



“Ik sssss-stotter en ik mag er zijn”

De factor self-esteem binnen Nederlandse stottertherapie aan kinderen tussen de zes en twaalf jaar.

Alyssa A.F.M. Jeurissen

Zuyd Hogeschool

Faculteit Gezondheidszorg

Opleiding Logopedie

Studentnummer	1058231
Afstudeerperiode	2013-2015
Inleverdatum	15 december 2014
Afstudeerkring	Logopedie & Mental Health
Afstudeercoach	Mich�lle Lacroix

Deze studie werd uitgevoerd in het kader van de bachelor thesis tijdens de opleiding tot logopedist binnen Zuyd Hogeschool te Heerlen. De auteur heeft getracht zo zorgvuldig mogelijk te werk te gaan tijdens het vergaren en verwerken van alle informatie in dit verslag. Fouten zijn echter nooit volledig uit te sluiten. Met vragen of opmerkingen kunt u zich wenden tot de auteur.

Niets uit dit document mag op welke wijze dan ook worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.

Alyssa Jeurissen
alyssajeurissen@hotmail.com

Voorwoord

Deze bachelor thesis is tot stand gekomen in het kader van mijn afstudeertraject aan de opleiding logopedie aan de Zuyd Hogeschool te Heerlen. Graag wil ik via deze weg een aantal personen bedanken die mij de afgelopen jaren bijgestaan en geholpen hebben tijdens het voltooien van dit eindproduct.

Eerst en vooral wil ik graag mijn altijd enthousiaste begeleidster Mich lle Lacroix bedanken voor haar prettige werkwijze tijdens de begeleiding en de bijeenkomsten voor de scriptie. Daarbij ook haar vaardigheid om mij ertoe te brengen mijn werk in een ander perspectief te zien wanneer dit nodig was.

Daarnaast wil ik alle bereidwillige logopedisten en stottertherapeuten bedanken die hebben deelgenomen aan de interviews en daardoor deze scriptie mede mogelijk hebben gemaakt.

Ten slotte wil ik mijn partner, ouders en ‘thesismaatje’ Daphne bedanken voor hun eindeloze geduld en vermogen om mij te motiveren op momenten dat ik het spoor even bijster was. Zij hebben ervoor gezorgd dat ik mijn weg weer hervond en deden me denken aan een citaat dat mij eraan deed herinneren dat je kleine stapjes moet blijven zetten om je doel te kunnen bereiken.

“Little by little, one travels far” - J.R.R. Tolkien

Alyssa Jeurissen

Samenvatting

Stotterende kinderen kunnen naast problemen met vloeiendheid van de spraak ook last hebben van een laag self-esteem (gevoel voor eigenwaarde). Mogelijk krijgen deze en andere psychische aspecten de laatste jaren meer aandacht door de ingebruikname van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Uit Internationaal onderzoek blijkt echter dat logopedisten zich vaak niet op hun gemak voelen wanneer zij factoren anders dan de vloeiendheid behandelen. Binnen dit onderzoek was men dan ook benieuwd naar de meningen van logopedisten en stottertherapeuten wat betreft het inzetten van de factor self-esteem bij stotterende kinderen in de basisschoolleeftijd. Om de onderzoeksvraag te beantwoorden werd er kwalitatief onderzoek verricht middels een veertiental interviews. Hieruit kwam naar voren dat de geïnterviewden de factor self-esteem een belangrijk onderdeel vinden van het logopedisch handelen. Daarnaast blijkt dat velen van hen de factor tijdens zowel de diagnostiek alsook de therapie aan stotterende kinderen toepassen. Zij doen dit bijvoorbeeld door het gebruik van positieve psychologie (positief bekrachtigen), de methode 'Denkwijzer' of het binnen gesprekken met het kind benoemen van zijn positieve kwaliteiten. Vanwege de grote variatie in behandelmaterialen is verder onderzoek aangewezen om aan te kunnen tonen in welke mate de gebruikte materialen daadwerkelijk het self-esteem bevorderen.

Sleutelwoorden: stotteren; self-esteem; therapie; basisschoolkinderen

Inhoud

Samenvatting	6
1. Introductie.....	1
1.1. Vraagstelling.....	4
1.2. Doelstelling.....	4
2. Theoretisch kader	5
2.1. Stotteren.....	5
2.1.1. Definitie en kenmerken	5
2.1.2. Normale en gestoorde niet-vloeiendheid.....	5
2.1.3. Soorten stotteren	6
2.1.4. Gevolgen van stotteren	6
2.1.5. Visies op stotteren en haar oorzaken	7
2.1.6. Prevalentie, ontstaan en spontaan herstel	8
2.1.7. Vroege interventie.....	9
2.2. Self-esteem	10
2.2.1. Definitie en betekenis	10
2.2.2. Factoren van invloed op het self-esteem	10
2.2.3. Waarde binnen de psychologie	11
2.3. Stotteren en self-esteem.....	12
2.4. Stottertherapie.....	12
2.4.1. Logopedische stottertherapie.....	12
2.4.2. Methoden voor diagnostiek	13
2.4.3. Therapiemethoden voor kinderen (6-12 jaar).....	14
2.4.4. Effectiviteit van stottertherapie voor kinderen	15

3. Methode	17
3.1. Onderzoeksdesign.....	17
3.2. In- en exclusiecriteria	18
3.3. Procedure	18
3.3.1. Deelnemers	18
3.3.2. Werving.....	19
3.4. Meetinstrumenten	20
3.4.1. Topics.....	20
3.4.2. Dataverzameling	21
3.5. Data analyse.....	21
3.5.1. Analyse variabelen.....	21
3.5.2. Codering	22
4. Resultaten	23
4.1. Procedure	23
4.1.1. Deelnemers	23
4.1.2. Kenmerken onderzoeksgroep	23
4.2. Dataverzameling.....	24
4.2.1. Topics algemene informatie.....	25
4.2.2. Inhoudelijke topics	26
5. Discussie	41
5.1. Resultaten en kaderanalyse.....	41
5.1.1. Kennis	41
5.1.2. Attitude	42
5.1.3. Vaardigheden	42

5.1.4. Self-efficacy & opbrengsten therapie	43
5.2. Methodologische kwaliteit en beperkingen	44
5.2.1. Onderzoeksdesign	44
5.2.2. Onderzoeksgroep	45
5.2.3. Meetinstrumenten	45
5.2.4. Ontwikkeling (nieuwe informatie)	46
5.2.5. Analyse	46
5.3. Implicaties voor de klinische praktijk	46
5.4. Aanbevelingen vervolgonderzoek	47
6. Conclusie	48
Bibliografie	49
Bijlagen	57
Bijlage 1 - Topiclijst	58
Bijlage 3 - Brief werving respondenten	63
Bijlage 3 - Afspraakbevestiging	64
Bijlage 4 - Analysebestand	65

1. Introductie

Binnen de moderne maatschappij heeft een goede mondelinge uitdrukkingsvaardigheid zich als een belangrijke vaardigheid ontwikkeld (Bronkhorst et al., 2010). Tijdens een schoolgaand, werkend en daarbij behorend sociaal leven is deze vaardigheid bijna onmisbaar geworden. Een persoon met communicatieproblemen en/of -stoornissen kan hiervan dan ook veel hinder ondervinden. Stotteren is een stoornis welke zich kenmerkt door een afwijkende vloeïendheid van de spraak. (WHO, 2001) Het meest opvallend hierbij zijn de herhalingen van klanken, lettergrepen en woorden. (Bast, Kristian, van Amstel, & Franken, 2011)

Wanneer we kijken naar verschillende communicatieproblemen is stotteren misschien wel de oudste communicatiestoornis en tegelijkertijd de stoornis waarover nog de meeste onduidelijkheden bestaat. Na meer dan 100 jaren van onderzoek hebben wetenschappers nog steeds geen eenduidige oorzaak van stotteren weten aan te wijzen. Stotteren komt daarbij wereldwijd en relatief veel voor: de prevalentie ligt tussen de 0,72 en 1% (Craig, Hancock, Tran, Craig, & Peters, 2002). Onder schoolgaande kinderen zou dit percentage hoger liggen omdat een gedeelte van de kinderen welke stotteren, spontaan herstelt (Bloodstein & Bernstein Ratner, 2008; Boulet, Boyle, & Schieve, 2009). Onder spontaan herstel verstaat men het verdwijnen van het stotteren zonder dat daarvoor therapie heeft plaatsgevonden. Ongeveer 75% van de jonge kinderen herstelt spontaan tot vier jaar na het ontstaan van het stotteren (Yairi & Ambrose, 2005)

In het Nederlandse werkveld wordt door de logopedist/stottertherapeut veelal gebruik gemaakt van een geïntegreerde werkwijze waarin elementen uit verschillende therapie-methoden gecombineerd worden om zo optimaal mogelijk te kunnen afstemmen op de behoeften per individuele cliënt (NVLF, NVST, & Demosthenes, 2014). Bij jonge stotterende kinderen (drie tot zes jaar) zijn er wat therapie-mogelijkheden betreft twee hoofdstromingen; het Demands-and-capacities Model (DCM) en het Lidcombe Programma (LP) (Bronkhorst et al., 2010; NVLF et al., 2014). Het blijkt echter dat therapie voor stotterende kinderen in de basisschoolleeftijd (zes tot twaalf jaar) geen gebruik kan maken van een vaststaande methode; deze lijkt namelijk niet zo duidelijk voorhanden, als DCM en LP dat zijn voor de jongere groep stotterende kinderen. Hierdoor is de behandeling van stotterende basisschoolkinderen meer gebaseerd is op de hulpvraag vanuit de cliënt en zijn/haar ouders (NVLF et al., 2014) en wellicht ook een persoonlijke benadering van de logopedist-stottertherapeut tijdens het methodisch handelen.

Stotteren is een van de veelal beschreven logopedische stoornissen wanneer het gaat om de combinatie met psychische problematieken; zowel stotteren alsook andere spraak gerelateerde stoornissen kunnen op latere leeftijd voor verschillende psychologische problemen zorgen (McAllister, Collier, & Shepstone, 2013). Zo kunnen stotterende kinderen al op zesjarige leeftijd een negatieve attitude hebben ten aanzien van hun communiceren (Quesal & Shank, 1978; Vanryckeghem, Brutten, & Hernandez, 2005). Stotterende kinderen zouden een groter risico kunnen lopen als het gaat om gepest worden (Blood, Boyle, Blood, & Nalesnik, 2010). Een onderzoek van Blood en Blood (Blood & Blood, 2004) analyseerde de data van 53 adolescenten die stotteren en 53 welke niet stotteren en vonden dat 43% van de personen die stotteren ervaring had met pesten, tegenover slechts 11% van diegenen die niet stotteren. Er blijkt daarnaast al sinds lange tijd een consensus te zijn onder clinici en onderzoekers dat stotteren een negatief effect heeft op het zelfbeeld van de persoon die stottert. In het bijzonder heeft het een ongunstig effect op het self-esteem (Bajina, 1995; Luper & Mulder, 1964; Shames & Rubin, 1986; W. Starkweather, Ridener-Gottwald, & Halfond, 1990).

Uit onderzoek uitgevoerd door Orth (2009) blijkt dat een laag self-esteem (ook wel ‘gevoel van eigenwaarde’) fungeert als een risicofactor voor het ontwikkelen van depressieve symptomen. Een bepaald gevoel voor eigenwaarde wordt dus daadwerkelijk van grote waarde geschat binnen de psychologie (Orth, Robins, Trzesniewski, Maes, & Schmitt, 2009).

Voor de laatste decennia is er mede door de komst van het ICF-model (WHO, 2001) en het ICF-CY model toegespitst op kinderen en jeugdigen (WHO, 2008) steeds meer aandacht voor de mentale gezondheid van cliënten binnen het logopedische werkveld. (van Amelsvoort, Peters, Petrusa, & Keppels, 2009) Het ICF-model (WHO, 2001) richt de aandacht dan ook niet alleen op de fysieke klacht (anatomische eigenschappen) van een persoon, maar ook op de activiteiten en participatie die hierdoor beïnvloed worden. Door de implementatie van dit model binnen het dagelijkse handelen van logopedisten en andere (para)medici, worden met steeds grotere regelmaat factoren zoals ‘quality of life’ en ‘self-esteem’ als belangrijke uitkomstmaten gezien tijdens het methodisch (logopedisch) handelen. (Bruyninckx & Mortelmans, 1999) Onder Methodisch Logopedisch Handelen (MLH) verstaat men de planmatige en gestructureerde werkwijze van logopedisten welke bestaat uit twee hoofdfasen: logopedische diagnostiek en logopedische therapie.

Wanneer we kijken naar de onlangs verschenen (concept)richtlijn ontwikkelingsstotteren (NVLF et al., 2014), zien we hierin dat het multifactoriële karakter van de stoornis onderschreven wordt. In de conceptrichtlijn wordt gesproken over het belang van uitgebreide diagnostiek waarbij niet alleen de spraakmotorische component beoordeeld wordt maar ook het belang van een voor de cliënt zo optimaal mogelijke behandeling (inclusief nazorg) op grond van beschikbare wetenschappelijke evidence. Hierbij is de aandacht voor de totale persoon in zijn sociaal-emotionele context belangrijk (NVLF et al., 2014). Daarbij is het belangrijk dat de logopedist of stottertherapeut - in overleg met de persoon die stottert of de ouders - terugverwijst naar de huisarts, of advies geeft voor een verwijzing naar een psycholoog of psychiater wanneer daarvoor een indicatie blijkt (bijvoorbeeld vanuit vragenlijsten) (NVLF et al., 2014).

Uit internationale studies blijkt dat logopedisten zich naar eigen zeggen niet op hun gemak voelen wanneer zij met factoren anders dan de vloeiendheid alleen werken (Cooper & Cooper, 1996; Murphy, Yaruss, & Quesal, 2007). Dit terwijl ze het belang om deze aspecten te betrekken binnen de therapie juist wel onderstrepen (Cooper & Cooper, 1996; Kelly et al., 1997) en cliënten binnen een survey van Yaruss en McClure (2003) een groter therapiesucces toekenden aan behandelingen welke gericht waren op het veranderen van hun spreekattitude in plaats van het toepassen van therapieën gericht op vloeiendheid.

Het is dan ook interessant om de meningen van Nederlandse logopedisten en stottertherapeuten te onderzoeken wat betreft het inzetten van de factor self-esteem binnen het methodisch (logopedisch) handelen en te bekijken op welke manieren zij deze factor daadwerkelijk betrekken binnen het dagelijkse handelen bij stotterende kinderen in de basisschoolleeftijd (zes tot twaalf jaar).

1.1. Vraagstelling

De huidige bekende literatuur en persoonlijke interesses van de onderzoeker leidden tot de volgende hoofdvraag voor onderzoek:

- Wat zijn de meningen van logopedisten en stottertherapeuten in Nederland wat betreft het inzetten van de factor ‘self-esteem’ in het Methodisch (Logopedisch) Handelen bij kinderen tussen de zes en de twaalf jaar?

Subvraag:

- Op welke wijze zetten Nederlandse logopedisten en stottertherapeuten de factor self-esteem in tijdens diagnostiek en therapie aan stotterende kinderen tussen de zes en twaalf jaar?

1.2. Doelstelling

Er wordt beoogd een bijdrage te leveren aan het onderzoeksveld binnen de logopedie en stottertherapie in Nederland door het in kaart brengen van onbekende informatie. Momenteel is er bij de onderzoeker nog geen nationale studie bekend die de meningen van Nederlandse logopedisten en stottertherapeuten inventariseert wat betreft het inzetten van de factor self-esteem.

Het is bekend dat personen die als kind zijnde een verlaagd self-esteem hadden, op latere leeftijd een grotere kans hebben om depressieve klachten te ontwikkelen. Stotterende kinderen vormen mogelijk een risicogroep voor het ontwikkelen van problemen met self-esteem, mede door het grotere risico op bijvoorbeeld pesten (Blood & Blood, 2004, 2007). Extra alertheid kan bij deze risicogroep dan ook een middel zijn om vroegtijdig problemen te signaleren en hieraan aandacht te schenken binnen de therapie en/of op tijd door te verwijzen naar bijvoorbeeld psycholoog of psychiater. Het herkennen en betrekken van de factor self-esteem kan op deze manier wellicht een positief effect hebben wat betreft de kwaliteit van leven van deze kinderen.

Het is dan ook waardevol om te weten te komen in welke mate de factor self-esteem door logopedisten en stottertherapeuten herkent en ingezet wordt binnen de Nederlandse praktijk. Op deze manier ontstaat er een globaal beeld van de op dit moment onbekende kennis op dit gebied en zouden er in de toekomst wellicht aangepaste therapievormen kunnen ontstaan met daarin specifieke aandacht voor (de beïnvloedende factoren van) self-esteem.

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk worden de verschillende variabelen die van belang zijn om deze bachelor scriptie en haar vraagstellingen beter te kunnen begrijpen, nader gespecificeerd. Allereerst wordt de definitie van stotteren weergegeven in combinatie met zijn etiologie en prevalentie. Daarnaast volgt er een beschrijving van de mogelijke gevolgen van stotteren. Vervolgens wordt de term self-esteem nader toegelicht, de samenhang tussen self-esteem en stotteren beschreven en ten slotte worden de meest geaccepteerde logopedische en stottertherapeutische therapievormen voor de behandeling van stotteren bij kinderen nader toegelicht.

2.1. Stotteren

2.1.1. Definitie en kenmerken

Onder stotteren wordt een spraakstoornis verstaan, die door de World Health Organization (WHO) als volgt wordt gedefinieerd: “Spraak die wordt gekenmerkt door frequente herhaling of verlenging.” (WHO, 2001) Bij de diagnostiek van stotteren wordt een onderscheid gemaakt tussen kernstottergedragingen en normale niet-vloeiendheden. Wanneer iemand bijvoorbeeld langzaam een enkelvoudige herhaling van een lettergreep of woord maakt, wil dit niet zeggen dat dit een aanwijzing is voor stotteren. Een duidelijk kenmerk van stotteren is bijvoorbeeld het verlengen of vastzetten van een klank met een hoorbare en zichtbare blokkade.

Daarnaast bestaan er verschillende non-verbale kenmerken welke bij personen die stotteren vaker voorkomen tijdens het spreken, denk hierbij aan gezichtsuitdrukkingen, veranderingen in articulatie en aanpassingen van het postuur (Bloodstein & Bernstein Ratner, 2008).

2.1.2. Normale en gestoorde niet-vloeiendheid

Omdat een persoon die stottert ook lange periodes kan spreken zonder stotteren, lijkt het lastig om personen die wel of niet stotteren te onderscheiden. Uit onderzoek blijkt dat luisteraars het stotterend spreken van iemand die daadwerkelijk stottert, kunnen onderscheiden van niet-vloeiendheden van iemand die niet stottert (Bloodstein & Bernstein Ratner, 2008; Janssen, 1985). Dit komt doordat een essentieel kenmerk van stottergedragingen is, dat deze op klankniveau plaatsvinden. Daarnaast laat een persoon die stottert vaak met stotteren geassocieerde non-verbale gedragingen zien die met de spraak gepaard gaan. Hierbij valt te denken aan

ademhalingsstoringen zoals gespannen uitademen of spreken op een inademing, spraakgebonden faciale storingen zoals een tremor in de kaken en lippen of abnormale tongbewegingen en bijkomende faciale storingen zoals het dichtknijpen van de ogen (Janssen, 1985).

2.1.3. Soorten stotteren

Naast het hierboven besproken ontwikkelingsstotteren kan er sporadisch sprake zijn van verworven stotteren, zoals neurogeen, psychogeen, farmacogeen en gesimuleerd stotteren. Deze vormen ontstaan veelal tijdens de adolescentie en bij volwassenen. In deze bachelor thesis zal wanneer de term ‘stotteren’ genoemd wordt, het op jonge leeftijd optredende en vaker voorkomende, ontwikkelingsstotteren worden bedoeld.

2.1.4. Gevolgen van stotteren

Stotteren heeft invloed op verschillende factoren, om te beginnen heeft het een directe invloed op het spreekgedrag van de persoon die stottert; hij maakt wijzigingen in zijn spreken om de eigenlijke stotterverschijnselen te omzeilen of te verbergen (Janssen, 1985). Daarnaast heeft het stotteren gevolgen op sociaal gebied. Bij een survey door Yaruss en McClure (2003) zei 81% van de personen die stotteren spreeksituaties te vermijden en 69% zei zich te schamen wanneer andere personen erachten komen dat zij stotteren.

Stotteren heeft een grote impact op het dagelijks leven van de persoon die stottert (Bezemer, Bouwen, & Winkelman, 2006). Het ijsbergmodel volgens Sheenan (1975) is een veelal toegepaste wijze om deze invloed weer te geven. Sheenan stelde dat stotteren overeenkomsten had met de vorm van een ijsberg; er zijn zichtbare componenten die zich boven het wateroppervlak bevinden zoals blokkades, verlengingen en herhalingen in combinatie met vechten en vluchtgedragingen zichtbaar voor anderen. Daarnaast zijn er aspecten op cognitief gebied, gevoelens en emoties welke niet of minder goed zichtbaar zijn voor luisteraars. Denk hierbij aan schaamte, frustratie, angst, woede en vermijding (Sheehan, 1975). Er ontwikkelen zich serieuze emotionele problemen bij een gedeelte van de personen die stotteren, denk hierbij aan depressies of sociale angst (Blumgart, Tran, & Craig, 2010; Iverach & Rapee, 2014; Koedoot, Bouwmans, Franken, & Stolk, 2011; NVLF et al., 2014; Tran, Blumgart, & Craig, 2011).

Kinderen die stotteren blijken daarnaast een verhoogd risico te lopen om gepest te worden, iets dat consequenties heeft voor hun zelfwaardering (self-esteem). Dit maakt deze

kinderen kwetsbaar voor het ontwikkelen van psychische problemen op latere leeftijd (Blood et al., 2010; Langevin, Packman, & Onslow, 2009; NVLF et al., 2014).

Ten slotte blijken ouders van stotterende kinderen in een onderzoek van Langevin en collegae (2010) aan te geven dat het stotteren voor hen ook bepaalde reacties oproept. Zij beschreven voornamelijk angst en ongerustheid, onzekerheid over wat ze moesten doen, frustratie, boosheid en dat zij zichzelf de schuld gaven van de stoornis (Langevin et al., 2010).

2.1.5. Visies op stotteren en haar oorzaken

Over de oorzaak van stotteren lijkt nog veel onduidelijkheid te bestaan. Onderzoek spreekt veelal over waarschijnlijkheden en de precieze eenduidige oorzaak is tot op heden nog niet gevonden. Omdat er over stotteren gesproken wordt als een multifactoriële stoornis, lijkt het aannemelijk dat er meerdere oorzaken een rol spelen.

Sheehan (1975) stelde dat een groot deel van de stotterproblematiek het gevolg is van de acties die een persoon onderneemt om niet te stotteren. Zo zou een blokkade een poging zijn om een herhaling te voorkomen (Sheehan, 1975). Deze visie is echter niet volledig wat betreft oorzaak-gevolgrelaties als men bijvoorbeeld aan angst denkt (Bezemer et al., 2006). Guitar (2013) maakt onderscheid tussen vier factoren:

- 1) een genetische aanleg als predisponerende factor (Graham & Fisher, 2013). Er is berekend dat ongeveer 82% van het stotteren verklaard kan worden vanuit de genetische achtergrond (Rautakoski, Hannus, Simberg, Sandnabba, & Santtila, 2012).
- 2) invloeden van ontwikkelings- en omgevingsfactoren
- 3) diverse leerstrategieën als persisterende factoren en
- 4) temperament.

Sinds 1980 is het Erasmus viercomponentenmodel Stournaras (Stournaras, 1980) in gebruik om zowel verklaringen te geven, alsook de stotterproblematiek te inventariseren bij aanvang van therapie. Binnen het model vormen de vier hoofdcomponenten de basisstructuur voor het stotteren: 1) de verbaalmotorische, 2) cognitieve, 3) emotionele en 4) sociale component. De verbaalmotorische component beschrijft de hoorbare stotterkenmerken (herhalingen, blokkades, enzovoort) en de activiteiten op verbaal niveau om het stotteren te beïnvloeden (bijvoorbeeld veranderingen in prosodie, tempoaanpassingen en het gebruiken van synoniemen). Binnen de cognitieve component vallen de gedachten die iemand heeft met

betrekking tot het stotterend spreken (bijvoorbeeld zelfbeeld) welke plaatsvinden voor, tijdens en na afloop van het spreken. Tot de emotionele component behoren specifieke emoties zoals angst, spanning en schaamte. De sociale component ten slotte, heeft betrekking op de interacties welke invloed kunnen hebben op het al dan niet stotterend spreken (de invloed van bijvoorbeeld spreken voor een groep of een sollicitatiegesprek) (Bezemer et al., 2006; Stournaras, 1980).

In de laatste decennia zijn er daarnaast aanwijzingen gevonden dat stotteren mogelijk (al dan niet gedeeltelijk) verklaard zou kunnen worden aan de hand van afwijkende hersenfuncties. Zo zijn er studies die tegenwoordig nog steeds spreken van cerebrale dominantie; een afwijking in de lateralisatie van bepaalde functies in beide hersenhelften. Uit elektrofysiologische studies en fMRI studies blijkt dat bij spreektaken een overactivatie wordt gevonden in de rechter pre-centrale sensomotorische cortex (De Nil, Kroll, & Houle, 2001). Daarnaast schijnt er een onderactivatie te zijn in de gebieden geassocieerd met auditieve functies. Dit zou mogelijk kunnen betekenen dat de mechanismen waarmee de eigen spraak wordt gehoord, niet juist functioneren (Brown, Ingham, Ingham, Laird, & Fox, 2005). Ten slotte zijn er aanwijzingen dat de basale ganglia een rol spelen bij stotteren (Alm, 2004) en dat er anatomische verschillen bestaan in de hersenstructuren, in het bijzonder de grijze en witte massa (Chang, Erickson, Ambrose, Hasegawa-Johnson, & Ludlow, 2008). De vraag die hieruit echter naar voren komt, is of de aangetoonde verschillen een verklaring zijn voor, of gevolg zijn van het stotteren (NVLF et al., 2014). De conceptringlijn (NVLF et al., 2014) spreekt aanvullend nog van oorzaken als een vertraagde sensomotoriek en verschil in taalvaardigheden (zowel receptief als productief).

Uit bovenstaande informatie blijkt hoeveel factoren er ten grondslag liggen aan het al dan niet ontstaan van ontwikkelingsstotteren en dat er mogelijk nog onontgonnen gebied ligt voor wetenschappers met betrekking tot het verklaren van het verschijnsel.

2.1.6. Prevalentie, ontstaan en spontaan herstel

De prevalentie van stotteren ligt tussen de 0,72 en 1% (Craig et al., 2002). Onder schoolgaande kinderen zou dit percentage hoger liggen omdat een gedeelte van de kinderen welke stotteren, spontaan herstelt zonder dat deze daarvoor therapie ontvangen hebben (Bloodstein & Bernstein Ratner, 2008; Boulet et al., 2009). Recentelijk heeft er een cohort studie plaatsgevonden onder 1619 Australische kinderen, waarbij 8,5% van hen voor het derde levensjaar was gaan stotteren (Reilly et al., 2009).

De incidentie - het aantal nieuwe waargenomen aantal gevallen per jaar wordt geschat op 5-17% (NVLF et al., 2014). Vaak beginnen kinderen tussen hun tweede en vijfde levensjaar met stotteren (Onslow & O'Brian, 2013) maar een gedeelte daarvan herstelt spontaan. Het percentage dat spontaan herstelt, lijkt tussen de 50-94% (Yairi & Ambrose, 2013). De grote variatie in dit percentage wordt veroorzaakt door de gehanteerde definities, de leeftijd van de onderzoeksgroep en de onderzoeksmethodologie. (NVLF et al., 2014) Stotteren kan - in tegenstelling tot stoornissen in bijvoorbeeld de articulatie - optreden na een periode van normaal doorlopen taal- en spraakontwikkeling (Onslow & O'Brian, 2013).

