

# De optimale samenwerking tussen stottertherapeuten en psychologen

Een kwalitatief onderzoek naar de optimale samenwerking  
tussen stottertherapeuten en psychologen bij de behandeling  
van jongvolwassenen die stotteren

Naam: Masja de Graauw  
Studentnummer: 1716964  
Docentbegeleider: Evelijn Raven  
Blok: CD  
Jaar: 2021  
Aantal woorden: 3299

## Samenvatting

Dit artikel betreft een kwalitatief onderzoek naar de optimale samenwerking tussen stottertherapeuten en psychologen bij de behandeling van jongvolwassenen die stotteren. Veel personen die stotteren (in het vervolg: pds) hebben last van bijkomende psychische problematiek. Deze problematiek zorgt voor meer kans op een terugval van het stotteren. De bijkomende psychische problemen kunnen te gecompliceerd zijn voor de behandeling van een stottertherapeut. Doorverwijzing naar een psycholoog is dan noodzakelijk. Wanneer beide behandelaren met de jongvolwassene die stottert werken, is het belangrijk dat er sprake is van een goede samenwerking.

Tot nu toe was nog onbekend hoe de samenwerking tussen stottertherapeuten en psychologen er uitziet en hoe een optimale samenwerking er volgens hen uit zou zien. In dit onderzoek zijn daarom vier semigestructureerde interviews afgenomen, waarvan twee met stottertherapeuten en twee met psychologen. De interviews zijn afgenomen aan de hand van een topiclijst, deze is opgesteld aan de hand van literatuur uit het theoretisch kader. De interviews zijn vervolgens getranscribeerd en gecodeerd. Uit de verschillende codes zijn de volgende thema's ontstaan: de inhoud van de samenwerking; de indicatie voor samenwerking; de vorm van de samenwerking en andere betrokkenen bij de samenwerking. Aan de hand van de thema's zijn de resultaten geschreven en aangevuld met quotes van de participanten.

Volgens de participanten moeten alle behandelaren van de pds beschikken over basiskennis van stotteren. Er moet worden besproken wat de werkwijze van de therapie is en wie welke taken op zich neemt. Samenwerking is geïndiceerd wanneer er wordt vastgelopen binnen de stottertherapie of wanneer er sprake is van te grote, bijkomende psychische problematiek. De samenwerking kan het beste telefonisch of 'in het echt' verlopen. Er werd aangeraden om de omgeving van de pds en eventuele andere behandelaren bij de samenwerking te betrekken. In de discussie worden de resultaten kritisch beschouwd.

## Inleiding

In Nederland wonen ongeveer 175.000 mensen die chronisch stotteren, wereldwijd zijn dit er ongeveer 60 miljoen (Stotterfonds, 2021). Veel van deze personen die stotteren (pds) blijken last te hebben van bijkomende psychische problematiek, zoals bijvoorbeeld sociale angst (Blumgart, Tran & Craig, 2010). In onderzoek van Menzies et al. (2008) werd deze diagnose bij 60 % van de participanten (volwassenen die stotteren) vastgesteld. Ook werden er aanzienlijk meer symptomen van depressie gevonden bij mannen en vrouwen die stotteren, dan bij mannen en vrouwen die niet stotteren (Briley, Gerlach & Jacobs, 2021). De bijkomende psychische problematiek zorgt voor grotere kans op een terugval van het stotteren. Uit onderzoek bleek dat pds met een of meer psychische stoornissen direct na de behandeling, de helft van de bereikte vloeiendheid weer waren verloren. Bij de pds zonder bijkomende psychische problematiek bleek dat de vloeiendheid na zes maanden nog aanwezig was (Iverach et al., 2009).

De oorzaak van stotteren is nog niet volledig bekend (Packman, Code & Onslow, 2007). In nieuwsartikelen wordt echter vaker gesteld dat de oorzaak van stotteren een sociale fobie is (Meijer, 2010). Hierin wordt gezegd dat stotteraars door het wegnemen van sociale druk, hun stotteren kunnen verhelpen (Meijer, 2010). Behandeling van alleen de angststoornis is echter niet voldoende (Neumann et al., 2016, in NVLF, 2020). Sociale angst is geen oorzaak, maar een mogelijk secundair gevolg van het stotteren (Alm & Risberg, 2007). Wanneer sociale angst de oorzaak zou zijn, kan men zich afvragen waarom niet iedereen met sociale angst stottert én waarom ook mensen zonder sociale angst stotteren. Uit onderzoek van Menzies et al. (2008) bleek dat therapie, uitsluitend gericht op spraakverandering, niet zorgt voor een afname van angst- en vermijdingsgedrag. Therapie gericht op het veranderen van de cognities rondom het stotteren, zorgde niet voor meer vloeiendheid. Een combinatie van therapie gericht op zowel spraakverandering als op cognities en emoties, is dus noodzakelijk om het stotteren en de eventuele angst hier omheen te verminderen.

Stotteren wordt gezien als een multifactoriële stoornis: er zijn meerdere factoren van invloed op het ontstaan van stotteren (NVLF, 2020). Het Erasmus-viercomponentenmodel van Stournaras, een pionier binnen het stotteren, toont dit duidelijk aan. De componenten in het model zijn: de verbaal-motorische, de cognitieve, de emotionele en de sociale (Bezemer et al., 2010). Stottertherapeuten werken in de behandeling aan alle componenten van het model.

