

SAMENWERKING

LOGOPEDIST EN PSYCHOLOOG

in de behandeling van
stotteren bij volwassenen

In opdracht van de Nederlandse stotter- en broddelvereniging Demosthenes, 2025

Demosthenes
Nederlandse Stotter- en Broddelvereniging



1. Aanleiding en doel van dit document	4
2. Visie en ervaringen van de werkgroep	7
3. Deel I Informatie voor de psycholoog	10
4. Deel II Informatie voor de logopedist en psycholoog	18
Logopedische behandeling bij stotteren	19
Psychologische behandeling bij stotteren	20
5. Deel III Voorbeelden van samenwerking tussen een logopedist en een psycholoog	25
Voorbeeld 1 Casus Alice	26
Voorbeeld 2 Casus Jessica	30
6. Deel IV Informatie voor de logopedist	35
7. Deel V Aanbevelingen	37
8. Deel VI Leden van de werkgroep	40
9. Bronvermelding	44
10. Bijlage	46




1.

**AANLEIDING EN DOEL
VAN DIT DOCUMENT**

Op initiatief van Demosthenes, de Nederlandse stotter- en broddelvereniging, is de werkgroep 'Samenwerking logopedist psycholoog' gevormd. De reden hiervan was de Herziene Richtlijn Stotteren (NVL, 2020). 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 (de 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 (2020) 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. Bijlage 5 van dezelfde richtlijn, is een handreiking om de logopedist te helpen met de signalering hiervan en contact te leggen met een psycholoog. Ook is in deze bijlage



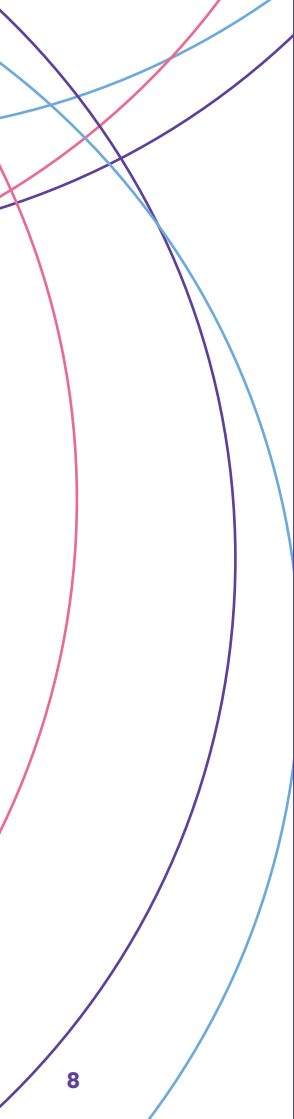
beschreven dat de logopedist de psycholoog dient te informeren over stotteren en de impact ervan. Psychologen hebben doorgaans weinig tot geen kennis over stotteren. Demosthenes heeft daarom een werkgroep samengesteld bestaande uit logopedisten en psychologen waarvan een aantal ook ervaringsdeskundigen zijn: 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 is in de periode mei 2022 t/m maart 2025, 11 keer online bijeengekomen.

De Herziene Richtlijn Stotteren (2020) is als uitgangspunt genomen voor dit document. De werkgroep is zich ervan bewust dat de visie op stotteren en de behandeling ervan aan verandering onderhevig is. Vanuit het neurodiversiteitsdenken wordt het stotteren steeds meer gezien als een manier van spreken in plaats van een stoornis. Dit heeft gevolgen voor de inhoud van de logopedische behandeling. De werkgroep verwacht dat bij een volgende herziening van de richtlijn deze verandering meegenomen zal worden. De werkgroep verwacht ook dat aanbeveling 22 over verwijzing naar de psycholoog niet zal veranderen, noch de inhoud van die samenwerking.



2.

**VISIE EN ERVARINGEN VAN
DE WERKGROEP**



Tijdens de bijeenkomsten van de werkgroep zijn kennis en ervaring uitgewisseld over stotteren. Daarnaast zijn diverse benaderingen van angst- en vermijding bij stotteren besproken en vormen van exposure en desensitisatie. Ook is er uitwisseling geweest over de verschillende stromingen binnen de cognitieve gedragstherapie.

De ervaring van de werkgroep is dat door elkaar en elkaars terminologie te leren kennen de logopedist en psycholoog naar samenwerking toegroeien. Samenwerking draagt bij aan de kennis over stotteren en de behandeling van stotteren. Dit komt de persoon die stottert ten goede als zo stagnatie voorkomen en een meer bestendige verandering bereikt wordt.

In het verleden is er in Nederland een vruchtbare samenwerking geweest tussen logopedisten en psychologen. Dit heeft bijvoorbeeld geleid tot het Erasmus-viercomponentenmodel voor stotteren (Bezemer e.a. 2018). Hierin wordt stotteren zowel in een theoretisch model als in een praktisch werkkader geplaatst. Ook waren psychologen in het verleden lid van de Nederlandse Vereniging van Stottertherapie (NVST); op dit moment is dat niet meer het geval.

De werkgroep spreekt de wens uit dat dit document een stimulans en een inspiratiebron zal zijn voor zowel logopedisten als psychologen om elkaar op te zoeken. Het geeft informatie voor psychologen over stotteren en over de werkwijze van logopedisten. Voor logopedisten geeft het informatie over de werkwijze van psychologen. Er worden twee voorbeelden beschreven van samenwerking en er wordt uitgelegd hoe een doorverwijzing naar de psycholoog tot stand kan komen.



3.


DEEL I
INFORMATIE VOOR
DE PSYCHOLOOG

In dit document wordt met de term stotteren 'ontwikkelingsstotteren' bedoeld: stotteren dat ontstaan is in de kindertijd. In navolging van wat er in de Herziene Richtlijn Stotteren (2020) is afgesproken, wordt 'personen die stotteren' afgekort als: PDS.

