

Patiëntenversie

van de

Richtlijn stotteren bij kinderen, adolescenten en volwassenen

Joeri van Ormondt
Werkgroep Richtlijn Stotteren

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	3
2.	Stotteren - Achtergrondinformatie	4
2.1	Wat is stotteren?	4
2.2	Hoe vaak komt het voor?	5
2.3	Oorzaak	5
2.4	Verloop van stotteren	6
2.5	Impact op het leven	6
3.	Behandelen van kinderen tot 6 jaar	8
3.1	Vroeg behandelen	8
3.2	Wanneer behandelen?	8
3.3	Welke therapie?	10
4.	Behandelen van kinderen 6-13 jaar	12
4.1	Wanneer behandelen	12
4.2	Welke therapie?	12
5.	Behandelen 13 jaar en ouder	13
5.1	Wanneer behandelen	13
5.2	Welke therapie	13
	Alomvattende therapie	13
	Maatwerk	14
	Dagelijkse praktijk	14
	2 voorbeelden	14
5.3	Apparaten en geneesmiddelen	16
6.	Wie doet wat bij stotteren	18
6.1	Naar de logopedist	18
6.2	Doorverwijzen	19
6.3	Vind een logopedist	20
7.	Nazorg en zelfhulp	21
	Literatuur	22
	Bijlage	23

Als u zelf stottert of als uw kind stottert, dan kunt u veel vragen hebben. Hoe wordt de diagnose gesteld? Wat kunt u verwachten van de behandeling? Met welke zorgverleners krijgt u te maken? Welke gevolgen kan stotteren hebben? Wanneer moet er doorverwezen worden? Welke nazorg is aan te raden? Wij willen hier antwoorden op geven. We proberen alleen de voor u noodzakelijk informatie te geven, niet te veel en niet te weinig. U kunt de hoofdstukken die niet over de leeftijdscategorie van u of uw kind gaan overslaan.

Hier kunt u lezen wat in het algemeen de beste zorg is voor mensen die stotteren, voor zowel volwassenen als kinderen. Zo kunt u beter met uw zorgverlener(s) praten over de zorg die u krijgt en gericht vragen stellen. Ook kunt u deze website gebruiken om, samen met uw zorgverlener, te beslissen welke behandeling het beste bij u past.

Waar komt deze informatie vandaan?

De informatie die u hier leest is gebaseerd op de Richtlijn Stotteren uit 2014. De informatie op deze website is geschreven door de werkgroep Richtlijn Stotteren in samenwerking met het CBO. De werkgroep bestaat uit logopedisten, logopedist-stottertherapeuten en vertegenwoordigers van de patiëntenvereniging, mensen die dus zelf stotteren. Hoe de patiënt* denkt over stotteren, stond centraal bij het maken van de richtlijn.

Wat is een richtlijn?

Een richtlijn is gemaakt voor zorgverleners, in dit geval voor logopedisten en logopedist-stottertherapeuten. Hierin staat beschreven wat in het algemeen de beste zorg is voor mensen die stotteren. In de Richtlijn Stotteren staan aanbevelingen en instructies voor hoe zorgverleners moeten werken. Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op de resultaten van goed wetenschappelijk onderzoek. Een andere doel van de richtlijn is de kennis van patiënten over stotteren vergroten.

Waar gaat de richtlijn over?

De richtlijn gaat over 'ontwikkelingsstotteren'. Dit is de meest voorkomende vorm van stotteren bij volwassenen en kinderen.

De richtlijn gaat niet over andere vormen van stotteren, zoals stotteren ontstaan door bijvoorbeeld een ongeluk of stress.

De richtlijn gaat ook niet over behandelingen waar geen goed wetenschappelijk onderzoek over gevonden is.

*De meeste personen die stotteren zien zichzelf niet als patiënt. Als er informatie uit een richtlijn zo geschreven wordt dat het bruikbaar is voor de zorggebruiker (in dit geval de persoon die stottert of de ouders daarvan), dan is het gebruikelijk dit een 'patiëntenversie' te noemen. Op deze website houden we dit aan.