Ondanks dat stottertherapeuten werken aan de cognities en emoties rondom het stotteren, zijn zij niet geschoold om complexere psychische problematiek te behandelen, die soms bij het stotteren optreedt. Wanneer deze problematiek te complex is, dient er te worden doorverwezen naar een psycholoog. Dit is het geval wanneer een pds aangeeft een aangeleerde, rationelere denkwijze wel te begrijpen, maar nog niet zo te ervaren (NVLF, 2020). Een cognitieve aanpak is niet voor iedereen geschikt. Een andere aanpak kan exposuretherapie zijn, een behandelvorm voor angst waarbij de persoon in kleine stapjes wordt blootgesteld aan de gevreesde situatie (Bolier, Speetjens, Volker & Sinnema, 2016). Hierbij is het van belang om veiligheidsgedrag te doorbreken, dit zijn cognitieve processen en gedragingen die een persoon gebruikt om negatieve, sociale gevolgen te voorkomen (Clark 1999; Salkovskis, 1991 in Lowe et al., 2017). In de stottertherapie wordt hier aan gewerkt door bijvoorbeeld vrijwillig te stotteren op vermijdingswoorden of in vermijdingssituaties. Wanneer het niet lukt een pds het veiligheidsgedrag te laten doorbreken, zal deze niet ervaren dat de cognities wellicht irrationeel zijn. Dit veiligheidsgedrag houdt de angst in stand (Lowe et al., 2017). Een psycholoog kan meedenken hoe de cliënt alsnog exposuretherapie kan ervaren (NVLF, 2020). Stotteren kan voor intense emoties zorgen. Wanneer het stotteren emotioneel erg beladen is en de cliënt niet in staat is hier over te kunnen praten, kan verwerkingsgerichte therapie geïndiceerd zijn (NVLF, 2020).

Het is dus mogelijk dat pds, met complexere psychische problematiek, zowel therapie krijgen van een stottertherapeut als van een psycholoog. Er is beperkt onderzoek gedaan naar het effect en de ervaringen van pds die therapie krijgen van beiden behandelaren. In de Canades casestudy van Lindsay en Langevin (2017) kreeg een groep van negen participanten (pds tussen de 13 en 38 jaar) stottertherapie en psychologische begeleiding. Deelnemers gaven aan de bijdrage van de psycholoog een belangrijk onderdeel te vinden. Een van de participanten gaf bijvoorbeeld aan dat de begeleiding van de psycholoog hem heeft geholpen het stotteren te accepteren. Het onderzoek van Lindsay en Langevin (2017) betreft een beperkt aantal participanten. De leeftijd van de participanten komt niet volledig overeen met de leeftijdscategorie die dit huidige onderzoek betreft, namelijk jongvolwassenen (16-27 jaar).

In een andere casestudy werd ook samengewerkt tussen stottertherapeuten en psychologen, hier werd Acceptance And Commitment therapy (ACT) gecombineerd met Stutter Modification Therapy (SMT) van Van Riper (Freud, Levy-Kardash, Glick & Ezrati-Vinacour, 2019). ACT is een vorm van cognitieve gedragstherapie, gebaseerd op het principe om cliënten te leren op een flexibele manier met obstakels in het leven om te gaan (Jansen & Batink, 2019). SMT is een stottertherapie waarbij de pds leert de spanning op stotterwoorden te reduceren en minder te vechten (Bezemer et al., 2010). De participanten (acht volwassenen die stotteren) toonden na het volgen van de therapie een reductie van angst en van stotterfrequentie. Ook is de kwaliteit van leven verbeterd (Freud et al., 2019). Het is belangrijk om te benoemen dat het een pilot programma betreft in de vorm van een casestudy, met acht participanten. Dit zorgt voor een beperkte evidentie (Wouters, Van Zaalen en Bruijning, 2012). Daarnaast is alleen de stotterfrequentie gemeten en niet de stotterernst. Dit sluit niet volledig aan bij de SMT, waarbij niet zozeer wordt gericht op minder stotteren, maar op het makkelijker stotteren (Bezemer et al., 2010).

Indien behandeling van een psycholoog geïndiceerd is, is het belangrijk dat de psycholoog voldoende kennis heeft over stotteren. Het is de verantwoordelijkheid van de stottertherapeut om educatie hierover te verschaffen aan de psycholoog (NVLF, 2020). Het belang van een goede samenwerking tussen stottertherapeuten en psychologen blijkt ook uit de vernieuwde richtlijn:

Bij het vermoeden van problemen van psychologische aard, zoals sociale angst, negatief zelfbeeld, paniekaanvallen of depressie bij de persoon die stottert, dient de logopedist (stottertherapeut) te overleggen met (ouders van) de persoon die stottert, over een mogelijke verwijzing naar bijvoorbeeld een psycholoog, psychiater of orthopedagoog (NVLF, 2020, p. 87).

Hoewel samenwerking geïndiceerd is, is nog onduidelijk hoe de samenwerking tussen stottertherapeuten en psychologen er nu uit ziet. In stotterpraktijk X worden veel jongvolwassenen gezien die naast het stotteren andere psychische problematiek hebben. Een aantal van hen gaat naast de stottertherapie naar een psycholoog. Bij deze cliënten zou samenwerking tussen de stottertherapeut en de psycholoog van toegevoegde waarde zijn. Om te onderzoeken hoe stottertherapeuten en psychologen in het werkveld vinden dat de samenwerking bij de behandeling van jongvolwassenen die stotteren eruit moet zien, is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: Hoe ziet de optimale samenwerking tussen stottertherapeuten en psychologen, bij de behandeling van jongvolwassenen die stotteren, eruit volgens deze behandelaren?