Een logopedist-stottertherapeut is een logopedist, ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici, die een post-hbo opleiding gevolgd heeft (European Stuttering Specialization of gelijkwaardig) en ingeschreven is in het CESS-register (Certified European Stuttering Specialists). In dit document is ervoor gekozen om de term logopedist te gebruiken. Hieronder vallen zowel de all-round logopedist als de logopedist-stottertherapeut.

Definitie

Stotteren wordt in de herziene Richtlijn Stotteren als volgt omschreven: "Ontwikkelingsstotteren is een stoornis in de vloeiendheid van het spreken die ontstaat in de kindertijd. De onvloeiendheden passen niet in het normale vloeiende verloop en het tijds patroon van de spraak behorende bij de leeftijd van de betrokkene en diens taalvaardigheid en persisteren langere tijd. Kenmerkend is het herhalen van klanken en lettergrepen, verlengen van medeklinkers en klinkers, onderbroken woorden (pauzes binnen een woord), hoorbaar of geluidloos blokkeren (opgevulde of onopgevulde pauzes in de spraak), circumlocutie (vervangen van woorden om problematische woorden te vermijden),



het produceren van woorden met een overmaat aan lichamelijke spanning en monosyllabische herhaling van hele woorden (bijvoorbeeld 'Ik-ik-ik-ik zie hem')" (NVLF, 2020). "Ontwikkelingsstotteren ontstaat over het algemeen vóór het zesde levensjaar, meestal tussen de tweeënhalf en vier jaar. 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 (DSM-5, 2016)" (NVLF, 2020).

Naast ontwikkelingsstotteren kan stotteren ook op latere leeftijd ontstaan door een traumatische gebeurtenis of een neurologische oorzaak, in de Herziene Richtlijn Stotteren (2020) wordt hierover geschreven:

Neurogeen stotteren

"Neurogeen stotteren is een verworven spraakstoornis die zich kenmerkt door stotterachtige onvloeiendheden na een hersenbeschadiging. Het kan ontstaan na een Cerebraal Vasculair Accident (CVA), maar ook na een hersentrauma of als gevolg van een degeneratieve neurologische aandoening. Deze vorm van stotteren komt vooral voor bij volwassenen" (NVLF, 2020).

Psychogeen stotteren


“Psychogeen stotteren begint in de late tienerjaren of op oudere leeftijd en kan ontstaan na een traumatische ervaring, na een lange periode van stress of in combinatie met een psychiatrische stoornis” (NVLF, 2020).

Impact

De impact van stotteren wordt in de Herziene Richtlijn Stotteren (2020) omschreven als: “Stotteren veroorzaakt angst om te spreken of beperkingen in de effectieve communicatie, sociale participatie, of schoolresultaten of werkpresentaties, elk afzonderlijk of in combinatie. (DSM-5, 2016). Stotteren kan grote gevolgen hebben voor het persoonlijke en sociale functioneren van de persoon die stottert (PDS). De mate van stotteren varieert per situatie. In spreesituaties die in sociaal of emotioneel opzicht spanning opwekken, kan het stotteren ernstiger worden. Spreken tegen een klein kind of praten als je alleen bent, zijn voorbeelden van situaties waarin het spreken meestal vloeiender wordt. Ook zingen gaat bijna altijd vloeiend” (NVLF, 2020).

Epidemiologie

De epidemiologie en de oorzaken van stotteren worden in de Herziene Richtlijn Stotteren (2020) als volgt beschreven: “De prevalentie van stotteren, het aantal personen dat stottert op een specifiek moment, wordt geschat op 0,7-1% van de wereldbevolking (Seery & Yairi, 2015).



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 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% (Ambrose et al., 2015; Kefalianos et al., 2017). In oudere studies liepen de schattingen van herstel uiteen van 50 tot 94% (Yairi & Ambrose, 2013). 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 (Finn et al., 2005; Kell et al., 2009). 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), maar het herstel bij meisjes is groter dan bij jongens. De ratio stotterende mannen-vrouwen bij volwassenen is ongeveer 4:1 (Yairi & Ambrose, 2013). Stotteren komt over de hele wereld voor, bij ieder ras en in iedere cultuur" (NVLf, 2020).

Oorzaken

"Er zijn veel theorieën over stotteren, maar de onderliggende oorzaak van stotteren is voornamelijk 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. Hersenstructuren en -functies: uit elektrofysiologische en fMRI-studies naar stotteren bij volwassenen komt naar voren dat er overactivatie en ook onderactivatie in bepaalde hersengebieden is. Ook worden er anatomische verschillen gevonden in hersenstructuren van kinderen.

Sensomotorisch systeem:

het sensomotorische systeem van een subgroep van pds (ook kinderen) reageert trager en is minder stabiel dan van controlegroepen.



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.

Persoonlijkheid en Temperamentstijl:

Er zijn aanwijzingen dat kinderen die stotteren zich minder goed kunnen aanpassen, een kortere aandachtspan hebben en meer negatieve gevoelens hebben. De vraag of dit een oorzaak of een gevolg van het stotteren is kan op dit moment nog niet beantwoord worden.

Omgevingsfactoren:

bijvoorbeeld communicatiestijl ouders. Een stressvolle omgeving of gebeurtenis wordt wel gezien als een factor die het stotteren soms kan uitlokken of in stand 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 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 constructivismen (T) gaan dieper in op de cognitieve processen die maken dat gebeurtenissen op een bepaalde manier worden geanticipeerd en geïnterpreteerd" (NVLF, 2020).