2.1 Wat is stotteren?

Stotteren is een stoornis in de vloeiendheid van het spreken. Dat betekent dat mensen spreken met herhalingen en verlengingen van klanken en lettergrepen. Ook kunnen er gespannen pauzes of blokkades optreden die het ritme van de spraak verstoren. De persoon die stottert (PDS) heeft dit niet onder controle. De herhalingen, verlengingen en blokkades worden aangeduid met de term 'kernstotteren'. Dit is het deel van stotteren dat voor andere mensen hoorbaar is. Vaak is er ook een niet hoorbaar deel, we noemen dit secundair stottergedrag.

PDS: Persoon die stottert

Het niet hoorbare deel of secundair stottergedrag ontstaat als reactie op het kernstotteren. Mensen die stotteren, stotteren doorgaans liever niet. Zodoende probeert men de herhalingen, verlengingen en blokkades zo kort mogelijk te houden of te vermijden. Door het stotteren kan hij ook negatieve gevoelens en gedachten ontwikkelen. Hij kan bang zijn weer te stotteren. Of hij kan zich schuldig voelen omdat hij zichzelf niet kan helpen of denken dat mensen hem dom vinden. Door herhaalde gedachten en gevoelens kan hij zichzelf gaan zien als iemand die niet goed kan praten.

Enkele voorbeelden van secundair gedrag zijn:

- Verbergen van de stotters. Bijvoorbeeld door andere woorden te kiezen of niks te zeggen. Dit gebeurt vaak uit angst, frustratie of schaamte.
- Vechten om het gestotterde woord uit te spreken. Bijvoorbeeld door onnatuurlijk knippen van de ogen of bewegen van armen, benen of hoofd.

Stotteren kan dus grote gevolgen hebben voor het leven van de persoon die stottert en in de omgang met andere mensen.

De mate van stotteren varieert per situatie. Bijvoorbeeld het spreken voor een groep of telefoneren kan het stotteren heftiger maken. Spreken tegen een klein kind of praten als je alleen bent, zijn voorbeelden waarin het spreken vloeiender kan worden. Zingen gaat bijna altijd vloeiend.

Figuur 1: voorbeelden kernstotters, secundair gedrag en gevoelens en gedachten:



Figuur 1: van links naar rechts: 1. Kernstotteren. 2. Secundair gedrag. 3. gevoelens en gedachten

2.2 Hoe vaak komt het voor?

Stotteren komt bij ongeveer 1% van de mensen voor, in Nederland dus 170.000 mensen. Bij kinderen onder de 6 jaar komt het tussen de 5% en 17% voor, bij een groot deel verdwijnt het stotteren ook weer. Hoe langer het stotteren aanwezig is hoe kleiner de kans dat het weer verdwijnt.

Meer mannen dan vrouwen stotteren. Op 1 stotterende vrouw zijn er 4 stotterende mannen. Stotteren komt over de hele wereld evenveel voor, in elke taal, land, etniciteit of cultuur.

2.3 Oorzaak

Stotteren heeft meer dan één oorzaak. Meerdere factoren zijn van invloed. De belangrijkste zijn:

- **Erfelijk.** Er zijn duidelijke aanwijzingen dat stotteren voor een deel erfelijk is. Bij ongeveer 80% van de personen die stotteren is het deels aangeboren.
- **Hersenen.** Hersenscans laten zien dat de hersenen van mensen die stotteren iets anders functioneren dan van mensen die niet stotteren. Of dit de oorzaak is van stotteren of een gevolg is van stotteren, is nog onduidelijk.
- **Taal.** Als een kind begint met stotteren is dit meestal tegelijk met het ontwikkelen van de taal bij dit kind. Kinderen gaan langere zinnen maken en

leren in korte tijd veel nieuwe woorden. Ouders zeggen weleens: “hun mond kan het denken en de taal niet bijhouden”. Er zijn kleine verschillen gevonden in taal tussen wel en niet stotterende kinderen. Meertalig opgegroeide kinderen stotteren niet meer dan andere kinderen.