## Methode

### Participanten

Voor het onderzoek zijn vier interviews van circa 30 minuten afgenomen, waarbij twee met stottertherapeuten en twee met psychologen. De stottertherapeuten hebben beiden ervaring in het werken met jongvolwassenen die stotteren. De psychologen hebben ervaring met het behandelen van jongvolwassenen die stotteren of zijn ervaringsdeskundige in stotteren. De stottertherapeuten hebben beiden ervaring met een samenwerking met een psycholoog. Psycholoog één heeft ervaring met samenwerking met een stottertherapeut, voor psycholoog twee geldt dit niet.

|                    |                                             |
|--------------------|---------------------------------------------|
| Stottertherapeut 1 | Stottertherapeut                            |
| Stottertherapeut 2 | Stottertherapeut                            |
| Psycholoog 1       | Psycholoog                                  |
| Psycholoog 2       | Psycholoog en ervaringsdeskundige stotteren |

Tabel 1: Participanten

### Dataverzameling

Voor het onderzoek is een kwalitatief onderzoeksdesign gebruikt in de vorm van semigestructureerde interviews. Het was van belang om open vragen te kunnen stellen en door te kunnen vragen. Zo kon dieper worden ingegaan op de ervaringen van de participanten (Wouters et al., 2012). De interviews werden afgenomen aan de hand van een topiclijst en een interviewgide (zie bijlage 1), deze kwamen voort uit het theoretisch kader van de inleiding. De interviews zijn afgenomen via Microsoft Teams en opgenomen met de spraakrecorder ZOOM H2n.

### Analyse

De analyse van de interviews is op gestandaardiseerde wijze verlopen binnen het programma ATLAS-ti9. Allereerst zijn de interviewfragmenten geselecteerd. Fragmenten die niets toevoegden, zijn buiten beschouwing gelaten. Vervolgens zijn de interviewteksten in fragmenten opgedeeld. Aan elk fragment is een code toegevoegd. De codes betreffen een samenvatting van de inhoud van het fragment. Een van de interviews is gecodeerd door een medestudent in verband met de betrouwbaarheid. Vervolgens zijn de codes gesorteerd. Er werd gekeken of de codes de lading dekten en vervolgens werden de codes geclusterd. Door te kijken wat er bij elkaar hoort, werd het aantal codes gereduceerd. Na het clusteren van de codes, werd een groter systeem aangebracht aan de codes. De grotere thema's werden naar voren gebracht. Toen de thema's waren vastgesteld is een model gevormd (zie bijlage 4). Het model en de thema's werden naast de onderzoeksvraag gelegd, aan de hand van deze informatie en quotes uit de fragmenten, werd het antwoord op de onderzoeksvraag geformuleerd (Wouters et al., 2012).

### Betrouwbaarheid

Voor de transferability zijn de kopjes 'participanten' en 'dataverzameling' opgenomen en zijn de participanten (de stottertherapeuten en psychologen) en de setting via thick description zo duidelijk mogelijk beschreven. Zo kan de lezer beoordelen of de resultaten van het onderzoek ook voor zijn/haar situatie van toepassing zijn (Wouters et al., 2012). De interviews zijn afgenomen door een vierdejaars student logopedie (de onderzoeker). Van tevoren is er een literatuurstudie gedaan, tijdens het interview heeft de onderzoeker met behulp van bracketing geprobeerd de kennis uit het literatuuronderzoek tijdelijk buiten beschouwing te laten. De onderzoeker is de gesprekken zo open en neutraal mogelijk in gegaan (Wouters et al., 2012). De interviews zijn na afloop verbatim uitgetypt. Het uitgewerkte transcript is voor een member check naar de participant gestuurd (Wouters et al., 2012). Eventuele aanpassingen van de participant zijn verwerkt. Om de betrouwbaarheid van het theoretische model te vergroten, is een interview gecodeerd door een medestudent. Vervolgens zijn de resultaten hiervan met elkaar vergeleken. Hierdoor is een zo objectief mogelijke interpretatie verwezenlijkt (Wouters et al., 2012).

### Ethische aspecten

De interviews zijn afgenomen in Microsoft Teams. De opnames zijn gemaakt met een spraakrecorder: de ZOOM H2n. Vervolgens zijn de opnames opgeslagen op een beveiligde USB-stick. De interviews zijn verbatim uitgewerkt en voor een member-check naar de participant gestuurd. Na de member check zijn de opnames weer verwijderd. De gegevens zijn geanonimiseerd en niet meer terug te herleiden naar het individu (Wouters et al., 2012). Voorafgaand aan de interviews is er een informatiebrief naar de deelnemers gestuurd (Zie bijlage 2). Hierin is het doel van het onderzoek verteld en werd er uitgelegd hoe de gemaakte opnames werden verwerkt. Ook werd er een informed consent opgestuurd waarin deelnemers toestemming hebben gegeven om deel te nemen (Zie bijlage 3). De deelnemers deden geheel vrijwillig mee en konden te allen tijde aangeven te willen stoppen met het onderzoek (Wouters et al., 2012). Uiteraard is er vertrouwelijk omgegaan met de onderzoeksgegevens. Alle verkregen gegevens zijn naar eerlijkheid verwerkt (Wouters et al., 2012).

## Resultaten

Uit de kwalitatieve analyse zijn vier hoofdthema's ontstaan. Onder elk hoofdthema vallen verschillende subthema's, deze worden beschreven en aangevuld met quotes van de participanten.

### Inhoud van de samenwerking

#### *Basiskennis over stotteren*

Het is belangrijk dat behandelaren die werken met jongvolwassenen die stotteren over voldoende basiskennis van stotteren beschikken. Basiskennis betreft bijvoorbeeld informatie over conversatievaardigheden.

“En dan moet je denken aan tips van: ja zelf langzaam praten, eventueel van tevoren de cliënt op laten schrijven wat de verwachtingen zijn, wat ondersteuning voor tijdens het gesprek en ook duidelijk benoemen dat stotteren mag” (Stottertherapeut 1).

Daarnaast behoren definitie en oorzaak van het stotteren tot de basiskennis.

“Ja echt ook wel een uitleg waardoor stotteren veroorzaakt wordt. Wat is stotteren? De uitleg dat, dat in aanleg aanwezig is bij de persoon. Dat al die gedragingen daar uit ontstaan. Dus dat een verkeerde adem geen oorzaak is van een stotter, maar het gevolg van een stotter” (Stottertherapeut 1).

Hieraan werd toegevoegd dat wordt verwacht dat de meeste psychologen weinig kennis hebben over stotteren.

“Ik kan me niet voorstellen dat psychologen dat allemaal standaard weten” (Stottertherapeut 2).