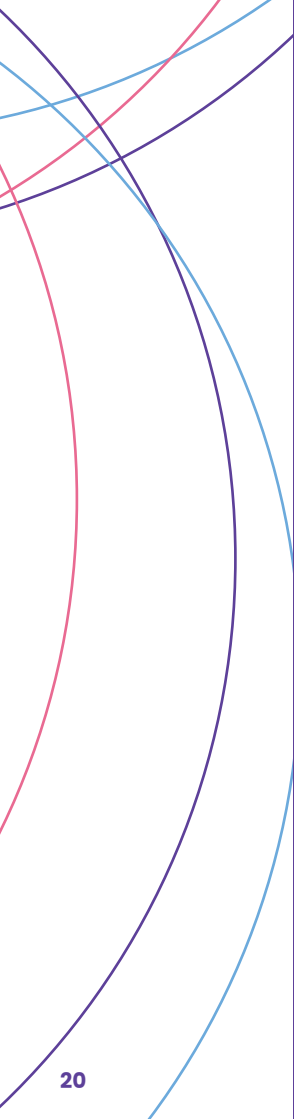
4.

DEEL II
INFORMATIE VOOR
DE LOGOPEDIST
EN PSYCHOLOOG

Logopedische behandeling bij 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 communicatie tussen de cliënt en de omgeving. Samen met de cliënt worden na anamnese en onderzoek realistische doelen geformuleerd. Zoals in de inleiding al is beschreven, is de visie op stotteren aan het veranderen.

De inhoud van de behandeling wordt bepaald door de visie die de logopedist en cliënt hebben op stotteren. Er zal in de behandeling aandacht zijn voor de cognitieve, emotionele, sociale en spraakmotorische aspecten van het stotteren. De behandeling kan bestaan uit het herkennen en veranderen van irrationele of belemmerende gedachten rondom stotteren of het herkennen/voelen van emoties rondom stotteren. Het herkennen en veranderen van ineffectieve coping strategieën zoals het gebruiken van synoniemen, veranderen van zinnen, het nemen van aanloopjes en het vermijden van spreek situaties is ook een onderdeel van de therapie. Verder kan er aandacht besteed worden aan het leren toepassen van stottermodificatietechnieken (het veranderen/opvangen van het stottermoment zelf) en vloeiendheidsbevorderende spreektechnieken. Nieuwe strategieën worden niet alleen in de behandelkamer geoefend maar ook hierbuiten of met hulpmiddelen zoals Virtual Reality. De cliënt wordt tevens uitgenodigd om zijn/haar omgeving hierin mee te nemen.



In de Herziene Richtlijn Stotteren (2020) 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 spreeksituaties 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” (NVLF, 2020). Het is de indruk van de werkgroep dat deze samenwerking op kleine schaal ook al vorm gegeven wordt.

Psychologische behandeling bij stotteren

Een bewerking van bijlage 5, Herziene Richtlijn Stotteren (2020).

Zie Bijlage.

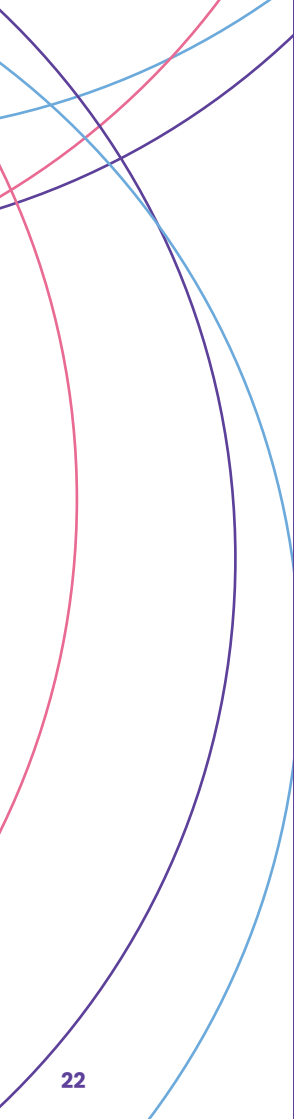
Sommige problemen in de behandeling van stotteren raken aan de expertise van de psycholoog. Dit document helpt logopedisten zulke problemen te herkennen en om te bepalen of samenwerking met een psycholoog verstandig is. Het is een aanzet tot een multidisciplinaire aanpak van stotteren.

Cognitieve therapie

Binnen cognitieve therapie staat het wijzigen van irreële, niet-helpende gedachten centraal. Door irreële gedachten op te sporen en te onderzoeken op geloofwaardigheid, wordt getracht de cliënt een meer rationele denkwijze aan te leren (Ten Broeke, 2014). Gedachten kunnen echter hardnekkig zijn. Ook als de persoon die stottert inziet dat zijn gedachten niet kloppen kunnen ze toch 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. Het opsporen en falsificeren van deze kerncognities is nodig om denk- en gevoelspatronen aangaande het stotteren grondiger aan te pakken. De psycholoog is opgeleid om op dit niveau te interveniëren. Vaak volstaat verbale logica niet en moet de persoon die stottert meer aan den lijve ervaren dat zijn oude opvattingen niet kloppen. De psycholoog maakt hiervoor gebruik van gedragsmatige (bijvoorbeeld exposure) en experiëntele technieken (oefeningen die meer op het onderliggende gevoel ingaan).

Gedragstherapie

Gedragstherapie is een krachtige manier om gedachten verder 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 te onderzoeken op realiteit. Dit kan met gedrags- experimenten. Dan wordt nieuw gedrag daadwerkelijk uitgevoerd en 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 daadwerkelijke 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 (Ten Broeke, 2014).