- **Persoonlijkheid.** Er is geen oorzaak van stotteren gevonden in persoonlijkheid. Emotionele problemen zijn vaak een reactie op het stotteren, een kind wordt bijvoorbeeld boos door zijn stotTERS.
- **Omgeving.** Een stressvolle gebeurtenis, zoals een verhuizing, kan stotteren uitlokken of in stand houden.
- **Ervaringen.** Door de ervaringen die het kind met stotteren heeft kan het stotteren zich verder ontwikkelen. Stel een kind denkt op een woord te gaan stotteren en hij kiest daarom snel een ander woord waarop hij niet stottert. Dan wordt hij beloond door een gevoel van opluchting. Hij zal volgende keer weer proberen een ander woord te kiezen. Dit lijkt een goede oplossing, maar zorgt juist dat het probleem groter wordt.

2.4 Verloop van stotteren

Kinderen maken in de leeftijd van 2 tot 5 jaar een periode door waarin de spraak onvloeiend wordt. Deze periode valt samen met de ontwikkeling van de spraak en taal. Deze onvloeiendheden worden ‘normale onvloeiendheden’ genoemd en ze bestaan uit bijvoorbeeld herhalingen van woorden of zinsdelen, stopwoordjes als ‘euh’ en het opnieuw beginnen van een zin halverwege. De meeste kinderen merken de onvloeiendheden zelf niet op.

Bij jonge stotterende kinderen komen deze normale onvloeiendheden ook voor. Daarnaast hebben zij een ander soort onvloeiendheden dat meer op stotteren lijkt. Het stotteren begint vaak met de ‘normale onvloeiendheden’ waarbij het kind de eigen onvloeiendheid niet of nauwelijks opmerkt. Daarna wordt het stotteren vaak herkenbaarder, het secundaire gedrag kan toenemen en er kunnen gevoelens en gedachten over het stotteren ontstaan. De ontwikkeling kan in een aantal stappen gaan of het kan ook in één keer in volle omvang aanwezig zijn.

Als het stotteren langer aanwezig is neemt de kans dat het vanzelf weer verdwijnt af. De kans dat het kind van het stotteren af komt is het grootst tot zijn 7e jaar. Vanaf 8 jaar wordt de kans op herstel steeds kleiner. Het verdwijnen van stotteren bij adolescenten en volwassenen is nog steeds mogelijk, maar is zeldzaam.

2.5 Impact op het leven

Het niet vloeiend spreken en de mogelijke angst, schaamte of frustratie hierover kunnen ertoe leiden dat de persoon die stottert (PDS) minder eigen keuzes in het leven maakt.

Een voorbeeld: Piet stuurt een mail, terwijl bellen eigenlijk handiger is. Hij gaat nu het stotteren uit de weg. In eerste instantie lijkt dit relatief onschuldig gedrag, de mail kan ook z’n werk doen. Maar de angst om te bellen kan groter worden en Piet stuurt vervolgens bijna altijd een mail. Wat als Piet een leuke baan misloopt omdat erover gebeld moest worden?

Een ander voorbeeld is dat er angst is om mensen aan te spreken of dat de stotterende persoon ervoor kiest niks te zeggen in groepen. Zo kan een stotterende tiener op school weinig vrienden hebben of die ene leuke jongen of meisje niet mee uit durven te vragen. Ook kan het leiden tot het pesten van kinderen.

Stotteren kan ernstige gevolgen hebben op de kwaliteit van leven van de persoon die stottert

De juiste therapie kan ervoor zorgen dat beperkingen verminderd of weggenomen worden, zodat de persoon die stottert mee kan doen in de maatschappij. Hij kan dan zijn eigen keuzes maken en zich niet laten beperken door zijn stotter.

