het maken van aanloopjes zoals eeh, het vooruitschuiven van de adem, een kuchje of ander gedrag voorafgaand aan het woord waarop verwacht wordt te stotteren met als doel het woord te kunnen starten), het vermijden van gevreesde woorden en het vermijden van spreken in het algemeen. Het doel van dit onderdeel is dat de persoon die stottert het stottermoment durft te laten komen en daarbij het stotteren bewust voelt (‘durven stotteren’). Na het inventariseren van het gedrag dat er op is gericht het stotteren te verbergen, gaat de persoon die stottert situaties aan waarin die het gevreesde woord rechtstreeks uitsprekt in plaats van te vervangen door een synoniem of vooraf te laten gaan door startgedrag. Het stotteren (herhalingen, verlengingen en blokkades) zal hierbij vaak hoorbaar worden. Bij het vermijden van het spreken wordt de persoon die stottert aangemoedigd in steeds meer situaties een praatje aan te gaan, een vraag te stellen, om informatie te vragen, een bestelling te plaatsen enz. Het kan ook zijn dat een persoon die stottert het vermijdt om sociale situaties, zoals lunchen met collega’s, etentjes of feestjes, aan te gaan. Er wordt steeds besproken welke situaties acceptabel zijn om aan te gaan. De stevige basis van ‘mogen stotteren’, het gevoel te hebben te mogen praten ook als het stotteren hoorbaar is, is hierbij een voorwaarde.

### Sociale therapie

De sociale omgeving waarin de persoon die stottert spreekt, speelt een cruciale rol bij het hiervoor genoemde ‘mogen stotteren’ en ‘durven stotteren’. Er wordt vaak gebruikgemaakt van hiërarchielijsten en dagelijkse spreesituaties die van makkelijk naar moeilijk worden aangegaan. De persoon die stottert wordt gestimuleerd openheid te geven over het stotteren op een niet-verontschuldigende manier en de omgeving realistisch voor te lichten over stotteren. Ook wordt regelmatig de ‘Declaration of the Right to Stutter’<sup>9</sup> gebruikt als een manier voor de persoon die stottert om naar diens eigen situatie te kijken. In deze verklaring wordt gesteld dat er een einde moet komen aan de verwachting dat mensen die stotteren hun best moeten doen om te stoppen met stotteren. De maatschappij moet ruimte geven aan mensen die stotteren en hun manier van spreken accepteren zoals het is.

### Verbale therapie

Na het volgen van voorgaande stappen kan, indien gewenst, nog verder worden gewerkt aan het makkelijker en minder stotteren. Hierbij blijft het principe dat het bij het spreken primair gaat om de inhoud en daarna pas om de vorm. Het makkelijker en zelfs vloeiend spreken kan in de behandelkamer met de logopedist te realiseren zijn, maar bij het toepassen in dagelijkse situaties spelen cognitieve en emotionele factoren een overheersende rol. De wens zich te presenteren als een ‘vloeiende spreker’ werkt de angst en schaamte voor stotteren in de hand. Als de persoon die stottert bekend is met deze valkuilen en zich kan verhouden tot zijn gedachten en gevoelens bij het stotteren en de angst om hoorbaar te stotteren, kan er worden gewerkt aan verbale therapie. Traditioneel zijn twee vormen van verbale therapie bekend: *stuttering modification therapy* en *fluency shaping*. Bij stottermodificatietechnieken wordt het stottermoment zelf opgevangen of veranderd. Deze veranderingen vinden plaats vóór het te verwachten stottermoment (bijvoorbeeld een zachte inzet, wijde keel, makkelijke herhalingen) of in het stottermoment zelf (zacht maken van de blokkade, lucht laten ontsnappen, verlengen van de klinker na de blokkade, langzaam stotteren). Bij vloeiendheidsbevorderende spreektechnieken verandert de persoon die stottert de hele manier van spreken. Voorbeelden hiervan zijn langzamer spreken, bindend spreken, ademregulatie, aandacht voor iedere lettergreep, ontspannen met minder druk articuleren. De verbale therapie wordt geoefend in oplopende linguïstische moeilijkheid en oplopende sociaal uitdagende moeilijkheid.