2.1.7. Vroege interventie

Juist omdat het percentage dat spontaan herstelt relatief hoog ligt, is het voor therapeuten een belangrijke afweging wanneer en of er met therapie gestart dient te worden. Mogelijk therapie-effect en verwacht spontaan herstel spelen een belangrijke rol tijdens het nemen van een beslissing. (NVLF et al., 2014) Het kan in de praktijk zo zijn dat een logopedist/stottertherapeut besluit om het kind een bepaalde periode te monitoren om te bekijken hoe de stotterkenmerken al dan niet toe- of afnemen. Dit monitoren duidt een actief proces aan waarin de ontwikkeling van het stotteren systematisch gevolgd wordt; zo wordt er minimaal elk halfjaar onderzoek uitgevoerd en bepaald de logopedist in samenspraak met de ouders een methode om de stotterernst te registreren en terug te koppelen naar de logopedist/stottertherapeut (NVLF et al., 2014).

Volgens recent onderzoek heeft vroege interventie een positief effect op de stotterproblematiek en kan het voorkomen dat kinderen negatieve emotionele reacties op het stotteren gaan ontwikkelen (Bast et al., 2011; Onslow & O'Brian, 2013). Daarnaast schijnt stotteren op latere leeftijd minder makkelijk te reageren op therapie en is de kans op terugval na afloop van therapie groter (Koushik, Shenker, & Onslow, 2009; Wohler & Smith, 2002). De best geaccepteerde best practice voor therapeuten is volgens onderzoek van Onslow en O'Brian (2013) om niet langer dan één jaar te monitoren voordat men overgaat tot interventie omdat er binnen deze periode minder dan 5% van de stotterende kinderen spontaan lijkt te herstellen (Yairi & Ambrose, 1999).

2.2. Self-esteem

2.2.1. Definitie en betekenis

Self-esteem (binnen dit onderzoek letterlijk vertaald als ‘gevoel van eigenwaarde’), kan in de psychologie gedefinieerd worden als ‘zelfachtig’ (Reber, 2005). Het concept ‘self-esteem’ is in het verleden binnen literatuur vaak aangeduid met verschillende termen: ‘self-worth’, ‘self-regard’, en ‘self-acceptance’. De klassieke definitie zoals Coopersmith (1967) deze beschreef luidt als volgt: *“In short, self-esteem is a personal judgment of the worthiness that is expressed in the attitudes the individual holds towards himself”* (Coopersmith, 1967, pp. 4–5). Larsen en Buss beschrijven in hun boek de eenvoudige definitie: *“How you feel about who you are”* (Larsen & Buss, 2005, p. 445). Het self-esteem zegt dus iets over iemands persoonlijke kijk ten opzichte van zichzelf en zijn/haar gevoel daarbij.

Binnen het domein self-esteem onderscheidt men het globale self-esteem en self-esteem gerelateerd aan specifieke domeinen. In theorie betekent dit als iemand een laag self-esteem heeft op sociaal vlak, dit niet direct betekent dat deze persoon direct globaal gezien een laag self-esteem heeft (Felson et al., 2014). Deze twee staan echter wel in zekere mate in relatie tot elkaar: wanneer men globaal gezien positief over zichzelf denkt, schijnt men ook over het algemeen te geloven over positievere kwaliteiten te beschikken dan degenen die negatiever over zichzelf denken (Felson et al., 2014).

2.2.2. Factoren van invloed op het self-esteem

Volgens Argyle (2008) zijn er vier belangrijke factoren die het self-esteem beïnvloeden.

1. Ten eerste spreekt hij over de reacties van anderen; wanneer personen om ons heen laten blijken dat ze ons bewonderen, aandachtig luisteren, het met ons eens zijn en in ons gezelschap willen zijn, blijken we een positief zelfbeeld te ontwikkelen.
2. Daarnaast is de vergelijking met anderen een belangrijk punt; wanneer de personen om ons heen succesvoller, gelukkiger zijn en er beter uitzien dan wij, ontwikkelen we een negatief zelfbeeld maar wanneer deze personen juist minder succesvol zijn, is ons beeld positiever.
3. Sociale rollen zijn vervolgens van belangrijke invloed; bepaalde sociale rollen bezitten een bepaald aanzien, denk hierbij bijvoorbeeld aan artsen.

4. Ten slotte speelt identificatie een rol; rollen zijn een deel van onze persoonlijkheid en we identificeren onszelf met bepaalde posities die we innemen en groepen waar we toe behoren (Argyle, 2008).

Coopersmith zegt dat onze ouders een belangrijke factor zijn in het beïnvloeden van ons self-esteem (Coopersmith, 1967). Voor een kind is het belangrijk dat de ouder bereid is zowel zijn/haar kwaliteiten als zwakheden te erkennen (Mruk, 2006). Duidelijke verwachtingen en het stellen van grenzen zijn voor een kind opvoedstijlen die geassocieerd worden met het ontwikkelen van een positief self-esteem (Coopersmith, 1967; Mruk, 2006).

Uit onderzoek blijkt dat self-esteem licht varieert per geslacht: zo zouden meisjes meer beïnvloed worden door relaties (personen om hen heen) en jongens meer door objectief succes (Heatherton & Wyland, 1998; Josephs, Markus, & Tafarodi, 1992; Stein, Newcomb, & Bentler, 1992). Geslacht verklaart echter maar voor 1% de verschillen in self-esteem (Baumeister & Vohs, 2007).

Het is bij de onderzoeker tot op heden nog onbekend in hoeverre therapeuten - in het bijzonder logopedisten - door middel van therapie een mogelijke invloed kunnen hebben op het self-esteem van een kind. Er lijkt evidentie te zijn dat een kwalitatief goede leerkracht-leerlingrelatie leidt tot een beter zelfvertrouwen en zelfbeeld bij kinderen (Colwell & Lindsey, 2003). Het zou wellicht zo kunnen zijn dat de logopedist of stottertherapeut een bijdrage kan leveren aan het ontwikkelen van een positief self-esteem wanneer men de therapeut-kindrelatie vergelijkt met de leerkracht-leerlingrelatie.

2.2.3. Waarde binnen de psychologie

Over het algemeen heerst het idee dat het hebben van een hoog self-esteem veel voordelen met zich meebrengt. Wanneer men zich goed voelt over zichzelf, is men beter in staat om met uitdagingen en negatieve feedback om te gaan (Heatherton & Wyland, 1998). In de kinderjaren schijnt een hoog self-esteem ervoor te zorgen dat kinderen zelfverzekerder zijn en succesvoller zijn op school (Coopersmith, 1967) en schijnt het een lichte voorspellende factor te zijn als het gaat om hoe succesvol ze zijn op academisch gebied (bijvoorbeeld leesvaardigheid) (Markus & Nurius, 1986). Daar tegenover staat dat een laag self-esteem wordt geassocieerd met ongelukkig zijn en er wordt aangenomen dat het nadelige effecten heeft (Roberts, Gotlib, &

Kassel, 1996). Een bepaald gevoel voor eigenwaarde wordt dus daadwerkelijk van grote waarde geschat binnen de psychologie (Orth, Robins, Trzesniewski, Maes, & Schmitt, 2009).

Emler (2001) onderstreept dat een gevoel voor eigenwaarde en zelfbeeld een belangrijke rol spelen binnen de mental health. Hij benadrukte het verband tussen een laag self-esteem en een verzameling van problemen bij jeugdigen; zo laten ze vaker depressies zien, hebben vaker suïcidale gedachten, en worden vaker zwanger op jonge leeftijd (Emler, 2001; Orth, Robins, & Widaman, 2012). Daarnaast is er veel bewijs dat er een link bestaat tussen self-esteem en verlegenheid, eenzaamheid en vervreemding (Heatherton & Wyland, 1998).

2.3. Stotteren en self-esteem

Uit voorgaande informatie blijkt dat stotteren niet slechts een stoornis is welke zich uit in een auditief waarneembare component, maar ook impact heeft op de emotionele en sociale component bij een persoon die stottert. Binnen verschillende onderzoeken is dan ook de negatieve impact van stotteren op het self-esteem beschreven (Crichton-Smith, 2002; Klompas & Ross, 2004). Er blijkt al sinds lange tijd een consensus te zijn onder klinici en onderzoekers dat stotteren een negatief effect heeft op het zelfbeeld van de persoon die stottert. In het bijzonder heeft het een ongunstig effect op het gevoel van eigenwaarde (Bajina, 1995) (Luper & Mulder, 1964) (Shames & Rubin, 1986) (Starkweather, Ridener-Gottwald, & Halfond, 1990).

2.4. Stottertherapie

2.4.1. Logopedische stottertherapie

In Nederland bestaan verschillende personen die zich ‘stottertherapeut’ noemen. Dit komt doordat de titel stottertherapeut – in tegenstelling tot de titel logopedist – in Nederland geen beschermde titel is binnen de wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG) (CIBG, 2014). Hierdoor kunnen en mogen personen zonder gedegen opleiding of specialisatie zich stottertherapeut noemen.

Binnen deze scriptie is de term ‘stottertherapeut’ uitwisselbaar met een therapeut die is opgeleid volgens standaarden die de Nederlandse Vereniging voor Stottertherapie (NVST) hanteert. Volgens de richtlijnen van de NVST is een stottertherapeut een logopedist (soms psycholoog of orthopedagoog), welke zich heeft gespecialiseerd binnen de diagnostiek en therapieverlening aan personen die stotteren. Door zich als een door de NVST gekwalificeerde

stottertherapeut te registreren, zijn cliënten ervan verzekerd te worden behandeld door een stottertherapeut die regelmatig bijscholingen volgt (NVST, 2013). Een gecertificeerde stottertherapeut heeft een minimaal twee jaar durende opleiding gevolgd aan de European Clinical Specialization Fluency Disorders (ECSF) of het Centrum voor Informatie, Onderzoek en Opleiding over Stotteren (CIOOS) in Antwerpen (NVST, 2013).

Bij het verlenen van zorg aan personen die stotteren, werkt een logopedist/stottertherapeut in principe volgens het methodisch logopedisch handelen (MLH) (Kuiper, 2004, 2013), dit is een stapsgewijze aanpak om therapie op een gestructureerde wijze te laten verlopen en te kunnen vastleggen. Het MLH bestaat uit twee hoofdfasen; diagnostiek en behandeling. Tijdens de inventarisatiefase wordt met behulp van het ICF-model (WHO, 2008) alle aspecten van het stotteren in kaart gebracht, waarna er in overleg met de persoon die stottert en aan de hand van uitgevoerde diagnostiek een therapieplan wordt gemaakt (NVLf et al., 2014)

2.4.2. Methoden voor diagnostiek

De logopedist dient - eventueel met behulp van meetinstrumenten - een inventarisatie te maken van de stotterproblematiek volgens het ICF-CY. Momenteel worden er in Nederland verschillende meetinstrumenten gebruikt om bij kinderen de stotterernst en andere gegevens omtrent de stoornis te kunnen meten. Voor geen van alle instrumenten is onderzoek uitgevoerd naar alle facetten van de validiteit en betrouwbaarheid gedaan, volgens de richtlijn (NVLf et al., 2014) kunnen op dit moment het Stuttering Severity Instrument (SSI) (Riley, 2008) en de Behaviour Assessment Battery (BAB) (Brutten & Vanrijckegem, 2003) als meest betrouwbare instrumenten worden gezien. Aan de BAB zitten echter nadelen in verband met de Vlaamstaligheid (NVLf et al., 2014).

Om de stotterernst te bepalen is het Stuttering Severity Instrument (SSI-3 of SSI-4) en de Test voor Stotterernst (TVS) geschikt. Deze meten de frequentie, duur en begeleidende nevenverschijnselen van het stotterend spreken (Boey, 2000; Riley, 2008).

Om emoties en cognities in kaart te brengen worden onder andere de Behaviour Assessment Battery (BAB) en de Nederlandse vertaling van de Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering voor kinderen van 7-12 jaar (OASES-S-D) gebruikt. De BAB valt uiteen in verschillende onderdelen: de Communication Attitude Test (CAT-DR), Behaviour Checklist en de Speech Situation Checklist. (Brutten & Vanryckeghem, 2003; Yaruss, Quesal, &

Coleman, 2010) Voor signalering van sociaal-emotionele problematiek wordt in de conceptrichtlijn de Strength en Difficulties Questionnaire (SDQ) aanbevolen (NVLF et al., 2014).

2.4.3. Therapiemethoden voor kinderen (6-12 jaar)

In Nederland zijn er twee methoden die geschikt worden geacht voor kinderen in de leeftijd tot zes jaar. Voor kinderen in de leeftijd van zes tot twaalf jaar zijn er geen specifiek ontwikkelde behandelmethoden voorhanden. Deze methoden voor jongere kinderen worden kort uiteengezet omdat deze binnen de praktijk ook met enige regelmaat voor oudere kinderen worden ingezet.

2.4.3.1. Demands-and-Capacities Model (DCM)

Binnen het Demands-and-Capacities Model (DCM) wordt er uitgegaan van een disbalans tussen de verwachtingen (demands) ten aanzien van het spreken, en de mogelijkheden of vaardigheden (capacities) hiervoor (Franken & Putker, 2012; C. Starkweather & Franken, 1991). Vanaf het einde van de jaren '80 is deze methode onderwezen op de Nederlandse opleidingen logopedie, waardoor de methode een soort van standaard geworden is voor jonge kinderen (Franken & Putker, 2012).

2.4.3.2. Lidcombe Programma (LP)

Het Lidcombe programma is een van origine Australisch programma gebaseerd op de principes van de operante conditionering; de ouders belonen vloeiende uitingen in een bepaalde verhouding tot het corrigeren van gestotterde uitingen.

2.4.3.3. Kinderen vanaf zeven jaar

Bronkhorst en collegae beschrijven in de serie 'Kinderen en Adolescenten' (2010) de therapie voor kinderen vanaf zeven jaar. Zij stellen onder andere dat de spraak- en taalontwikkeling bij kinderen vanaf zeven jaar al voor het grootste deel geautomatiseerd is, waardoor de omgeving hier minder invloed op heeft. Wanneer deze kinderen stottertherapie ontvangen, is deze vaak minder gericht op ouderbegeleiding zoals therapie voor jonge kinderen. Afhankelijk van het niveau van het kind wordt er volgens hen gewerkt aan de volgende aspecten:

1. **Spraak:** door vloeiender of meer ontspannen te spreken (eventueel met behulp van een modificatietechniek), het bewust leren toepassen van spraakveranderingstechnieken (manier van spreken wordt in zijn geheel veranderd) of een combinatie.
2. **Attitude:** de erkenning van het stotteren, het vergroten van de weerbaarheid en zelfvertrouwen en het ontwikkelen van een positief zelfbeeld.

3. **Emoties:** het verminderen van negatieve emoties waaronder angst en schaamte en herstructureren van negatieve cognities welke samenhangen met het onvloeidend spreken (Bronkhorst et al., 2010).

Bezemer (2006) beschrijft in haar boek directe therapie voor kinderen in de basisschoolleeftijd: Behandeling volgens het viercomponentenmodel van Stournaras (1980) is hiervoor onder andere geschikt. Dit geldt voor kinderen waarbij psychosociale problemen zijn ontstaan of kinderen waarbij indirecte therapie in het verleden succesvol was maar het stotteren na verloop van tijd weer recidiveert (Bezemer et al., 2006). Het is bijvoorbeeld belangrijk dat het kind inzicht krijgt in zijn problematiek om deze in kaart te brengen. Het componentenmodel kan gebruikt worden tijdens de therapie om het stotteren uit te leggen. De componenten krijgen dan bijvoorbeeld de namen ‘denken’, ‘voelen’, ‘praten en doen’, en ‘andere mensen’ om het model inzichtelijk te maken voor het kind. Op deze manier ontstaat er een motivatie om aan gedachten en gevoelens te gaan werken. Het werken aan gedachten en gevoelens kan dan bijvoorbeeld plaatsvinden aan de hand van gedragsschema's, veranderen van negatieve gedachten of Denk-Wijzer (van Eupen & Nagel-Groen, 1996) (Bezemer et al., 2006). Daarnaast wordt

2.4.4. Effectiviteit van stottertherapie voor kinderen

Voor logopedisten zijn er slechts enkele evidence based richtlijnen beschikbaar, richtlijnontwikkeling staat binnen deze beroepsgroep nog in de kinderschoenen (Gerrits, 2011). Deze afwezigheid van een richtlijn voor stotteren maakte het tot voor kort moeilijk om een geschikte, evidence based behandelmethode te selecteren. Sinds juli 2014 bestaat er de richtlijn ontwikkelingsstotteren (concept, 2014) welke door logopedisten/stottertherapeuten ingezet kan worden bij de behandeling van personen die stotteren.

Uit verschillende fasen van klinisch onderzoek (phase I, II en III trials) is het Lidcombe Program als effectieve behandelmethode beschreven voor kinderen van ongeveer 3 tot 6 jaar oud. (Lattermann, Euler, & Neumann, 2008) Er is bewijs dat kinderen die succesvol behandeld werden volgens deze methode, in staat waren om perceptueel normale spraak te produceren (Onslow & O'Brian, 2013). Uit recent onderzoek door Franken en collegae werd vastgesteld dat zowel DMC als LP effectief waren wat betreft het verminderen van de stotterernst (aantal waargenomen

stottermomenten). Het kleine verschil in therapie-effect dat binnen het onderzoek werd waargenomen, werd niet significant bevonden. (Franken, Kielstra-Van der Schalk, & Boelens, 2005)

Bij oudere kinderen en volwassenen bestaat er minder duidelijkheid over het verwachte verloop van therapie. Er dient rekening te worden gehouden met verschillende variabelen welke een rol spelen in het therapieproces. Hierbij moet men denken aan leeftijd, intensiteit en frequentie van de therapie, de ernst van secundaire problemen zoals angst en vermijdingsgedrag en steun van de omgeving van de persoon die stottert (Manning, 2010).

Uit voorgaande informatie kan worden opgemaakt dat stotteren een complexe stoornis is, waardoor er binnen therapie met veel factoren rekening moet worden gehouden. Doordat therapie voor kinderen in de basisschoolleeftijd in mindere mate gebruik kan maken van vaststaande methoden (zoals LP en DCM voor kinderen tot zes jaar), is deze therapie meer aangewezen op het individuele niveau van het kind en de hulpvraag van ouders en kinderen. Mogelijk speelt ook de ervaring van de logopedist/stottertherapeut een rol in de logopedische besluitvorming. Hierdoor zullen er naar verwachting binnen therapie aan deze leeftijdscategorie meer individuele verschillen worden ontdekt dan bij de kinderen tot zes jaar.

In het volgende hoofdstuk zal de methode aan de hand waarvan dit onderzoek is uitgevoerd, nader worden beschreven. Ten eerste wordt hierbij ingegaan op de onderzoeksopzet en de uitgevoerde procedure, vervolgens wordt er aandacht besteed aan de gebruikte meetinstrumenten en ten slotte op de wijze van analyseren van de onderzoeksgegevens.

3. Methode

Binnen het nu volgende hoofdstuk volgt er een opsomming van de onderzoeksmethode welke tijdens het onderzoek is gehanteerd. Na het lezen ervan is het voor de lezer duidelijk hoe het onderzoek is opgezet, hoe bijvoorbeeld de werving van onderzochte personen heeft plaatsgevonden. Daarna volgt er een uitleg van de gebruikte onderzoeksinstrumenten en zal het hoofdstuk worden afgesloten met de analyse van de verkregen gegevens.

3.1. Onderzoeksdesign

In een eerder hoofdstuk werden reeds de onderzoeksvragen besproken (zie hoofdstuk 1.2.). Om deze onderzoeksvragen op een zo volledig mogelijke wijze te kunnen beantwoorden, is er gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksopzet met gebruik van semigestructureerde interviews.

Onderzoek naar paramedische onderwerpen is regelmatig aangewezen op een kwalitatieve onderzoeksopzet. De oorzaak hiervan is dat de te operationaliseren variabelen van het onderzoek meestal niet uit te drukken zijn in getallen (zoals bij kwantitatief onderzoek) maar bijvoorbeeld nominaal of ordinaal van aard zijn. Daarnaast is kwalitatief onderzoek een belangrijke methode bij onderwerpen of kwesties waarover nog weinig informatie bekend is; vaak voert men dan voorafgaand aan kwantitatief onderzoek een kwalitatieve studies uit om hypothesevorming te bewerkstellingen welke vervolgens met behulp van kwantitatief onderzoek getoetst worden (Zielhuis, Heydendael, Matha, & van Riel, 2010). Binnen deze studie was men benieuwd naar het (waarde)oordeel van een specifieke groep paramedici over een onderwerp. Om deze redenen zijn er interviews afgenomen met behulp van een topiclijst, aan de hand waarvan van tevoren opgestelde onderwerpen (zie hoofdstuk 3.4.1.) bij elk interview aan bod kwamen. Daarnaast werd er - indien nodig - doorgevraagd op onderwerpen om hiervan een duidelijker beeld te verkrijgen.

Omdat er gezocht wordt naar de mening van de onderzoeksgroep ten opzichte van bepaalde onderwerpen is er sprake van een cross-sectionele onderzoeksopzet (slechts één meetmoment). Het doel was niet om de ontwikkeling van deze mening gedurende een onderzoeksperiode te beschrijven, maar om een globaal beeld te kunnen schetsen van de mening van de onderzoekspersonen op één bepaald moment.

3.2. In- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria:

- De onderzoeksgroep binnen deze studie bestond uit gespecialiseerde (stotter)therapeuten. Dit konden zowel logopedisten, als mogelijk ook psychologen zijn, welke werkzaam zijn binnen het Nederlandse werkveld (in praktijk bleken er momenteel echter geen psychologen de vervolgopleiding tot stottertherapeut te hebben gevolgd, of deze op dit moment te volgen).
- Deze therapeuten hebben zich gespecialiseerd in de behandeling van stotteren; bijvoorbeeld volgens de kwaliteitseisen van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) of door lid te zijn van de Nederlandse Vereniging voor Stottertherapie (NVST). (NVLF, 2010a, 2010b; NVST, 2013).
- De genoemde onderzoeksgroep diende regelmatig stotterende kinderen te diagnosticeren en behandelden binnen hun dagelijkse werkomgeving (minimaal drie cliënten per jaar), of al ervaring te hebben op dit gebied (bijvoorbeeld reeds één jaar werkzaam met deze cliëntengroep).
- De deelnemers gaven allen toestemming om het interview vast te laten leggen door de onderzoeker door middel van een geluidsopname (al dan niet met beeldmateriaal).

Exclusiecriteria:

- Therapeuten welke minder dan drie stotterende kinderen in behandeling hadden in het laatste jaar.

3.3. Procedure

3.3.1. Deelnemers

Via de website van de NVST werden alle in Nederland geregistreerde stottertherapeuten (N=65) geïnventariseerd. Daarnaast werd er via de website van de NVLF een lijst van niet noodzakelijk NVST-geregistreerde therapeuten geraadpleegd welke voldeden aan de kwalificaties stotteren. Deze kwalificaties hielden in dat voor registratie de logopedisten voldeden aan tenminste één van de volgende criteria: lid zijn van de NVST; het opleidingstraject Tweede Fase Stottertherapie / CIOOS hebben gevolgd; werkzaam zijn in/verbonden zijn aan een stottercentrum van de VSN; minimaal zes dagen bij- en nascholing hebben gevolgd waarin ouder-begeleiding een prominente rol speelt (NVLF, 2010a). Voor herregistratie hield dit in dat

de therapeuten voldeden aan de volgende criteria: In de afgelopen twee jaar zijn aantoonbaar 24 Studie Belasting Uren (SBU's) besteed aan stotteren (hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan cursussen gericht op het werkgebied stotteren of participatie in een kwaliteitskring) en werkervaring van minimaal 30 uur per jaar binnen de doelgroep patiënten met de indicatie stotteren, of een (her)registratie als lid van de NVST (NVLf, 2010b). Om een zo homogeen mogelijke onderzoeksgroep te verkrijgen, waren de eisen waaraan psychologen moesten voldoen, gelijk aan die van logopedisten: het voldoen aan minmaal een van de hierboven vermelde eisen (bijvoorbeeld het deelnemen aan minmaal zes dagen bij- of nascholing gericht op stotteren).

3.3.2. Werving

Actieve werving van te interviewen personen (hierna te noemen 'therapeuten') heeft plaatsgevonden in september en het eerste gedeelte van oktober 2014. Onder actieve werving wordt verstaan het direct benaderen van therapeuten via e-mail en vervolgens telefonisch.

Van het totaal aantal logopedisten en stottertherapeuten (N=128) werd een onderverdeling gemaakt naar provincie waarin deze werkzaam waren. Op deze manier werd er getracht een zekere spreiding van respondenten over Nederland te verkrijgen. Binnen elke provincie werden de beschikbare therapeuten genummerd en werden er aselekt (met behulp van de computer) drie namen gekozen waarmee in eerste instantie contact werd gezocht.

De geselecteerde therapeuten (N=36) werden allereerst benaderd via een e-mail, waarin onder andere de vraagstelling van het onderzoek beschreven werd, dat het onderzoek zou worden uitgevoerd aan de hand van interviews welke 30-45 minuten duurden, en dat het gesprek een-op-een zou plaatsvinden. Daarnaast werd er gevraagd of men nog collega's kende welke in de gelegenheid waren deel te nemen aan het onderzoek. In de e-mail werd ten slotte aangekondigd dat er in een van de komende werkdagen telefonisch contact werd gezocht om gebleken interesse tot deelname te inventariseren. Na enkele dagen werd er telefonisch contact opgenomen om te informeren of de therapeut de e-mail had ontvangen, gelezen en of men interesse had om deel te nemen aan het onderzoek. Wilden of konden zij zelf niet deelnemen, dan werd gevraagd of zij collega's hadden waarvan zij wisten dat deze werkzaam waren met stotterende kinderen.

Mocht er interesse bestaan om deel te nemen aan het onderzoek, werd er een - afhankelijk van de reisafstand vanaf de onderzoeker - persoonlijke of Skype-afspraak ingepland waarbinnen het interview zou plaatsvinden.

3.4. Meetinstrumenten

3.4.1. Topics

Bij semigestructureerde interviews is sprake van een vooraf bekende lijst met vragen. Er is echter ook ruimte om aanvullend extra vragen te stellen. Om later een gedegen analyse te kunnen voeren is het belangrijk dat er bepaalde gespreksonderwerpen aan bod gekomen zijn. Om echter zo veel mogelijk informatie te verkrijgen over het onderzochte onderwerp, was de verwachting dat het stellen van open vragen de meest bruikbare en betrouwbare antwoorden op zou leveren. Om zowel de onderzoeker alsook de geïnterviewde een bepaalde structuur te bieden, werden de topics is een zo veel mogelijk vastgestelde volgorde besproken. Het doorvragen naar meningen of argumenten stond de interviewer vrij (zie bijlage 1 voor de definitieve topiclijst).

Pas na het afnemen van tweetal oefeninterviews, is de definitieve topiclijst opgesteld. Door de gesprekken tijdens de oefeninterviews, kwamen er nieuwe mogelijke topics naar boven waardoor de lijst kon worden aangevuld en aangepast.

De topics welke aan bod kwamen tijdens de interviews waren opgedeeld als volgt: begroeting, uitspreken van verwachtingen (onder andere het uitleggen van het verloop en verwachte duur van het onderzoek), algemene informatie (waaronder het uitleggen van het doel van de opname, waarborging van de anonimiteit en het verstrekken van onderzoeksresultaten na afronding van het onderzoek), kennis, attitude, vaardigheden, self-efficacy, therapie-effect en ten slotte een aantal afsluitende vragen (onder andere of de geïnterviewde nog aanvullingen had op de verstrekte informatie en er werd gevraagd naar feedback op de interviewer).