Het ontbreken van deze basiskennis vormt een risico.

“Ja, want ik zit ook zo te denken. Ik probeer me in te leven in een psycholoog, met de kennis die ik dan nu heb, helemaal niks afweten van stotteren en er zo naar kijken, vanuit een psychologenperspectief. En dan zien dat iemand hapert en niet uit z'n woorden komt. (...) En dan denk ik dat het al gauw in de hoek wordt gezet van, dat er waarschijnlijk sprake is van hele hoge angstniveaus, of sprake is van sociale angst, wat het stotteren aanstuurt. Wat natuurlijk allemaal wel een rol kan spelen in de ernst van het stottergedrag, maar dan mis je dus helemaal de biologische basis van het stotteren. En dat, dat kerngedrag er gewoon is en dat dat verergert door allerlei psychologische factoren. En wanneer je dat dan niet weet, ga je dan waarschijnlijk heel curatief te werk, van dan moeten we dus dat stotteren uitbannen. En hoe sta je dan tegenover, wat voor boodschap geef je dan een stotterend persoon daar mee. Dus ik zit zo'n beetje te denken, dat een gebrek aan kennis wel nadelige effecten kan hebben, wanneer je dan bij een psycholoog komt en die weet niet zo goed hoe en wat en ja, dat kan ik me voorstellen, dat dat schadelijk kan werken” (Psycholoog 2).

#### *Werkwijze/methode van de therapie*

Het bespreken van de werkwijze en methode is een belangrijk gespreksonderwerp.

“Ik krijg wel graag veel informatie terug. Praktisch, uh therapeutisch. Niet over mijn cliënt, maar over hoe ze dat dan heeft aangepakt zeg maar” (Stottertherapeut 1).

“Het is natuurlijk belangrijk dat ik weet hoe lang iemand al bezig is bij een logopedist, wat er allemaal al geweest, wat iemand al gedaan heeft. Wat werkt, wat werkt goed, is misschien ook wel goed om te weten. Ja hoeveel aandacht is er voor de psychologische zaken, want ja dat doen jullie ook denk ik” (Psycholoog 1).

Indien deze informatie ontbreekt, vormt dit een risico.

“Bijvoorbeeld, ik ga veel meer naar binnen kijken, wat voor gedachtes en gevoelens heb je? En die psycholoog had eigenlijk zoiets van, nou ik wilde juist, eigenlijk minder in die gedachte wereld. Ik wil gewoon eigenlijk ja, maar kijken wat gebeurt er nou eigenlijk? Dus dat botste eigenlijk met elkaar” (Stottertherapeut 2).

#### *Afbakening en taakverdeling*

Afbakening van beide disciplines en de taakverdeling die hieruit volgt werd besproken. De participanten benoemden dat er niet teveel sprake mag zijn van overlap en tegenspraak.

Een psycholoog sprak over een mogelijke taak die de stottertherapeut met het psychologische begrip ‘taakconcentratie’ zou kunnen uitvoeren.

“Je aandacht verdelen tussen jezelf en dat wat je leest. En ik denk dat een stottertherapeut dat wel heel goed kan oefenen. Want ik doe dat niet, ik oefen dat niet met de cliënt” (Psycholoog 1).

De andere psycholoog sprak over eventuele taken van de psycholoog, bijvoorbeeld het toepassen van EMDR.

“En dat ik denk dat dat ook nog wel echt een aanvulling kan zijn op de behandeling van stotteren, door psychologen” (Psycholoog 2).

Daarnaast werd benoemd dat er mogelijk een taakverdeling kan zijn waarbij stottertherapeut en psycholoog beiden aan een andere component van het stotteren werken.

“Ga jij naar de psychotherapeut met opdrachten en dan richt ik me bijvoorbeeld de eerste drie maanden op puur de ja de onderzoeken, wat is spreken, hoe spreek je, verbaal-motorische aspect daarvan (Stottertherapeut 2).”

Er kan echter ook tegelijkertijd aan dezelfde component worden gewerkt.

“Bijvoorbeeld uhm, de sociale situaties en ik kan me voorstellen dat die zowel vanuit het stotteren als vanuit de psycholoog ter sprake kunnen komen. En dat je dan kijkt van oké hoe pakken we het aan? Dat we geen overlap hebben en of we elkaar tegenspreken” (Stottertherapeut 2).

“Ik gebruik bijvoorbeeld nog wel eens ACT. En dat is natuurlijk iets wat een psycholoog ook zou kunnen doen en dat je dan helder hebt van, zou de psycholoog, gebruikt die dat dan ook? En gebruik ik het ook? Dat kan natuurlijk uitstekend. Dat sluit zelfs op elkaar aan, maar inderdaad dat je wel afbakt van met welk deel ben je bezig” (Stottertherapeut 2).

#### *Indicatie voor samenwerking*

Uit de interviews bleek dat er verschillende redenen waren om een samenwerking op te starten.

#### *Vastlopen in de stotterbehandeling*

Een reden was het vastlopen in de behandeling van de stottertherapeut. De stottertherapeuten gaven aan soms in het begin van de therapie vast te lopen. Dit oorzaak hiervan was bijvoorbeeld weigering van acceptatie bij de cliënt.

“Dus bij die cliënten die weigeren, ja die aangeven van ik wil alleen verbaal-motorische training, leer mij hoe ik niet kan stotteren, ja eigenlijk bij die he. Ja die hun stotteren niet willen, kunnen en durven laten horen” (Stottertherapeut 1).

Het kan ook zijn dat er gedurende de behandeling vast wordt gelopen.

“Wanneer iets niet goed op gang komt, dan vraag ik me altijd af, hoe komt dat dan? Zitten er dan misschien van die hardnekkige overtuigingen, die ervoor zorgen dat iemand niet, dat die overtuigingen een belemmering vormen voor het oefenen bijvoorbeeld” (Psycholoog 2).