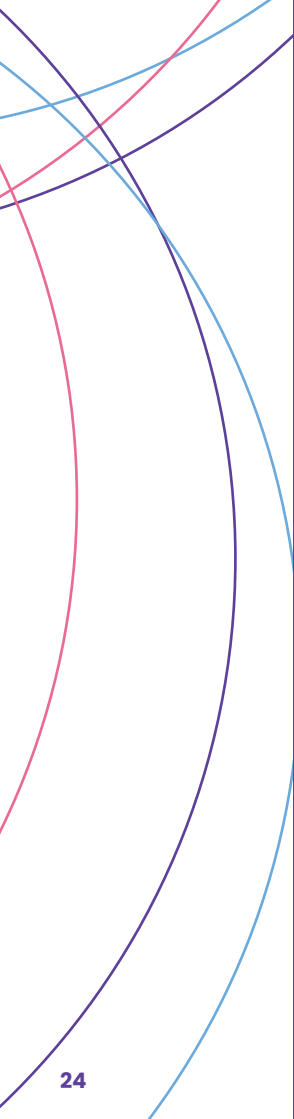
Vermijdings- en veiligheidsgedrag kan een grondig onderzoek naar de geloofwaardigheid van angstinducerende gedachten in de weg zitten. Onderzoek wijst dan ook uit dat veiligheidsgedrag geassocieerd is met instandhouding van angstklachten. Er vindt immers geen falsificatie en extinctie van de angst plaats. Exposure is dan nodig om dat gedrag op te geven. De cliënt kan dan bloot gesteld worden aan zijn angsten en de confrontatie met de geloofwaardigheid van zijn gedachten aan gaan. Uit een studie met 133 personen die stotteren bleek dat de inzet van veiligheidsgedrag (zoals het vermijden van een woord) veel voor komt en geassocieerd is met overmatige spanning, angst voor afwijzing en irrationele gedachten met betrekking tot stotteren (Lowe, 2017). Het kan van belang zijn om vermijdings- en veiligheidsgedrag in kaart te brengen, de voor- en nadelen hiervan met je 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.

Een psycholoog is getraind in het grondig in kaart brengen van vermijdings- en veiligheidsgedrag en kan interventies aanbieden bij het helpen doorbreken van deze vicieuze cirkels. Wanneer je denkt dat er bij je cliënt sprake is van hardnekkig vermijdingsgedrag dat het opdoen van nieuwe leerervaringen in de weg staat, dan kan dit aanleiding zijn voor het consulteren van een psycholoog. In overleg kan per casus onderzocht worden hoe de exposure geoptimaliseerd kan worden.

Emotie, de rol van pijnlijke herinneringen

Vaak komt het voor dat stotteren vanwege nare, afwijzende en/of beschamende ervaringen emotioneel beladen is geworden. Dit kan zich uiten in een afkeer om over het probleem te praten, veel spanning, schaamte, verdriet of boosheid en een beschadigd zelfbeeld. Een psycholoog is opgeleid om deze ingrijpende en betekenisvolle



herinneringen te helpen verwerken. De praktijk leert dat EMDR hiervoor een effectieve methode is. Wanneer de persoon die stottert emotioneel niet de steun, bescherming of troost gekregen heeft toen die de nare gebeurtenissen mee heeft moeten maken, is imaginatie met rescripting een helpende interventie gebleken. Dit helpt ook om het beschadigde, negatieve zelfbeeld te verwerken, zodat gekomen kan worden tot een reëel zelfbeeld.

Samenwerken

De werkgroep is van mening dat bij sommige cliënten samenwerking tussen logopedist en psycholoog van toegevoegde waarde is voor de behandeling. Met name geldt dit voor cliënten bij wie de angst voor het stotteren weinig vermindert en bij wie het vermijdingsgedrag daarom in stand blijft. Het is daarbij van belang dat de logopedist zijn/haar kennis over stotteren en wat het voor die cliënt betekent, overbrengt op de psycholoog.



5.

DEEL III
VOORBEELDEN VAN
SAMENWERKING TUSSEN
EEN LOGOPEDIST
EN EEN PSYCHOLOOG

Voorbeeld 1 Casus Alice

Alice, 23 jaar, die vanaf haar negende stottert, gaat in stottertherapie. Ze heeft drie negatieve gedachten:

- 1. Als ik stotter zet ik mijzelf voor gek*
- 2. Niemand wil dan met mij omgaan.*
- 3. Ik ben minderwaardig.*

Door de angst en schaamte omzeilt ze moeilijke woorden, praat ze zachter en maakt excuses. Vaak gaat ze situaties uit de weg of houdt haar mond. Bijna niemand weet dat ze stottert.


Sinds haar studie werkt ze in de jeugdzorg en heeft ze meer last van haar stotteren. Ze wil het niet laten horen maar kan het niet verbergen. De gedachten die haar in de weg zitten blijken moeilijk te veranderen. De logopedist en Alice komen tot de conclusie dat een verwijzing naar de psycholoog wenselijk is. De logopedist verwijst Alice daarom naar de huisarts.

De psycholoog constateert dat Alice een sociale angststoornis heeft en daagt, net als de logopedist, haar negatieve gedachten uit. Klopt het dat ze zichzelf voor gek zet als ze stottert, dat ze minderwaardig is en niemand met haar wil omgaan? Wat wijst daar op? Wat pleit ertegen? Hoe kan ze uitzoeken wat waar is? Ze besluiten dat Alice haar probleem met haar beste vriendin Janke gaat bespreken.

Hoewel Alice het eng vindt lukt het haar een openhartig gesprek met Janke te hebben. Wat Alice eigenlijk al wist, weet ze na dit gesprek nog beter: haar gedachten kloppen niet. Maar het blijft verstandelijke kennis. Het voelt anders en haar angst en schaamte en de vermijding nemen niet wezenlijk af. Ze wil gewoon niet stotteren. Bovendien is het bij haar cliënten anders dan bij Janke. 'Is het haalbaar om als vloeiende spreker door het leven te gaan', vraagt de psycholoog, die van de logopedist een en ander over stotteren heeft geleerd. 'Ik denk het niet', moet Alice bekennen. 'Nou, dan zou ik er maar mee ophouden om dat te proberen,' zegt de psycholoog een beetje cru. 'Of voortaan je mond houden, dat kan natuurlijk ook.'