Aan het begin van elk interview werd gevraagd in welk jaar de geïnterviewde zijn/haar basisopleiding (bijvoorbeeld HBO logopedie) had afgerond, en vanaf welk jaar diegene ervaring had met het behandelen van personen die stotteren. Ten slotte werd aan hen de vraag voorgelegd hoe het aantal cliënten dat stotterde zich verhield tot hun totale aantal cliënten, om een inschatting te kunnen maken van de mate waarin men ook in de praktijk werkzaam is met personen die stotteren.

Bij de start van de inhoudelijke vragen, werd aan ieder gevraagd wat hij/zij onder de factor self-esteem verstond. Dit om te bekijken welke termen en definitie de therapeuten voor de factor self-esteem gebruiken. Deze vraag diende tevens als inleiding op het onderwerp en om de geïnterviewde de kans te geven al over het onderwerp na de te denken.

3.4.2. Dataverzameling

Vóór aanvang van het gesprek is er om toestemming gevraagd om het interview op te nemen. Het opnemen van Skype-conversaties geschiedde via een iMac met behulp van Screenflow. (Telestream Inc., 2014) Het opnemen van persoonlijke gesprekken ging met behulp van een iPhone 4S met daarop de App Recordium. (Divband, 2011) Het opnemen van de gesprekken gebeurde omdat er slechts één onderzoeker beschikbaar was om de interviews af te nemen. Door het terugluisteren van de interviews kon er op een later tijdstip aantekeningen worden gemaakt en een analyse worden uitgevoerd met behulp van de verzamelde data. Daarnaast werd melding gemaakt van de waarborging van de anonimiteit: de geïnterviewde werd ingelicht dat de opnamen voor niets anders dan deze studie gebruikt werden en er nooit namen naar buiten gebracht zouden worden. Tijdens het gesprek werden mogelijke opvallendheden direct genoteerd met behulp van een aanwezige kladblok en pen.

Na afloop van elk interview werden de belangrijkste bevindingen per gestelde vraag genoteerd, waarna de geïnterviewde binnen een termijn van drie weken per e-mail werd gevraagd om de verstrekte informatie nogmaals te controleren en verifiëren.

3.5. Data analyse

3.5.1. Analyse variabelen

Tijdens de verzameling en analyse van de data is er sprake van nominale variabelen, dat wilt zeggen dat het niet mogelijk is een rangorde aan te geven of statistische berekeningen zoals een gemiddelde uit te voeren (Zielhuis et al., 2010). Wel is het mogelijk om antwoorden welke vaker gegeven zijn, te kunnen schatten op een bepaalde waarde (dit antwoord komt immers meerdere malen terug tijdens de analyse). Binnen dit onderzoek is vervolgens gebruik gemaakt van descriptieve statistiek; er wordt een verzameling weergegeven van nominale variabelen welke later door middel van coding worden geanalyseerd.

Het eerste interview werd volledig getranscribeerd om aan de hand van dit document aandachts- en verbeterpunten voor de onderzoeker te kunnen formuleren. De daaropvolgende interviews werden direct via de audio-opname geanalyseerd om ervoor te zorgen dat er een beter totaalbeeld gevormd kon worden door de onderzoeker (Gibbs, 2007).

3.5.2. Codering

De interviews werden geanalyseerd door het verkrijgen van kernwoorden en –zinnen binnen elk subtopic. Deze eerste vorm van analyse noemt men ook wel ‘open coding’; het selecteren van bepaalde responsen gericht op de beantwoording van de hoofdvraag. (Gibbs, 2007; Wester, 2004) Na het selecteren van de kernwoorden en -zinnen, zullen deze als een bijlage naar de geïnterviewden worden gemaïld met de vraag of zij akkoord gaan met (het gebruik van) de geselecteerde en verzamelde gegevens.

Van de veertien besproken inhoudelijke topics uit de kern van de interviews wordt per vraag een Excel-tabblad aangemaakt in één Excel werkboek; het zogenaamde ‘axiale coding’. Bij deze tweede stap van analyseren voegt de onderzoeker de responsen per topic weer op een overzichtelijke manier (Wester, 2004). Aan de hand van de verkregen kernwoorden en -zinnen wordt vervolgens een kaderanalyse uitgevoerd, dat wilt zeggen dat de gevonden resultaten uit de interviews worden geconfronteerd met het vooraf beschreven theoretisch kader. Middels deze methode zullen de vooraf opgestelde onderzoeksvragen worden beantwoord. Daarnaast zullen de gegeven antwoorden zoveel mogelijk worden opgedeeld in categorieën, de zogenaamde ‘coderingen’. Met behulp van kleuren zal worden weergegeven welke antwoorden enigszins tot volledig overeen komen en hieraan zal vervolgens een naam er kleur worden toegekend. Op deze manier zal er een overzicht ontstaan van antwoorden die vaker voorkwamen en antwoorden die slechts enkele keren genoemd zullen worden.

Tijdens en na afloop van de analyse werden de interviews geanonimiseerd en werd aan elk interview een nummer toegekend. Dit zorgde ervoor dat de anonimiteit van de geïnterviewden gewaarborgd bleef.

4. Resultaten

Binnen het volgende hoofdstuk zal er een opsomming plaatsvinden van de belangrijkste onderzoeksresultaten. Ten eerste zal er een beschrijving plaatsvinden van de onderzoeksgroep, waarbij de belangrijkste kenmerken van de onderzoekspersonen nader worden toegelicht. Aansluitend volgt er een uiteenzetting van de interviewafname, waarna de resultaten van de algemene en de inhoudelijke topics worden toegelicht.

4.1. Procedure

4.1.1. Deelnemers

De op grond van in- en exclusiecriteria geschikt bevonden en willekeurige geselecteerde therapeuten per provincie (N=36) hebben allen een e-mail ontvangen waarin hen werd gevraagd of zij interesse hadden om deel te nemen aan het onderzoek, vervolgens werd er na ongeveer twee tot vier werkdagen telefonisch contact met hen gezocht om bereidheid tot deelname te kunnen registreren. Wanneer een therapeut niet wenste deel te nemen, werd er in deze provincie een nieuwe willekeurige therapeut gemaïld en herhaalde de bovenstaande procedure zich opnieuw. De procedure werd herhaald totdat er veertien therapeuten bereid waren gevonden om deel te nemen aan het onderzoek. Dit richtgetal werd bepaald aan de hand van de beschikbare tijd, middelen en onderzoekers voor dit onderzoek. Twee therapeuten hebben gemeld deel te willen nemen via een oproep die door de onderzoeker op LinkedIn was geplaatst in de groep.

4.1.2. Kenmerken onderzoeksgroep

Uiteindelijk bleken de veertien therapeuten uit de definitieve onderzoeksgroep afkomstig uit de volgende provincies:

- Noord-Holland (5) - *waarvan twee zichzelf via LinkedIn hebben aangemeld.*
- Gelderland (2)
- Noord-Brabant (2)
- Limburg (2)
- Utrecht (1)
- Zuid-Holland (1) - *deze therapeut heeft zichzelf aangemeld via LinkedIn.*
- Overijssel (1)

De bovenstaande volgorde is gebaseerd op provincies waaruit de meeste deelnemers afkomstig zijn en komt niet overeen met de volgorde welke is aangehouden in de geanonimiseerde analysesheets (zie bijlage 4). Er is in verband met privacy gekozen om de provincies niet bij de betreffende geïnterviewden in de tabel binnen de analysegegevens te verwerken.

Alle therapeuten (N=14) waren van het vrouwelijke geslacht en hadden als vooropleiding de opleiding tot logopedist afgerond. Er bleken geen deelnemers te zijn met een vooropleiding als psycholoog. De onderzoeksgroep konden als volgt worden onderverdeeld:

- Negen stottertherapeuten welke aangesloten zijn bij de NVST (NVST, 2013).
- Vijf logopedisten die niet NVST-geregistreerd zijn en voldoen aan de criteria opgesteld vanuit de NVLF voor registratie in het register Stotteren (NVLF, 2010a, 2010b).

Binnen de totale groep (N=14) waren er ten slotte nog drie logopedisten die de opleiding European Clinical Specialization Fluency Disorders (ECSF) gevolgd hebben, en geregistreerd staan als Europees erkende stottertherapeut.¹

Voor een schematisch overzicht van de kenmerken van de onderzoeksgroep, zie bijlage 4.

4.2. Dataverzameling

De interviews vonden plaats gedurende de maand oktober van 2014. De interviews vonden allen plaats op de praktijklocatie van de therapeut of via internet met behulp van Skype.

De gemiddelde afnameduur van de interviews bedroeg 42 minuten en lag daarmee tussen de geschatte afnameduur tussen de 30 en 45 minuten. Het kortste interview duurde 30 minuten, het langste 53 minuten. Alle geïnterviewden gaven aan dat zij geïnteresseerd waren in de uitkomsten van het onderzoek en dat zij deze dan ook graag zouden ontvangen.

Het interview startte telkens met een korte inleiding en voorbeelden van de te bevragen onderwerpen. Binnen de inleiding vroeg de onderzoeker telkens toestemming aan de geïnterviewde om het interview vast te leggen aan de hand van een audio- en video-opname. Alle geïnterviewde gaven hiervoor hun toestemming. Vervolgens werden er een aantal algemene

¹ N.B. binnen de groep van NVST-geregistreerde therapeuten is één persoon zowel bij de ECSF, als bij de NVLF geregistreerd.

vragen (zie hoofdstuk 6.1.2.) en de inhoudelijke vragen (zie hoofdstuk 6.2.2.) gesteld. Hierbij werd bij verschillende vragen - indien nodig - doorgevraagd. Dit was bijvoorbeeld het geval wanneer er geen voorbeelden van een verschijnsel werden gegeven, of er een kort, algemeen antwoord gegeven werd. Ten slotte werd er gevraagd of de geïnterviewde vragen gemist had, en werd er naar feedback op de interviewer gevraagd.

Na afname en open coding van het interview, werden deze per geïnterviewde in een .docx-bestand gekopieerd met de vraag om goedkeuring. Deze documenten werden als bijlage naar de betreffende persoon gemaïld. Zes geïnterviewden hebben deze e-mail beantwoord en hadden een aantal wijzigingen en/of aanvullingen. Deze werden allen binnen het analysebestand overgenomen. De overige geïnterviewden gaven akkoord zonder aanvullingen en/of wijzigingen.

4.2.1. Topics algemene informatie

Aan het begin van elk interview werden er aan de deelnemers de volgende vragen gesteld:

4.2.1.1. Sinds welk jaar bent u afgestudeerd?

De antwoorden op deze vraag liepen uiteen van 1975 tot 2008. Dit betekende dat elke geïnterviewde minimaal zeven jaar afgestudeerd was als logopedist.

Het gemiddeld aantal jaren dat de therapeuten afgestudeerd waren als logopedist was 24,6 jaar.

4.2.1.2. Sinds welk jaar bent u werkzaam met personen die stotteren?

De antwoorden op deze vraag liepen uiteen van 1984 tot 2011. Dit wilt zeggen dat de geïnterviewden ten tijden van de afname allen minimaal vier jaar werkervaring hebben met personen die stotteren. Gemiddeld hebben de geïnterviewden 18,8 jaar werkervaring met personen die stotteren.

4.2.1.3. Hoe is de verhouding tussen cliënten die stotteren en andere cliënten binnen uw praktijk?

De antwoorden op deze vraag liepen uiteen van vijf tot zes cliënten per jaar tot 100%. Zes geïnterviewden gaven uitsluitend (100%) personen die stotteren te behandelen. Een ruime meerderheid van de geïnterviewde therapeuten (N=10) behandelde in de dagelijkse praktijk voornamelijk (meer dan 50% van het totaal aantal cliënten) personen die stotteren.

Voor een schematisch overzicht van de kenmerken van de onderzoeksgroep, zie bijlage 4.

4.2.2. Inhoudelijke topics

Naast de algemene informatie werden er aan elke geïnterviewde vijftien inhoudelijke vragen gesteld om een zo goed mogelijk antwoord te kunnen formuleren op de hoofd- en subvraag binnen dit onderzoek. De inhoudelijke vragen waren opgedeeld in topics om een nagenoeg vaste volgorde van vragen aan te kunnen houden. Wanneer een therapeut echter zelf al enigszins een antwoord formuleerde op een vraag verderop in het interview, kon het zo zijn dat er naar die betreffende vraag gegaan werd, waarna de vaste volgorde weer zoveel mogelijk gevolgd werd.

Hieronder zullen de belangrijkste resultaten van de topics worden weergegeven samen met een aantal letterlijke citaten en/of gegeven antwoorden uit de interviews. Het citaat zal telkens cursief en tussen dubbele aanhalingstekens worden weergegeven. De specifieke tekst waarop de betreffende codering is toegepast, is daarnaast onderstreept. Achter elk citaat wordt weergegeven uit welk interview dit citaat afkomstig is (raadpleeg voor de andere antwoorden uit deze interviews bijlage 4). Ten slotte is er binnen sommige citaten een tekst tussen haakjes weergegeven, dit wilt zeggen dat deze informatie wel verstrekt is maar om de hoeveelheid tekst te beperken niet letterlijk is overgenomen; dit kan het geval zijn bij voorbeelden en dergelijke teksten.

4.2.2.1. Wat betekent volgens u de term self-esteem of gevoel van eigenwaarde?

Het vaakst (negen maal) kwamen er in de antwoorden van de geïnterviewden de termen ‘kennis/denken over jezelf, zelfinzicht en zelfbeeld’ terug in de door hen weergegeven definitie.

“Ik denk dat het een stukje zelfinzicht is, weten wie je bent en wat je kunt, weten wat voor aandeel stotteren heeft in je leven en spreken”(interview 14)

De termen ‘zelfvertrouwen’ en ‘zelfzekerheid’ kwamen vier maal terug in de gegeven antwoorden.

“Denk dat het iets is dat te maken heeft met eigenwaarde, gevoel van eigenwaarde, stukje zelfvertrouwen ook wat je daaraan ontleent” (interview 2)

Termen welke geassocieerd kunnen worden met de definitie ‘zijn wie je bent’ kwamen drie maal terug.

“Dat je mag zijn wie je bent en dat je daar tevreden mee bent: dus dat je jezelf de moeite waard vind” (interview 13)

Ten slotte werd tweemaal de term ‘eigenwaarde’ binnen de antwoorden betrokken en waren er drie definities of gedeelten daarvan die niet onder een van de voorgaande codering geschaard konden worden (deze ontvingen de codering ‘anders’)

“Als ik dat heel erg strak vertaal dan zal dat een zelfbeeld, een eigenwaarde zijn. En in hoeverre ik in staat ben om voor elkaar te krijgen wat ik graag voor mezelf wens in mijn omgeving - in hoeverre ik denk dat dat gaat lukken”- voorbeeld codering ‘eigenwaarde’ (interview 6)

“(...) dat je het gevoel hebt dat je de dingen die je doet, op een juiste, empathische, sociale manier doet - en vooral dat je je daar goed bij voelt” - voorbeeld codering ‘anders’ (interview 9)

4.2.2.2. Wat is volgens u de invloed van stotteren op jonge kinderen (6-12 jaar)??

De antwoorden op deze vraag zijn gevarieerd van aard: twaalf maal werden er binnen het antwoord voorbeelden genoemd van bijvoorbeeld domeinen waarop het stotteren invloed kon hebben. Deze voorbeelden werden onderverdeeld in de volgende subcoderingen: emotie (bijvoorbeeld gevoelens anders te zijn, zelfbeeld), sociaal (bijvoorbeeld terugtrekken, vermijden, weerbaarheid) en didactisch (invloed op educatieve componenten). Invloeden op emotioneel gebied werden twaalf maal genoemd, invloeden op sociaal gebied vijf maal en ten slotte noemde één therapeut de invloed op didactisch vlak.

“heel, heel veel, want de invloed zit op veel terreinen: sociaal- emotioneel (o.a. terugtrekken, vermijden), didactisch (o.a. pestgedrag, minder goed beeld van kunnen)” (Interview 3)

Daarnaast werd er tien keer genoemd dat stotteren een ‘grote invloed’, ‘veel invloed’ had, of een variatie op dit antwoord met ongeveer dezelfde betekenis.

“Dat heeft een behoorlijke invloed; vooral in de schoolsituatie (...) zich onzeker en anders kunnen gaan voelen.” (Interview 8)

Ten slotte werd er zeven keer benoemd dat er een variatie mogelijk was in deze mogelijke invloed. Voorbeelden hiervan zijn “Kan heel erg breed zijn” (interview 6) en “Dat is heel verschillend” (interview 13)

“Dat is een heel groot verschil vind ik - ik vind zesjarigen daar heel anders in staan dan twaalfjarigen. Als je van zes tot negen jaar kijkt, dan is stotteren een ding, nog niet zo

heel groot. En van 9 tot 12 jaar merk je wel dat kinderen het veel serieuzer als een probleem ervaren.” (Interview 14)

4.2.2.3. Hoe merkt u dat ouders staan tegenover hun kind dat stottert?

Voor deze vraag zijn er vijf mogelijke coderingen ontstaan; acht therapeuten benoemden in hun antwoord emotionele reacties van ouders. Voorbeelden hiervan zijn bezorgdheid, angst of een schuldgevoel.

“Merk dat ouders heel bezorgd zijn en vanuit goede bedoelingen geven ouders reacties waardoor kind idee krijgt dat stotteren niet goed is.” (Interview 3)

Vijf therapeuten noemden de houding van de ouders ten opzichte van het kind, voorbeelden hiervan zijn lichaamstaal die volgens hen averechts kan werken of dat ouders hun stotterende kind corrigeren maar zich niet realiseren dat ze hiermee een bepaald gevoel bij het kind kunnen opwekken.

“Ik kom over het algemeen ouders tegen die van hun kinderen houden. Daarbij hebben ze zo hun zorgen en angsten over het wel en wee van hun kinderen. Eén van die zorgen/angsten kan stotteren zijn. In hun reactie daarop kunnen ze soms vanuit die angst of zorg niet het meest handige gedrag naar hun kind toe hebben. Of lichaamstaal die juist averechts werkt. (Interview 6)

Nog eens vijf maal wordt er door de geïnterviewden genoemd dat de houding van de ouders ten opzichte van hun kind wisselend is; ze zien dan bijvoorbeeld meer verschillende soorten houdingen of ouders die verschillend met het stotteren van hun kind omgaan.

“Ja dat is ook heel wisselend; sommige ouders voelen zich schuldig over eerdere reacties die ze gegeven hebben, andere ouders staan heel open ten opzichte van het stotteren van hun kind. (Interview 8)

Daarnaast gaven vier geïnterviewden aan op welke manier ze de ouders binnen de therapie betrekken of hoe ze met ouders bijvoorbeeld alternatieven bespreken van reacties die ze op hun kind kunnen geven.

“Ik vind het heel belangrijk dat ouders naar hun kind leren kijken; wat heeft jouw kind nodig om meer in balans te komen (...) en dat samenwerken aan therapie belangrijk is. (Interview 7)

Ten slotte waren er twee therapeuten die aangaven dat er volgens hen ook ouders zijn die het ‘durven’ van het kind belangrijker vinden dan het vloeiende spreken.

4.2.2.4. Hoe vaak denkt u dat problemen met betrekking tot de eigenwaarde voorkomen bij stotterende kinderen?

Voor bovenstaande vraag zijn er vier verschillende antwoordmogelijkheden. De geïnterviewde noemde een percentage, specifieke groep kinderen waarbij problemen met de eigenwaarde voorkomen of gaf een beschrijvend antwoord.

Zes keer werd er een absoluut aantal of percentage genoemd, waarbij de schattingen uiteenliepen van 40% tot ‘altijd’.

“Als ik ze hier voor het eerst zie, denk ik toch wel bij 75%.” (vanaf 6 jaar) “Ja, dan hebben de meesten toch wel door dat ze iets anders doen dan anderen – en dat knaagt.” (Interview 9)

Negen keer werd er een kwalitatieve beschrijving van het fenomeen gegeven, waarbij de antwoorden bijvoorbeeld ‘iets meer dan gemiddeld’ of ‘wel vrij vaak’ waren.

“Ik denk dat de last van het stotteren heel erg samenhangt met de eigenwaarde. Bij de kinderen die in therapie komen, die hebben bijna allemaal ook een eigenwaarde probleem anders zaten ze er niet.” (Interview 13)

Daarnaast gaf men zes keer aan dat deze problemen bij een bepaalde doelgroep voorkomen en werden er door acht geïnterviewden voorbeelden of uitleg genoemd van het ‘hoe’, ‘wanneer’ of waarom.

“Ik denk altijd (...) ja want een kind beoordeeld zichzelf als niet goed (...) ze geven er zichzelf de schuld van dat ze stotteren, geeft ze een enorm onmachtig gevoel dus dat heeft heel veel impact op dat gevoel van eigenwaarde.” (Interview 11)

4.2.2.5. In hoeverre bent u op de hoogte van recente wetenschappelijke ontwikkelingen m.b.t. stotterende kinderen en de therapie daarvoor?

Voor deze vraag zijn er vijf mogelijke coderingen: een aantal geïnterviewden zeiden iets over de mate waarin ze (vinden) op de hoogte (te) zijn, twaalf maal werd er ook een aanpak beschreven om op de hoogte te blijven.

“Enigszins, houdt de website van de NVST goed in de gaten en ga af en toe naar een symposium.” – voorbeeld codering ‘mate waarin’ (interview 1)

“Ga volgende week naar (plaatsnaam, cursus), ik zit in de webredacties van de Nederlandse Federatie Stotteren (NFS) en NVST. Nieuwe ontwikkelingen worden op de website geplaatst dus die krijgen we sowieso onder ogen.” – voorbeeld codering ‘info over hoe’ (Interview 7)

Er zijn daarnaast nog drie geïnterviewden die aangaven in welke mate ze het belangrijk vinden om op de hoogte te zijn en blijven, er zijn een aantal antwoorden welke een soort ‘tegenargument’ bevatten; deze geïnterviewden gaven aan moeilijkheden te ondervinden bij het op de hoogte blijven. Ten slotte is er een antwoord dat de codering ‘anders’ ontvangen heeft.

“Heel erg up to date,” (...) afgelopen drie jaar veel scholingen met betrekking tot stotteren gedaan, Facebook, LinkedIn, interview zoals dit, coach die met me meedenkt, intervisiegroep. “Ik denk met stotteren is het essentieel om echt goed op de hoogte te zijn.” – voorbeeld codering ‘waarom’ (Interview 11)

“Ja ik hoop voldoende; (...) ik volg cursussen en heb recent nog een cursus gevolgd van Nan Bernstein. Het leuke van het vak is dat je natuurlijk altijd blijft zoeken maar tegelijkertijd is dat ook wel het vermoeiende van het vak.” - voorbeeld codering ‘contradicties’ (Interview 2)

“Wat mij opvalt, is dat er weinig met self-esteem gedaan wordt over het algemeen; dat het een beetje een ondergeschoven kindje is in de opleidingen.” – codering ‘anders’ (Interview 8)

4.2.2.6. Op welke manier maakt u gebruik van de onlangs verschenen richtlijn ontwikkelingsstotteren?

Op deze vraag werd elf maal geantwoord dat men de richtlijn al op (enige manier) inzet.

“Ik denk vast wel dat ik een aantal dingen doe, ik heb ook meegedaan aan (naam wetenschappelijk onderzoek) en die methodes (LP, DCM) pas ik dus ook wel toe.” (Interview 5)

Door vijf geïnterviewden werden voorbeelden gegeven van bijvoorbeeld vragenlijsten en/of therapieën die zij hieruit gehaald hebben.

“Een aantal aspecten zijn anders dan mijn werkwijze en ik heb wel een aantal aanpassingen gemaakt afgelopen maand, ik heb bijvoorbeeld de BAB uit de kast getrokken omdat dat wordt aanbevolen – ik gebruikte de OASES (...) maar als ik zo kijk naar wat er beschreven staat, denk ik dat ik redelijk volgens die richtlijn werk.” (Interview 12)

Daarnaast waren er vijf therapeuten die een persoonlijke opvatting aangaande de richtlijn gaven, en drie maal gaven therapeuten aan volgens een andere richtlijn te werken of een andere manier van werken te hebben.

“Ik ben voorstander van protocollen maar werk zelf zo absoluut niet; het is fijn om een richtlijn te hebben om koers uit te zetten maar is niet geschikt voor maatwerk. Om stotterzorg ten goede te komen, vind ik het een goede ontwikkeling.” – voorbeeld codering ‘persoonlijke opvatting’ (Interview 3)

“Ik ken hem niet zo goed, de richtlijn die ik volg is hoe ik ben opgeleid in de ECSF (...) niet een beschreven richtlijn maar wel hoe ik verwacht werd te werken.” – voorbeeld codering ‘andere richtlijn’ (Interview 1)

4.2.2.7. Hoe staat u tegenover de factor self-esteem?

Bij de volgende vraag is er gekozen om twee coderingen toe te passen. Er werd door de therapeuten in het algemeen genomen gesproken over onderwerpen die onder te brengen zijn bij de codering ‘standpunt’, of bij de codering ‘werkwijze’.

Door alle veertien geïnterviewden werd er een standpunt weergegeven, en door negen van hen werd er tevens een werkwijze besproken (een manier waarop men de factor inzet).

“Ik vind het een van de allerbelangrijkste dingen, ik denk dat het van wezenlijk belang is hoe een kind naar zichzelf kijkt. (...) Als een kind zich zelfverzekerd voelt met stotteren en al, dan zal het sowieso natuurlijk meer ontspannen spreken waardoor er minder stotteren komt.” – voorbeeld codering ‘standpunt’ (Interview 10)

“Ik vind het moeilijk; het is iets dat me niet vanzelf afgaat (...) maar ik ben heel erg opgeleid in de periode van het belonen wat je goed doet en van daaruit een kind laten groeien en ik heb nu tijdens mijn opleiding ook het stukje geleerd van; het ter discussie stellen van... ‘jij denkt dit, waarom denk je dit?’ dat heb ik de laatste jaren geleerd.” - voorbeeld codering ‘werkwijze’ (Interview 9)

4.2.2.8. Welke therapie methoden gebruikt u (overwegend)?

Bij deze vraag gaven alle veertien geïnterviewden aan een combinatie van verschillende therapieën of therapievormen te gebruiken. Daarnaast gaven acht therapeuten aan dat zij DCM of LP gebruiken (of indirect werken – via de ouders, zoals in deze programma’s ook centraal staat).

“Voor zes (jaar) zit ik toch nog wel in de keuze LP en DCM, maar in deze groep zullen veel meer de SI (sensorische integratie red.)-principes aandacht krijgen en het karakterschema (Lia Tieleman) (Interview 4)

Negen therapeuten gaven aan therapievormen als Rationeel-Emotieve Therapie (RET) of cognitieve gedragstherapie in te zetten. Denkwijzer valt hierbij ook onder de noemer ‘cognitieve therapie’.

“Mini-KIDS, stottertherapie volgens Dell (stottermodificatie), denkwijzer, (...) ik gebruik niet echt een methode heel strikt en die is er ook niet voor die leeftijdsgroep. (...)” (Interview 12)

Vijf maal werd er gesproken over de inzet van stottermodificatie en/of spreektechnieken, driemaal werd er aangegeven dat er ook technieken van buiten de logopedie worden ingezet.

Voorbeelden hiervan zijn mindfulness en flowmethodieken volgens Korthagen.