In de herziene *Richtlijn stotteren bij kinderen, adolescenten en volwassenen*<sup>1</sup> wordt de samenwerking met een psycholoog genoemd: ‘Soms kan de cliënt zich, ondanks herhaaldelijk oefenen, de nieuwe denkwijze moeilijk eigen maken en/of het vermijdings- en/of veiligheidsgedrag, moeilijk doorbreken. Ook kunnen de emoties, gerelateerd aan negatieve ervaringen uit het verleden, die getriggerd worden door het stottermoment zelf, bepaalde spreesituaties of personen, heel heftig blijven. Deze factoren kunnen de oorzaak zijn van stagnatie van de behandeling of van herhaaldelijke terugval. Samenwerking met de psycholoog is dan wenselijk, zodat onderzocht kan worden op welke wijze de psycholoog kan bijdragen om patronen te doorbreken, zodat de cliënt verder komt in zijn proces.’

### Psychologische behandeling van stotteren

Tijdens de behandeling van stotteren door een logopedist kunnen zich verschillende moeilijkheden en complicaties aandienen, waardoor de gewenste progressie in de therapie uitblijft. In de herziene richtlijn staat beschreven dat in dit geval samenwerking tussen logopedist en psycholoog bij personen die stotteren van toegevoegde waarde kan zijn.

### Cognitieve therapie

Net als de logopedist gaat ook de psycholoog na welke irreële, niet-helpende gedachten de angst voor het stotteren en het vermijdingsgedrag begrijpelijk maken. Ook al ziet de persoon die stottert in dat zijn gedachten niet kloppen, toch kunnen ze waar blijven 'voelen'.

Op bewust niveau zijn er automatische gedachten die de cliënt kan verbaliseren en aan een kritisch onderzoek kan onderwerpen. Kerncognities en attitudes spelen zich echter voor een groot deel op een onbewust niveau af. Daarom zijn deze moeilijker in woorden uit te drukken. De psycholoog spoort deze op, bijvoorbeeld met behulp van socratische vragen: 'Als dat waar is, wat betekent dat dan', en daagt die uit samen met de cliënt. Daarbij kunnen er ook denkpatronen gevonden worden die in de kindertijd zijn ontstaan, en zich breder dan alleen in spreek situaties laten gelden. Andere ingrijpende gebeurtenissen dan alleen nare spreek situaties, of het hebben ervaren van tekorten op emotioneel gebied, kunnen bijgedragen hebben aan het ontstaan van deze denkpatronen, oftewel schema's. Wanneer dat meespeelt kan overwogen worden dat verder te behandelen met schematherapie.

### Gedragstherapie

Gedragstherapie is een krachtige manier om gedachten op hun geloofwaardigheid te toetsen. Het meest krachtig is wanneer dat gebeurt door de irreële en reële gedachten als uitgangspunt te nemen en die in de praktijk op realiteit te onderzoeken. Dit kan met gedragsexperimenten. Dan wordt nieuw gedrag daadwerkelijk uitgevoerd en wordt nagegaan of de irreële of de reële gedachte waar blijkt te zijn. Dit wordt eerst gedaan op het niveau van automatische gedachten, maar om duurzame verandering in (kern)cognities te bereiken, zijn daadwerkelijk corrigerende ervaringen nodig. Dat betekent dat de cliënt ook aan den lijve ondervindt dat de oorspronkelijke opvattingen niet meer houdbaar zijn en dat andere meer realistische opvattingen wel kloppen.<sup>10</sup>

Vermijdings- en veiligheidsgedrag kunnen een grondig onderzoek naar de geloofwaardigheid van angst-inducerende gedachten in de weg zitten. Onderzoek wijst dan ook uit dat veiligheidsgedrag geassocieerd is met instandhouding van angstklachten. Er vindt immers geen falsificatie en extinctie van de angst plaats. Exposure is dan nodig om dat gedrag op te geven. De cliënt kan blootgesteld worden aan zijn angsten en de confrontatie met de geloofwaardigheid van zijn gedachten aangaan. Uit een onderzoek met 133 personen die stotteren bleek dat de inzet van veiligheidsgedrag (zoals het vermijden van een woord) veel voorkomt en geassocieerd is met overmatige spanning, angst voor afwijzing en irrationele gedachten met betrekking tot stotteren.<sup>11</sup> Het kan van belang zijn om vermijdings- en veiligheidsgedrag in kaart te brengen, de voor- en nadelen hiervan met de cliënt te bespreken en deze in het exposureplan op te nemen. Bijvoorbeeld: wanneer een cliënt nooit openlijk stottert, uit

angst voor afwijzing, leidt dat ertoe dat deze geen ervaringen heeft waaruit kan blijken of afwijzing daadwerkelijk volgt op openlijk stotteren. De gedachte dat anderen de cliënt zullen afwijzen blijft dan erg geloofwaardig, wat de angst en het vermijdingsgedrag in stand houdt. Vaak is psycho-educatie over de functie en de nadelige effecten van vermijdingsgedrag nuttig om de veranderingsbereidheid van cliënten te vergroten.