3.1 Vroeg behandelen

Op latere leeftijd kan stotteren hardnekkig zijn en lastig te behandelen. Sommige kinderen die beginnen te stotteren stoppen er ook weer mee zonder een behandeling. Het is niet duidelijk hoeveel en welke kinderen weer stoppen met stotteren. De kans dat het kind van zijn stotteren afkomt is tot zijn 7e het grootst. Na zijn 7e neemt deze kans af.

Ouders van kinderen die stotteren zeggen regelmatig dat zij te laat zijn doorverwezen naar de logopedist of logopedist-stottertherapeut.

Vroeg behandelen = grotere kans op herstel

3.2 Wanneer behandelen?

De resultaten van therapie op jonge leeftijd zijn goed. Daarom is het belangrijk dat er wordt doorverwezen naar een logopedist zodra een kind gaat stotteren. Voor het vroeg herkennen van stotteren wordt de Screenings Lijst Stotteren (SLS) het meest gebruikt en deze kan door iedere ouder ingevuld worden. Het is een vragenlijst met enkele vragen. Op www.stotteren.nl is de lijst gratis in te vullen.

De SLS geeft aan of er contact moet worden opgenomen met een logopedist of logopedist-stottertherapeut. Deze zal het stotteren in kaart brengen en gezamenlijk met de ouders een plan van aanpak opstellen. Vaak wordt een periode van aankijken afgesproken. Ouders leren het stotteren van hun kind te beoordelen en op te schrijven. Die gegevens gaan naar de logopedist die er actief bij betrokken blijft. Dit heet monitoren. Het monitoren gebeurt in principe gedurende 1 jaar. De belangrijkste vraag bij monitoren is: gaat het stotteren vanzelf weer weg of moet de behandeling gestart worden?

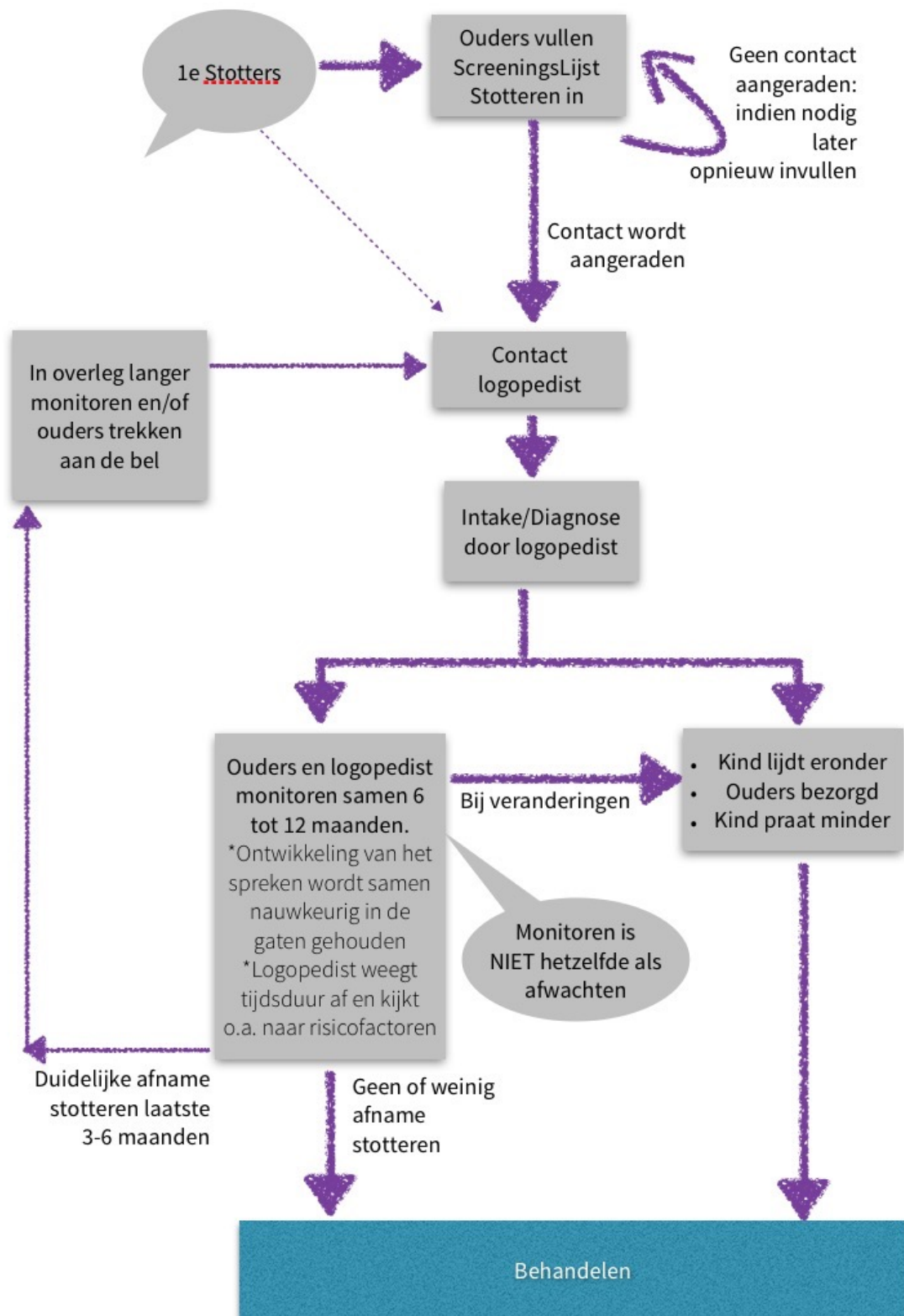
In de Richtlijn Stotteren staan de volgende **adviezen** (zie ook figuur 2):