“Hangt af: als het een kind is met alleen vloeiendheidsproblemen, dan gaan we naar de spreektechnische kant (...) als we het hebben over de kinderen met spreekangsten gebruik ik heel veel RET, veel stotterdurfoefeningen (...) systematisch desensitiseren, cognitieve therapie” – voorbeeld codering ‘stottermodificatie/spreektechnieken’ (Interview 2)

“Aan de jonge kant ga ik altijd eerst kijken in hoeverre ga ik direct werken met het kind zelf (...) per kind kijken wat heeft dit kind nodig? En pak dan uit allerlei methoden bruikbare onderdelen” (...) speciaal spelprogramma met als doel het beter laten samenwerken van de linker en rechterhemisfeer. – voorbeeld codering ‘niet direct logopedische methoden’ (Interview 6)

4.2.2.9. Op welke momenten binnen het methodisch handelen zet u deze factor in?

Een ruime meerderheid (twaalf therapeuten) heeft bij deze vraag aangegeven de factor self-esteem in te zetten binnen zowel de diagnostiek als de therapie. Daarnaast waren er tien therapeuten welke expliciet aangaven de factor tijdens de diagnostiek toe te passen en elf therapeuten lieten weten de factor tijdens de behandeling toe te passen. Wanneer een therapeut zowel de codering ‘diagnostiek’ alsook de codering ‘behandeling’ had ontvangen, kreeg deze automatisch ook de codering ‘diagnostiek & behandeling’.

“Het speelt eigenlijk in alles wat ik doe; als ik alleen al begin met uit te leggen aan een kind hoe het komt dat ‘ie stottert. Ook in de hoeveelheid therapie hè; als je tegen een kind zegt dat het oké is en je laat hem vervolgens wel elke week komen... ja dat klopt natuurlijk ook niet.” – voorbeeld codering ‘alle fasen MLH (Interview 13)

“Ik denk inderdaad bij het onderzoeksgedeelte, dan observeer je (...) en stel ook wel wat vragen (...) en bij therapiegedeelte soms best wel een groot aandeel..” – voorbeeld codering ‘diagnostiek’ en ‘behandeling’ (Interview 5)

4.2.2.10. Op welke manier komt u erachter of er daadwerkelijk sprake is van een verlaagd self-esteem of andere psychologische problemen?

Bij deze vraag antwoordden elf geïnterviewden met een meetinstrument, bijvoorbeeld een vragenlijst, test of Visual Analogue Scale (VAS)-score. Als vragenlijsten werden genoemd: de Behaviour Assessment Battery (BAB), Communication Attitude Test (CAT), KiddyCAT en de vragenlijsten uit het boek ‘Stotteren’ (Bezemer et al., 2006).

“Bij jongere kinderen bij de ouders; afzetten tegen broertjes en zusjes (...) en bij oudere kinderen vraag je naar situaties; klas, vriendjes, of ze het naar hun zin hebben op school, spreeksituaties bespreken. (...) bij oudere kinderen BAB” (Interview 1).

Daarnaast werd er tien maal een gesprek met de ouders of anamnese genoemd.

“Bij de vragenlijsten (bijlage boek ‘stotteren’), bij de anamnese, zowel bij het kind zelf als de vragen die je aan de ouders stelt. Wat een kind verteld over hoe het zich in de klas voelt of hoe het zich voelt tijdens het stotteren (...) Dat interview met de leerkracht ook belangrijk is” (Interview 10).

Zesmaal werden er door de therapeuten observaties genoemd als middel om bijvoorbeeld een verlaagd self-esteem te kunnen ontdekken en vier keer werd er gesproken over een samenwerking met school. Deze samenwerking bestond dan bijvoorbeeld uit het door de leerkrachten laten invullen van vragenlijsten.

“De vragenlijst naar de leerkracht is daar ook vaak een mooi instrument in, (...) het oudergesprek en hoe vrij beweegt het kind zich in mijn behandelruimte?” – voorbeeld codering ‘observatie’ en ‘samenwerking school’ (Interview 4).

Ten slotte spraken de therapeuten drie maal over dat zij deze verschijnselen ontdekken door een gevoel dat zij hebben of dat zij dit door ervaring of intuïtie bepalen.

“Emometer, vanuit gesprekken met kinderen waarbij ik merkte dat ze op bepaalde vlakken of onderwerpen dichtslaan, (...) mijn intuïtie; je voelt op een gegeven moment energetisch dat het stopt als je iets doet of iets wilt met een kind, en dan kom ik erop – maar zie dat maar eens te vertalen” (Interview 11).

4.2.2.11. Op welke manier werd er tijdens de opleiding logopedie/stottertherapeut aandacht besteed aan de behandeling van de factor self-esteem?

Bij deze vraag werden er vier coderingen toegekend aan de antwoorden van de geïnterviewden. Allereerst is er een onderverdeling in de antwoorden met betrekking tot de logopedie opleiding. Daarnaast werd dezelfde onderverdeling toegepast voor de specialisaties en/of cursussen. Op deze manier ontstonden de coderingen ‘logopedie – nee/weet ik niet’, ‘logopedie – ja’, ‘specialisatie/cursussen – nee/weet ik niet’, en ‘specialisatie/cursussen – ja’. Twaalf maal werd genoemd dat men zich niet kon herinneren of het in de opleiding logopedie zat, of dat het niet of weinig aan bod gekomen was. Daarnaast was er één therapeut die antwoorde dat het in specialisaties of cursussen niet of weinig aan bod gekomen is.

“Eigenlijk niet zoveel”(logopedie) “Veel aandacht gegaan naar de vloeïendheidstrainingen, en minder naar dit stukje. Wel in de cursus ‘Jonge stotterende

kinderen'."(specialisatie/cursussen) – voorbeeld codering 'logopedie – nee/weet ik niet' (Interview 8)

"Nou.. Ik denk beide weinig (...) binnen logopedie kan ik hem niet zo voor de geest halen (...) Ja, ik denk dat er in elk boek wel een onderdeel staat hoe een kind dit kan ervaren en dat het goed is om daarnaar de vragen.. maar de werkwijze daarop weet ik niet zo goed of dat nou besproken is." – voorbeeld codering 'specialisatie/cursussen – nee/weet ik niet' (Interview 4)

Slechts twee therapeuten benoemden dat de behandeling van de factor aan bod was gekomen tijdens de opleiding logopedie. Daarnaast waren er negen therapeuten welke aangaven dat dit binnen specialisaties of cursussen aan de orde was gekomen.

"Het was wel een onderwerp, we hebben wel ook rollenspellen gedaan over pestgedrag (...) assertiviteitstraining hebben we wel wat mee gedaan (...) desensitiseren (...) werd wel aangegeven; 'bewaak de grens van je eigen handelen, als er echt een groot probleem zit in onzekerheid, stuur door naar een stottertherapeut of psycholoog.' (logopedie) (...) Ja hetzelfde, daar zit mini-KIDS bijvoorbeeld ook in; daar is heel veel aandacht door het vertrouwen geven in het spreken, al dan niet met stotteren" (ECSF-opleiding) (Interview 12).

"Logopedie weet ik niet meer. (...) Vooral in stages (opleiding tot stottertherapeut) vond ik dat naar voren komen (...) het is natuurlijk belangrijk hoe je naar jezelf kijkt voordat je met mensen aan de slag gaat" (Interview 7).

4.2.2.12. Hoe betreft u de factor self-esteem binnen de therapie (waarom wel/niet)?

Deze vraag betrof een van de belangrijkste vragen van het interview en is daarmee een van de vragen die mede antwoord kan geven op de vooraf opgestelde onderzoeksvraag. Om deze reden is er bij de uitwerking regelmatig meer dan één citaat gebruikt om later meer informatie in de conclusie te kunnen verwerken. Voor deze vraag werd er gebruik gemaakt van vijf coderingen; er was een redelijk aantal (acht) geïnterviewden die de factor binnen de therapie betrok aan de hand van het inzetten van positieve psychologie. Voorbeelden hiervan zijn: het benadrukken van 'foutjes maken mag', positieve bekrachtiging, belonen van durven, et cetera).

"Met zo'n programma als denkwijzer, of met een babbelspel, of de vaardigheden trainen en dan durven. Door positieve bekrachtiging en feedback geven, en als je een spreekbeurt in de klas samen voorbereidt, dan werk je ook aan self-esteem" (Interview 14).

Daarnaast pasten zes therapeuten "denkwijzer" of een andere cognitieve therapie toe (codering 'denkwijzer/cognitieve therapie).

“Met kinderen praten over ‘wat voor kind ben jij?’, ‘Waar ben jij goed in?’, ‘Waar ben je niet zo goed in?’, naar eigen kwaliteiten kijken en naar kwaliteiten van andere personen in de omgeving. Denkwijzer, kinderen leren denken op een positieve manier, kinderen reëel naar het stotteren leren kijken. Daar maak ik meestal een uitgebreid onderwerp van; dat kinderen zich gaat realiseren dat je nou eenmaal niet in alles goed hoeft te zijn” (Interview 10).

“In gesprekken, tijdens de behandelingen (denkwijzer, stotterkit, cognitieve therapie) komt alles naar boven; stotteren mag, een foutje maken mag. Bij jonge kinderen is het belangrijk ouders daarbij te betrekken” (Interview 8.)

Zes geïnterviewden zeiden met het kind te praten over wat het kind goed kan, of wat zij minder goed kunnen. Voor een ander voorbeeld van deze codering, zie ook bovenstaand citaat.

“Heel specifiek bijvoorbeeld; ‘hoe goed ben jij ergens in?’, of ‘wat voor type ben jij?’ Dat zijn van die identificatievragen. (...) komt ook in oefeningen terug die ze meekrijgen (Interview 1).

Verder werd er vijf maal gesproken over het op verschillende wijzen trainen van assertiviteit, opkomen voor jezelf of bijvoorbeeld aandacht besteden aan sociale vaardigheden.

“Vooraf ook ervoor zorgen dat kinderen ook positieve kwaliteiten van zichzelf kunnen noemen. (...) kinderen te leren observeren dat mensen niet altijd negatief reageren op hun stotteren. (...) Zodat ze zich bewust worden van het objectief en subjectief kijken” (Interview 2).

“Empatisch vermogen, kwaliteitenkaartjes, ik lees boekjes voor met voorbeelden, laat filmpjes zien, babbelspel, coole kikkerspel (sociale vaardigheden) door daar sterker in te worden, wordt je eigenwaarde vaak ook groter. Eigenwijsjes, kaartjes om op verschillende manieren op pestgedrag te reageren” (Interview 9).

Er werd door drie therapeuten expliciet gesproken over het geven van voorlichting over stotteren, om aan de hand daarvan de factor self-esteem binnen de therapie te kunnen betrekken. Dit wordt gedaan aan de hand van (prenten)boeken, het laten zien van verhalen van andere stotterende kinderen en het boek ‘Stotterkit’.

“Denkwijzer, Plappersack, babbelspel, boekje ‘Ik stotter gewoon’, werkmodel van de NVST-website, knuffelkaartjes aan einde van de behandeling, prentenboeken om bepaalde aspecten aan de orde te brengen. Kinder kernkwaliteitenspel.” (Interview 5)

“Opzettelijk stotteren, spreekbeurten voorbereiden, denkwijzer, boekjes (Mies van Hout – Vrolijk, ‘Anders is leuk’, ‘Ik stotter gewoon’), lichaamstekening maken en daar gevoelens in tekenen, het leren toestaan van foutjes (werkbladen ‘wat is er verkeerd?’) verhalen van andere stotterende kinderen laten zien/horen” (Interview 12).

Ten slotte waren er twee therapeuten welke een antwoord gaven dat niet in de delen was in de opgestelde coderingen, en de codering ‘overige’ ontvingen. Deze antwoorden bevatten bijvoorbeeld inhoud over het effect van de therapie .

(Tijdens onderzoek inventariseren wat een kind nodig heeft met betrekking tot therapie.)
“Tijdens het programma (...) wat het volbrengen van taken doet met kinderen, is enorm.
(Aan de hand van speciaal spelprogramma) (Interview 6).

“Ik denk dat het te maken heeft met hoe je naar mensen en hoe je naar kinderen kijkt. Dat jij eigenlijk voorleeft dat je mag zijn wie je bent en dat je dat uitstraalt naar mensen. Als je dat echt van binnen voelt, zit dat in alles wat je doet, verweven” (Interview 13).

4.2.2.13. Op welke manier neemt u het besluit om al dan niet zelf een persoon die stottert te behandelen (of deze eventueel door te sturen naar een collega)?

Deze vraag is opgedeeld in vier coderingen; negen therapeuten zeiden cliënten door te sturen wanneer deze iets vragen dat zij als therapeut mogelijk niet kunnen bieden, denk hierbij aan groepstherapie of wanneer de cliënt een hulpvraag heeft waaraan de therapeut niet kan voldoen.

“Momenteel is het vooral de afstand, zodra mensen bellen uit de buurt van (plaatsnaam), wijs ik ze op de stottercentra daar, of wanneer de hulpvraag niet puur op het stotteren gericht zou zijn” (Interview 12).

“(...) Of je moet met elkaar constateren dat er na verloop van tijd niet veranderd is en dat er wellicht iets onder zit, of dat de tijd niet rijp is. (...) Of dat je werkelijk moet zeggen; ik weet het niet. (...) Of het moet van de persoon zelf uitgaan; bestaat er ook zoiets als groepstherapie bijvoorbeeld?” (Interview 6)

Zes van de veertien therapeuten zeggen dat zij niet of nauwelijks doorsturen, drie van deze personen antwoorden echter wel dat zij zouden doorsturen in het geval van therapieën die men niet kan bieden of hulpvragen waaraan men niet kan voldoen (zie bovenstaande codering).

“Ik stuur niks door (lacht), nee dat besluitpunt ken ik niet. Er zijn natuurlijk wel momenten dat ik denk; dit kindje is beter gebaat bij fysiotherapie of een echte SI-behandeling (...) maar als stottertherapeut denk ik; als ik het niet kan, dan kan niemand het”(Interview 4.)

Daarnaast werd er door vier therapeuten aangegeven dat zij de keuze om een cliënt door te sturen maken op basis van gevoel. Zij zeggen af te gaan op hun intuïtie of dit te doen wanneer zij bijvoorbeeld het gevoel hebben dat zij geen contact kunnen maken met de cliënt.

“Op het moment dat ik me niet meer capabel voel; en dat is individueel afhankelijk. Bespreek eerst met collega’s in stotter intervisiegroepen” (Interview 1).

“Ik ga daarin af op mijn gevoel (...) als er geen ‘flow’ meer is en het loopt vast, dat zijn de momenten dat ik ga denken; oké nu moet ik volgens mij of de coach raadplegen, of ik moet gaan doorverwijzen.” (geen flow: “Dat ik de plannen die ik bedenkt, niet uitkomen” (Interview 11).

Ten slotte gaven drie therapeuten aan dat zij doorsturen wanneer er onvoldoende resultaat behaald wordt tijdens de behandeling.

“Als ik het gevoel op een gegeven moment krijg, dat ik maar wat aan het doen ben en er geen resultaat is. Of als ik het gevoel heb dat het niet echt meer met het spreken te maken heeft. (...) Anders dan vind ik het geen logopedie meer” (Interview 5).

“Als ik merk dat ik a) geen goede klik heb met mensen dus dat het niet loopt, of b) ik na een periode van werken aan het behandelplan het gevoel heb dat het niet vooruit gaat in de therapie” (Interview 14).

4.2.2.14. Hoe zelfverzekerd voelt u zich ten aanzien van het behandelen van psychische bijverschijnselen bij stotteren?

Voor deze vraag waren er vier mogelijkheden tot coderen; ruim tien van de veertien therapeuten antwoordden op deze vraag dat zij zich (overwegend) zelfverzekerd voelen in het behandelen van de psychische kant van stotteren.

“Het is gewoon mijn ‘ding’ (...) cognitieve gedragstherapie mag ik me nog wel wat zekerder in gaan voelen” (Interview 2).

“Dat hangt ook van de cliënt af (...) ik denk bij 70% wel zelfverzekerd. Je kunt niet iedereen helpen en dat herken en accepteer ik ook wel” (Interview 9).

Negen geïnterviewden gaven aan dat de mate van zelfverzekerdheid afhankelijk is van bepaalde factoren, denk hierbij bijvoorbeeld aan de cliënt die tegenover hen zit of dat zij zich nu pas zelfverzekerd voelden door een persoonlijke groei die de therapeut inmiddels had doorgemaakt.

“Vrij zelfverzekerd. Zeker nu ik kindertolk ben. (...) Ik moet me juist wel eens inhouden om niet te veel het psychologische pad te bewandelen” (Interview 7).

Daarnaast gaven zes therapeuten binnen hun antwoord aan welk standpunt zij hadden ten aanzien van de kwestie.

“Ja weet je, ik ben (leeftijd) en ik heb inmiddels wel het gevoel dat ik dat wel kan ja. Ouder worden is niet leuk, maar in je vak is het wel leuk omdat je steeds meer te bieden hebt.” (Interview 13)

Ten slotte gaven vier geïnterviewden aan dat zij zich soms onzeker voelen ten aanzien van het behandelen van de psychische kant van stotteren. Zij gaven bijvoorbeeld aan dat hun zelfverzekerdheid wisselend is, of dat ze zich onzeker voelen wanneer er bijvoorbeeld depressiviteit in het spel is.

“Dat ligt eraan.. hoe zwaar ze zijn.. en of ik ze kan duiden – of ik ze snap zal ik maar zeggen. Het is altijd een combinatie van factoren waardoor ik me niet meer capabel voel” (Interview 1).

“Heel zelfverzekerd maar dat heeft ook echt te maken met persoonlijke groei die ik heb doorgemaakt (...) het is ook niet voor niks dat ik het nu pas doe (werken met stotteren). (...) Die onzekerheid geeft ook de kans om heel scherp te kijken naar het kind dat je tegenover je hebt. (...) Hoe gevaarlijk het ook kan zijn als je denkt van; ik weet nu alles en ik ben in alles ervaren, want daarmee ga je heel erg kokerdenken (...) dus die onzekerheid; ja die voel ik, en dat is ook belangrijk om die te blijven voelen” (Interview 11).

4.2.2.15. Wat merkt u tijdens de therapievoortgang wat betreft self-esteen bij kinderen die u in behandeling hebt?

Voor de laatste inhoudelijke vraag zijn er twee coderingen ontstaan; alle therapeuten gaven aan dat wanneer het self-esteen verbetert, dit veranderingen tot gevolg heeft op andere vlakken (1) Deze vlakken betreffen dan bijvoorbeeld de invloed op school (meer en makkelijker praten) of dat het kind zelfstandiger en zelfverzekerder wordt. Daarnaast waren er nog zeven geïnterviewden die daarnaast een standpunt over de kwestie formuleerden (2).

“Een van de dingen waarvan ik vind dat die goed werken is het oefenen met assertieve reacties. Dat kinderen echt een aantal reacties leren om op een rustige, assertieve manier te reageren. Als ze onder de knie hebben (...) wat voor antwoorden ze kunnen geven als iemand ze plaagt, of als iemand ze nadoet (...) ik merk dat dat een hele hoge mate van zelfverzekerdheid geeft.” – voorbeeld codering 1 (Interview 10).

“Dat die kinderen op een gegeven moment gewoon lekker stotteren en daar helemaal niet meer mee zitten.” – voorbeeld codering 1 (Interview 9)

“Ik vind dat stottertherapie kinderen heel vaak goed doet (...) Het klinkt gek maar soms mogen kinderen bijna blij zijn dat ze zijn gaan stotteren voor alle extra dingen die ze ook meekrijgen binnen een stottertherapie (...) Ik denk dat kinderen juist door stottertherapie juist heel erg groeien op dat vlak en sneller daardoor gaan omdat ze gedwongen worden om over zichzelf na te denken.” – voorbeeld codering 2 (Interview 7)

4.2.2.16. Aanvullingen op inhoudelijke vragen en feedback op interviewer.

Naast de antwoorden op de inhoudelijke vragen hebben verschillende geïnterviewden een aanvulling gegeven op de vragen uit het interview. Twee therapeuten hadden geen op- of aanmerkingen en drie anderen zeggen dat ze het interview goed en compleet vonden. Hieronder een overzicht van enkele overige aanvullingen. Voor alle antwoorden op vraag 15 en 16 zie bijlage 4. Twee therapeuten noemen in hun aanvulling een training gebaseerd op het vergroten van zelfvertrouwen of assertiviteit, hieronder één voorbeeld:

“Kom maar op-verhaal en assertiviteitstrainingen, er zijn toch wel een aantal kinderen die ik ook doorverwijs naar dat soort trainingen (...) ik denk zo 'n één op de drie die ik uiteindelijk doorverwijs naar een speltherapeut of een deltahuis. Ik heb op het moment een samenwerking met een speltherapeut hier in (plaatsnaam) (...) met name gericht op kinderen sterker maken, assertiever maken” (Interview 2).

Twee therapeuten noemen daarnaast dat zij groepslogopedie bij deze leeftijdsgroep een nuttige aanvulling vinden op de reguliere individuele therapie.

“Dat ik groepstherapie heel belangrijk vind - vanaf 7-8 jaar (...) “dat een uurtje bij elkaar zitten met andere stotterende kinderen levert meer op dan 10 gesprekken met mij. Dat doet dus ook iets met je zelfbeeld over stotteren, dat het gewoon bij iedereen kan horen”(Interview 7).

Twee therapeuten noemen dat ze op een bepaalde manier ook de ouders van het kind betrekken binnen de therapie, door middel van bijvoorbeeld adviesgesprekken.

“Dat ik dat als kracht naar de ouders probeer te spiegelen, dit is dus de kracht van je kind; het stottert maar hij laat zich er niet door belemmeren” (Interview 9).

“Adviesgesprekken met ouders zijn belangrijk (bijvoorbeeld het meedenken over clubjes en dergelijke of ‘hoe vergroot k het vertrouwen van mijn kind ten aanzien van het spreken?’) (Interview 12).

Ten slotte zegt één therapeut dat zij het een mooie aanbeveling zou vinden om aandacht te besteden aan de vragenlijsten die er zijn om de therapievoortgang te meten/registreren; hierin kan zij namelijk niets terugvinden over de verbetering van het zelfvertrouwen en dat het kind hierdoor ook meer durft op andere vlakken.

“Door meer zelfvertrouwen en zelfredzaamheid, merk je dat een kind nieuwe dingen aangaat, andere sportclub of toneel et cetera , vrolijker wordt, meer vertelt, spontaan en langer aan het woord is. Bijvoorbeeld meer bij vrienden thuis durft te komen of te logeren. Dat hoor ik wel eens terug via ouders, maar staat in geen enkele stottervragenlijst! Dat zou ook nog een mooi onderwerp/aanbeveling kunnen zijn naar

aanleiding van jouw onderzoek, maar misschien is er wel zo'n lijst binnen de psychotherapie?" (Interview 14).

Over het algemeen was de feedback op de interviewer positief, voorbeelden hiervan waren een goede manier van vragen stellen of dat de onderzoeker of het onderwerp hen aan het denken gezet had. De interviewstijl kwam een aantal keren terug in de feedback, men noemde het als prettig te hebben ervaren dat de interviewer regelmatig hun antwoord samenvatte.

5. Discussie

Het doel van deze studie was het leveren van een bijdrage aan het Nederlandse onderzoeksveld binnen de logopedie en stottertherapie. Mogelijk is deze studie een aanzet tot vervolgonderzoek waarin meer aandacht ontstaat voor de factor self-esteeem binnen logopedische stottertherapie.

Binnen het volgende hoofdstuk zal er een kritische blik op het uitgevoerde onderzoek worden geworpen. Allereerst zal worden stilgestaan bij de belangrijkste onderzoeksresultaten en hoe deze zich verhouden tot reeds bestaande literatuur. Dit wordt gedaan aan de hand van de topics uit de interviews. Vervolgens zullen de methodologische kwaliteit en beperkingen welke mogelijk zijn opgetreden, worden toegelicht. Ten slotte worden er implicaties voor de praktijk weergegeven en zullen er aanbevelingen worden gedaan voor toekomstig onderzoek.

5.1. Resultaten en kaderanalyse

5.1.1. Kennis

Uit de onderzoeksresultaten komt naar voren dat de geïnterviewden redelijk goed kunnen aangeven wat self-esteeem inhoud. Men noemt het vaakst dat self-esteeem volgens hen iets te maken heeft met ‘kennis/denken over jezelf, zelfinzicht en zelfbeeld’, de antwoorden komen hierdoor relatief goed overeen met de definities uit de literatuur zoals weergegeven in hoofdstuk 2.2.1. (Coopersmith, 1967; Larsen & Buss, 2005). Wat betreft de gevolgen van stotteren voor kinderen in de basisschoolleeftijd, noemde men factoren op sociaal, emotioneel en didactisch vlak. De invloed is volgens de geïnterviewden daarnaast erg breed; zowel in de verschijningsvorm als in de mate van voorkomen. Hieruit blijkt opnieuw dat stotteren een complexe stoornis betreft waarbij er met veel factoren rekening gehouden moet worden (Maguire, Yeh, & Ito, 2012; Packman, 2012). Op de vraag in welke mate problemen met het self-esteeem voorkwamen bij kinderen in de genoemde leeftijdscategorie, gaf een meerderheid van de geïnterviewden aan dat volgens hen problemen met het self-esteeem relatief veel voorkwamen. Dit komt overeen met bevindingen uit eerdere onderzoeken (Bajina, 1995; Luper & Mulder, 1964; Shames & Rubin, 1986; W. Starkweather et al., 1990). Bij de onderzoeker zijn er echter nog geen nationale onderzoeken bekend waarbij deze factor wordt bekeken vanuit de therapeut.

Volgens de geïnterviewden blijken ouders daarnaast vaak emotionele reacties te hebben ten opzichte van hun stotterende kind, bijvoorbeeld bezorgdheid, angst of een schuldgevoel. Deze

bevinding komen overeen met onderzoek van Langevin en collegae (2010) waarin ouders aangeven dat het stotteren ook voor hen bepaalde reacties oproept zoals ongerustheid en angst (Langevin et al., 2010). De logopedisten en stottertherapeuten blijken daarnaast goed op de hoogte van recente wetenschappelijke ontwikkelingen omtrent stotterende kinderen en de therapie daarvoor. Wellicht is het grote aandeel stottertherapeuten in de onderzoeksgroep hier deels verantwoordelijk voor. Deze stottertherapeuten zullen om de kwaliteit van hun zorgverlening hoog te houden in verhouding meer scholingen gevolgd hebben op dit specifieke gebied. Omdat de richtlijn Ontwikkelingsstotteren (NVLF et al., 2014) pas recentelijk is verschenen blijken nog niet alle geïnterviewden deze te hebben geïmplementeerd binnen hun handelen. Wanneer men het langer over het onderwerp heeft, komt men echter wel tot de conclusie dat zij bijvoorbeeld specifieke meetinstrumenten al inzetten. Mede door de recente verschijning van de richtlijn is bovenstaande informatie nieuw; er zijn bij de onderzoeker nog geen onderzoeken bekend met betrekking tot het toepassen van de (concept)richtlijn.

5.1.2. Attitude

De meerderheid van de therapeuten staat positief tegenover de factor self-esteem en men geeft regelmatig aan deze factor misschien wel de belangrijkste factor van de therapie te vinden.

De geïnterviewden geven regelmatig aan gebruik te maken van DCM en LP, terwijl uit literatuur bekend is dat therapie voor kinderen vanaf zeven jaar in afnemende mate werkt met indirecte therapie (Bezemer et al., 2006; Bronkhorst et al., 2010). Toch wordt er vaker door de geïnterviewden aangegeven dat zij naast indirecte methoden ook cognitieve therapeutische methoden gebruiken, zoals ook beschreven wordt binnen de literatuur (Bezemer, 2006). De factor self-esteem wordt daarnaast door de meerderheid toegepast binnen beide hoofdfasen van het MLH. Dat zij dit zo specifiek kunnen aangeven duidt er mogelijk op dat zij redelijk bewust met de factor bezig zijn binnen hun dagelijkse praktijk.