### Experiëntiële therapie

Het is meer regel dan uitzondering dat stotteren vanwege nare, afwijzende en/of beschamende ervaringen emotioneel beladen is geworden. Dit kan zich uiten in een afkeer om over het stotteren te spreken, veel spanning, schaamte, verdriet of boosheid en een beschadigd zelfbeeld. EMDR is een bewezen effectieve methode om de emotionele gevolgen van ingrijpende gebeurtenissen te verwerken.<sup>12</sup>

In de klinische praktijk heeft een van de auteurs (AV) daarmee ervaring opgedaan en het resultaat is overtuigend. De cliënt is veel emotionele lading kwijt en de angst is aanzienlijk verminderd. De spanning die spreek situaties nog wel geven kan de cliënt aan, zodat hij met gedragsexperimenten durft te werken. Vervolgens ontwikkelt zich een opgaande lijn in herstel van het negatief zelfbeeld, meer vrijheid wordt ervaren in het aangaan van spreek situaties en daarbij wordt minder ongemak ervaren.

Wanneer de persoon die stottert emotioneel niet de steun, bescherming of troost gekregen heeft toen hij de nare gebeurtenissen meemaakte, kan die zich ongelukkig, mislukt, minderwaardig en eenzaam voelen wanneer het spreken tegenvalt. Het is dan van belang een compassievolle en milde houding naar zichzelf te ontwikkelen wanneer dat gebeurt. Imaginatie met rescripting is een methode die daarop aansluit. Daarbij wordt een nare of betekenisvolle gebeurtenis opgehaald uit het geheugen en beleeft de cliënt die opnieuw bijvoorbeeld als kind of puber. Vervolgens wordt die gebeurtenis herschreven op een wijze zoals de cliënt het nodig had gehad of zelf had willen doen als hij dat toen gekund had. De cliënt kan alsnog de gevoelens, emoties of behoeften uiten die hij toen heeft onderdrukt.<sup>13</sup>

Zowel EMDR als imaginatie met rescripting kan ingezet worden in de behandeling van mensen die stotteren.

## Voorbeeld samenwerking tussen logopedist en psycholoog

### CASUS JESSICA

Jessica, 31 jaar, stottert haar hele leven. Haar moeder stottert ook. Zij heeft zich daarover lang schuldig gevoeld naar Jessica. Op de basisschool werd gezegd dat het wel meeviel en werd haar spreken benoemd als haperen; ze zou er wel overheen groeien. Zelf vond ze haar stotteren geen probleem, tot ze op de middelbare school kwam en meer

moest voorlezen in de klas. Toen merkte ze dat het meer was dan vastlopen. Ze voelde zich minderwaardig doordat ze stotterde en werd bang daarop afgewezen te worden. Vooral in het derde jaar werd ze gepest wanneer ze stotterde. Ze zou niet overgaan naar havo-4 en is daarom naar de mbo-V(erpleegkunde) gegaan. Deze ingrijpende ervaringen brachten haar bij een logopedist.

De eerste jaren kreeg Jessica intensief logopedie en de afgelopen jaren kwam ze één of twee keer per jaar om de technieken weer even 'op te frissen'. Ook heeft ze een aantal groepstherapieën gevolgd zoals de RAP (relaxed anders praten)-training en VIP (vrijheid in praten)-training.<sup>7</sup> Door de logopedische begeleiding heeft ze geleerd haar stotteren te aanvaarden en technieken toe te passen om het spreken makkelijker te laten verlopen.

Inmiddels heeft Jessica na de mbo-V de hbo-V gedaan en werkt ze met veel plezier als verpleegkundige op een afdeling Chirurgie in het ziekenhuis. Ze woont op zichzelf en heeft geen partner. Daar verlangt ze wel naar, maar ze is angst gaan ontwikkelen voor het stotteren bij het leggen van nieuwe contacten en daten.