- De behandeling van stotteren begint voordat het kind 5 jaar is.
- Er wordt 1 jaar gemonitord om te kijken of het kind vanzelf herstelt.
- Na dat jaar begint de logopedist met behandelen als in de laatste 3-6 maanden het stotteren niet is afgenomen.

Er zijn **uitzonderingen**:

- De logopedist start de behandeling direct indien:
 - het kind lijdt onder het stotteren
 - ouders bezorgd zijn over het stotteren
 - het kind minder (of helemaal niet meer) wil praten of communiceren
- De logopedist kan ook na 6 maanden monitoren beginnen met behandelen in plaats van een jaar. De logopedist moet dit beslissen en houdt hierbij rekening met factoren zoals: stotteren in de familie, andere stoornissen, verminderde spraak- en taalvaardigheden en/of het temperament van het kind.

Figuur 2: Wanneer kinderen tot 6 jaar behandelen?



Figuur 2: Wanneer kinderen tot 6 jaar behandelen - © Patiëntenversie richtlijn Stotteren

3.3 Welke therapie?

Het is niet gemakkelijk om een therapie te kiezen die bij u en uw kind past. Er zijn meerdere therapieën en programma's en informatie is lastig te vinden. Voor de richtlijn is gezocht naar wetenschappelijk onderzoek naar welke manier van behandelen effectiever is dan een andere. Op deze manier is geprobeerd een betrouwbaar antwoord te geven.

In Nederland zijn twee therapieën gangbaar voor kinderen onder 6 jaar: het Lidcombe Programma (LP) en therapie op basis van het Verwachtingen en Mogelijkheden Model / Demands and Capacities Model (DCM).

Er zijn overeenkomsten tussen beide programma's. De logopedist en ouders werken nauw samen. De ouders worden co-therapeut, zij zijn immers de meeste tijd samen met hun kind. De logopedist geeft ouders informatie en leert ze bepaalde vaardigheden. Op afgesproken tijden kunnen de ouders thuis met hun kind aan de slag. Ze bespreken dit steeds met de logopedist. De logopedist is in het begin vooral met de ouders bezig, we noemen dit "indirecte therapie". De ouders brengen dit op het kind over. Zowel bij Lidcombe als bij DCM is het van belang dat gekeken wordt welke elementen van de therapie voor dit kind goed werken. Bij beide therapieën is het de bedoeling dat het kind zoveel mogelijk vloeiend spreken ervaart.