Een behandeling die niet het gewenste resultaat oplevert, werd gezien als reden voor samenwerking.

“Ik kreeg haar ook niet communicatief vloeiend zeg maar, niet gecontroleerd vloeiend bij de behandeling” (Stottertherapeut 1).

“Maar tot die transfer kwamen we niet” (Stottertherapeut 1).

#### *Te grote bijkomende psychische problematiek*

Een andere reden voor samenwerking was de aanwezigheid van te grote bijkomende psychische problematiek, hieronder vallen verschillende problemen en stoornissen.

Een voorbeeld is vermijdingsgedrag.

“De beperkende, negatieve gedachten. Uhm die een soort freeze reactie bij deze persoon gaven. Die kwam dus niet meer tot, tot handelen, tot spreken, vermeerde eigenlijk alle situaties” (Stottertherapeut 1).

Een ander voorbeeld was sociale angst.

“Dus bijvoorbeeld bij deze ene cliënt spelen er ook sociale angsten” (Stottertherapeut 2).

Nog een voorbeeld dat werd genoemd, is het hebben van een negatief zelfbeeld.

“En ik kan me voorstellen dat wanneer je dat negatieve zelfbeeld, wanneer je daar wat twijfel in gaat zaaien, je zo’n realistisch, positief zelfbeeld kan gaan ontwikkelen. Dat dat ook invloed heeft op de mate van stotteren en de beperkingen die iemand ervaart”(Psycholoog 2).

Wanneer er sprake is van veel negatieve conditioneringsprocessen, wordt dit ook gezien als oorzaak om door te verwijzen naar een psycholoog.

“Als er heel veel conditioneringsprocessen hebben plaatsgevonden en dat het al zo in het systeem geraakt is en het ook allerlei automatische patronen betreft en vaak zijn dat natuurlijk ook dingen van het stotteren, die invloed kunnen hebben op het ontwikkelen van allerlei hardnekkige overtuigingen. (...) Ja dat dat patronen zijn waarbij een psycholoog misschien wat meer handvatten heeft, om die patronen een beetje te kunnen doorbreken met de cliënt” (Psycholoog 2).

Ook werden er algemenere antwoorden gegeven waaruit bleek dat het ook een gevoel betreft.

“En als je het gevoel hebt van: hoo, dit wordt te groot voor mij, dan stuur je door” (Stottertherapeut 2).

Kort samengevat is doorverwijzing naar een psycholoog nodig, wanneer er sprake is van bijkomende psychologische problemen.

#### *Vorm van de samenwerking*

##### *De frequentie van de samenwerking*

De frequentie van het contact binnen een samenwerking staat niet vast. Zo vond één stottertherapeut dat bij een kortdurende behandeling eenmalig contact voldoende was, maar dat bij een langer behandeltraject ook tussentijds overleg gewenst is.

Een eenduidig antwoord over de ideale frequentie van contact binnen een samenwerking was er niet.

“Wanneer, ja, hoe vaak, afgestemd op wat er nodig is” (Stottertherapeut 1).

“Ja ik denk dat dat dan toch afhankelijk is van hoe de behandeling verloopt. Als de klachten van cliënt verminderen, dan is er natuurlijk niet heel veel reden om te overleggen” (Psycholoog 2).

“Kijk, je werkt toch aan andere dingen. Dus ik heb dan verder niet echt behoefte om samen te werken. Maar als de logopediste dat wel heeft, ja dan is het ook prima, dat die contact zoekt” (Psycholoog 2).

#### *De financiering van de samenwerking*

Contact tussen stottertherapeut en psycholoog kost tijd. Er zijn verschillende ideeën genoemd over de financiering van deze tijd. Zo werd de optie gegeven om de therapeuten met elkaar te laten bellen tijdens de behandeling van de cliënt. De behandeling kan dan worden gedeclareerd. Een andere optie is om 20 minuten te behandelen en de overige 30 minuten van de behandeling te bellen met de andere therapeut, zonder dat de cliënt daarbij is. Ook het schrijven van verslagen naar elkaar kost uiteraard tijd.

“Maar ik hoor ook van jongere collega’s die dat ook gewoon even zo typen waar de cliënt bij zit, maar dat kan ik niet” (Stottertherapeut 1).

Het zou volgens de participanten het prettigst zijn als de samenwerking gefinancierd zou worden.

“Ja eigenlijk wel dat de tijd die je eraan besteedt, dat je die wel kan declareren. Dat zal wel heel fijn zijn, want je kunt niet alles alleen maar in je eigen vrije tijd doen” (Stottertherapeut 2).

De samenwerking is de financiering waard.

“Ja en dat mag het ook kosten denk ik, wanneer je de zorg voor stotterende mensen wil verbeteren” (Psycholoog 2).

#### *Het opstarten van de samenwerking*

Participanten vonden dat de therapeut die het eerst contact heeft met de cliënt verantwoordelijk is voor de start van de samenwerking.

“Ik heb meteen zodra hij contact opnam met de psycholoog gezegd: ik denk dat het zinvol is dat we onderling contact hebben” (Stottertherapeut 2).

“Naja, als het ligt er natuurlijk een beetje aan, kijk als iemand nog niet bij een stottertherapeut is en ik denk dat dat zinvol is, dan kan ik natuurlijk het contact opnemen en andersom, als een stottertherapeut denkt dit is misschien meer iets voor de psycholoog, dat die dan contact op neemt denk ik” (Psycholoog 1).

Bij psychologen is vaak sprake van een wachtlijst. Er moet dus tijdig contact op worden genomen om een samenwerking op te starten.

“Ik heb geïnformeerd in mijn netwerk en daar waren lange wachtlijsten” (Stottertherapeut 1).

“Dus de volgende keer zal ik minder lang wachten denk ik. Zal ik eerder de psychotherapeut in mijn therapieproces gaan noemen” (Stottertherapeut 1).