Enige tijd geleden ging ze naar haar logopedist, omdat ze helemaal in paniek raakte als ze stotterde. Deze keer was het anders dan de keren daarvoor. Met haar spreken liep ze helemaal vast en zij voelde veel spanning op haar borst. Ze kon eigenlijk alleen nog maar vluchten om uit die situatie te komen. Deze paniek heeft ze altijd wel een beetje gehad, maar ze is de controle erover kwijtgeraakt, nadat een arts haar corrigeerde op haar spreken. Dat heeft haar onmacht en angst gegeven en pijnlijk gemaakt. Ze is bang geworden om weer vast te lopen of voor schut te staan. De logopedist adviseerde haar zich hiervoor met EMDR te laten behandelen. Met een verwijzing van de huisarts meldt ze zich aan bij een vrijgevestigd psychotherapeut, vanwege angst bij het stotteren.

Jessica vertelt tijdens de intake dat het boven op haar borst gaat vastzitten, en ze er niet meer uit komt. Ze heeft het één keer per week à twee weken, sinds ruim een half jaar. Ze schrok altijd al van een stotter, maar de paniek is nieuw. Als ze die voelt, wil ze het liefst vluchten uit dat moment. Ze probeert nog na te denken, rustig te blijven en klinkers te verlengen, zoals ze geleerd heeft tijdens de stottherapie. Maar ze schaamt zich en wordt bang van wat er met haar gebeurt en dat ze raar doet. Als er iemand bij haar is, probeert ze te zeggen dat ze stottert. Meestal kan ze geen oorzaak aanwijzen, maar ze is het meest bang dat het gebeurt als ze met een jongen praat als ze op stap is of uitgaat. Ze is bang dat die jongen zich afvraagt wat zij nu doet, dat ze hem afschrikt en hij zich van haar afkeert. Het wordt duidelijk dat Jessica al lange tijd de kerngedachte heeft: ik ben niet goed genoeg, ik faal. De tussenliggende gedachte is: als ik stotter ben ik raar en word ik afgewezen. Ze heeft altijd situaties proberen te vermijden waarin ze

op de voorgrond moet treden terwijl ze spreekt. Situaties waarin ze zich beoordeeld voelt, gaven altijd angst voor een negatief oordeel. Om dat te voorkomen stelt ze hoge eisen aan zichzelf en loopt ze al jaren op haar tenen. Dit uit zich in een algehele vermoeidheid, spanning, lichamelijke klachten en weinig zin om nieuwe situaties aan te gaan terwijl ze avontuurlijk is ingesteld. Ze lijdt eronder, terwijl ze op het oog goed functioneert.

De diagnose die gesteld wordt volgens DSM-5-classificatie is een sociale angststoornis.

Omdat haar gevoel in verband gebracht kan worden met nare gebeurtenissen die ze meegemaakt heeft, besluit de psychotherapeut haar met EMDR te behandelen.

Bij de start van de behandeling heeft zij de volgende vraag op papier beantwoord:

- *Wat heb ik meegemaakt wat voor mijn gevoel bewijst dat het waar is dat ik word afgewezen als ik stotter?*

Jessica heeft vijf gebeurtenissen opgeschreven die ze zowel als kind heeft meegemaakt, als tijdens haar puberteit toen ze gepest werd en ook recent op haar werk als verpleegkundige in het ziekenhuis.

Deze gebeurtenissen zijn vervolgens met EMDR behandeld van meeste naar minste bewijs.

In twee sessies EMDR ging de spanning die de herinneringen aan die gebeurtenissen haar nu nog geven, volledig naar 0. Het ging vooral om de ervaren machteloosheid. De pijn die haar dat nog gaf, kon ze toelaten en verwerken. Ze kon maximaal geloven de herinneringen aan te kunnen. Het waren intensieve, emotionele sessies. Ze voelde daarna veel lading kwijt te zijn en kon opgelucht ademen. De PC (*positive cognition*) was: 'ik kan het aan'.

Vervolgens zijn toekomstige situaties waarop ze al met angst anticipeert, behandeld met een *flash forward*. Het grootste schrikbeeld is dat ze in een uitgaansgelegenheid staat, een jongen iets aan haar vraagt en zij stottert. Ze ziet zijn schrikreactie. Dit beeld geeft dezelfde paniek en drang om direct te willen vluchten uit de nare situatie. Nadat ook dit beeld is behandeld met EMDR, kan ze geloven zo'n toekomstige situatie aan te kunnen. Het werkte direct, ervarende Jessica, tijdens en na de behandeling. In sociale situaties voelt ze geen angst meer en spreekt ze vrijuit. Dat haar stotteren niet zal verdwijnen weet ze en dat hoeft ook niet. Het belemmert haar echter niet meer in spreek-situaties. Na dit positieve effect op de EMDR is met schemagerichte interventies, waaronder imaginatie met rescripting, haar negatieve zelfbeeld behandeld en is ze gegroeid naar compassie voor zichzelf.