5.1.3. Vaardigheden

De geïnterviewden zeggen er op verschillende manieren achter te komen of er sprake is van een verlaagd self-esteem. Het is echter opvallend dat geen enkele geïnterviewde gebruik maakt van een lijst specifiek gericht op het self-esteem zoals bijvoorbeeld de Rosenberg schaal (Rosenberg, 1965). Onderzoek van aspecten uit de bestaande meetinstrumenten (BAB,

De variatie in materialen waarmee de factor self-esteem wordt betrokken binnen de therapie is echter groot en wellicht is variatie in (bij)scholing hier de oorzaak van. De meeste therapeuten zeggen namelijk dat zij zich niet meer kunnen herinneren dat de werkwijze voor het self-esteem van een kind in het curriculum voorkwam, of dat het voorkomen ervan wel aan de orde was geweest maar dat de werkwijze om het self-esteem te vergroten niet inhoudelijk terugkwam. Volgens een aantal therapeuten werd er binnen specialisaties en cursussen wel duidelijk aandacht besteed aan de factor maar de manier hiervan lijkt divers. Één therapeut leerde dit in stages, anderen beschrijven dat scholingen zoals ‘ouderbegeleiding’, ‘jonge stotterende kinderen’ en ‘mini-KIDS’ deze factor bevatten. Door het beperkte aantal logopedisten binnen de onderzoeksgroep kunnen er geen uitspraken worden gedaan over het mogelijke verschil in aanpak tussen logopedisten en gespecialiseerde stottertherapeuten.

Het is onduidelijk welke interventies binnen de logopedie effectief zijn om het self-esteem van stotterende personen te verbeteren. Wanneer we kijken naar algemene interventies gericht op het self-esteem, laten twee meta-analyses van zien dat interventies specifiek gericht op het verhogen van de zelfwaardering effectiever zijn dan programma’s met een bredere focus (zoals gedrag of sociale vaardigheden) (Haney & Durlak, 1998; O’Mara, Marsh, Craven, & Debus, 2006). Een belangrijke kanttekening is echter dat het hier ging om preventieve interventies in plaats van therapeutische interventies.

5.1.4. Self-efficacy & opbrengsten therapie

Het moment waarop de therapeuten doorverwezen naar een collega hangt van verschillende dingen af, sommige therapeuten zeggen dit te doen bij onvoldoende therapieresultaat, waar anderen al zeggen door te verwijzen bij therapie die zij niet kunnen bieden of hulpvraag waaraan zij niet kunnen voldoen. Uit de verschenen conceptrichtlijn blijkt echter dat zowel cliënten als stottertherapeuten aangeven dat het moment van doorverwijzen naar een stottertherapeut of andere instantie na onvoldoende therapieresultaat, volgens hen regelmatig te laat is (NVL et al., 2014). Er kan wellicht door de verscheidenheid aan antwoorden worden geconcludeerd dat een signaleringslijst voor doorverwijzen zou kunnen leiden tot betere doorverwijzing. Er zal echter verder onderzoek uitgevoerd moeten worden naar de specifieke momenten waarop deze besluitvorming plaatsvindt om hierover verdere uitspraken te doen.

De geïnterviewden voelen zich over het algemeen relatief zelfverzekerd ten aanzien van het behandelen van psychische bijverschijnselen van stotteren. Deze informatie komt echter niet overeen met de eerder genoemde literatuur (Cooper & Cooper, 1996; Kelly et al., 1997). Hieruit bleek dat logopedisten en stottertherapeuten zich onzeker voelen bij het behandelen van factoren anders dan de vloeiendheid. De verschijning van het ICF-model in 2008 kan hierbij wellicht een rol spelen. Wellicht waren Nederlandse therapeuten in het verleden onzeker maar is de scholing gericht op psychologische aspecten door de komst van het ICF-model veranderd, waardoor de zelfverzekerdheid op dit vlak inmiddels is toegenomen.

Door deze studie wordt nog niet duidelijk welke factoren een rol spelen bij de therapievoortgang wat betreft self-esteem. Uit onderzoek blijkt echter wel dat het self-esteem mogelijk positief beïnvloed wordt door de relatie tussen leerkracht en basisschoolleerling (Bos, Muris, & Huijding, 2011), wellicht betekend dit dat dit - al dan niet in mindere mate - ook het geval is voor de relatie tussen (stotter)therapeut en kind.

5.2. Methodologische kwaliteit en beperkingen

5.2.1. Onderzoeksdesign

De interviews werden allen afgenomen door één onderzoeker, welke ook de analyse voor zijn rekening nam. Dit heeft ervoor gezorgd dat de onderzoeksgroep klein bleef (N=14) maar kan er tegelijkertijd ook voor hebben gezorgd dat de omstandigheden waaronder de interviews plaatsvonden, zo veel mogelijk gelijk aan elkaar waren. Denk bij deze omstandigheden bijvoorbeeld aan interviewstijl en voorinformatie bij de interviewer. De kleine onderzoeksgroep hoeft echter niet direct een nadelig effect op de onderzoeksresultaten te hebben. Uit onderzoek van Guest en collegae (Guest, Bunce, & Jonhson, 2006) blijkt namelijk dat datasaturatie al bij twaalf interviews op kan treden. Het moment waarop datasaturatie bereikt wordt, is echter afhankelijk van 1) de hoeveelheid en complexiteit van de data 2) de ervaring van de onderzoeker en 3) het aantal onderzoekers dat de data analyseert (Ryan & Bernard, 2003). De saturatie zou pas later bereikt kunnen worden in gevallen waar erg explorierend te werk gaat (Ryan & Bernard, 2003). Bij de vraag hoe men de factor self-esteem toepast binnen de therapie zullen in het werkveld dus wellicht nog andere antwoordmogelijkheden bestaan.

5.2.2. Onderzoeksgroep

Bij de werving van respondenten is zo systematisch mogelijk te werk gegaan; telkens wanneer er een van de drie aangeschreven therapeuten niet wenste deel te nemen, werd er in willekeurige volgorde van diezelfde provincie een volgende therapeut aangeschreven. De lijst met personen die de onderzoeker vervolgens telefonisch probeerde te bereiken, had zoveel mogelijk ook de volgorde van aanschrijven. Door invloeden die niet te controleren zijn (bijvoorbeeld het later lezen van een e-mail of niet in staat zijn om op het betreffende moment de telefoon te beantwoorden) is de uiteindelijke groep geïnterviewden minder verspreid over de provincies dan van tevoren gewenst was. Dit zou mogelijk voor een vertekend beeld gezorgd kunnen hebben door bijvoorbeeld de verschillende locaties van vooropleidingen van de geïnterviewden, of bijvoorbeeld het deelnemen aan cursussen of kwaliteitskringen op specifieke locaties. De locaties van vooropleidingen zijn echter nodig om dit te kunnen bevestigen.

Wanneer men kijkt naar de verhouding logopedisten tot stottertherapeuten, valt op dat er zich slechts enkele logopedisten binnen de onderzoeksgroep bevinden. Tijdens een gesprek met een stottertherapeut kwam hiervoor een mogelijke verklaring naar boven. Mogelijk is het zo dat logopedisten in verhouding tot stottertherapeuten meer praktische werkzaamheden hebben vanwege de all-round aard van hun praktijk. Stottertherapeuten hebben volgens deze geïnterviewde vaak meer tijd die zij kunnen besteden aan activiteiten buiten hun standaard werkzaamheden omdat zij over het algemeen minder cliënten in behandeling hebben. Dit zou dus een verklaring kunnen zijn voor het feit dat er meer stottertherapeuten ingingen op de vraag of zij wilden deelnemen aan het interview. Deze ongelijke verdeling kan ervoor gezorgd hebben dat de resultaten anders zijn dan wanneer de verdeling logopedisten/logopedist-stottertherapeuten (nagenoeg) gelijk zou zijn geweest. Ten slotte zijn er een aantal therapeuten opgeleid door de ECSF, dit betekend mogelijk dat zij mogelijk over ongelijke competenties beschikken dan de ‘Nederlandse stottertherapeuten’.

5.2.3. Meetinstrumenten

Bij interviews bestaat er altijd een mogelijkheid dat de geïnterviewde gedeeltelijk beïnvloed wordt door de onderzoeker die het interview afneemt. Daarnaast is de kwaliteit van de interviews en daardoor mogelijk ook de resultaten, afhankelijk van de kwaliteit van de gespreksleider. Om het risico hierop te verkleinen is er van tevoren geoefend met het aannemen

van een zo neutraal mogelijke houding en het geven van neutrale verbale reacties op momenten waar dit mogelijk was. Dit oefenen is gedaan door twee oefeninterviews te organiseren voorafgaand aan de officiële interviews. Aan deze oefeninterviews namen tevens twee verschillende logopedisten deel, waarvan één logopedist tevens stottertherapeut was. De antwoorden uit deze interviews zijn niet verwerkt binnen de resultaten maar zijn wel belangrijk geweest om bijvoorbeeld de definitieve topiclijst op te stellen en te oefenen met het afnemen van de interviews.

5.2.4. Ontwikkeling (nieuwe informatie)

De interviews werden op verschillende tijdstippen verspreid over drie weken afgenomen, dit zou door variatie in tijdstippen gezorgd kunnen hebben voor meer informatie binnen de (chronologisch gezien) laatst afgenomen interviews.

De onderzoeker is onder andere bekend met het feit dat er gedurende deze drie weken een symposium ‘Stotteren’ plaatsvond in Amsterdam en dat verschillende geïnterviewden binnen deze drie weken deelnamen aan een cursus.

5.2.5. Analyse

De interviews zijn geanalyseerd direct vanuit het opnamemateriaal. Dit wilt zeggen dat de onderzoeker de interviews na afname beluisterde, en de belangrijkste zinnen uit het antwoord van de geïnterviewde verwerkte in een analysebestand. Omdat iedere persoon op een persoonlijke wijze naar een dergelijke opname luistert en de voorkennis van een andere onderzoeker wellicht anders zou zijn, zou deze door een andere persoon mogelijk anders geïnterpreteerd zijn.

5.3. Implicaties voor de klinische praktijk

De attitude van de onderzochte logopedisten en stottertherapeuten is positief; men vindt de factor self-esteem een belangrijke factor en dit geeft aan dat de bereidheid om hier meer over te weten te komen wellicht aanwezig is. Aan de hand van vervolgstudies is het dan ook interessant om te onderzoeken of er een optimaler aanbod van cursussen en/of bijscholing met betrekking tot self-esteem ontwikkeld kunnen worden. Hierdoor kunnen de mogelijke psychologische problemen bij stotterende kinderen beter gediagnosticeerd en behandeld worden. Aan de hand van het ICF-CY en viercomponentenmodel zou er dan de mogelijkheid bestaan om de zorg rondom self-esteem bij kinderen op een meer gestructureerde manier vorm te geven.

5.4. Aanbevelingen vervolgonderzoek

Dit onderzoek werd slechts bij een beperkte groep therapeuten uitgevoerd, waardoor de vraag rijst in hoeverre de resultaten van de studie vertaalbaar zijn naar de groep logopedist-stottertherapeuten in heel Nederland. Het zou daarom een aanbeveling zijn om deze studie te herhalen met een grotere onderzoeksgroep.

Omdat dit onderzoek niet diep inging op de specifieke manier van werken binnen de praktijk, zou dit wellicht nog een aanbeveling kunnen zijn voor verder onderzoek. Denk hierbij aan studies die al dan niet gedeeltelijk observationeel van aard zijn, zodat er een goed beeld verkregen wordt van hoe stottertherapie aan kinderen ingaat op de factor self-esteem.

Daarnaast is het interessant om bijvoorbeeld bij aanvang van deze therapie het self-esteem van het betreffende kind te meten met bijvoorbeeld een vragenlijst. Dit zou in de toekomst dan afgezet kunnen worden tegen een later meetmoment na afloop van de therapie. Hierdoor ontstaat er een beeld van de verbetering of ontwikkeling van het self-esteem gedurende de therapie.

Om de kwaliteit van de zorg rondom stottertherapie mogelijk te kunnen verbeteren, is het nodig dat er een inventarisatie gemaakt wordt van geschikte meetinstrumenten om het self-esteem te kunnen meten en van mogelijke methoden waarmee het self-esteem tijdens stottertherapie meegenomen kan worden binnen de therapie. Dit kan dan bijvoorbeeld gebeuren aan de hand van literatuuronderzoek. Zodoende zal het voor logopedisten en stottertherapeuten wellicht inzichtelijker worden welke methoden ook daadwerkelijk geschikt zijn om in de praktijk met deze factor te werken. Op deze manier zal het wellicht in de toekomst ook mogelijk zijn om logopedisten en/of stottertherapeuten gerichte scholingen te bieden met betrekking tot het meten en behandelen van de factor self-esteem, of binnen bestaande scholingen gerichter te werk te gaan wanneer men deze factor opneemt in het curriculum. Hierdoor bestaat er wellicht in de toekomst een mogelijkheid om een bijdrage te leveren aan de onlangs verschenen conceptrichtlijn Ontwikkelingsstotteren (NVLF et al., 2014).

6. Conclusie

De studie ging uit van de volgende onderzoeksvraag: ‘Wat zijn de meningen van logopedisten en stottertherapeuten in Nederland wat betreft het inzetten van de factor ‘self-esteem’ in het Methodisch (Logopedisch) Handelen bij kinderen tussen de zes en de twaalf jaar?’ met als subvraag: ‘Op welke wijze zetten Nederlandse logopedisten en stottertherapeuten de factor self-esteem in tijdens diagnostiek en therapie aan stotterende kinderen tussen de zes en twaalf jaar?’ Het onderzoek is uitgevoerd aan de hand van semigestructureerde interviews welke werden gehouden met logopedisten en stottertherapeuten in Nederland.

Concluderend kan gesteld worden dat gegevens uit het interviewtopic ‘kennis’ goed in overeenstemming zijn met recente literatuur met betrekking tot deze onderwerpen. Zo kunnen geïnterviewden bijvoorbeeld goed een definitie geven van de factor self-esteem en komen de reacties van ouders die genoemd worden door de geïnterviewden goed overeen met de beschikbare literatuur. Logopedisten en stottertherapeuten lijken een positieve mening te hebben ten aanzien van het gebruik van de factor self-esteem binnen de stottertherapie aan kinderen tussen de zes en de twaalf jaar. Daarnaast blijken de geïnterviewden veel verschillende methoden in te zetten om het self-esteem binnen de hoofdfasen van het Methodisch Logopedisch Handelen te betrekken. Deze methoden liepen uiteen van het gebruiken van positieve psychologie tot het geven van voorlichting aan het kind over zijn stotteren. De methoden werden door de geïnterviewden meestal binnen beide hoofdfasen van het MLH (logopedische diagnostiek en therapie) toegepast. Ten slotte blijkt dat de logopedisten en stottertherapeuten binnen dit onderzoek relatief zelfverzekerd zijn ten aanzien van het behandelen van de psychische bijverschijnselen bij stotteren en dit is opvallend; aangezien internationale studies tegengestelde resultaten beschrijven wat betreft zelfvertrouwen bij het behandelen van deze factoren.

De hoeveelheid aan verschillende therapiemethoden duidt mogelijk op een winst die te behalen valt wat betreft het onderwijzen van de spraakstoornis stotteren. Verder onderzoek is echter noodzakelijk om wetenschappelijk te kunnen onderbouwen welke therapiemogelijkheden ook daadwerkelijk effectief zijn gebleken om het self-esteem van kinderen te vergroten en welke interventies geschikt zijn om door logopedisten en stottertherapeuten in de praktijk ingezet te worden.

Bibliografie

- Alm, P. (2004). Stuttering and the basal ganglia circuits: a critical review of possible relations. *Journal of Communication Disorders*, 37(4), 325–69. doi:10.1016/j.jcomdis.2004.03.001
- Argyle, M. (2008). *Social Encounters: Contributions to Social Interaction*. Chicago: Aldine Transaction.
- Bajina, K. (1995). *Covert aspects associated with the “stuttering syndrome” Focus on self-esteem*. London: Whurr Publishers Ltd.
- Bast, E., Kristian, H., van Amstel, P., & Franken, M.-C. (2011). Stotteren: effect van genen en van vroege therapie. *Nederlands Tijdschrift Voor de Geneeskunde*, 155.
- Baumeister, R., & Vohs, K. (2007). *Encyclopedia of Social Psychology*. Thousand Oaks: SAGE Publications. Retrieved from <http://books.google.nl/books?id=CQBzAwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=nl#v=onepage&q&f=false>
- Bezemer, M. (2006). 8. Directe therapie voor kinderen met gevorderd stotteren. In Uitgeverij Coutinho (Ed.), *Stotteren, van theorie naar therapie*. Bussum.
- Bezemer, M., Bouwen, J., & Winkelman, C. (2006). *Stotteren - van theorie naar therapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Blood, G., & Blood, I. (2004). Bullying in Adolescents Who Stutter: Communicative Competence and Self-esteem. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 31, 69–79.
- Blood, G., & Blood, I. (2007). Preliminary study of self-reported experience of physical aggression and bullying of boys who stutter: relation to increased anxiety. *Perceptual and Motor Skills*, 104(3;2), 1060–1066.
- Blood, G., Boyle, M., Blood, I., & Nalesnik, G. (2010). Bullying in children who stutter: speech-language pathologists' perceptions and intervention strategies. *Journal of Fluency Disorders*, 35(2), 92–109. doi:10.1016/j.jfludis.2010.03.003
- Bloodstein, O., & Bernstein Ratner, N. (2008). *A handbook on stuttering* (6th editio.). Delmar: Thomson.
- Blumgart, E., Tran, Y., & Craig, A. (2010). Social anxiety disorder in adults who stutter. *Depression and Anxiety*, 27(7), 687–92. doi:10.1002/da.20657

- Boey, R. (2000). *Stotteren: dedecteren en meten: Test voor Stotterernst-Lezers (TvS-L), Test voor Stotterernst-Niet-Lezers (TvS-NL)*. Leuven: Garant.
- Bos, A., Muris, P., & Huijding, J. (2011). Preventie van psychopathologie bij kinderen en adolescenten : het belang van zelfwaarderingsinterventies. *Psychologie En Gezondheid*, 39(4), 232–240.
- Boulet, S., Boyle, C., & Schieve, L. (2009). Health care use and health and functional impact of developmental disabilities among US children, 1997–2005. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 163, 19–26.
- Bronkhorst, J., Eimers, T., Embrechts, M., Franken, M.-C., Goorhuis-Brouwer, S., Hakvoort, F., ... van Widenfelt, B. (2010). Kinderen en adolescenten: problemen en risicosituaties - Deel 5: Spraak, taal en leren. In *Kinderen en adolescenten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Brown, S., Ingham, R. J., Ingham, J. C., Laird, A. R., & Fox, P. T. (2005). Stuttered and fluent speech production: an ALE meta-analysis of functional neuroimaging studies. *Human Brain Mapping*, 25(1), 105–117.
- Brutten, G., & Vanrijckegem, M. (2003). *Behaviour Assessment Battery*. Destel-bergen: SIG VZW.
- Brutten, G., & Vanryckeghem, M. (2003). *BAB - Behavior Assessment Battery*. (N. Vertaling: Brocatus, Ed.). Destelbergen: Sig.
- Bruyninckx, E., & Mortelmans, D. (1999). Kwaliteit van leven en gezondheidszorg in verandering. *Tijdschrift Voor Sociologie*, 20(1).
- Chang, S.-E., Erickson, K., Ambrose, N., Hasegawa-Johnson, M., & Ludlow, C. (2008). Brain anatomy differences in childhood stuttering. *NeuroImage*, 39(3), 1333–44.
doi:10.1016/j.neuroimage.2007.09.067
- Colwell, M., & Lindsey, E. (2003). Teacher-child interactions and preschool children's perceptions of self and peers. *Early Child Development and Care*, 173(2-3), 249–258.
- Cooper, E., & Cooper, C. (1996). Clinician attitudes towards stuttering: Two decades of change. *Journal of Fluency Disorders*, 21(2), 119–135. doi:10.1016/0094-730X(96)00018-6
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: W. H. Freeman & Co.
- Craig, A., Hancock, K., Tran, Y., Craig, M., & Peters, K. (2002). Epidemiology of stuttering in the community across the entire lifespan. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 45, 1097–1105.

- Crichton-Smith, I. (2002). Communicating in the real world: Accounts from people who stammer. *Journal of Fluency Disorders*, 27, 333–352. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0094730X02001614>
- De Nil, L., Kroll, R., & Houle, S. (2001). Functional neuroimaging of cerebellar activation during single word reading and verb generation in stuttering and nonstuttering adults. *Neuroscience Letters*, 302(2-3), 77–80. doi:10.1016/S0304-3940(01)01671-8
- Divband, M. (2011). Recordium App for Iphone. Pichak co.
- Emler, N. (2001). *The costs and causes of low self-worth*. York: York Publishing Services Ltd.
- Felson, R., Brown, J., Marsh, H., Dunning, D., Leary, M., Little, B., ... Markus, H. (2014). *Psychological Perspectives on the Self, Volume 4: The Self in Social Perspective*. (J. Suls, Ed.). New York: Psychology Press.
- Franken, M.-C., Kielstra-Van der Schalk, C., & Boelens, H. (2005). Experimental treatment of early stuttering: a preliminary study. *Journal of Fluency Disorders*, 30(3), 189–199.
- Franken, M.-C., & Putker, D. (2012). Restart-DCM Werkwijze - Behandelprotocol ontwikkeld in het kader van het ZonMW project Cost-effectiveness of the Demands and Capacities Model based treatment compared to the Lidcombe programme of early stuttering intervention: Randomised trial., 1–18. Retrieved from <http://www.nedverstottertherapie.nl>
- Gerrits, E. (2011). Spreken we dezelfde taal? Utrecht: Lectoraat Logopedie Kenniscentrum Innovatie van Zorgverlening, Faculteit Gezondheidszorg.
- Gibbs, G. (2007). Analyzing Qualitative Data. In U. Flick (Ed.), *The SAGE Qualitative Research Kit*. London: SAGE Publications.
- Graham, S., & Fisher, S. (2013). Decoding the genetics of speech and language. *Current Opinion in Neurobiology*, 23(1), 43–51. doi:10.1016/j.conb.2012.11.006
- Guest, G., Bunce, A., & Jonhson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, 18(1), 59–82. doi:10.1177/1525822X05279903
- Guitar, B. (2013). *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment* (4th editio.). Philadelphia: Lippincott Williams And Wilkins.
- Haney, P., & Durlak, J. (1998). Changing self-esteem in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 423–433.

- Heatherton, T., & Wyland, C. (1998). Assessing Self-Esteem. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 219–233). Washington: American Psychological Association.
- Iverach, L., & Rapee, R. (2014). Social anxiety disorder and stuttering: current status and future directions. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 69–82. doi:10.1016/j.jfludis.2013.08.003
- Janssen, P. (1985). *Gedragstherapie bij stotteren*. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema.
- Josephs, R., Markus, H., & Tafarodi, R. (1992). Gender and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 391–402.
- Kelly, E., Martin, J., Baker, K., Rivera, N., Bishop, J., Krizizke, C., ... Stealy, J. (1997). Academic and Clinical Preparation and Practices of School Speech-Language Pathologists With People Who Stutter. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, Vol. 28, 195–212.
- Klompas, M., & Ross, E. (2004). Life experiences of people who stutter, and the perceived impact of stuttering on quality of life: personal accounts of South African individuals. *Journal of Fluency Disorders*, 29(4), 275–305. doi:10.1016/j.jfludis.2004.10.001
- Koedoot, C., Bouwmans, C., Franken, M.-C., & Stolk, E. (2011). Quality of life in adults who stutter. *Journal of Communication Disorders*, 44(4), 429–43. doi:10.1016/j.jcomdis.2011.02.002
- Koushik, S., Shenker, R., & Onslow, M. (2009). Follow-up of 6-10-year-old stuttering children after Lidcombe program treatment: a phase I trial. *Journal of Fluency Disorders*, 34(4), 279–90. doi:10.1016/j.jfludis.2009.11.001
- Kuiper, H. (2004). *Methodisch handelen in de logopedie*. Assen: Gorcum b.v.
- Kuiper, H. (2013). *Methodisch handelen in de logopedie*. Assen: Gorcum b.v.
- Langevin, M., Packman, A., & Onslow, M. (2009). Peer Responses to Stuttering in the preschool Setting. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 18, 264–276.
- Langevin, M., Packman, A., & Onslow, M. (2010). Parent perceptions of the impact of stuttering on their preschoolers and themselves. *Journal of Communication Disorders*, 43(5), 407–23. doi:10.1016/j.jcomdis.2010.05.003
- Larsen, R., & Buss, D. (2005). *Personality psychology - Domains of knowlegde about human nature* (2nd editio.). New York: McGraw-Hill.

- Lattermann, C., Euler, H., & Neumann, K. (2008). A randomized control trial to investigate the impact of the Lidcombe Program on early stuttering in German-speaking preschoolers. *Journal of Fluency Disorders*, 33(1), 52–65. doi:10.1016/j.jfludis.2007.12.002
- Luper, H., & Mulder, R. (1964). *Stuttering: the role of the classroom teacher*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, Inc. Mendelson.
- Maguire, G., Yeh, C., & Ito, B. (2012). Overview of the Diagnosis and Treatment of Stuttering. *Journal of Experimental & Clinical Medicine*, 4(2), 92–97. doi:10.1016/j.jecm.2012.02.001
- Manning, W. (2010). Evidence of clinically significant change: the therapeutic alliance and the possibilities of outcomes-informed care. *Seminars in Speech and Language*, 31(4), 207–216.
- Markus, H., & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41(9), 954–969.
- McAllister, J., Collier, J., & Shepstone, L. (2013). The impact of adolescent stuttering and other speech problems on psychological well-being in adulthood: evidence from a birth cohort study. *International Journal of Language & Communication Disorders / Royal College of Speech & Language Therapists*, 48(4), 458–68. doi:10.1111/1460-6984.12021
- McClure, J., & Yaruss, J. (2003). Stuttering Survey Suggests Success of Attitude-Changing Treatment. *The ASHA Leader*. Retrieved from <http://www.asha.org/Publications/leader/2003/030513/030513e.htm>
- Mruk, C. (2006). *Self-esteem: Research, Theory and Practice* (third edit.). New York: Springer Publishing Company Inc.
- Murphy, W., Yaruss, J., & Quesal, R. (2007). Enhancing treatment for school-age children who stutter I. Reducing negative reactions through desensitization and cognitive restructuring. *Journal of Fluency Disorders*, 32(2), 121–38. doi:10.1016/j.jfludis.2007.02.002
- NVLF. (2010a). NVLF criteria Register Specifieke individuele behandeling Stotteren 2011 - 2015 - registratie. Retrieved from http://www.logopedie.nl/bestanden/nvlf/kwaliteit/registers/stotteren/Criteria_registratie_stotteren_2011_2015.pdf
- NVLF. (2010b). NVLF criteria Register Specifieke individuele stotterbehandeling Stotteren 2011-2015 - herregistratie. Retrieved from http://www.logopedie.nl/bestanden/nvlf/kwaliteit/registers/stotteren/Criteria_herregistratie_stotteren_2011-2015_071210.pdf

- NVLF, NVST, & Demosthenes. (2014). *CONCEPTRICHTLIJN “Ontwikkelingsstotteren bij kinderen, adolescenten en volwassenen .”* Woerden.
- NVST. (2013). Ledenlijst NVST. Retrieved from <http://www.nedverstottertherapie.nl/stotterthledenlijst.html>
- O’Mara, A., Marsh, H., Craven, R., & Debus, R. (2006). Do self-concept interventions make a difference? A synergistic blend of construct validation and meta-analysis. . *Educational Psychologist*, 41, 181–206.
- Onslow, M., & O’Brian, S. (2013). Management of childhood stuttering. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 49(2), E112–5. doi:10.1111/jpc.12034
- Orth, U., Robins, R., & Widaman, K. (2012). Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(6), 1271–88. doi:10.1037/a0025558
- Packman, A. (2012). Theory and therapy in stuttering: a complex relationship. *Journal of Fluency Disorders*, 37(4), 225–33. doi:10.1016/j.jfludis.2012.05.004
- Quesal, R., & Shank, K. (1978). Stutterers and others: A comparison of communication attitudes. *Journal of Fluency Disorders*, 3(4), 247–252. doi:10.1016/0094-730X(78)90024-4
- Rautakoski, P., Hannus, T., Simberg, S., Sandnabba, N., & Santtila, P. (2012). Genetic and environmental effects on stuttering: A twin study from Finland. *Journal of Fluency Disorders*, 37(3), 202–210. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jfludis.2011.12.003
- Reber, A. (2005). *Woordenboek van de psychologie - Termen, theorieën en verschijnselen* (11e druk.). Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker.
- Reilly, S., Onslow, M., Packman, A., Wake, M., Bavin, E., Prior, M., ... Ukoumunne, O. (2009). Predicting stuttering onset by the age of 3 years: a prospective, community cohort study. *Pediatrics*, 123(1), 270–7. doi:10.1542/peds.2007-3219
- Riley, G. (2008). *Stuttering Severity Instrument, Fourth Edition (SSI-4)*. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Roberts, J., Gotlib, I., & Kassel, J. (1996). Adult attachment security and symptoms of depression: the mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 310–320.
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg zelfwaardeschaal.
- Ryan, G., & Bernard, H. (2003). Techniques to Identify Themes. *Field Methods*, 15(1), 85–109.