#### *Het beste communicatiemiddel voor de samenwerking*

Veel van de samenwerkingen werden via de mail opgestart, vervolgens werd er een belafpraak ingepland. Het contact via de mail werd gezien als onvoldoende.

“Ja over de mail vind ik dan toch een beetje vlak” (Stottertherapeut 2).

Belcontact is volgens de participanten voldoende. Het prettigst is echter om elkaar eens ‘in het echt’ te zien.

“Als je in de buurt werkt met elkaar, is het denk ik goed, om elkaar ook gewoon eens een keer te zien, spreken, dat beklijft natuurlijk gewoon meer” (Psycholoog 1).

#### *Overige antwoorden met betrekking tot de vorm*

Naast de samenwerking in de vorm van een gesprek, had één psycholoog ook nog ideeën over een samenwerking in de vorm van een supervisie.

“Dan gaat het misschien over dat psychologen onder supervisie van stottertherapeuten stotterende personen kunnen helpen. Dus dat zou dan meer een soort intensieve vorm van samenwerking kunnen zijn. Wanneer bijvoorbeeld psychologen zich sowieso wat meer willen verdiepen in dat stuk, dat er dan gewoon een soort samenwerking met één stottertherapeut is, die hen daarin kan begeleiden. Dat zou denk ik een optie kunnen zijn en tegelijkertijd ook omgekeerd” (Psycholoog 2).

Daarnaast moet de samenwerking onder de aandacht worden gebracht bij de organisaties die de beroepsgroepen aansturen.

“Ik denk zelf dat de basis is, dat er meer contact is. En dat kan al starten bij de organisaties, die die beroepsgroepen aansturen. Dat daar wat meer contact en wat uitwisseling is van, van informatie, deskundigheid. En dan heb ik het bijvoorbeeld over het NIP. Dat is het landelijke netwerk voor psychologen, maar dan heb ik het ook over de vereniging voor cognitieve gedragstherapie. Die heel erg leidend is ook in de psychologenwereld. En dus dat die meer in contact staan met zo'n NVST” (Psycholoog 2).

#### *Andere betrokkenen bij de samenwerking*

Het onderzoek gaat over de samenwerking tussen stottertherapeuten en psychologen. Echter werd in de interviews genoemd dat er nog meer betrokkenen zijn rondom de stotterende cliënt.

#### *De omgeving van de cliënt*

Allereerst werd de omgeving van de cliënt besproken. De omgeving hoeft er echter niet altijd standaard bij betrokken te worden.

“Echt passend bij de situatie, niet per definitie” (Stottertherapeut 2).

Er werden verschillende personen uit de omgeving benoemd die een rol kunnen spelen binnen de samenwerking.

“Eventueel een leerkracht van school of een mentor, ouders de jongen of het meisje” (Stottertherapeut 2).

“Naja, misschien als iemand een partner heeft ofzo” (Psycholoog 1).

“Of thuis, als iemand nog thuis woont” (Psycholoog 1).

Het belang van de omgeving werd genoemd.

“Dat de omgeving soms een rol kan spelen. Niet soms, maar vaak een rol speelt in het in stand houden van problematiek. (...) En ik denk dat bij stotteren dat ook nogal een rol kan spelen. Dat wanneer iemand baat zou hebben bij meer praten, of bij meer aangaan van spreeksituaties, maar daar een partner is die dat altijd opvangt, of altijd meebeweegt in dat

veiligheidsgedrag, dan kan het helpen om wat uitleg te geven, van het doel van het doorbreken van die vermijding (Psycholoog 2).

#### *Andere behandelaren*

Andere behandelaren die betrokken kunnen zijn bij behandeling werden benoemd.

“Dat er natuurlijk gewoon ooit in de toekomst organisaties moeten ontstaan, die stotteren integraal behandelen. En ik zie dan voor me hoe stottertherapeuten daar een hele belangrijke rol in spelen. De psychologen betrokken kunnen raken, psychiaters, en daarin ook fysiotherapeuten, mindfulness-trainers, allerlei verschillende disciplines. Of bijvoorbeeld een psychomotorisch therapeut” (Psycholoog 2).

## Discussie en conclusie

In deze studie is onderzocht hoe de optimale samenwerking tussen stottertherapeuten en psychologen bij de behandeling van jongvolwassenen er volgens deze behandelaren uitziet.

Volgens participanten is samenwerking geïndiceerd, wanneer er wordt vastgelopen binnen de stottertherapie, of wanneer er sprake is van te grote psychische problematiek. Binnen de optimale samenwerking is het belangrijk dat de stottertherapeut de psycholoog van voldoende basiskennis over het stotteren voorziet. Deze basiskennis bestaat uit kennis van conversatievaardigheden, oorzaak en definitie van het stotteren. Daarnaast moet er worden besproken hoe beide behandelaren de therapie invullen. Wat betreft de vorm, kan de frequentie van het contact het beste worden afgestemd op wat er volgens de behandelaren nodig is. De behandelaar, die het eerst contact heeft met de betreffende cliënt, vaak de stottertherapeut, start de samenwerking op. Het contact wordt via de mail geïnitieerd en verloopt verder telefonisch. Idealiter ontmoeten de behandelaren elkaar 'in het echt'. De optimale samenwerking wordt gefinancierd. Andere behandelaren, waaronder fysiotherapeuten en mindfulness-trainers kunnen ook betrokken zijn bij de behandeling. De omgeving van de cliënt kan een rol spelen bij het in stand houden van de problematiek. Deze dienen daarom ook bij de samenwerking te worden betrokken.