De psycholoog gooit het over een andere boeg. 'Helpen die negatieve gedachten je? En is je vermijdingsgedrag een oplossing?' Nee, dat ziet Alice wel in. Veel verstandiger om niet zo te piekeren en gewoon te zeggen wat ze te zeggen heeft. 'Maar ik kan de negatieve gedachten niet stoppen', zegt Alice, 'ik kan niet vrijuit praten.' 'Dat denk je', zegt de psycholoog, 'zullen we eens uitproberen of dat echt zo is?'

Ze gaan situaties van haar werk naspelen en nemen die op video op. Na het eerste rollenspel vraagt de psycholoog hoeveel procent van haar aandacht op het gesprek en haar omgeving was gericht en voor welk deel ze met haar aandacht bezig was met zichzelf en de angst in haar lichaam. Alice blijkt haar aandacht sterk op zichzelf en de angst



te hebben gericht. Bij het terugkijken moet Alice proberen zich op de inhoud te focussen en niet op haar angst.

In het volgende rollenspel krijgt Alice de opdracht zich al tijdens het spelen op het gesprek te concentreren, haar aandacht te richten op wat de ander zegt en wat zijzelf wil zeggen en haar angst te negeren. Dat blijkt moeilijker. Maar het lukt een beetje haar aandacht te verleggen. En als ze blijven oefenen gaat het steeds beter.

Als ze het vijfde rollenspel terugzien, – de psycholoog speelt hierin een moeder van een kind met gedragsproblemen – ziet Alice dat ze heel natuurlijk overkomt en goed contact maakt met de moeder. Ze is rustig en deskundig. Behoorlijk stoer, vindt ze zelf. Ze praat goed maar niet vlekkeloos. Maar haar haperingen doen eigenlijk niets af aan haar functioneren. Stiekem merkt Alice op dat ze een prettige stem heeft en sympathiek overkomt.

De volgende keer dat ze bij de psycholoog komt vertelt ze dat ze op het werk wisselend succes heeft. Soms lukt het eigenlijk heel aardig zich op het gesprek te richten en niet bezig te zijn met haar angst. Maar bij een lastig echtpaar, waarvan de vrouw nogal dominant was, viel ze in haar oude patroon terug. ‘Dat geeft niet,’ zegt de psycholoog, ‘leren gaat met vallen en opstaan. Je bent op de goede weg’.

In een gesprek tussen Alice, psycholoog en logopedist wordt de behandeling geëvalueerd en weer overgedragen aan de logopedist. Die gaat met Alice oefenen om de aandacht te verdelen tussen het gesprek en het vergemakkelijken van de stotterers, zonder te focussen op onzekerheid en angst.

Er zullen momenten komen dat het spreken minder gaat. Als terugvalpreventieplan formuleren ze drie zelfinstructies:

1. Schrik niet van slechtere dagen en mindere periodes, ze horen erbij.
2. Het zijn uitgelezen kansen om mijn koelbloedigheid te trainen: blijven focussen op de inhoud van het gesprek, het makkelijker praten, het durven stotteren en het daarbij ervaren/verdragen van de angst. Als dit lukt mijn onzekerheid omzetten in een gevoel van trots: wat ga ik moedig met mijn stotteren om!
3. Eventueel contact opnemen met de psycholoog. Maar eigenlijk weet ik nu genoeg om samen met de logopedist verder te werken.

Voorbeeld 2 Casus Jessica

Jessica, 31 jaar, stottert haar hele leven. Haar moeder stottert ook. Zij heeft zich lang schuldig gevoeld naar Jessica daarover. Jessica zat op een heel kleine, veilige basisschool. Daar werd haar spreken benoemd als haperen. Er werd gezegd dat het wel meeviel en ze daar wel overheen zou 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 niet gewaardeerd doordat ze stotterde. Vooral in het derde jaar werd ze daarmee gepest. Ze zou niet overgaan naar HAVO-4 en is daarom naar de MBO-V gegaan. Deze ingrijpende ervaringen brachten haar bij een logopedist.

De eerste jaren kreeg Jessica intensief stottertherapie en de laatste jaren kwam ze 1 of 2 keer per jaar om de technieken weer even 'op te frissen'. Ook heeft ze een aantal groepstherapieën gevolgd zoals de RAP-training en VIP training. Door de stottertherapie heeft ze geleerd om haar stotteren te accepteren en technieken te gebruiken om beter uit haar woorden te komen.


Inmiddels heeft Jessica na de MBO-V de HBO-V gedaan en werkt ze met veel genoegen 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. Hierdoor vermijdt ze het om contacten te leggen.

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 dan helemaal vast en voelde veel spanning op haar borst. Alleen kon ze dan nog maar vluchten om uit die situatie te komen. Die paniek heeft ze altijd wel een beetje gehad, maar nu beheerste het haar meer en belemmerde het haar in het spreken, met name in sociale situaties.

De logopedist vertelde haar over EMDR therapie en dacht dat dit haar misschien kon gaan helpen. Via de huisarts is ze verwezen naar de Basis GGZ, vanwege angst bij het stotteren.

Jessica vertelt tijdens de intake dat het boven op de borst gaat vast zitten, en ze er niet meer uit komt. Ze heeft het 1 keer per week - 2 weken, sinds een 1/2 - 3/4 jaar ongeveer. Altijd al schrok ze 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, dat heeft ze geleerd bij de stottertherapie. Maar ze schaamt zich en wordt bang voor 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 uit gaat. 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 altijd de kerngedachte heeft over zichzelf: ik ben niet goed genoeg, ik faal. De tussenliggende gedachte is: als ik stotter ben ik raar en word ik afgewezen. Altijd heeft ze situaties proberen te vermijden waarin ze op de voorgrond moet treden terwijl ze spreekt. Situaties waarin ze zich beoordeelt 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. Hier lijdt ze onder, terwijl ze het op het oog goed functioneert. De diagnose die gesteld wordt volgens DSM-V classificatie is een andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis met vermijdende kenmerken.