- Shames, H., & Rubin, R. (1986). *Stuttering then and now*. Columbus, OH: Merrill Publishing Co. Springerlink.
- Sheehan, J. (1975). Conflict theory and avoidance-reduction therapy. In J. Eisenson (Ed.), *Stuttering: a second symposium*. New York: Harper en Row.
- Starkweather, C., & Franken, M.-C. (1991). Preventie van stotteren en vroegtijdige interventie bij zeer jonge stotteraars. In H. F. M. Peters & C. W. Starkweather (Eds.), *Preventie en vroege interventie bij spraak-, taal-, en gehoorstoornissen* (pp. 93–135). Amsterdam/Lisse: Swets en Zeitlinger.
- Starkweather, W., Ridener-Gottwald, D., & Halfond, M. (1990). *Stuttering prevention: a clinical method*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Stein, J., Newcomb, M., & Bentler, P. (1992). The effect of agency and communality on self-esteem: Gender differences in longitudinal data. *Sex Roles: A Journal of Research*, 26, Issue(11), 465–483.
- Stournaras, E. (1980). Stotteren bij kinderen. In *Stem-, Spraak-, en Taalstoornissen bij kinderen* (Waar, C.H., pp. 65–95). Alphen a/d Rijn: Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij.
- Telestream Inc. (2014). Screenflow - Screen recording and editing software for Mac. Nevada City.
- Tran, Y., Blumgart, E., & Craig, A. (2011). Subjective distress associated with chronic stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 36(1), 17–26.
- Van Amelsvoort, J., Peters, F., Petrusa, T., & Keppels, E. (2009). *De arbeidsmarktbehoefte aan logopedisten* (p. 44). Nijmegen.
- Van Eupen, A., & Nagel-Groen, R. (1996). Denk-Wijzer - Een cognitief therapieprogramma voor stotterende kinderen van 6 tot en met 12 jaar. Leiden: Uitgeverij Swets & Zeitlinger.
- Vanryckeghem, M., Brutten, G., & Hernandez, L. (2005). A comparative investigation of the speech-associated attitude of preschool and kindergarten children who do and do not stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 30(4), 307–18. doi:10.1016/j.jfludis.2005.09.003
- Wester, F. (2004). Analyse van kwalitatief onderzoeksmateriaal. *Huisarts En Wetenschap*, 47, 122–128. doi:10.1007/BF03083688

- WHO. (2001). *Nederlandse vertaling van de "International Classification of Functioning, Disability and Health."* (WHO FIC Collaborating Centre in the Netherlands, Trans.) (Eerste dru.). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- WHO. (2008). *International Classification of Functioning, Disability and Health - Children and Youth Version. ICF-CY (Nederlandse vertaling)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wohler, A., & Smith, A. (2002). Developmental Change in Variability of Lip Muscle Activity During Speech. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 45, 1077–1087.
- Yairi, E., & Ambrose, N. (1999). Early Childhood Stuttering I - Persistency and Recovery Rates. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42, 1097–1112.
- Yairi, E., & Ambrose, N. (2005). *Early Childhood Stuttering. For clinicians by clinicians*. (Pro-ed.). Austin, Texas.
- Yairi, E., & Ambrose, N. (2013). Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of Fluency Disorders*, 38(2), 66–87. doi:10.1016/j.jfludis.2012.11.002
- Yaruss, J., Quesal, R., & Coleman, C. (2010). *Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASESTM)*. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Zielhuis, G., Heydendaal, P., Matha, J., & van Riel, P. (2010). *Handleiding medisch-wetenschappelijk onderzoek* (6e herzien.). Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg.

Bijlagen

Bijlage 1 - Topiclijst

Algemene gegevens

- Jaar van afstuderen
 - Sinds welk jaar ervaring met het behandelen van personen die stotteren?
 - Sinds welk jaar ervaring met kinderen die stotteren?
 - Verhouding stotterende personen t.o.v. totaal aantal cliënten?
- Wel/niet NVST-geregistreerd → stottertherapeut / logopedist?

Kennis

1. Wat betekent volgens u de term self-esteem/eigenwaarde?
2. Wat is volgens u de invloed van stotteren op jonge kinderen (6-12 jaar)?
3. Hoe merkt u dat ouders staan tegenover het kind dat stottert?
4. Hoe vaak denkt u dat problemen met betrekking tot de eigenwaarde voorkomen bij stotterende kinderen?
5. In hoeverre bent u op de hoogte van recente wetenschappelijke ontwikkelingen m.b.t. stotterende kinderen?
6. Op welke manier maakt u gebruik van de onlangs verschenen richtlijn ontwikkelingsstotteren?

Attitude

7. Hoe staat u tegenover de factor self-esteem? → *hoe belangrijk? etc.*
8. Welke therapie methode gebruikt u overwegend? → *waarom deze keuze (evidence, practice)?*
9. Op welke momenten binnen het methodisch handelen zet u de factor in?

Vaardigheden

10. Op welke manier komt u erachter of er daadwerkelijk sprake is van een verlaagd self-esteem of andere psychologische problemen? → *welke methoden van diagnostiek?*
11. Op welke manier werd er tijdens de opleiding logopedie/stottertherapeut aandacht besteed aan de factor self-esteem?
12. Hoe betreft u de factor self-esteem binnen de therapie? → *waarom wel/ waarom niet?*

Self-efficacy

13. Op welke manier neemt u het besluit om al dan niet zelf de persoon die stottert te behandelen (of deze evt. door te sturen naar een collega)?
14. Hoe zelfverzekerd voelt u zich t.a.v. het behandelen van psychische bijverschijnselen bij stotteren? → *Wanneer wel/wanneer niet?*

Opbrengsten therapie

15. Wat merkt u tijdens de therapievoortgang wat betreft self-esteem bij de kinderen die u in behandeling hebt? → *gedrag, zelfvertrouwen e.d.*

Bijlage 2 - Afnamformulier

Onderdeel	Topic	Subtopics	Antwoord
Inleiding	Begroeting, voorstellen	• Indien van toepassing: hand geven, voorstellen, plaatsnemen	
	Uitspreken verwachtingen	• Uitleg over verloop interview, doel, verwachtingen • Korte samenvatting topics • Verwachte duur onderzoek benoemen.	
	Algemene informatie	• Uitleggen doel en vragen om toestemming audio/video opname. • Uitleg anonimiteit • Uitkomsten onderzoek worden indien daar interesse voor is, gedeeld na afloop.	
Kern	Kennis	• Wat betekent volgens u de term self-esteem/eigenwaarde?	
		• Wat is volgens u de invloed van stotteren op jonge kinderen (6-12 jaar)?	
		• Hoe merkt u dat ouders staan tegenover hun kind dat stottert?	

		Hoe vaak denkt u dat problemen met betrekking tot de eigenwaarde voorkomen bij stotterende kinderen?	
		In hoeverre bent u op de hoogte van recente wetenschappelijke ontwikkelingen m.b.t. stotterende kinderen?	
		Op welke manier maakt u gebruik van de onlangs verschenen richtlijn ontwikkelingsstotteren	
	Attitude	Hoe staat u tegenover de factor self-esteem?	
		Welke therapie methode gebruikt u overwegend? (<i>evidence, practice</i>)?	<i>waarom deze keuze? evidence/practice?</i>

		Op welke momenten binnen het methodisch handelen zet u deze factor in? (bv. <i>meer tijdens de diagnostiek, meer tijdens het behandelen</i>)	
	Vaardigheden	Op welke manier komt u erachter of er daadwerkelijk sprake is van een verlaagd self-esteem of andere psychologische problemen? (<i>welke methoden van diagnostiek</i>)?	
		Op welke manier werd er tijdens de opleiding logopedie/stottertherapeut aandacht besteed aan de factor self-esteem?	
		Hoe betreft u de factor self-esteem binnen de therapie? → <i>waarom wel/ waarom niet?</i>	
	Self-efficacy	Op welke manier neemt u het besluit om al dan niet zelf de persoon die stottert te behandelen (of deze evt. door te sturen naar een collega)?	

		Hoe zelfverzekerd voelt u zich t.a.v. het behandelen van psychische bijverschijnselen bij stotteren? → <i>Wanneer wel/wanneer niet?</i>	
	Therapie-effect	Wat merkt u tijdens de therapievoortgang wat betreft self-esteem bij de kinderen die u in behandeling hebt? (gedrag, zelfvertrouwen e.d.)	
Slot		Vragen of geïnterviewde nog onderwerpen gemist heeft	
		Vragen naar feedback op interviewer	
		- Bedanken geïnterviewde - Afsluiten, begroeting	

Bijlage 3 - Brief werving respondenten

Alyssa Jeurissen
Stationspark 25
6042 AX Roermond



Naam geadresseerde
Praktijknaam

Roermond, __ september 2014

betreft: onderzoek - self-esteem binnen het methodisch logopedisch handelen bij stotterende kinderen

Geachte heer, mevrouw,

Uw contactgegevens heb ik verkregen via het register stotteren (NVLF) en/of het register van de NVST waarbinnen u geregistreerd staat.

In het kader van mijn bachelor thesis voer ik een onderzoek uit naar de integratie van de factor self-esteem binnen de stottertherapie aan kinderen tussen de 6 en 12 jaar.

Hierbij ben ik benieuwd naar uw mening en toepassing van de factor self-esteem als individuele stottertherapeut binnen het methodisch (logopedisch) handelen.

Dit gegeven wil ik onderzoeken door middel van het interviewen van een aantal logopedisten en stottertherapeuten welke werkzaam zijn met stotterende kinderen tussen de 6 en 12 jaar.

Het interview kan zowel op de praktijklocatie plaatsvinden, alsook een locatie naar uw keuze of via een ingeplande Skype-afspraak. Het interview zal naar verwachting ongeveer 30-45 minuten duren en zal een een-op-een gesprek betreffen. De resultaten worden geanonimiseerd verwerkt binnen het onderzoek. Indien u dat wenst, kunt u na afloop van het onderzoek een beschrijving van de uiteindelijke resultaten verkrijgen.

Deze week zal ik telefonisch contact met u opnemen om meer uitleg te geven over het onderzoek en om bij gebleken interesse een afspraak in te plannen.

Wellicht bent u in de gelegenheid om tevens collega-logopedisten/stottertherapeuten aan te dragen welke zouden willen deelnemen aan het onderzoek.

Met vriendelijke groeten,

Alyssa Jeurissen
Student logopedie

Bijlage 3 - Afspraakbevestiging

Beste logopedist/stottertherapeut,

Recentelijk heb ik met u een afspraak gemaakt om u te interviewen in het kader van mijn scriptie.

Het doel van dit onderzoek en daarmee het interview is:

- te weten komen in welke mate therapeuten (logopedisten en/of stottertherapeuten) de factor 'self-esteem' (gevoel van eigenwaarde) een belangrijke factor vinden bij de therapie aan stotterende kinderen tussen de 6 en de 12 jaar
- te weten komen op welke manier de therapeut deze factor binnen de therapie betrokken word.

Om dit interview af te nemen heb ik met u een afspraak gemaakt op:

datum: woensdag 15 oktober

tijd: 9:30

Mijn Skype gebruikersnaam: alyssa.jeurissen (woonplaats Roermond)

Graag spreek ik u op de afgesproken datum en tijdstip!

Mochten er nog vragen zijn, bel of mail mij gerust!

Vriendelijke groeten,

Alyssa Jeurissen

06 - 20 38 74 27

N.B. Aan het begin van het gesprek zal ik u vragen of u toestemming geeft om het gesprek op te nemen, deze opname is belangrijk voor mij om de resultaten later te kunnen terugluisteren en de resultaten te verwerken. Ik wijs u erop dat deze opnamen alleen gebruikt zullen worden in het kader van het onderzoek en uw anonimiteit zal worden gerespecteerd en gewaarborgd.

INFORMATIE SKYPE

Informatie voor degenen die nog nooit met Skype gewerkt hebben:

- Skype is de ideale manier om gratis (via de internetverbinding) te kunnen beeldbellen en/ of -vergaderen (via de volgende link leest u hierover meer: <http://www.skype.com/nl/what-is-skype/>)
- Installeer Skype op uw computer via de volgende link: <http://www.skype.com/nl/> (klik op 'Skype downloaden' en kies wat voor u van toepassing is; Skype voor Mac of voor Windows) Als het goed is geeft de website uw besturingssysteem vanzelf aan.
- Doorloop de stappen en klik bij het aanmelden bij het programma op 'schrijf u in' om te kunnen starten.

Voor degene die Skype al geïnstalleerd hebben:

- Hebt u dit gedaan, krijgt u wanneer u Skype start, een scherm waarin u links de taboes 'skype start' en 'contacten' ziet staan → klik op 'contacten' en klik vervolgens (rechtsboven) op 'voeg contact toe' → type dan mijn naam en achternaam in
→ als het goed is, verschijnt er slechts één contact met een foto'tje en woonplaats Roermond.
- Dubbelklik op mijn naam en klik wanneer er een klein schermje verschijnt op 'verstuur'.
- Klaar! Ik ben nu in de gelegenheid om uw uitnodiging te accepteren en u op het afgesproken tijdstip te bellen indien u het programma aan heeft staan

Bijlage 4 - Analysebestand

Algemene gegevens:

nummer geïnterviewde	afstudeerjaar logopedie	aantal jaren ervaring als logo	werkzaam met PDS sinds	aantal jaren ervaring PDS	aantal PDS*/**	logopedist/ stottertherapeut	ECFS/NVST therapeut	interesse resultaten
1	1990	24	1990	24	5-6 p.j.	stottertherapeut	ECSF	ja
2	1979	35	1994	20	40-50%	stottertherapeut	NVST	ja
3	2007	7	2007	7	21 p.w.	stottertherapeut	ECSF/NVST	ja
4	1989	25	1990	24	100%	stottertherapeut	NVST	ja
5	1987	27	1999	15	60%	stottertherapeut	NVST	ja
6	1987	27	1987	27	100%	logopedist		ja
7	1989	25	1994	20	100%	stottertherapeut	NVST	ja
8	1991	23	1991	23	30%	logopedist		ja
9	1984	30	1984	30	80% / 10 p.w.	stottertherapeut	NVST	ja
10	1986	28	1986	28	10%	stottertherapeut	NVST	ja
11	1989	25	2011	3	100%	logopedist		ja
12	2008	6	2008	6	100%	stottertherapeut	ECSF	ja
13	1975	39	1998	16	80% kinderen	stottertherapeut	NVST	ja
14	1990	24	1994	20	100%	stottertherapeut	NVST	ja
		345:14 = 24,6		263:14 = 18,8				
* 4 personen die in mindere mate PDS behandelen								
** 10 personen die overwegend PDS behandelen								

1. Kennis - Wat betekent volgens u de term self-esteem/eigenwaarde?

nr.	C	
1	1 2	"ik denk dan aan zelfvertrouwen en zelfkennis; dat je inzicht heb in waar je goed in bent en minder goed in bent en dat je dat kunt afzetten tegen andere mensen in je omgeving"
2	3 1	denk dat het iets is dat te maken heeft met eigenwaarde, gevoel van eigenwaarde, stukje zelfvertrouwen ook wat je daaraan ontleent
3	2	Dat je zelf een goed inzicht heb in wat je mogelijkheden en valkuilen zijn
4	2	zelfbewustzijn en self-esteem koppel ik aan elkaar - compleet samenspel van lichaamsgevoel en acceptatie van gedachten
5	2	"de mate van geloof in jezelf, achting"
6	2 4	"als ik dat heel erg strak vertaal dan zal dat een zelfbeeld, een eigenwaarde zijn. En in hoeverre ik in staat ben om voor elkaar te krijgen wat ik graag voor mezelf wens in mijn omgeving - in hoeverre ik denk dat dat gaat lukken"
7	3	autonomie, dat je er mag zijn, zelfreflectie, je plek in kunnen nemen.
8	1 3	heeft het meest te maken met zelfvertrouwen; het gevoel dat je er mag zijn met alle dingen (probleempjes) die je hebt
9	5	dat je het gevoel hebt dat je de dingen die je doet op een juiste, empathische, sociale manier doet - en vooral dat je je daar goed bij voelt
10	1 2	"Dat associeer ik met hoe assertief en hoe zelfverzekerd iemand is; hoe positief iemand naar zichzelf kijkt"
11	2 5	"voor mij is de term; hoe een kind zichzelf ziet en hoe waardevol een kind zichzelf vind. (...) is heel genuanceerd te bekijken want het betreft denk ik ook de verschillende gebieden waarop je dat gevoel hebt." (sport, rekenen etc.)
12	1 2	"natuurlijk ook de vertaling: zelfvertrouwen." "Wat kinderen van zichzelf vinden, hun eigen zelfbeeld; of dat positief is of negatief. En ik relateer dat in mijn werk dan vooral aan het stotteren"
13	3	dat je mag zijn wie je bent en dat je daar tevreden mee bent: dus dat je jezelf de moeite waard vind
14	2	"ik denk dat het een stukje zelfinzicht is, weten wie je bent en wat je kunt, weten wat voor aandeel stotteren heeft in je leven en spreken"

Codering:

4x	1	zelfvertrouwen/zelfverzekerdheid
9x	2	kennis/denken over jezelf, zelfinzicht, zelfbeeld
3x	3	zijn wie je bent
2x	4	eigenwaarde
3x	5	anders

2. Kennis - Wat is volgens u de invloed van stotteren op jonge kinderen (6-12 jaar)?

nr.	C	VB	
1	1	3	"van helemaal geen invloed tot heel ongelukkig zijn en alles daar vanaf laten hangen en alles daartussenin" (...)
2	2	5	"in die leeftijdsgroep onzeker; het gevoel krijgen anders te zijn; iets niet zo goed te kunnen als je leeftijdsgenootjes... niet zo goed te kunnen praten"
3	2	5	heel, heel veel, want de invloed zit op veel terreinen: sociaal- emotioneel (terugtrekken, vermijden), didactisch (pestgedrag, minder goed beeld van kunnen)
	3	6	7
4	1	5	in deze leeftijd vind ik het helemaal nog niet zo zichtbaar wat het voor impact heeft (...) ze hebben er nog geen contact mee denk ik, waardoor ze soms misschien wel over hun eigen grenzen heengaan
	2	3	legio voorbeelden van kinderen die heel stil worden en er juist heel erg sterk op reageren (...) bijzondere van stotteren is dat het zo persoonlijk is
5	2	6	"het doet denk ik wel wat met het zelfvertrouwen en hoe het zich staande kan houden tussen andere kinderen"
	5		"invloed op de positie die een kind in de klas kan hebben (...) weerbaarheid van een kind wordt beïnvloed (...) omdat een kind 'anders' is dan andere kinderen valt 'ie op en dan heb je ook weer kan dat een kind gepest gaat worden (...) hangt wel af van andere factoren of het tot pesten komt"
6	2	3	"kan zijn dat het hun helemaal niets doet, tot dat het hun extreem angstig maakt, het plezier van het spreken afhaalt, maar ook (..) dat het het plezier van het leven weghaalt (...) en alles wat daartussenin zit"
	1	5	"kan heel erg breed zijn wat mij betreft, ook qua variatie in intensiteit"
7	2	5	je voelt je anders (...) er zijn vaak meer factoren die er invloed op hebben dat een kind bijvoorbeeld gepest wordt; dat komt nooit zuiver door het stotteren
8	2	5	3 dat heeft een behoorlijke invloed; vooral in de schoolsituatie (...) zich onzeker en anders kunnen gaan voelen
9	2	3	heel wisselend; kinderen die binnenkomen en gevoel hebben dat ze alles fout doen (..) maar heb hier ook kinderen die daar eigenlijk helemaal niet zo'n last van hebben.
	1	5	Die dat niet koppelen aan hun eigen persoon
10	2	5	"ik denk over het algemeen kinderen een negatief zelfbeeld geeft; dat het voor onzekerheid zorgt"
	7	6	"in het algemeen op communicatievermogens, in hoeverre ze deelnemen aan sociale activiteiten en in de klas laten horen
11	3	6	"heel veel; omdat het kind heel erg ontregelt in zichzelf; het verwacht heel erg dat het de controle niet heeft (...) ontregelt dat heel erg de interactie tussen anderen, mensen gaan dan heel erg raar en heel onaardig reageren en een kind gaat zich daar heel erg onveilig bij voelen."
	2	5	(...) kinderen voelen zich heel erg anders als ze stotteren (...) doet heel erg veel met gevoel van eigenwaarde."
12	1	3	6 "wisselend is; sommige kinderen malen er helemaal niet om (...) maar bij een bepaalde groep kinderen zie ik heel duidelijk dat het wel invloed heeft"
	2	5	"(...) dat kinderen al woorden gaan vermijden, (...) kinderen kunnen zich soms terugtrekken uit sociale contacten, (...) wat betreft hoe een kind zichzelf voelt, denk ik toch voornamelijk dat het onzekerheid kan zijn"
13	2	3	"Dat is heel verschillend maar het kan heel veel impact hebben; ik zie best wel veel verdriet, ook bij ouders"
	1	5	
14	1		"dat is een heel groot verschil vind ik - ik vind zesjarigen daar heel anders in staan dan twaalfjarigen. Als je van 6 tot 9 jaar kijkt, dan is stotteren een ding, nog niet zo heel groot. En van 9 tot 12 jaar merk je wel dat kinderen het veel serieuzer als een probleem ervaren"
	3		

Codering:

7x	1	variatie in invloed
12x	2	voorbeelden (zie codering voorbeelden)
10x	3	grote/veel invloed

Cordering voorbeelden:

12x	5	emotie (gevoelens anders te zijn, zelfbeeld)
5x	6	sociaal (terugtrekken, vermijden, weerbaarheid)
1x	7	didactisch (invloed op educatieve componenten)

3. Kennis - Hoe merkt u dat ouders staan tegenover hun kind dat stottert?

nr.

1	1	5	over het algemeen zijn ze heel bezorgd en vinden ze het heel zielig en willen ze vooral niet dat hun kind gepest wordt
	4		hoe ze ermee omgaan is heel wisselend (...) ouders leer ik ook dat het vertrouwen in je kind het grootste cadeau voor ze is
2	2		bijna alle ouders komen binnen met; 'dat stotteren moet weg' (...) maar ze realiseren zich niet dat er een verschil is tussen automatisch vloeiend praten en praten op techniek.
	3		Als een kind zich terugtrekt v.w. zijn stotteren dan zijn de ouders meestal niet gefocust op bereiken van vloeiendheid. Dan wordt vaker ingezien dat durven spreken het belangrijkste is
3	1		Merk dat ouders heel bezorgd zijn en vanuit goede bedoelingen geven ouders reacties waardoor kind idee krijgt dat stotteren niet goed is
4	5		Ik voer veel oudergesprekken, ik vraag door hoe het voor de ouders is om te zien dat hun kind vastloopt, wat voor gevoelens en gedachten het oproept en wat hun reactie is
			Ik observeer hun reactie op het kind en op zijn stotteren, in samenspel, en als zij samen gesprekken voeren. Ik bespreek samen met de ouders alternatieven. Ik leer ouders hun eigen stress reactie kennen op het stotteren , zodat zij er op een andere manier mee om leren gaan.
5	4		"verschilt natuurlijk per ouder (...)" voorbeeld van kind waarbij ik aan self-esteem denk; "die vader besteedt eigenlijk geen aandacht, (...) allerlei dingen die echt leuk waren, mocht hij dus niet doen."
	2		Hij mocht de dingen wel doen, maar als het geld kostte niet. Ook niet als het weinig geld was. Het voornaamste was dat hij geen aandacht kreeg. Hij zat thuis altijd achter de play-station of TV.
6	2		Ik kom over het algemeen ouders tegen die van hun kinderen houden. Daarbij hebben ze zo hun zorgen en angsten over het wel en wee van hun kinderen. Eén van die zorgen/angsten kan stotteren zijn. In hun reactie daarop kunnen ze soms vanuit die angst of zorg niet het meest handige gedrag naar hun kind toe hebben. Of lichaamstaal die juist averechts werkt.
7	5		ik vind het heel belangrijk dat ouders naar hun kind leren kijken ; wat heeft jouw kind nodig om meer in balans te komen.
			(...) en dat samenwerken aan therapie belangrijk is.
8	4	2	ja dat is ook heel wisselend ; sommige ouders voelen zich schuldig over eerdere reacties die ze gegeven hebben; andere ouders staan heel open ten opzichte van het stotteren van hun kind.
	1		Veel ouders vinden hun kinderen ook oke als ze stotteren maar ze zijn ook bang voor de negatieve ervaringen die het kind gaat opdoen.
9	2		"ik merk dat ouders zich niet zo realiseren dat als ze een kind corrigeren, dat ze daarmee zeggen; je doet iets niet niet goed (...) dat het kind kan denken dan ook; ik ben niet goed" (...) "ouders schrikken soms ook wel van die antwoorden"
10	1		"de meeste ouders maken zich zorgen , sowieso over de ontwikkeling van het kind en de communicatieve vaardigheden. Bezorgd in hoeverre het kind buiten de boot valt" (...) en of hun leerprestaties te lijden hebben onder het stotteren."
11	1		ouders uiten naar mij openlijk hun zorg
	5		m.b.v. de VAS, aanwijzen op de emometer
12	1	4	"dat wisselt ; ik heb ouders die zelf heel onzeker zijn vanwege het stotteren van hun kind (...)
	3		en verder zie ik dat ouders vaak zeggen; het maakt me niet eens zo heel veel uit of hij nou helemaal vloeiend gaat spreken, als hij maar durft"
13	1		heel veel ouders die zich enorme zorgen maken (wordt het kind wel gewaardeerd/geaccepteerd?) en ook voor de toekomst (ook al zijn er nu geen problemen)
14	1		"heel verschillend ; de meeste zijn heel bezorgd en de meeste komen met de hulpvraag of ik ze van het stotteren af kan helpen"
	4		Het verschil in opvatting zit hem in de ervaringen die ze al hebben (omdat ze zelf stotteren) of wat ze erover gezien hebben op televisie. Het varieert van acceptatie tot zo snel mogelijk willen dat het stotteren ophoudt want anders...

Coding:

8x	1	emotionele reacties: (bezorgd, bang, onzeker, schuldig)
5x	2	houding van ouder t.o.v. het kind
2x	3	durven belangrijker dan vloeiendheid
5x	4	variatie in standpunt
4x	5	manier van betrekken in therapie

4. Kennis - Hoe vaak denkt u dat problemen met betrekking tot de eigenwaarde voorkomen bij stotterende kinderen?

nr.