Het **Lidcombe Programma** is een gestructureerd programma waarin het kind leert om het stotteren af te zwakken en het vloeiend spreken te versterken. De logopedist kijkt samen met de ouders op welke manier dit goed werkt voor het kind. Ouders leren hoe ze vloeiende spraak kunnen uitlokken bij hun kind en hoe ze dit moeten belonen.

DCM gaat er vanuit dat stotteren ontstaat omdat de verwachtingen die aan vloeiend spreken worden gesteld hoger zijn dan de mogelijkheden van het kind om vloeiend te spreken. Die verwachtingen kunnen vanuit het kind zelf of vanuit de omgeving komen, de logopedist kijkt hiernaar. De mogelijkheden voor vloeiend spreken zijn voor ieder kind anders. De therapeut kijkt naar de mogelijke invloed van taal, motoriek, gedachten en gevoelens. Vanwege de verschillen per kind gaan logopedist en ouders samen de belangrijkste onderdelen voor *dit* kind na. Zo worden werkpunten vastgesteld. Het doel is om de verwachtingen en mogelijkheden meer in evenwicht te krijgen.

Er zijn andere methodes dan Lidcombe en DCM, maar daarvan is in onderzoek niet aangetoond dat deze effectief zijn. Lidcombe en DCM hebben ongeveer hetzelfde resultaat volgens de wetenschap. De praktijk leert dat het kan verschillen welke therapie aanslaat bij een bepaald kind en diens ouders. Daarom moet samen met de ouders bepaald worden welk programma de voorkeur heeft. Alleen als een logopedist een extra cursus heeft gevolgd kan hij het Lidcombe Programma aanbieden. Therapie op basis van DCM kan door elke logopedist worden aangeboden.

Voorbeeld: Senne

De ouders van Senne komen met hem bij de logopedist. Na een periode van monitoren (zie 3.2) neemt het stotteren van Senne (nu 3,5 jaar) niet af. Daarom besluiten ouders en logopedist dat de behandeling gestart moet worden. De logopedist heeft een uitgebreid onderzoek gedaan en kent Senne en zijn ouders door de periode van monitoren al een tijdje. Na beide therapie-mogelijkheden doorgenomen te hebben wordt gekozen voor therapie op basis van DCM. In overleg besluiten ze aan de slag te gaan met de 'interactietijden'*. De ouders leren dat als Senne iets gezegd heeft 2 tellen te wachten voordat ze antwoord geven. De logopedist heeft dit geoefend met de ouders en nu gaan ze het thuis proberen. In de daaropvolgende sessie zeggen ze tegen de logopedist: "We vonden het in het begin lastig om te doen, het is anders dan we gewend zijn. Je merkt wel dat hierdoor rustiger wordt gepraat thuis en dat Senne al wat makkelijker en vloeiender gaat praten." Na een tijdje proberen blijft Senne toch nog wat stotteren en ouders en logopedist gaan proberen de 'interactietijden'-aanpassing aan te vullen met een andere methode*/**. Na een tijd blijkt Senne van het stotteren af te zijn. Er wordt afgesproken te stoppen met therapie en na een half jaar nog eens te bellen om te kijken hoe het gaat. Ouders weten dat ze altijd eerder contact op kunnen nemen als daar reden toe is.

*Er zijn meerdere therapie mogelijkheden en oefeningen. Het is belangrijk dit samen met de logopedist te verkennen en te kiezen wat het best bij jou en je kind past

** Tijdens de therapie komt waarschijnlijk meer dan alleen 'interactietijden' aan bod. We gebruiken 1 onderdeel om het voorbeeld van Senne niet te lang te laten worden.

Let op! Voor iedereen zijn andere oefeningen geschikt, er zijn dan ook meerdere mogelijkheden om te oefenen in een therapie. Wat voor de één werkt, kan voor de ander juist averechts werken. Het is belangrijk dat je dit altijd samen met je logopedist bepaalt!