De logopedist heeft al geprobeerd om met cognitief gedrags-therapeutische technieken Jessica handvaten te bieden die ze kan gebruiken als de paniek opkomt. Echter, dat helpt onvoldoende op dat moment. Daarom, én omdat haar gevoel in verband gebracht kan worden met nare gebeurtenissen die ze meegemaakt heeft, besluit de psychotherapeut om 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 5 gebeurtenissen opgeschreven die voor haar gevoel de gedachte het meest bewijzen. Gebeurtenissen 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 meest naar minste bewijs.

In 2 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. Het waren intensieve, emotionele sessies. Ze voelde daarna veel lading kwijt te zijn en kon opgelucht ademhalen. Vervolgens zijn toekomstige situaties waarop ze al met angst anticipeert, behandeld met een flash forward. Het grootste schrikbeeld was dat ze in een uitgaansgelegenheid staat, een jongen iets aan haar vraagt en zij stottert. Ze ziet zijn schrikreactie. Dit beeld gaf dezelfde paniek en drang om direct te willen vluchten uit de nare situatie. Nadat ook dit beeld is behandeld met EMDR kon ze geloven die aan te kunnen en de spanning was weg. Het werkte direct ervaren Jessica, tijdens en na de behandeling. Dit kon ze bijna niet geloven.



Jessica evalueerde enige tijd later dat het heel goed met haar gaat. In sociale situaties voelt ze geen paniek of spanning meer. Ze voelt zich niet meer ingehouden om iets te vertellen of te vragen en denkt er niet meer over na of ze iets spannend vindt. Dat haar stotteren niet zal verdwijnen weet ze en dat hoeft ook niet. Dat kan ze ook tegen mensen zeggen. Maar nu durft ze wel het gesprek aan te gaan en gaat geen situaties of woorden uit de weg. Ze voelt zich zelfverzekerd en is daar heel erg blij mee. Dit had ze veel eerder willen doen. De toekomst ziet ze met vertrouwen tegemoet.



6.

DEEL IV
INFORMATIE VOOR
DE LOGOPEDIST

Verwijzing naar de psycholoog

Als verwijzing naar een psycholoog geïndiceerd is, moet de cliënt, om voor vergoede zorg in aanmerking te komen, verwezen worden via de huisarts (medisch specialist of bedrijfsarts).

De logopedist heeft meestal niet in de hand waar de cliënt terecht komt, maar ervaring leert dat de huisarts goed in staat is naar de juiste persoon door te verwijzen. De psycholoog doet sowieso eerst een intake om te kijken of de cliënt op de juiste plek is.

Een andere aanpak is om als logopedist een warm lijntje te houden met een psycholoog zodat overlegd kan worden of advies gevraagd kan worden. Het kan een voordeel zijn als deze persoon ook verstand heeft van stotteren. Het heeft meerwaarde als de logopedist de psycholoog kent en weet wat die persoon in huis heeft. Zo kan de logopedist de cliënt adviseren een verwijzing te vragen naar een specifieke psycholoog.




7.

DEEL V

AANBEVELINGEN

1. Het document samenwerking plaatsen op de websites van Demosthenes, Stotterfonds en NVST.
2. Een bewerking van dit document als artikel plaatsen in Psy-expert, in GZ Psychologie of in EMDR magazine.
3. Nascholing organiseren binnen de NVST en NVLF over samenwerking met psycholoog.
4. Op de opleidingen Logopedie een gastcollege geven over de samenwerking logopedist-psycholoog bij de behandeling van stotteren bij volwassenen.
5. Psychologen uitnodigen voor het jaarlijkse Stotterfestival dat door Demosthenes georganiseerd wordt.
6. Psychologen en logopedisten vragen om een presentatie te geven op het Stotterfestival over samenwerking logopedist-psycholoog in de behandeling van stotteren bij volwassenen.
7. Document Werkgroep up-to-date houden na veranderende inzichten.
8. Logopedisten indien gewenst ondersteuning bieden in het verbinding zoeken met een psycholoog in hun omgeving/netwerk.

9. Bij de European Stuttering Specialization (ESS) een onderdeel toevoegen over samenwerking logopedist-psycholoog in de behandeling van stotteren bij volwassenen.
10. Psychologen toelaten als begunstiger van de NVST.
11. Document makkelijk vindbaar maken via internet.
12. Een bewerking van dit document als artikel plaatsen in Nederlands Tijdschrift voor Logopedie.
13. Bij de faculteiten Psychologie een gastcollege geven over stotteren.
14. Psychologen attenderen op de nieuwsbrieven van Demosthenes en het Stotterfonds.
15. Een landelijk consultatiepunt opzetten waar logopedisten hun vragen over stagnatie in de behandeling van stotteren zoals in dit document beschreven, kunnen voorleggen aan psychologen.



8.