1	1			dat wordt een wilde gok, maar ik zou zeggen de helft .
2	2			"ik denk dat het een kip-ei verhaal is in de zin van dat het stotteren invloed heeft op het gevoel van eigenwaarde en dan met name bij kinderen die een bepaald type stotteren hebben
	4			en dat zijn de kinderen die bang zijn voor hun stotteren , niet durven spreken , zich gaan verstoppen , vermijden .."
3	2	4		zie nu veel groep 7/8, en daar merk ik het wel heel sterk , ik merk in de bovenbouw dat het daar heel erg speelt en dan vooral secundair gedrag (bv. vermijddgedrag).
	3			
4	4			(...) "misschien dat kinderen van 6 tot 12 jaar veel meer bezig zijn met het overleven en het helemaal niet zo gewend zijn om erbij stil te staan ... maar op het moment dat ze er dan bij kunnen stil staan, dan voelen; ik ben hierin aan het overleven geweest"
				"ik zou niet durven beweren van; het speelt geen rol op deze leeftijd" (...) en misschien is dit ook wel kenmerkend voor deze leeftijd , (...) dat je ze heel makkelijk manoeuvreert in ; nou dan kun je tegen jezelf zeggen; een stottertje mag ik gewoon maken "
				ik zie dat kinderen vaak nog "in moment" reageren. In het moment kan het de nodige emoties en reacties oproepen, maar als zij er niet mee gepest worden zullen ze het ook weer snel vergeten als zij ergens anders mee bezig zijn.
	2			Het (gezonde) kind vormt nog geen verhaal over zichzelf: ik stotter dus ik ben ... Problemen op het gebied van eigenwaarde komen voor bij kinderen die veel opmerkingen hebben gekregen over het stotteren of zijn gepest .
5	1	4	3	"Toch wel vrij vaak denk ik (...) een schatting.. 60% van de gevallen (...) soms niet, soms zijn kinderen gewoon heel vrij en open ."
6	3			moeilijk om een percentage te geven - "ik zie vaak dat het inderdaad een enorme invloed heeft op het zelfbeeld "
7	3			iets meer dan gemiddeld , maar niet extreem veel meer dan bij niet-stotterende kinderen. Er is natuurlijk wel een grotere kans .
8	2	4		"is een beetje wisselend want sommige kinderen worden wel heel erg sterk opgevoed met het idee dat ze goed zijn zoals ze zijn, maar er is ook een hele flinke groep waar dat minder voorop staat"
				"dan wordt het dus voor mij een heel belangrijk stuk om dat mee te geven in de therapie als ik die kinderen tegenkom"
9	1	4		als ik ze hier voor het eerst zie, denk ik toch wel bij 75%
	2			vanaf 6 jaar --> "ja dan hebben de meesten toch wel door dat ze iets anders doen dan anderen - en dat knaagt "
10	1			"ik denk wel in die leeftijdscategorie in 95% van de gevallen "
11	1	4	3	" ik denk altijd (...) ja want een kind beoordeelt zichzelf als niet goed (...) ze geven er zichzelf de schuld van dat ze stotteren, geeft ze een enorm onmachtig gevoel dus dat heeft heel veel impact op dat gevoel van eigenwaarde"
12	3			"Als ik kijk naar puur stotteren dan denk ik dat dat wel vaak is"
13	3			Ik denk dat de last van het stotteren heel erg samenhangt met de eigenwaarde
				bij de kinderen die in therapie komen , die hebben bijna allemaal ook een eigenwaarde probleem anders zaten ze d'r niet
14	1	4		" niet altijd hoor, het lijkt allemaal heel zwaar wat ik nu zeg (...) nou ik denk 4 op de 10 "
	3			"hoe je naar jezelf kijkt, zullen de jongere kinderen eerder praten over dat het niet lekker gaat met praten (...) of dat het vastzit. En bij oudere kinderen heb je veel meer van ; ja, omdat ik dat heb, kan ik dingen niet - dat is meer een interpretatie"

Codering:

6x	1	absoluut aantal, percentage
6x	2	specifieke groep kinderen waarbij het een rol speelt
9x	3	beschrijving (niet vaak, vaak, meer dan gemiddeld, wisselend)
8x	4	uitleg over hoe/wanneer/waarom

5. Kennis - In hoeverre bent u op de hoogte van recente wetenschappelijke ontwikkelingen m.b.t. stotterende kinderen?

nr.

1	1	2	enigszins, houdt de website NVST goed in de gaten en af en toe naar een symposium ga
2	1	2	"ja ik hoop voldoende; (...) ik volg cursussen en heb recent nog een cursus gevolgd van Nan Bernstein"
	3	4	"het leuke van het vak is dat je natuurlijk altijd blijft zoeken, maar tegelijkertijd is dat ook wel het vermoeiende van het vak"
3	1	2	redelijk van op de hoogte, lid van NVST en Amerikaanse stottervereniging, ga naar congressen
4	3	2	ben heel erg nieuwsgierig naar nieuw onderzoek. Op dit moment speelt geld een grote rol dat ik niet de cursussen kan volgen die worden aangeboden. (...) zit in een betrokken kring logopedisten dus krijg er altijd weer wat van mee
5	1	4	"voor die specifieke leeftijdsgroep... (...) heb ik me niet echt heel intensief in verdiept, ik vind het ook een lastige leeftijdsgroep (...) voor de jongere leeftijd is het wel allemaal wat duidelijker"
6	1	2	"ja ik doe mijn best daarvoor, probeer opleidingen en workshops te volgen en probeer bij te blijven, deel te nemen aan kwaliteitskringen. Dat lukt het ene jaar beter dan het ander"
7	2		ga volgende week naar Gent (cursus Mini-KIDS), ik zit in de webredacties van de NFS en NVST. Nieuwe ontwikkelingen worden op de website geplaatst dus die krijgen we sowieso onder ogen
8	5		wat mij opvalt is dat er weinig met self-esteem gedaan word over het algemeen; dat het een beetje een ondergeschoven kindje is in de opleidingen.
9	1	2	heel up to date omdat ik net afgestudeerd ben (...) ik ga overmorgen ook naar de cursus mini-KIDS
10	1		"ik denk wel dat ik redelijk op de hoogte ben ja"
	2		"ik heb vorige week nog een symposium bezocht in Amsterdam, en via de NVST krijgen wij de recente informatie" (website)
11	1	2	"heel erg up to date (...)" afgelopen 3 jaar veel scholingen met betrekking tot stotteren gedaan, Facebook, LinkedIn, interview zoals dit, coach die met me meedenkt, intervisiegroep (spreken over casuïstiek)
	3		"ik denk met stotteren is het essentieel om echt goed op de hoogte te zijn"
12	1	2	"ik moet zeggen dat ik niet elke publicatie meteen doorneem maar ik ben wel redelijk op de hoogte door cursussen. Ik volg toch wel twee bijscholingen per jaar gericht op stotteren, ofwel congressen"
13	1	2	afgelopen zomer in Rotterdam 3-daagse cursus Nan Bernstein. Probeer op de hoogte te blijven, ik vind het alleen soms lastig dat de onderzoeken elkaar zo tegenspreken
	4		
14	1		"ik doe alleen maar scholingen op het gebied van stotteren dus ik denk dat ik aardig bijgeschoold ben. (alles zo'n beetje gehoord heb in die wereld)"

Codering:

11x	1	mate waarin
12x	2	info over hoe
3x	3	waarom belangrijk (drive/wil/belang)
3x	4	contradicties (moeilijk, tegenspraak, geldgebrek)
1x	5	anders

6. Kennis - Op welke manier maakt u gebruik van de onlangs verschenen richtlijn ontwikkelingsstotteren?

nr.

1	4		ik ken hem niet zo goed, de richtlijn die ik volg is hoe ik ben opgeleid in de ECSF (...) niet een beschreven richtlijn maar wel hoe ik verwacht werd te werken
2	2	3	"in grote lijnen gebruik ik hem wel, altijd al denk ik. Toen ik hem doornam dat ik dacht; oh dat moet ik nog eens even nakijken en daar moet ik wat meer op letten, in de details."
3	3	4	ik ben voorstander van protocollen maar werk zelf zo absoluut niet; fijn om richtlijn te hebben om koers uit te zetten maar is niet geschikt voor maatwerk. om stotterzorg ten goede te komen, vind ik het een hele goede ontwikkeling
4	1		durf wel te vertellen: ik doe al goed diagnostisch onderzoek. (...) ik heb een hekel aan de BAB dus dat is wel een puntje hoe ga ik daar straks mee om. (...) de SSI-3 gebruik ik nu dus ik hoor graag de verschillen met de SSI-4
	2		Inmiddels heb ik de Richtlijn goed bestudeerd en is er al veel overlap met hoe ik werk.
5	1	2	"ik denk vast wel dat ik een aantal dingen zeker doe, ik heb ook meegedaan aan (wetenschappelijk onderzoek) en die methodes (LP, DCM) pas ik dus ook wel toe"
6	1	3	"gemerkt dat protocollen beperkend kunnen zijn (...) ik denk dat ik het wel als kapstok gebruik en dat de onderdelen daaruit wel in mijn therapie zitten"
	2		
7	2		er zat veel herkenning (in inhoud en opbouw therapie) in dus denk dat ik wel al veel doe, maar nog niet zo heel strak
8	2	3	ik vind het een goede richtlijn (...) de dingen die ik belangrijk vind en toepas binnen de therapie staan erin.
9	4		in feite hebben we de richtlijn voor de DCM (...) die gebruik ik. Lidcombe staat ook vast (...) ouders vertellen dat stotteren best weer terug zou kunnen komen; zodat men niet schrikt of denkt dat de therapie niet zinvol is geweest
10	1	2	"ik gebruik wel de therapieën die worden aangegeven (...) Lidcombe DCM"
11	2		"ik zet al heel veel in (...) die richtlijn is natuurlijk ontwikkeld vanuit het werkveld... eigenlijk doe ik alles al"
12	1	2	"een aantal aspecten zijn anders dan mijn werkwijze en ik heb wel een aantal aanpassingen gemaakt afgelopen maand, ik heb bv. de BAB uit de kast getrokken omdat dat wordt aanbevolen, ik gebruikte de OASES (..) maar als ik zo kijk naar wat er beschreven staat, denk ik dat ik redelijk volgens die richtlijn werk."
13	2		ik heb hem nog niet geïntegreerd, ik denk wel dat ik heel vaak wel doe wat er in de richtlijn staat
	3		"ik zit, zoals je zult begrijpen aan het einde van mijn carrière, en ik word een beetje moe van al die metingen en dingen - ik geloof niet dat dat veel toevoegd aan de kwaliteit"
14	2		"ja het is mijn werkwijze (...) er staat gewoon heel veel in wat wij (NVST) gewoon allemaal al doen, wij doen nog wel iets meer dan dat erin staat"

Coding:

5x	1	specifieke voorbeelden
11x	2	al (gedeeltelijk) ingezet
5x	3	persoonlijke opvatting
3x	4	andere richtlijn/manier van werken

7. Attitude - Hoe staat u tegenover de factor self-esteem?

nr.

1	2	"ik denk dat dat een heel belangrijk onderdeel is van de therapie want ik denk dat het met name prettig is om er weinig last van te hebben (het stotteren) (...) ook bij kinderen ja"
2	1	"weet ik niet, ik denk dat ik als ik met een kind werk dat stotteren vermijdt (...) dat ik er dan indirect mee werk"
	2	"het is wel belangrijk, het komt ook al bij de eerste keren aan bod; je bent meer dan alleen een kind dat stottert, je hebt heel veel kwaliteiten"
3	1	het staat niet op zichzelf; je probeert wel in de therapie te zoeken hoe je iemand in zijn kracht zet. Veiligheid is misschien wel het belangrijkste
	2	ik vind het een basisvoorwaarde om kinderen in hun kracht te zetten bv. nadruk op gewenste gedrag.
4	1	ik denk dat ik kan stellen dat ik verlegen daarin ben; dat mijn eigen verlegenheid me nog wel eens tegenhoudt om het te benoemen bij kinderen (...)
	2	nu denk ik cliënten waarin het niet zo zeer speelt (...) soms is het niet zo heel belangrijk, dan is het openlijk met stotteren bezig zijn al voldoende
5	2	"ik denk dat ik daar wel aandacht aan besteedt. Want ik denk als je alleen maar aan het spreken aandacht besteedt, dat je dan misschien wel symptomatisch bezig bent, dat je het doel niet echt kunt bereiken. Er moet ook iets innerlijk in dat kind veranderen om ook echt resultaat te kunnen bereiken."
		"ja het hangt van het soort stotteren af maar het kan wel heel belangrijk zijn."
6	2	"nou ik vind het wel een stokpaardje" (...) het is zelfs zo dat als dat stuk klaar is, (...) dat het fenomeen stotteren een plek heeft gekregen in het leven van een persoon, dat 'ie er gewoon mag zijn (...) In die zin vind ik het heel belangrijk om te behandelen"
		"dat zou voor mij een aanvulling zijn binnen het self-esteem, van; hoe is het self-esteem van de ander? Met wie de stotteraar praat?"
7	1	ik denk dat ik vaak wel op zoek ga naar 'wie ben jij en hoe verhoudt zich dat tot je stotteren?' (...) Ik ben heel erg bezig met de eigenheid van het kind en dan kom je denk ik automatisch bij dat self-esteem
	2	
8	1	"ik vind die factor heel belangrijk" er wordt hier standaard aan gewerkt. Ik krijg heel vaak te horen; mijn hele leven is veranderd
	2	"als het stotteren minder belangrijk is, merk je ook vaak dat de vloeiendheid toeneemt"
9	1	ik vind het moeilijk; het is iets dat me niet vanzelf afdraait (...) maar ik ben heel erg opgeleid in de periode van het belonen wat je goed doet en van daaruit een kind laten groeien
	2	en ik heb nu tijdens mijn opleiding ook het stukje geleerd van; het ter discussie stellen van... 'jij denkt dit, waarom denk je dit?' dat heb ik de laatste jaren geleerd
10	2	"ik vind het een van de allerbelangrijkste dingen, ik denk dat het van wezenlijk belang is hoe een kind naar zichzelf kijkt (...)
		"als een kind zich zelfverzekerd voelt met stotteren en al, dan zal het sowieso natuurlijk meer ontspannen spreken waardoor er minder stotteren komt.
11	1	"het stuk eigenwaarde vind ik heel wezenlijk voor een goede behandeling, want als je je gevoel van eigenwaarde vergroot, sta je sterker en kun je daarmee jezelf ook beter neerzetten naar de buitenwereld"
	2	(...) dat ik het ook heel erg een plek probeer te geven (...) als je het ontkent, dat hele stuk - dan kun je oefenen tot je een ons weegt maar een kind word daar niet krachtiger van."
12	1	"vind het heel belangrijk, ik denk ook dat de basis van stottertherapie is toch om kinderen een vertrouwen te geven in hun spreken (...) of het nou vloeiend is of niet"
	2	"als ik het idee heb van: het is als gevolg van het stotteren, dan werk ik daar wel aan"
13	2	ik denk dat het heel belangrijk is maar denk dat je dat heel moeilijk aan iemand anders kunt geven. Je 'emmertje' moet wel al een bodempje hebben om de invloeden van andere mensen op te kunnen vangen. En die 'bodempje' is een soort innerlijk besluit dat iemand zelf moet voelen van: 'ik ben er klaar mee, ik mag er zijn.'
14	1	"ik ben holistisch, dus ik werk er altijd mee - ik zal nooit self-esteem buiten beschouwing laten"

Codering:

9x	1	werkwijze
14x	2	standpunt

8. Attitude - Welke therapiemethode(n) gebruikt u overwegend?

nr.

1	1	2	kleine kinderen DCM, heel af en toe Lidcombe (...) RET, Michael Palin Centre Londen,
2	2		"Hangt af: als het een kind is met alleen vloeiendheidsproblemen, dan gaan we naar de spreektechnische kant (...)
	3		als we het hebben over de kinderen met spreekangsten dan gebruik ik heel veel RET, veel stotterdurfoefeningen (...), systematisch desensitiseren - cognitieve therapie."
3	1	4	Ligt aan de problematiek en persoon; RESTART-DCM, Lidcombe, Cognitieve gedragstherapie, RET / Cooperkid, Axenroos, Flowmethodieken (korthagen), Kernkwaliteiten, mindfulness, exposure, coaching
	2		KEUZE? door informatie anamnese, vragenlijst leerkrachten, je komt er gaandeweg achter - wel ook meer 'aanvoelen'
4	1	5	voor 6 zit ik toch nog wel in de keuze LP en DCM, maar in deze groep zal veel meer de SI-principes aandacht krijgen en het karakterschema (Lia Tieleman)
			KEUZE? denk toch wel diagnostisch onderzoek en anamnese is daarin belangrijk; ouders geven bv. aan dat kind gevoelig is voor prikkels, observatie, als ouders aangeven dat kind zich negatief uit over zichzelf. (...)
			Keuze van programma is meer ervaring van mezelf (..) denk dat daarvoor niet in de wetenschap is neergelegd; 'dit werkt'.
5	2	4	Basis is Cooper, denkwijzer is methode waar ik veel uit gebruik, stottermodificatietechnieken
	3		Plappersack, kinder kernkwaliteitenspel, babbelspel, in mindere mate denkwijzer, boekje 'ik stotter gewoon', werkmodel van NVST-website,
6	4		"aan de jonge kant ga ik altijd eerst kijken in hoeverre ga ik direct werken met het kind zelf (...) per kind kijken wat heeft dit kind nodig en pak dan uit allerlei methoden bruikbare onderdelen (...) speciaal spelprogramma met als doel het beter laten samenwerken van de linker- en rechterhemisfeer
7	1		Starkweather, Lidcombe, karakterstructurenmodel, veel ouderbegeleiding, groepstherapie
8	2	5	voornamelijk de denkwijzer en stotterkit en cognitieve training als ik merk dat dat nodig is, "alle kennis vanuit verschillende programma's en therapieën zet je in" "je hebt geen client die precies geschikt is voor één methode" keuzes: op basis van ervaring; 'kijken en luisteren' wat iemand nodig heeft
9	1	5	ik begin met een staartje van het DCM (m.n. voor de ouders) en dan ga ik vanuit dat Stournaras model werken. expres stotteren (inzetten als spreektechniek)
	3		KEUZE: ik denk dat de basis wel in de literatuur, de theorie ligt. Ben wel iemand die dat op mijn eigen manier gaat doen (..) bespreek je dan vaak in een stotterintervisiegroep a.d.h.v. casussen
10	1	5	Denkwijzer, breedspectrum-therapie (kinderen assertief leren omgaan met het stotteren en reacties andere kinderen), indirecte therapie (ouders)
	2		KEUZE: in de eerste plaats denk ik waarvan je weet dat het werkt (Evidence), eigen voorkeur 'wat vind je prettig om mee te werken?', verschillende per type kind en ontwikkelingsniveau
11	1		"ik ga eclectisch te werk (..) "ik heb heel erg veel aan het boek van Mies Bezemer en Coen Winkelman" Erasmus Procesmodel, aspecten uit DCM (spreektempo ouders vertragen, emoties benoemen etc.) "(...) als kinderen ouder worden, ga je meer expliciet zelf met het kind aan de slag (...)
12	2	5	"mini-KIDS, stottertherapie volgens Dell (stottermodificatie), denkwijzer, (...) ik gebruik niet echt een methode heel strikt en die is er ook niet echt voor die leeftijdsgroep"
	3		opzettelijk stotteren, mindere mate modificatie, spreekbeurten geven"
13	2	5	integrale stottertherapie; werken aan gedachten en overtuigingen én stottermodificatie en spreektechniek
			KEUZE: zo ben ik opgeleid denk ik
14	1	5	ik werk via het erasmus procesmodel, Lidcombe, DCM, controletechnieken, minder met spreektechnieken (...) "ik laat de ouders er altijd bij - ik zal altijd ook aan hun cognities en emoties en hun blik op hun kind werken - hoe zij naar stotteren kijken vind ik ook van belang" (mede-ontwikkelaar denkwijzer)
	3	2	KEUZE: door wat het kind laat zien in de onderzoeksfase, hoe zwaar bepaalde componenten zijn

Coding:

8x	1	DCM/LP/werken met ouders
9x	2	RET, cognitieve gedragstherapie, etc. (Denkwijzer valt hier ook onder)
14x		combinatie van therapieën
5x	3	stottermodificatie/spreektechnieken
3x	4	niet direct logopedische methoden (bv. mindfulness, flowmethodieken)
7x	5	standpunten waarom

9. Attitude - Op welke momenten binnen het methodisch handelen zet u deze factor in?

nr.

1	2	1	het is bij de identificatie al: (...) waar ben jij goed in, waar ben je niet zo goed in (...) en dan kom je dus ook bij self-esteem uit vind ik. En in de therapiefase ook; waarin kinderen dingen moeten doen om bijvoorbeeld (als ze dat nodig hebben) steviger te staan (...) dat soort dingen
	3		
2	2	1	"op het moment dat uiteraard de diagnose is gesteld al heel erg snel (...) op het moment dat je cognitief iets gaat benaderen, kom je daar al heel snel op"
	3		
3	2	1	ik vind niet dat je dat los kunt zien, al bij de binnenkomst geef je ze een warm welkom (...) geldt ook voor onderzoek (...) altijd een rol
4	2	1	ik denk dat een klein stukje bij de CAT-DR wordt uitgevraagd (...) benoemen dat een kind bv. meer stottert wanneer het over school praat, en vervolgens daarop ingaan. (...) in therapie kind leren dat het eigen gevoel klopt en daarvoor waardering geven
	3		
5	2	1	"ik denk inderdaad bij het onderzoeksgedeelte, dan observeer je (...) en stel ook wel wat vragen (...) en bij therapiegedeelte soms best wel een groot aandeel.
	3		
6	1		Conclusie; omvat totale MLH --> "als ik het programma heb aangeboden, dan test ik dat ook weer - ik kijk dan van; is dit genoeg?" "kan dat kind zich verplaatsen in de ander? (...) hoe is het als er stotterend tegen je gesproken word (...) heeft het kind ook een idee van het self-esteem van degene met wie hij praat? (...) dan doe ik een stapje verder"
7	2	1	vanaf het begin, dat speelt altijd; dat karakterstructurenmodel loopt altijd als een rode draad door mijn behandelingen
	3		
8	2	1	Bij aanmelding met een hoge score op de CAT-Dr of een andere attitudelijst en bij een controle als ik merk dat een kind onzeker wordt, zou dat aanleiding zijn om weer een follow-up te doen CAT-DR binnen de diagnostiek. "Diagnostiek, behandeling en eigenlijk in de nazorg ook; overal dus eigenlijk" "In mijn beleving een van de belangrijkste stukjes in het geheel van de behandeling.
	3		
9	3		ik denk dat dat eigenlijk wel door het hele behandeltraject zit; zit in dat stukje (...) positief belonen, en verder met name in het begin van de behandeling om de acceptatie van het stotteren voor elkaar te krijgen bij het kind (...)
10	2	1	"je checkt natuurlijk hoe een kind naar zichzelf kijkt en vervolgens in de behandeling komt het uitgebreid ter sprake (...)
11	3		"heel duidelijk tijdens de therapie (...)
12	2	1	"eigenlijk inderdaad vanaf het begin al; in anamnesegegesprek zie je al hoe een kind zich opstelt (...) en tijdens de behandeling begin ik vrij snel met opzettelijk stotteren en spreken over gevoelens "dus eigenlijk gedurende de hele therapie"
	3		
13	1		het speelt eigenlijk in alles wat ik doe; als ik alleen al begin met uit te leggen aan een kind hoe het kind dat 'ie stottert "ook in de hoeveelheid therapie hè; als je tegen een kind zegt dat het oke is en je laat hem vervolgens wel elke week komen.. ja dat klopt natuurlijk ook niet"
14	2	1	"altijd (...) hangt van de diagnostiek af, het zal altijd aan bod komen. Soms meteen en dan wordt dat de belangrijkste factor in de hele therapie. Soms komt het pas later om de hoek kijken (...)

Codering:

12x	1	in alle fasen v/h MLH
10x	2	fase 1: diagnostiek
11x	3	fase 2: behandeling
NB:combi diagnostiek&behandeling = alle fasen MLH		

10. Vaardigheden - Op welke manier komt u erachter of er daadwerkelijk sprake is van een verlaagd self-esteem of andere psychologische problemen?

nr.

1	1	2		bij jondere kinderen bij de ouders ; afzetten tegen broertjes en zusjes (...) en bij oudere kinderen vraag je naar situaties; klas, vriendjes, of ze het naar hun zin hebben op school , spreek situaties bespreken. (...) bij oudere kinderen BAB
2	1	2		"dat zijn dan bijvoorbeeld ook een aantal vragenlijsten die in de richtlijn worden genoemd (...) die ik nu gebruik zijn de OASES en de BAB (met name emotionele spanning) (...) en dan doorvragen
3	3	5		ik werk vooral psychodiagnostisch. Ik vind een hele testbatterij vaak geen handvaten voor therapie geven. kinderen door veiligheid in een paar weken een ander beeld laten zien. kenmerken --> eenkennigheid, kijk naar gezin, vermijdingsgedrag --> signalen eruit halen door ernaar te kijken (bv. video-interactieanalyse) --> ervaring
4	1	4	3	" de vragenlijst naar de leerkracht is daar ook vaak een mooi instrument in, (...) het oudergesprek en hoe vrij beweegt het kind zich in mijn behandelruimte? (...)"
5	1	4	2	CAT , geef ook vaak een vragenlijst mee naar school, n.a.v. vragenlijst contact met leerkracht, na onderzoeksgedeelte oudergesprek "Dat ouders aangeven dat het niet lekker loopt op school (...) dat er vaak ruzie is thuis, of dat een kind heel stil is thuis."
6	2	3		"Ik vind dat je het heel vaak al wel uit de attitudelijsten kunt halen. Ik heb niet echt een middel om het te meten. (...) Hoe de houding is van het kind tijdens een onderzoek zegt al heel veel " (voorbeelden houding = het al dan niet praten / mate waarin kind ondersteuning zoekt bij ouders / vecht-vlucht en 'freeze'gedrag) " het is ook kijken en voelen naast de meetinstrumenten"
7	1	3		ik heb daar geen speciale vragenlijsten voor, meer uit oudergesprekken en gesprekken met kinderen, lichaamshouding en laat ouders karakterstructurenmodel invullen. stotterende kinderen hebben ook wel een bepaald perfectionisme en leggen de lat heel hoog
8	2	3		CAT-DR , soms merk ik het ook wel halverwege de therapie - signalen: bv. wanneer we praten over spreek situaties. Signalen zijn dan dat er meer word gestotterd bij een bepaald onderwerp.
9	2			BAB vragenlijst ; daar maak je dan uit op of een kind negatiever dan gemiddeld over zijn spreken denkt (...)
10	1			"bij de vragenlijsten (<i>bijlage boek 'Stotteren'</i>) bij de anamnese, zowel bij het kind zelf als de vragen die je aan de ouders stelt "
	2	4		" wat een kind vertelt over hoe het zich in de klas voelt of hoe het zich voelt tijdens het stotteren (...) dat interview met de leerkracht ook belangrijk is"
11	5	2	1	Emometer, vanuit gesprekken met kinderen waarbij ik merkte dat ze op bepaalde vlakken of onderwerpen dichtslaan, CAT-DR, kiddy-CAT, "mijn intuïtie; je voelt op een gegeven moment energetisch dat het stopt als je iets doet of iets wilt met een kind, en dan kom ik erop - maar zie dat maar eens te vertalen"
12	1	2		CAT-DR, Kiddy-CAT , verder geen vragenlijsten --> vanuit anamnese a.d.h.v. vragen: 'hoe is hij in sociaal contact?' 'speelt hij met leeftijdsgenootjes?'
13	5	2	4	ja dat is toch ervaring denk ik... Je hebt natuurlijk wel vragenlijsten (CAT) waar je dat uit zou kunnen halen maar die gebruik ik eigenlijk niet meer
	1	3		" ik informeer bij de ouder en ik kijk naar het kind en het is zo makkelijk zichtbaar , en ik heb een gesprek met de school en ik zie hoe 'ie functioneert en dan is dat niet zo moeilijk hoor"
14	1			ICF analyse vanuit anamnese en eventueel vervolg gesprekken met ouders: BAB-lijsten, door bv. aan kinderen te vragen neem eens een vriendje of vriendinnetje mee naar therapie en dat gebeurd niet, als ouders aangeven dat kind moeilijk over gevoelens praat. Assertiviteitslijst voor kinderen

Codering:

10x	1	gesprek/anamnese/ouders
11x	2	instrument (vragenlijsten, testen, VAS)
6x	3	observatie
4x	4	samenwerking school
3x	5	gevoel/intuïtie/ervaring

11. Vaardigheden - Op welke manier werd er tijdens de opleiding logopedie/stottertherapeut aandacht besteed aan de factor self-esteem?

nr.