In de Richtlijn 'Stotteren bij kinderen, adolescenten en volwassenen' (2020) wordt ook het belang van voldoende basiskennis over stotteren bij de behandelaar benoemd (NVLF, 2020). Indien kennis over de oorzaak van het stotteren ontbreekt, kan het stotteren worden gezien als enkel een angstprobleem. Dit heeft effect op de verwachting van het resultaat van de therapie. Sociale angst is, zoals eerder in de inleiding benoemd, echter geen oorzaak, maar een mogelijk secundair gevolg van het stotteren (Alm & Risberg, 2007). In de richtlijn worden een aantal bijkomende, psychische problemen genoemd die als indicatie dienen voor doorverwijzing naar een psycholoog. De bijkomende psychische problemen die de participanten als indicatie voor doorverwijzing benoemden, komen hier grotendeels mee overeen (NVLF, 2020). De deelnemers in het onderzoek van Lindsay en Langevin (2017) (pds) gaven aan dat de stottertherapeut de samenwerking het beste kan opstarten. Dit komt overeen met het antwoord van de participanten in dit onderzoek. Een hoge mate van veiligheidsgedrag kan een rol spelen bij het instandhouden van de stotterproblematiek (Lowe et al., 2017). De omgeving van de pds speelt een belangrijke rol in het doorbreken van eventueel veiligheidsgedrag.

Het is discutabel of het thema 'Andere betrokkenen bij de samenwerking' aansluit bij de onderzoeksvraag, aangezien die zich alleen focust op de samenwerking tussen stottertherapeuten en psychologen. Het thema is toch meegenomen aangezien de omgeving en andere behandelaren wel belangrijk zijn voor een optimale behandeling van de pds. Wellicht dat deze daarom in vervolgonderzoek ook in de onderzoeksvraag geïnccludeerd kunnen worden. Het zou ook interessant zijn om de jongvolwassenen die stotteren zelf te includeren. Daarnaast zijn er slechts vier interviews afgenomen wat te beperkt is om een representatief beeld van de mening van alle stottertherapeuten en psychologen te schetsen. De resultaten dienen dus met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Tevens is 'psycholoog 2' naast psycholoog ook ervaringsdeskundige in het stotteren, wat mogelijk haar objectiviteit beïnvloedt. Gezien deze unieke combinatie is haar mening echter wel van veel toegevoegde waarde. Tenslotte gaven de participanten van het onderzoek allemaal aan dat ze nog niet veel ervaring hebben in de samenwerking tussen stottertherapeuten en psychologen. Veel participanten gaven daarom aan het lastig te vinden om de vragen van het interview te beantwoorden. Wellicht dat de beperkte ervaring in het samenwerken tussen de disciplines invloed heeft op de resultaten. In vervolgonderzoek dient hier rekening mee te worden gehouden.

#### Aanbeveling voor de beroepspraktijk

Wanneer er sprake is van te grote psychische problematiek én er wordt vastgelopen in de behandeling van een jongvolwassene die stottert, wordt aanbevolen een samenwerking met een psycholoog op te starten. Deze samenwerking dient het beste telefonisch of 'in het echt' te verlopen. De frequentie van het contact is afhankelijk van de situatie. In de samenwerking is het belangrijk om de psycholoog te voorzien van voldoende basiskennis omtrent stotteren en om goede afspraken te maken wat betreft de taakverdeling. Er dient te worden besproken welke werkwijze en methode er worden gebruikt en hoe deze op elkaar kunnen aansluiten. Ook wordt er aangeraden, indien gewenst, om de omgeving van de pds en eventuele andere behandelaren bij de samenwerking te betrekken.

## Referenties

- Alm, P. & Rinsberg, P. (2007). Stuttering in adults: The acoustic startle response, temperamental traits, and biological factors. *Journal of Communication Disorders*, 40(1), 1-41.
- Bezemer, M., Bouwen, J., Winkelman, C., & Embrechts, M. (2016). *Stotteren: Van theorie naar therapie*. Bussum: Coutinho.
- Blumgart, E., Tran, Y., & Craig, A. (2010). Social anxiety disorder in adults who stutter. *Depression and Anxiety*, 27(7), 687- 692.
- Bolier, L., Speetjes, P., Volker, D. & Sinnema, H. (2016). *JGZ-richtlijn Angst*. Geraadpleegd op 2 juni 2021, <https://assets.ncj.nl/docs/45439896-001d-4ef1-837f-aa4e48d8283e.pdf>
- Briley, P., Gerlach, H. & Jacobs, M. (2021). Relationships between stuttering, depression, and suicidal ideation in young adults: Accounting for gender differences. *Journal of Fluency Disorders*, 67, 105820.
- Freud, D., Levy-Kardash, O., Glick, I. & Ezrati-Vinoucar, R. (2019). Pilot Program Combining Acceptance And Commitment Therapy with Stuttering Modification Therapy for Adults who Stutter: A Case Report. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 72(4), 290-301.
- Iverach, L., Jones, M., O'Brian, S., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E., . . . Onslow, M. (2009). The relationship between mental health disorders and treatment outcomes among adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 34(1), 29-43.
- Jansen, G. & Batink, T. (2019). *Time to ACT: Het basisboek voor professionals*. Zaltbommel: Thema.
- Lindsay, A. & Langevin, M. (2017). Psychological counseling as an adjunct to stuttering treatment: Clients' experiences and perceptions. *Journal of Fluency Disorders*, 52, 1-12.
- Lowe, R., Helgadottir, 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.
- Meijer, S. (2010, 22 oktober). 'Stotteren is een sociale fobie'. Geraadpleegd op 10 mei 2021, van <https://www.nu.nl/lifestyle/2361803/stotteren-sociale-fobie.html>
- Menzies, R. G., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, A., St Clare, T., & Block, S. (2008). An experimental clinical trial of a cognitive-behavior therapy package for chronic stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51(6):1451-1464.
- NVLF. (2020). *Richtlijn: Stotteren bij kinderen, adolescenten en volwassenen*. Geraadpleegd op 25 februari 2021, van [https://www.nvlf.nl/wpcontent/uploads/sites/2/2020/09/Richtlijn\\_stotteren\\_bij\\_kinderen\\_a\\_dolescenten\\_en\\_volwassenen.pdf](https://www.nvlf.nl/wpcontent/uploads/sites/2/2020/09/Richtlijn_stotteren_bij_kinderen_a_dolescenten_en_volwassenen.pdf)
- Packman, A., Code, C., & Onslow, M. (2007). On the cause of stuttering: Integrating theory with brain and behavioral research. *Journal of Neurolinguistics*, 20(5), 353-362.