DEEL VI
LEDEN VAN
DE WERKGROEP

Anneke Busser

Anneke is logopedist geregistreerd in het ESS register. Daarnaast ervaringsdeskundige met stotteren als kind en adolescent. Twee jaar bachelor opleiding Psychologie. Werkzaam in Stottercentrum Den Haag.
Contactgegevens: anneke@stottercentrumdenhaag.nl

Irma Uijterlinde

Irma is logopedist geregistreerd in het ESS-register. Werkzaam in Stottercentrum Utrecht.
Contactgegevens: info@stottercentrumutrecht.nl

Lennart Gorter

Lennart is als psycholoog werkzaam bij PsyQ in Utrecht en heeft zich de afgelopen jaren vooral toegelegd op het behandelen van mensen met persoonlijkheidsproblematiek. Lennart is ervaringsdeskundige met stotteren en heeft in zijn kindertijd verschillende stottertherapieën gevolgd.
Contactgegevens: imgorter@gmail.com

Hans Colombijn

Hans stottert en is gezondheidszorgpsycholoog. Hij werkt als praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (POH-ggz) in een huisartsenpraktijk. Een enkele keer verwijst het Stottercentrum Utrecht

mensen die stotteren naar hem voor een psychologische behandeling, gericht op het stotteren.

Contactgegevens: hanscolombijn@ziggo.nl

Aaltje Visscher

Aaltje is gz-psycholoog en psychotherapeut. Daarnaast EMDR practitioner, supervisor en leertherapeut NVP, VGCT en Schematherapie, ervaringsdeskundige w.b. stotteren. Werkzaam in haar eigen praktijk voor psychotherapie, Confido, in Lunteren en bij het Helen Dowling Instituut voor psycho oncologie. Behandelt met name complex trauma, persoonlijkheidsproblematiek, depressie, angststoornis en somatoforme stoornissen.

Contactgegevens: <https://www.linkedin.com/in/aaltje-visscher-784a6559/?originalSubdomain=nl>

Bereikbaarheid: www.praktijkconfido.nl | info@praktijkconfido.nl

Aline Lievers

Aline is logopedist geregistreerd in het ESS register en Integratief Coach (Groundwork), contactpersoon NVST-Demosthenes, oud-secretaris van Demosthenes en voorzitter van de werkgroep. Werkzaam in Praktijk voor Stottertherapie Leusden.

Contactgegevens: aline@stottertherapieleusden.nl

Mary de Boer-Groen

Mary werkt als logopedist en heeft sinds 34 jaar een eerstelijnspraktijk in Haarlem. Zij ziet daar zowel kinderen als volwassenen die stotteren. Zij heeft bijgedragen aan de ontwikkeling van het onderzoeks-instrument Emotieweb, waarmee de emotionele ontwikkeling van kinderen met communicatieve problemen in kaart kan worden gebracht. Zij heeft de bachelor psychologie aan de Universiteit Leiden afgerond. Zij volgt nu de Master Child- en Adolescent Psychology en is in de laatste fase van deze opleiding.

Contactgegevens: *mdeboer@haarlemlogopedie.nl*

9.

BRONVERMELDING

Bezemer, M. &. (2018). *Stotteren van Theorie naar Therapie*. Bussum: Coutinho, 3e herziene druk.

Lowe, R. H. (2017). Safety behaviors and stuttering 60. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, pp. 1246–1253.

NVLF. (2020). *Richtlijn stotteren bij kinderen, adolescenten en volwassenen 2020* [paragraaf 2.1.1]. Opgehaald van [www.nvlf.nl](https://www.nvlf.nl/wp-content/uploads/sites/2/2021/11/Richtlijn-stotteren-2020-def.pdf): <https://www.nvlf.nl/wp-content/uploads/sites/2/2021/11/Richtlijn-stotteren-2020-def.pdf>

NVLF. (2020). *Richtlijn stotteren bij kinderen, adolescenten en volwassenen 2020* [paragraaf 2.1]. Opgehaald van www.nvlf.nl: <https://www.nvlf.nl/wp-content/uploads/sites/2/2021/11/Richtlijn-stotteren-2020-def.pdf>

NVLF. (2020). *Richtlijn Stotteren kinderen, adolescenten en volwassenen 2020* [paragraaf 9.4]. Opgehaald van www.nvlf.nl: <https://www.nvlf.nl/wp-content/uploads/sites/2/2020/09/2.-20200630-Bijlagen-Richtlijn-Stotteren-def.pdf>

Ten Broeke, E. V. (2014). *Cognitieve therapie: de basisvaardigheden*. Amsterdam: Boom uitgevers.

10.

BIJLAGE

Bijlage 5 Handreiking bij moeizaam verlopende behandelingen van adolescenten en volwassenen die stotteren. Wanneer consulteer je een psycholoog en wat kan deze doen?

Tijdens de behandeling van stotteren kunnen zich allerlei moeilijkheden aandienen en complicaties optreden, waardoor de gewenste progressie in de therapie uitblijft. Dit document is bedoeld om logopedisten op weg te helpen bij het signaleren hiervan en indien nodig ondersteuning te zoeken bij of samen op te trekken met een psycholoog. Dit document kan gezien worden als eerste aanzet om stotteren multidisciplinair te benaderen met het doel de reguliere logopedische behandeling van stotteren te optimaliseren.

Cognitie

Binnen cognitieve therapie staat het wijzigen van niet-helpende, irrationele, negatieve of disfunctionele cognities centraal.

Door irrationele gedachten op te sporen en te onderzoeken op geloofwaardigheid, wordt getracht de cliënt een meer rationele denkwijze aan te leren (Ten Broeke et al., 2014). Wellicht merk je als logopedist op dat je cliënt gedachten heeft die hardnekkig zijn en daarmee moeilijk veranderbaar. Dit kun je toetsen door je cliënt te vragen naar de geloofwaardigheid van de oude irrationele versus de nieuwe rationele gedachte. Mocht de cliënt zich de nieuwe denkwijze moeilijk eigen maken of zeggen het wel te weten maar nog niet te voelen, ook na herhaaldelijk oefenen, dan kan overwogen worden een psycholoog te



consulteren. Per casus kan dan onderzocht worden hoe deze bij kan dragen aan het meer geloofwaardig maken van gedachten.