Aanbeveling:

In overleg met ouders moet bepaald worden welk programma de voorkeur heeft, Lidcombe of DCM.

4.1 Wanneer behandelen?

De kans op spontaan herstel vanaf 8 jaar is heel klein, dus behandelen door de logopedist of logopedist-stottertherapeut is aanbevolen.

Bij aanmelding zal de logopedist eerst een diagnose stellen. Hij doet dit op twee vlakken:

1. Hij kijkt naar de ernst van het stotteren en gebruikt hiervoor één of enkele testen. De logopedist kijkt onder andere hoe vaak de stotters voorkomen en hoe heftig ze zijn.
2. Daarnaast brengt de logopedist in kaart in hoeverre het stotteren de persoon belemmert in het dagelijks leven. De logopedist doet dit door te kijken naar wat de persoon die stottert wel en niet kan. Hoe is de omgeving? Hoe zit het met deelname aan de maatschappij? Welke activiteiten zijn wel en niet te ondernemen? Wat is de kwaliteit van leven? Hiervoor is een vragenlijst beschikbaar.

4.2 Welke therapie?

Ook voor kinderen die stotteren in de leeftijd van 6-13 jaar zijn meerdere therapieën en programma's.

Kinderen die stotteren in de leeftijd tussen 6 en 13 jaar stotteren doorgaans al meerdere jaren. De ervaringen die ze hebben opgedaan kunnen leiden tot angst voor het stotteren. Daardoor kunnen kinderen stotteren gaan vermijden en negatieve emoties en gedachten hebben. Dit kan weer invloed hebben op de interactie met anderen. De stottertherapieën voor kinderen in de leeftijd tussen 6 en 13 jaar richten zich op de verschillende aspecten van het stotteren. Er is niet één therapie of programma dat aantoonbaar het beste werkt. De logopedist-stottertherapeut zal maatwerk moeten bieden. In de richtlijn wordt aanbevolen hoe dat moet gebeuren.

De therapie zou ook de invloed van het stotteren op de deelname en eventuele belemmeringen in het dagelijks leven moeten behandelen als dat nodig is. Als kinderen jong al behandeld worden slaat de behandeling vaak (maar niet altijd!) beter aan.

De logopedist bepaalt in overleg met het kind dat stottert en zijn ouders de doelstellingen van de behandeling.

Pesten kan belangrijk zijn bij deze leeftijdsgroep. Uiteraard wordt niet elk kind gepest. De logopedist of logopedist-stottertherapeut dient na te vragen of er bij stotterende kinderen en jongeren sprake is van pesten. De logopedist bespreekt dit met de ouders.

5.1 Wanneer behandelen?

Indien iemand van 13 jaar of ouder problemen met stotteren ervaart zal de logopedist eerst een diagnose stellen. Hij doet dit op twee vlakken:

- Hij kijkt naar de ernst van het stotteren en gebruikt hiervoor één of enkele testen. De logopedist kijkt onder andere hoe vaak de stotters voorkomen en hoe heftig ze zijn.
- Daarnaast brengt de logopedist in kaart in hoeverre het stotteren de persoon belemmert in het dagelijks leven. De logopedist doet dit door te kijken naar wat de persoon die stottert wel en niet kan. Hoe is de omgeving? Hoe zit het met deelname aan de maatschappij? Welke activiteiten zijn wel en niet te ondernemen? Wat is de kwaliteit van leven? Hiervoor is een vragenlijst beschikbaar.

5.2 Welke therapie?

Voor de behandeling van personen die stotteren van 13 jaar en ouder zijn meerdere therapieën en programma's. Geen enkele therapie kan garanderen dat op de lange termijn normaal vloeiende spraak bereikt kan worden. Een goede therapie moet: het gehele probleem behandelen, op maat zijn gemaakt voor de patiënt en zorgen dat het ook werkt in het dagelijks leven.