## Conclusie

In dit artikel is beschreven wat stotteren is, wat de oorzaken daarvoor kunnen zijn en door welke factoren het stotteren in stand wordt gehouden of verergert. Dit is samengevat in het *Praktijkmodel Stotteren*. Stotteren is een multifactoriële aandoening die behandeld kan worden vanuit zowel de logopedie als de psychologie. In de basis gaat het erom dat de persoon die stottert het spreken kan aanvaarden zoals het gaat, en zichzelf niet als doel blijft stellen vloeiend te moeten kunnen spreken. Anders blijven angst en schaamte overheersen en kan het stotteren verergeren. Pas daarna kan desgewenst verbale therapie worden toegepast om het spreken makkelijker en comfortabeler te maken. Een belangrijk doel is de impact van het stotteren op het leven van de cliënt te verminderen en het spreken comfortabeler en efficiënter te laten verlopen.

Wanneer ingrijpende gebeurtenissen referentieel verbonden zijn met angst voor het stotteren, de denkpatronen onvoldoende veranderen of de angst overheerst, waardoor de persoon die stottert blijft vermijden, kan verwijzing naar een psycholoog geïndiceerd zijn. EMDR kan effectief zijn om de emotionele lading en impact van betekenisvolle gebeurtenissen te verminderen. Als de angst voldoende verminderd is, kan exposure aan het stotteren verder worden toegepast. Interventies uit de schematherapie kunnen ingezet worden om veranderingen in het zelfbeeld tot stand te brengen en meer zelfcompassie te ontwikkelen.

De auteurs spreken de wens uit dat dit artikel een stimulans en inspiratiebron is voor zowel logopedisten als psychologen om de samenwerking met elkaar op te zoeken. ■

## Literatuur

1. NVLF. Richtlijn stotteren bij kinderen, adolescenten en volwassenen 2020 [paragraaf 9.4] (<https://nvlf.nl/app/uploads/2024/01/Richtlijn-stotteren-2020-def.pdf>).
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Virginia: APA; 2013.
3. NVLF. Richtlijn stotteren bij kinderen, adolescenten en volwassenen, 2020 [paragraaf 2.1.5] (<https://nvlf.nl/app/uploads/2024/01/Richtlijn-stotteren-2020-def.pdf>).
4. NVLF. Richtlijn stotteren bij kinderen, adolescenten en volwassenen, 2020 [paragraaf 2.1.1] (<https://nvlf.nl/app/uploads/2024/01/Richtlijn-stotteren-2020-def.pdf>).
5. NVLF. Richtlijn stotteren bij kinderen, adolescenten en volwassenen, 2020 [paragraaf 2.1.2] (<https://nvlf.nl/app/uploads/2024/01/Richtlijn-stotteren-2020-def.pdf>).
6. Oonk LC, Franken MC, Nil L de, et al. Ontstaan en ontwikkeling van stotteren: voorstel praktijkmodel. *Stem-, Spraak- en taalpathologie* 2022;27:28-40.
7. Stotterfonds. Volwassenen – Therapievormen. Geraadpleegd via <https://www.stotteren.nl/volwassenen/therapievormen.html> op 30 april 2025.
8. Bezemer M, Bouwen J. *Stotteren van Theorie naar Therapie* (3<sup>e</sup> herz. druk). Bussum: Coutinho; 2018.
9. Stamma. The Declaration of the Right to Stutter (21<sup>st</sup> October 2022). Geraadpleegd via [www.stamma.org](http://www.stamma.org) op 30 april 2025.
10. Broeke EV ten. *Cognitieve therapie: de basisvaardigheden*. Amsterdam: Boom uitgevers; 2014.
11. Lowe RH. Safety behaviors and stuttering. *Journal of Speech Language and Hearing Research* 2017;60(5):1246-53.
12. Jongh A de, Roos C de, El-Leithy S. State of the science: Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy. *Journal of Traumatic Stress* 2024;37(2):205-6.
13. Genderen H van. *Doorbreek je patronen in vijf stappen*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds; 2023.

De auteurs hebben geen financiële banden met de farmaceutische industrie, ontvangen geen onderzoeksgeld van commerciële partijen en hebben geen bedrijfsbelangen of andersoortige financiële relaties met betrekking tot dit onderwerp. Beide auteurs namen deel aan de werkgroep van Demosthenes: 'Samenwerking tussen logopedist en psycholoog'.