Stotterfonds. (2021). *Hoeveel mensen op de hele wereld stotteren?* Geraadpleegd op 2 juni 2021, van <https://www.stotteren.nl/jongeren/informatie-over-stotteren/100-veelgestelde-vragen.html?start=42>

Van Borsel, J. (2015). *Wetenschappelijk onderzoek in de logopedie*. Den Haag: Acco.

Wouters, E., Van Zaalen, Y. & Bruijning, J. (2012). *Praktijk gericht onderzoek in de (para)medische zorg*. Bussum: Coutinho.

## Bijlagen

### Bijlage 1: topiclijst en interviewguide

#### Topiclijst:

1. Opwarm topic: de huidige samenwerking
2. Tevredenheid
3. De optimale samenwerking
4. De realisatie

#### Interviewguide

##### Opwarmvraag:

Werkt u nu wel eens samen met een stottertherapeut/psycholoog rondom de behandeling van jongvolwassenen die stotteren? En zo ja, hoe ziet die samenwerking er dan uit?

##### Start:

1. Bent u tevreden over de huidige samenwerking en waarom wel of niet?
2. **WEL** tevreden: Kunt u nog wat meer vertellen over hoe deze samenwerking er precies uitziet?  
**NIET** tevreden: Hoe zou een optimale samenwerking er volgens u uitzien?  
Indien nodig doorvragen:
  - **Wanneer/bij wie:** Bij wie is samenwerking geïndiceerd?
  - **Inhoud:**  
Wat moet er worden besproken binnen de samenwerking? (Taakverdeling? tips?)  
Wat is volgens u de taak van de stottertherapeut en wat van de psycholoog bij de behandeling van jongvolwassenen die stotteren?
  - **Betrokkenen contact:** Wie spelen er een rol bij de samenwerking?
  - **Vorm contact:** Welke vorm zou deze samenwerking moeten hebben (telefonisch, via de mail of via een afspraak?)
  - **Frequentie contact:** Hoe vaak zou u contact willen hebben binnen een samenwerking?
  - **Start:** Wie zou de samenwerking moeten opstarten?
3. **WEL** tevreden: Wat is er nodig om deze samenwerking te behouden?  
**NIET** tevreden: Wat is er nodig om deze samenwerking te realiseren?
  - **Praktisch:** Welke praktische zaken zijn er nodig voor de optimale samenwerking (financiën, tijd, etc.)
  - **Kennis:** Welke kennis is nodig voor de optimale samenwerking? (denk aan voorlichten over elkaars discipline)

## Bijlage 2: informatiebrief

### Informatiebrief

#### Samenwerking stottertherapeuten en psychologen bij de behandeling van jongvolwassenen die stotteren

Geachte heer/mevrouw X,

Mijn naam is Masja de Graauw, ik ben vierdejaars student logopedie aan de Hogeschool Utrecht en op het moment ben ik bezig met mijn afstudeeronderzoek. Ik doe onderzoek naar de samenwerking tussen psychologen en stottertherapeuten bij jongvolwassenen die stotteren. Hiervoor ben ik op zoek naar psychologen die hieraan willen deelnemen. Met deze brief wil ik u meer informatie bieden over het onderzoek, zodat u kunt beslissen of u hieraan wil deelnemen.

Het doel van het onderzoek is achterhalen hoe de samenwerking tussen psychologen en stottertherapeuten nu verloopt en hoe deze samenwerking er idealiter uit zou zien. Uit de literatuur blijkt dat een goede samenwerking tussen beide zorgverleners van veel toegevoegde waarde zou kunnen zijn voor jongvolwassenen die stotteren. Kennis over de optimale samenwerking is nodig om een concrete aanbeveling te kunnen schrijven. Uw mening is dus erg belangrijk.

Deelname aan het onderzoek houdt in dat ik u eenmalig een half uur interview via Microsoft Teams. Ik zal het interview opnemen met een spraakrecorder. De interviews worden opgeslagen op een beveiligde USB stick; na afloop worden de interviews letterlijk uitgewerkt en de opname weer verwijderd. Het transcript zal ik naar u mailen ter beoordeling. Wanneer u nog aanvullingen of correcties heeft, zal ik deze doorvoeren. Na uw toestemming, worden de gegevens anoniem in het onderzoek verwerkt.

Hopelijk heeft u zo voldoende informatie om te beslissen of u wil deelnemen aan het onderzoek. Deelname is volledig vrijwillig. Als u besluit mee te doen, kunt u alsnog te allen tijde beslissen om te stoppen, ook tijdens het onderzoek.

Ik hoor graag of u mee wil doen aan het onderzoek. Mocht u na het lezen van deze brief nog vragen hebben, dan kunt u gerust contact opnemen met Masja de Graauw. De contactgegevens staan onderaan.

Onderzoeker: Masja de Graauw, vierdejaars student logopedie

E-mailadres: (verwijderd)

Telefoonnummer: (verwijderd)

Bijlage 3: toestemmingsverklaring participanten

## Toestemmingsverklaringsformulier participanten

### Samenwerking stottertherapeuten en psychologen bij de behandeling van jongvolwassenen die stotteren

- Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en belasting van het onderzoek.
- Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.
- Ik begrijp dat geluidopnamen of bewerking daarvan uitsluitend voor onderwijs en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt.
- Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgave van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer: .....

Datum: ..... Handtekening deelnemer: .....

- 
- Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker: .....

Datum: ..... Handtekening onderzoeker.....

Bijlage 4: schematisch overzicht van de thema's