1	1		dat was eigenlijk vooral wel een heel technisch verhaal (...) nee want alles is gericht op het sterker worden en leren omgaan met het stotterprobleem maar niet heel specifiek alert zijn op self-esteem bijvoorbeeld.
2	1		"binnen de opleiding logopedie werd daar geen aandacht aan besteed (...) wij leerden nog dat je overal vanaf moest blijven tot 7"
	4		opl stottertherapie: "ja bij de behandeling van de kinderen vanaf een jaar of 8 en dan onder andere de cognitieve therapieën (...) met name kinderen duidelijk maken dat stotteren iets is dat je doet en niet iets is dat je bent"
3	1		opl. logopedie --> vond dat er weinig over was (weinig herrineren) multifactorieel probleem,
	4		stottertherapeut --> wordt dat uitgediept, heel veel aandacht voor
4	1	3	"nou.. ik denk beide weinig (...) binnen logopedie kan ik hem niet zo voor de geest halen (...) Ja, ik denk dat er in elk boek wel een onderdeel staat hoe een kind dat kan ervaren en dat het goed is om daarnaar te vragen.. maar de werkwijze daarop weet ik niet zo goed of dat nou zo besproken is"
5	4		stottertherapeut: "daar kwam dat onderdeel ook wel terug en vond ik ook heel boeiend om te lezen (...) grote periode stage bij stottertherapeut en daar observeerde je ook en daar leerde je ook best wel veel van, wat zij allemaal deden."
	1		logopedie: "dus eigenlijk werd daar niet op een goede manier aandacht aan besteed denk ik dan (...) wel benoemd maar niet hoe je het aan moet pakken."
6	1		"In de vijf jaar na de opleiding vond ik mezelf ernstig tekortschieten op het gebied van het geven van stotterbehandelingen (...)
			dus eigenlijk weet ik het al niet meer zo in hoeverre er in de basisopleiding dat self-esteem zat, ik vond het al zwaar tekort schieten" (in zijn totaliteit)
7	1	4	logopedie weet ik niet meer. (...) Vooral in de stages vond ik dat naar voren komen (..) het is natuurlijk belangrijk hoe je naar jezelf kijkt voordat je met mensen aan de slag gaat
8	1		"eigenlijk niet zoveel" (logopedie) In cursussen: veel aandacht gegaan naar de vloeïendheidstrainingen, en minder naar dit stukje
	4		wel in de cursus 'jonge stotterende kinderen'
9	1		tijdens de opleiding (logopedie) zou ik niet meer weten (...)
	4		toen (van Riper) begon je met het spraakmotorische component, in de opl. stottertherapeut heb ik geleerd om eerst aan cognities, emoties en eigenwaarde te werken, en van daaruit naar het stotteren
10	1	4	"kan ik me niet meer herinneren (...) programma denkwijzer bestond toen al wel, en daar is toen ook wel aandacht aan besteed"
11	1		"ik heb de scholing 'ouderbegeleiding' gedaan, en daarbij ga je in op de onderlaag wat ik vind dat self-esteem heel erg is; meer in relatie met de ouders"
	4		"(...) maar het is denk ik heel belangrijk dat je daar als logopedist zelf mee bezig bent. (...) je leert het niet expliciet in scholing tot nu toe, geloof ik"
12	4	2	logopedie: "het was wel een onderwerp, we hebben wel ook rollenspellen gedaan over pestgedrag (...) assertiviteitstraining hebben we wel wat mee gedaan (...) desensitiseren (...) werd wel aangegeven "bewaak de grens van je eigen handelen, als er echt een groot probleem zit in onzekerheid, stuur door naar een stottertherapeut of psycholoog" ECSF-opleiding: "ja hetzelfde, daar zit mini-KIDS bijvoorbeeld ook in; daar is heel veel aandacht voor het vertrouwen geven in het spreken, al dan niet met stotteren"
13	1	4	in mijn opleiding niet, wel tijdens die opleiding stottertherapie; veel te maken met supervisie en persoonlijke groei, meer over het opbouwen van je eigen persoonlijkheid - waardoor je je therapeutische vaardigheden ontwikkelen en daar hoort dat gewoon bij denk ik
14			veel, op de logopedie opleiding heb ik het Erasmus procesmodel geleerd - toen ben ik zelf begonnen met het schrijven van "Denk-wijzer": cognitieve therapie voor jonge stotterende kinderen -->

Coding:

12x	1	logopedie - nee/weet ik niet
2x	2	logopedie - ja
1x	3	specialisatie/cursussen - nee/weet ik niet
9x	4	specialisatie/cursussen - ja

12. Vaardigheden - Hoe betreft u de factor self-esteeem binnen de therapie? → waarom wel/ waarom niet?

nr.

1	3			heel specifiek is bijvoorbeeld; 'hoe goed ben jij ergens in, of wat voor type ben jij?' dat zijn dan van die identificatievragen. (...) komt ook in oefeningen terug die ze meekrijgen
2	2	4		"vooral ook ervoor te zorgen dat kinderen ook positieve kwaliteiten van zichzelf kunnen noemen (...) kinderen te leren observeren dat mensen niet altijd negatief reageren op hun stotteren" (...) "zodat ze zich bewust worden van het objectief en subjectief kijken"
3	2			positieve psychologie; belonen van het durven, modellering, hardop denken, indirect werken, foutjes maken mag, moeilijk/makkelijk-benadering.
4	1			gaat geloof ik ook wel weer in fases - tijdje gewerkt met PICA-plaatjes om emoties te benoemen, (...) denkwijzer, omgaan met negatieve gedachten, eigenwijsjes, meeste zal zitten in het geven van bevestiging, ook voor ouders. ("het kind leren met boosheid en verdriet om te gaan is wel een heel groot aandachtspunt"). Wanneer ik zie dat het kind zich minderwaardig voelt, ga ik samen met het kind op zoek naar dingen waarin het kind juist goed is, ik leer het kind te relativiseren en positief te kijken naar zichzelf. Het bewust worden van lichaamsgevoel en gedachten is belangrijk om te leren goed met je zelf om te gaan, met een indirect gevolg op je eigenwaarde: zo zit ik in elkaar, en dat is prima.
5	1	3	5	denkwijzer, plappersack, babbelspel, boekje 'ik stotter gewoon', werkmodel van NVST-website, knuffelkaartjes aan einde van behandeling, prentenboeken om bepaalde aspecten aan de orde te brengen." kinder kernkwaliteitspel.
6	6			tijdens onderzoek inventariseren wat een kind nodig heeft m.b.t. therapie/ "tijdens het programma (...) wat het volbrengen van taken doet met kinderen, is enorm" a.d.h.v. spelprogramma
7	2			die is er altijd, staat bijna centraal. Een kind in zijn kracht zetten, en dan komt meestal ook de vloeïendheid. (...) Ook al is het wel in balans, dat je weet wie je bent
8	1	5		In gesprekken, tijdens de behandelingen (denkwijzer, stotterkit; cognitieve therapie), "komt in alles naar boven; stotteren mag, een foutje maken mag" Bij jonge kinderen is het belangrijk ouders daarbij te betrekken"
9	3	4		empatisch vermogen, kwaliteitenkaartjes, ik lees boekjes voor met voorbeelden, laat filmpjes zien, babbelspel, coole kikker-spel (sociale vaardigheden) door daar sterker in te worden, wordt je eigenwaarde vaak ook groter. eigenwijsjes, kaartjes om op verschillende manieren op pestgedrag te reageren,
10	1	3		met kinderen praten over 'wat voor kind ben jij?', waar ben jij goed in, waar ben je niet zo goed in?', naar eigen kwaliteiten kijken en naar kwaliteiten van andere personen in omgeving, denkwijzer, kinderen leren denken op een positieve manier, kinderen reëel naar het stotteren leren kijken.
	2			"Daar maak ik meestal een heel uitgebreid onderwerp van; dat kinderen zich gaan realiseren dat je nou eenmaal niet in alles goed hoeft te zijn"
11	3			door gebruik van de Emometer, spelletjes doen 'ik kan heel goed...', het is een lastig stuk om aan de orde te laten komen "ik probeer het stotteren meer als gedrag te benaderen dan dat het iets is van hem"
12	1	2	4	opzettelijk stotteren, spreekbeurten voorbereiden, denkwijzer, boekjes: "Mies van Hout - Vrolijk", "anders is leuk", "ik stotter gewoon", lichaamstekening maken en daar gevoelens intekenen, het leren toestaan van foutjes (werkbladen 'wat is er verkeerd?'), verhalen van andere
	5			stotterende kinderen laten zien/horen
13	6			"ik denk dat het te maken heeft met hoe je naar mensen en hoe je naar kinderen kijkt. Dat jij eigenlijk voorleeft dat je mag zijn wie je bent en dat je dat uitstraalt naar mensen. Als je dat echt van binnen voelt, zit dat in alles dat je doet, verweven."
14	1	4		"met zo'n programma als denkwijzer, of met een babbelspel, of de vaardigheden trainen en dan durven", "door positieve bekrachtiging en feedback geven", "en als je een spreekbeurt in de klas samen voorbereidt dan werk je ook aan self-esteeem"
	2			

Coding:

6x	1	denkwijzer/cognitieve therapie
8x	2	positieve psychologie (foutjes maken/stotteren mag, positief bekrachtigen, belonen van durven etc.)
6x	3	praten over; 'wat kun jij goed? Wat kun je minder goed?' etc.
5x	4	assertiviteit, opkomen voor jezelf, sociale vaardigheden
3x	5	voorlichting over wat stotteren is (bv. a.d.h.v. boekjes en filmpjes)
2x	6	overige antwoorden

13. Self-efficacy - Op welke manier neemt u het besluit om al dan niet zelf persoon die stottert te behandelen (of deze evt. door te sturen naar een collega)?

nr.

1	4		op het moment dat ik me niet meer capabel voel; en dat is individueel afhankelijk. Bespreek eerst met collega's in stotterintervisiegroepen
2	1		"nee, ik stuur bijna nooit door" (...)
3	1	2	ligt eraan wat voor problematiek het is, volwassenen gaan bijvoorbeeld naar (collega), wij verwijzen niet zo snel door (evt. psycholoog)
4	1		ik stuur niks door (lacht), nee dat besluitpunt ken ik niet.
	2		er zijn natuurlijk wel momenten dat ik denk; dit kindje is beter gebaat bij fysiotherapie of een echte SI-behandeling (...) maar als stottertherapeut denk ik; als ik het niet kan, dan kan niemand het
5	2	3	"als ik het gevoel op een gegeven moment krijg dat ik maar wat aan het doen ben en er geen resultaat is. Of als ik het gevoel heb dat het niet echt meer met het spreken te maken heeft. (...) Anders dan vind ik het geen logopedie meer."
6	3		"(...) of moet je toch met elkaar constateren dat er na verloop van tijd niets veranderd is en dat er wellicht iets onder zit, of dat de tijd niet rijp is (...) of dat je werkelijk moet zeggen; ik weet het niet"
	2		(...) of het moet van de persoon zelf uitgaan; bestaat er ook zoiets als groepstherapie bijvoorbeeld"
7	1		ik stuur bijna nooit door; meestal zijn ze al doorverwezen door een collega
	2		bij (oudere) personen die aangeven 100% vloeiendheid te willen, stuur ik nu bijvoorbeeld wel door naar Delferro of Macguire
8	2		ik stuur door bij dingen die ik zelf niet kan bieden (bijvoorbeeld groepstherapie)
9	1		ik heb nooit veel doorverwezen (...) nu vraag ik wel eens of ik iemand mag bespreken tijdens de intervisie (...)
	2		"man begin 30, die niet durfde te stotteren op zijn werk, en dan houdt het gewoon een stukje op. En hij wilde daar wel vanaf, en ik kon hem daar niet toe krijgen om daarmee aan de slag te gaan. (...) Daar zat te veel angst waarschijnlijk. Moet je toch niet eerst naar een psychotherapeut?"
10	1		"Ik denk de enige reden dat ik een kind niet zou willen behandelen of niet zou kunnen behandelen, als het mijn buurmeisje of buurjongen is"
11	4		"ik ga daarin af op mijn gevoel (...) als er geen 'flow' meer is en het loopt vast, dat zijn de momenten dat ik ga denken; oke nu moet ik volgens mij of de coach raadplegen, of ik moet gaan doorverwijzen. (geen flow: "dat ik de plannen bedenken, niet uitkomen")
12			"momenteel is het vooral de afstand, zodra mensen bellen uit de buurt van (plaatsnaam), wijs ik ze op de stottercentra daar"
	2		of wanneer de hulpvraag niet puur op het stotteren gericht zou zijn
13	2	4	"als er geen klik is; als ik het gevoel heb dat ik geen verbinding kan maken met die persoon, dan stuur ik hem door (...) of als hij iets vraagt dat ik hem niet kan geven; bijvoorbeeld 100% vloeiendheid terwijl er een ernstig timingsprobleem is"
14	4	3	"als ik merk dat ik a) geen goede klik heb met mensen dus dat het niet loopt, of b) ik na een periode van werken aan het behandelplan het gevoel heb dat het niet vooruit gaat in de therapie"

Codering:

6x	1	stuurt niet/nauwelijks door
9x	2	bij therapieën/dingen die men niet kan bieden
3x	3	bij onvoldoende resultaat van behandeling
4x	4	redenen te maken met gevoel/contact

14. Self-efficacy - Hoe zelfverzekerd voelt u zich t.a.v. het behandelen van psychische bijverschijnselen bij stotteren? → Wanneer wel/wanneer niet?

nr.

1	1			"dat ligt eraan.. hoe zwaar ze zijn.. en of ik ze kan duiden - of ik ze snap zal ik maar zeggen"
	4			"Het is altijd een combinatie van factoren waardoor ik me niet meer capabel voel"
2	2	4		"op zich lukt het over het algemeen wel om kinderen en volwassenen van hun spreekangst af te helpen, dus daarin voel ik me denk ik wel tamelijk zeker"
	1			"als er andere problemen bij aanwezig zijn (bijvoorbeeld neiging naar depressiviteit) dan is het wel lastiger"
3	2	3		het is gewoon 'mijn ding' (...) cognitieve gedragstherapie mag ik me nog wel wat zekerder in gaan voelen
4	2	1		nou toch heel zelfverzekerd; ik krijg steeds meer inzicht in wat de angstreacties zijn en hoe die eruit zien bij verschillende persoonlijkheden
5	1	2		"in het begin helemaal niet maar langzamerhand neemt dat toe"
	3			"en ik vind het interessant, dus op dit moment probeer ik me ook via de open universiteit meer in psychologie te verdiepen dus dan rek je je grenzen nog verder op."
6	3			"ik heb daar wel de nodige bij-opleidingen in gedaan, maar ik ben wel iemand die kan zeggen; 'dit weet ik niet' dus ik ken wel mijn eigen grenzen daarin"
7	2	1		vrij zelfverzekerd, helemaal nu sinds ik kindertolk ben. (...) Ik moet me juist wel eens inhouden om niet te veel het psychologische pad te bewandelen
8	2			"nou, best wel.. ik denk dat ik dat best wel kan" krijg het in de feedback en evaluaties met cliënten vaak te horen dat ze zich daar goed in begeleid voelen.
9	2	1	3	dat hangt ook heel erg van de client af (...) denk bij 70% wel zelfverzekerd. Je kunt niet iedereen helpen en dat herken en accepteer ik ook wel.
10	2			"daar voel ik mezelf wel zelfverzekerd in."
11	2	3		"heel zelfverzekerd maar dat heeft ook echt te maken met persoonlijke groei die ik heb doorgemaakt (...) het is ook niet voor niks dat ik het nu pas doe (werken met stotteren). (...) die onzekerheid geeft ook de kans om heel scherp te kijken naar het kind dat je tegenover je hebt (...)
	1	4		"hoe gevaarlijk het ook kan zijn als je denkt van; ik weet nu alles en ik ben in alles ervaren, want daarmee ga je heel erg kokerdenken (...) dus die onzekerheid; ja die voel ik, en dat is ook belangrijk om die te blijven voelen"
12	1			"wisselend, ik merk dat ik wel vertrouwen heb in mezelf zolang het echt verband houdt met het stotteren (...) spelen er meerdere factoren, dan ben ik daar meer onzeker over"
	4			"ja wisselend, zo lang ben ik ook nog geen logopedist vind ik zelf. Dus soms heb ik daar heel veel vertrouwen in, en soms ben ik daar ook onzeker over"
13	2	3		"ja weet je, ik ben (leeftijd) en ik heb inmiddels wel het gevoel dat ik dat wel kan ja"
	1			"ouder worden is niet leuk, maar in je vak is het wel leuk omdat je steeds meer te bieden hebt"
14	2			"soms heb ik het idee dat ik halve psycholoog ben hoor". Ik voel me zelfverzekerd hierin.

Codering:

9x	1	afhankelijk van bepaalde factoren
10x	2	daar voel ik me (overwegend) zelfverzekerd in
6x	3	standpunt t.a.v. de kwestie
4x	4	soms onzeker

15. Therapie-effect - Wat merkt u tijdens de therapievoortgang wat betreft self-esteem bij de kinderen die u in behandeling hebt? (gedrag, zelfvertrouwen e.d.)

nr.

1	1	2	(...) daar verandert ontzettend veel in ; als je zoiets hebt van 'wat kan mij het schelen', dan valt er zo'n last van je af (...) waardoor je veel zelfverzekerder in het leven staat.
2	1		"als een 8-jarige goed doorheeft van 'stotteren mag', dat hij er wat luchtiger mee omgaat, wat zekerder wordt, en dat zie je dan ook in reacties naar andere kinderen "dat ze opener worden, dat ze meer durven praten, van zich afbijten als er iets gezegd wordt, of een goede opmerking maken, op school eens hun vinger opsteken"
3	1		Het aandeel van de therapeut gaat afnemen - ze worden zelfstandiger en zekerder om zelf hun koers aan te geven
4	1		wat ik van ouders nog wel eens terugkrijg is dat ze opeens gaan muiten, dat ze niet meer braaf zijn... dat ze stout worden en dat vind ik altijd wel een heel goed teken (..) wat een heel duidelijk aanknopingspunt is als ik terugkrijg van; mijn kind gaat meer praten (zowel thuis als in de klas)
	2		WAAROM? ouders zien het dan als compliment; we zien meer van het kind zelf (..) het stotteren staat niet meer in de weg
5	1		"ja, je ziet bijvoorbeeld bij het functioneren in de klas dat ze wat makkelijker toch iets durven zeggen in de klas (...)
6	1		"je ziet vaak tijdens het spelprogramma, dat het stotteren verandert, ze worden losser en makkelijker (...) als ik ze weer iets totaal anders voorleg, dat dan niet meer de reactie komt van; oh dat ziet er moeilijk uit maar meer zo van; nou, wat is dit dan? (...) "in uitdrukking van het kind, je ziet het ook vaak gereflecteerd in de moeder of de vader die erbij zit; ook daar gebeurt wat op het gebied van self-esteem"
7	1	2	ik vind dat stottertherapie kinderen heel vaak goed doet (...) Het klinkt heel gek maar soms mogen kinderen bijna blij zijn dat ze zijn gaan stotteren voor alle extra dingen die ze ook meekrijgen binnen een stottertherapie (...) ik denk dat kinderen juist door stottertherapie juist heel erg groeien op dat vlak en sneller daardoor gaan omdat ze gedwongen worden om over zichzelf na te denken.
8	1		"je ziet wel heel andere kinderen na verloop van tijd. Ik krijg ook van ouders te horen dat ze zich ook op andere fronten beter gaan ontwikkelen"
	2		dat ze meer gaan durven, durven te gaan logeren, waar anders geen sprake van zou zijn"
9	1		"dat die kinderen op een gegeven moment gewoon lekker stotteren en daar helemaal niet meer mee zitten"
10	1		"Een van de dingen waarvan ik vind dat die goed werken is het oefenen met assertieve reacties. Dat kinderen echt een aantal reacties leren om op een rustige, assertieve manier te reageren.
	2		"Als ze onder de knie hebben (...) wat voor antwoorden ze kunnen geven als iemand ze plaagt, of als iemand ze nadoet (...) ik merk dat dat een hele hoge mate van zelfverzekerdheid heeft"
11	1		"het is een gevoel, het is wat je ziet (...) het moment dat een kind zich durft te laten zien, is in feite ook al dat gevoel van eigenwaarde al aan het stijgen"
	2		"dan durf je te gaan zeggen wat je vind en voelt (...) en ik hoor van ouders; nou het gaat veel beter, en ze gaan op school meer praten."
12	1		"Meestal merk ik het als ouders vertellen dat ze verbaasd zijn over dat hun kind ineens een postpakketje bij de burens op gaat halen"
			"Ik merk het eigenlijk doordat kinderen of ouders komen met verhalen van wat ze hebben gedaan en waarvan ze een jaar geleden hadden gedacht; dat durft hij of zij niet"
13	1		"nou dat als dát lukt, dat dan de therapie in een sneltreinvaart komt."
	2		"Het is niet alleen eerst dit en dan pas dat, het is ook geen vaste volgorde.. het is echt dan weer een beetje aan dit werken, en dan weer een beetje aan dat"
14	1		"over het algemeen merk ik dat ze meer zelfvertrouwen krijgen, dat ze meer dingen durven (...) kinderen worden zelfredzamer"

Codering:

14x	1	wanneer self-esteem verbeterd, dit veranderingen tot gevolg heeft op andere vlakken
7x	2	standpunt

16. Slot - Hebt u nog vragen gemist, of zijn er nog opmerkingen?

nr.

1	1	n.v.t.
2		kom maar op-verhaal en assertiviteitstrainingen "er zijn toch wel een aantal kinderen die ik ook doorverwijs naar dat soort trainingen (...) ik denk zo'n 1 op de 3 die ik uiteindelijk wel doorverwijs naar een speltherapeut of een deltahuis "ik heb op het moment een samenwerking met een speltherapeut hier in (plaatsnaam) (...) met name dan gericht op kinderen sterker maken, assertiever maken"
3	6	je werkt niet alleen therapeutisch, maar ook didactisch / Afstemming met school (bv. tempo-opdrachten) zijn belangrijk voor het kind
4		je zou ook je eigen beeld kunnen schetsen van wat self-esteem is (voor het begin misschien ook wel prettig). zojuist ingelezen in het programma 'fijne vrienden' SOFA-training met als doel het zelfvertrouwen van kinderen te vergroten en die onderbouwt de ervaring dat het benoemen genoeg is
5		"bij die leeftijdsgroep moet je altijd een beetje schipperen; hoe bewust moet je zijn, en hoe indirect moet je zijn en dat maakt het best lastig vind ik." "nog een ding dat ook wel goed kan werken, (...) groepslogopedie met kinderen van dezelfde leeftijdsgroep. (...) dat vind ik ook een hele mooie manier om eraan te werken"
6	6	"ik denk dat het wel een van de belangrijkste dingen is in een stottertherapie... als het goed is is dat er in het onderzoek uitgekomen." "ik vind het zelf heel belangrijk om te kijken wat voor jou als therapeut werkt en dat geen enkel middeltje daarin heilig is (...) het is mooi als het evidence based is maar ook daarin, pas op dat je niet de boot mist" In aansluiting op jouw onderwerp kan dit gedrag van ouders (vraag 3) ook inwerken op het gevoel van eigenwaarde/zelfbeeld.
7		dat ik groepstherapie heel belangrijk vind - vanaf 7-8 jaar (...) "dat een uurtje bij elkaar zitten met andere stotterende kinderen levert meer op dan 10 gesprekken met mij" "dat doet dus ook iets met je zelfbeeld over stotteren, dat het gewoon bij iedereen kan horen"
8	2	"nou volgens mij was het een vrij compleet interview"
9		"dat ik dat als kracht naar de ouders probeer te spiegelen, dit is dus de kracht van je kind; het stottert maar hij laat zich wel niet door belemmeren"
10	2	ik vond het een heel goed onderwerp maar was benieuwd welke vragen jij erbij bedacht zou hebben - leuk, interessant onderwerp
11	2	"nee, ik vond dat je hele goede vragen hebt gesteld"
12		adviesgesprekken met ouders zijn belangrijk; bv. meedenken over clubjes e.d. -> hoe vergroot ik het vertrouwen van mijn kind t.a.v. het spreken?
13	1	n.v.t.
14		het is wel een nieuwe terminologie die je me nu geleerd hebt "Het zit hem ook in je eigen vertrouwen dat je ze kunt helpen" MAIL: door meer zelfvertrouwen en zelfredzaamheid..merk je dat een kind nieuwe dingen aangaat, andere sportclub of toneel etc , vrolijker wordt, meer vertelt spontaan en langer aan het woord is. bijv meer bij vrienden thuis durft te komen of te logeren... dat hoor ik wel eens terug via ouders, maar staat in geen enkele stottervragenlijst!!!! Dat zou ook nog een mooi onderwerp/aanbeveling kunnen zijn nav jouw onderzoek...maar misschien is er wel zo'n lijst binnen de psychotherapie?..

Coding:

2x	1	n.v.t. = geen vragen gemist en geen opmerkingen
3x	2	goed, compleet
2x	3	trainingen voor zelfvertrouwen/assertiviteit
2x	4	groepstherapie
2x	5	ouders
2x	6	anders

17. Slot - Welke feedback heeft u voor mij als interviewer?

nr.

1	2	wat een pittig onderwerp heb je gekozen - ik ben wel benieuwd. Ik vind Skype fantastisch - ik vond het leuk, je zette me wel aan het denken.
2	2	nee ik had soms het gevoel dat het vragen waren naar het dubbele (...) je zei dan wel het is al eerder aan bod gekomen
	2	ik realiseer me ook dat het best een vaag begrip is dat toch overal doorheen fietst, en dat heeft mij meer wat gemaakt van; dat moet je wat concreter of meer 'handen en voeten' aan geven. (...) jouw interview daagt wel uit om daar nog eens naar te kijken"
3	1	vakinhoudelijk spijker op de kop (MLH doorlopen, ruimte inbreng) houding interviewer prettig
4	1	goede gesprekspartner, fijn hoe je dingen af en toe samenvat en aangeeft dat je het begrijpt, dat is prettig praten
5	1	"vond het eigenlijk wel leuk (...), nou ik vond het eigenlijk best goed gaan, je vroeg ook door op bepaalde dingen (...) denk dat dat juist goed is."
6	2	"hoe voelde je jezelf?" "ben benieuwd naar jouw eigen mening over het onderwerp"
	2	"kijk ik jou nou aan of eigenlijk niet? (...) vind het (skype) een nieuw fenomeen dus in dat opzicht ben ik wel wat onzeker (...) vind het wel leuk"
7	1	ik wil je een compliment geven voor de manier van benaderen (na de mail nog even bellen) hele gerichte vragen, heel rustig en je vatte ook samen (..)
	1	gevoel dat ik alles kon zeggen, veilig
	1	presenteren op de NVST-vergadering?
8	1	"ik vond het een prettig interview"
9	1	ik vond jouw vragen ook heel goed - goede opbouw van je vragen en goed de diepte in.
10	2	n.v.t.
11	1	"nee je hebt het super gedaan, fantastisch hoe je reageerde aan de telefoon"
12	2	n.v.t.
13	1	vond dat je het prima doet
14	1	"vond het prima, natuurlijke manier van vragen stellen - heb je heel goed gedaan."

Coding:

9x	1	goed gedaan, goede vragen, etc.
5x	2	anders of 'geen opmerkingen'