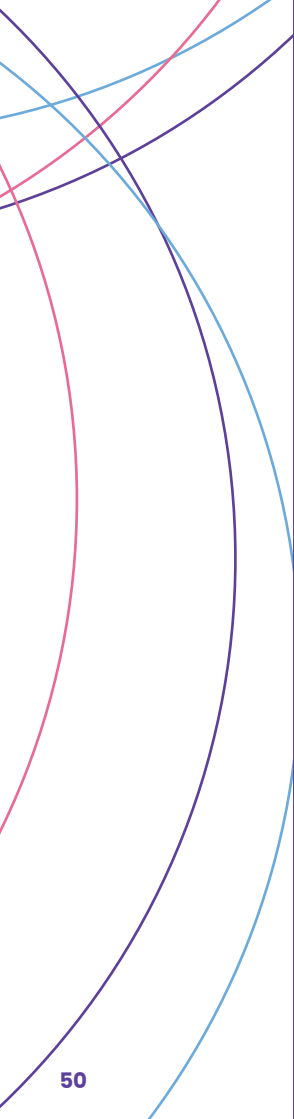
Over het algemeen kan gesteld worden dat cognities zich op verschillende 'niveaus' afspelen. Op een bewust niveau zijn er automatische gedachten die de cliënt kan verbaliseren en aan een kritisch onderzoek kan onderwerpen. Cognities spelen zich echter voor een groot deel op een onbewust niveau af, de zogenoemde kerncognities en attitudes, en zijn dus niet of moeilijker in woorden uit te drukken. Het opsporen en falsificeren van deze kerncognities is nodig om denk- en gevoelspatronen aangaande het stotteren grondiger aan te pakken. Een psycholoog is opgeleid om op dit niveau te interveniëren. Ten slotte kan het helpen te weten dat sommige cognities, en in het bijzonder kernopvattingen en attitudes nogal ongevoelig zijn voor een verbale, cognitieve, aanpak. Er zijn dan meer experimentele technieken nodig, zoals exposuretherapie.

Gedrag, exposuretherapie

Een krachtige manier om gedachten verder op hun geloofwaardigheid te toetsen, is het daadwerkelijk uitvoeren van nieuw gedrag, ofwel juist het nalaten van disfunctioneel gedrag. Om duurzame verandering in (kern)cognities te bereiken zijn daadwerkelijke corrigerende ervaringen nodig: ervaringen waarin de cliënt ook aan den lijve ondervindt dat de oorspronkelijke opvattingen niet meer houdbaar zijn en

dat andere meer realistische opvattingen wel kloppen (Ten Broeke et al., 2014). Vermijdings- en veiligheidsgedrag kan een grondig onderzoek naar de geloofwaardigheid van angstinducerende 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. Uit een studie met 133 personen die stotteren bleek dat de inzet van veiligheidsgedrag (zoals vermijden van een woord) veel voor te komen en geassocieerd te zijn met overmatige spanning, angst voor afwijzing en irrationele gedachten met betrekking tot stotteren (Lowe et al., 2017). Het kan van belang zijn om vermijdings- en veiligheidsgedrag in kaart te brengen, de voor- en nadelen hiervan met je cliënt te bespreken en deze in het exposureplan op te nemen.

Wanneer je cliënt het moeilijk vindt vermijdings- en of veiligheidsgedrag te doorbreken, kan dit het falsificeren van irrationele cognities en het opdoen van nieuwe leerervaringen in de weg staan. Bijvoorbeeld: wanneer je nooit openlijk stottert, uit angst voor afwijzing, leidt dat ertoe dat je geen ervaringen hebt waaruit kan blijken of afwijzing daadwerkelijk volgt op openlijk stotteren. De gedachte dat anderen je zullen afwijzen blijft dan erg geloofwaardig, wat de angst en het vermijdingsgedrag in standhoudt. Vaak is psycho-educatie over de functie en de nadelige effecten van vermijdingsgedrag nuttig om de veranderingsbereidheid van cliënten te vergroten.



Een psycholoog is getraind in het grondig in kaart brengen van vermijdings- en veiligheidsgedrag en kan interventies aanbieden bij het helpen doorbreken van deze vicieuze cirkels. Wanneer je denkt dat er bij je cliënt sprake is van hardnekkig vermijdingsgedrag dat het opdoen van nieuwe leerervaringen in de weg staat, dan kan dit aanleiding zijn voor het consulteren van een psycholoog. In overleg kan per casus onderzocht worden hoe de exposuretherapie geoptimaliseerd kan worden. Emotie, de rol van pijnlijke herinneringen Wanneer stotteren vanwege nare, afwijzende en/of beschamende ervaringen emotioneel beladen is geworden, kan zich dit uiten in een afkeer om over het probleem te praten, een te veel aan emotie (spanning, verdriet, boosheid) en/of een beschadigd zelfbeeld. Mogelijk is het stotteren dan geassocieerd met allerlei pijnlijke herinneringen die in het hier en nu nog emotioneel beladen zijn. Dit kan een reden zijn om in overleg met een psycholoog te onderzoeken of verwerkingsgerichte behandeling, ter aanvulling op de logopedische behandeling, geïndiceerd is.

Samenwerken

De werkgroep is van mening dat bij sommige cliënten de samenwerking tussen logopedist(-stottertherapeut) en psycholoog van toegevoegde waarde kan zijn voor de behandeling. Het is daarbij van belang dat de logopedist zijn kennis over stotteren en wat het voor die cliënt betekent, overbrengt op de psycholoog.

Literatuur

- Ten Broeke, E., Van der Heiden, C., Meijer, S., & Hamelink, H. (2014). *Cognitieve therapie: de basisvaardigheden*. Amsterdam: Boom uitgevers.
- Lowe, R., Helgadoittir, F., Menzies, R., Heard, R., O'Brian, S., Packman, A., & Onslow, M. (2017) Safety behaviors and stuttering. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 60, 1246-1253.