1. Alomvattende therapie

Een logische gedachte over therapie is dat je van je stotters af wilt komen. Of op z'n minst een stuk minder wil stotteren. Maar als het stotteren al langer aanwezig is dan kom je er waarschijnlijk nooit helemaal vanaf. Minder stotteren en (vooral) makkelijker praten zijn wel haalbare doelen.

Als de therapie zich uitsluitend richt op het vloeiender maken van de spraak (spraakverandering) alleen, dan zorgt het niet voor een afname van angst en vermijdingsgedrag. Ook is er geen toename van het makkelijk functioneren in de maatschappij. En het stotteren kan terugkeren. Het stotterprobleem heeft niet alleen te maken met hoe vaak je stotters hebt of hoe heftig de stotters zijn. Daarom wordt in de richtlijn aanbevolen in de therapie aandacht te besteden aan het verminderen van spreek- en stotterangst, vermijdingsgedrag en vervelende gedachten en opvattingen over stotteren. Het doel is dat de PDS na behandeling stotteren niet (meer) ziet als probleem, dat de PDS kan deelnemen in de maatschappij en dat hij vanwege zijn stotteren geen activiteiten uit de weg gaat.

Er is geen makkelijke "genezing" voor stotteren. Er moet voor iedereen een op maat gemaakte behandeling zijn. Een therapie zal vaak veel moeite kosten en kan langere tijd duren. Het komt ook voor dat de therapie gestopt en later hervat wordt. De logopedist-stottertherapeut helpt je de juiste weg te vinden, maar je moet het wel zelf doen.

Aanbeveling:

De behandeling is gericht op:

- Psychosociale aspecten, zoals (spreek-)angst en vermijdingsgedrag
- Spreektechnieken bij kernstotteren

2. Maatwerk

Er wordt aanbevolen dat de logopedist of logopedist-stottertherapeut alle problemen rond het stotteren samen met jou in kaart brengt. Vervolgens dien je geïnformeerd te worden over de verschillende behandelmogelijkheden. Voor- en nadelen moeten duidelijk zijn en gericht op jouw situatie. Uiteindelijk kunnen jij en de logopedist-stottertherapeut afspreken welk pad jullie gaan volgen. De logopedist maakt hiervoor een behandelpun met duidelijke, concrete en haalbare doelen. Het gehele stotterprobleem wordt zo behandeld en deze behandeling kan geëvalueerd worden.

Zowel personen die stotteren als logopedist-stottertherapeuten geven aan dat de activiteiten en mogelijkheden van groepstherapie een passende aanvulling zijn op individuele behandeling. Veel logopedist-stottertherapeuten bieden groepstherapie aan. Het kan handig zijn een logopedist te zoeken die deze mogelijkheid aanbiedt. Ook is het vaak mogelijk aan een groep mee te doen bij een logopedist waar je niet individueel in behandeling bent. Het is dan een aanvulling op je individuele therapie bij je 'eigen' logopedist.

Aanbeveling:

De logopedist dient de aanbevelingen uit deze richtlijn voor diagnostisch en therapeutisch handelen te kunnen uitvoeren. Indien de logopedist zich daartoe onvoldoende in staat acht, moet de PDS worden doorverwezen. Naar een logopedist met meer expertise op het gebied van stotteren of naar een logopedist-stottertherapeut.

3. Toepassen en onderhouden in de dagelijkse praktijk

Het is essentieel dat de PDS de geleerde vaardigheden en inzichten in het dagelijks leven toepast. Ook is het aan te raden te werken aan zelfevaluatie. De PDS dient na behandeling in staat te zijn het stotteren en het daarmee samenhangende gedrag te evalueren en dit zo nodig te veranderen.

Twee voorbeelden van therapie

Let op! Voor iedereen zijn andere oefeningen geschikt, er zijn dan ook meerdere mogelijkheden om te oefenen in een therapie. Wat voor de één werkt, kan voor de ander juist averechts werken. Het is belangrijk dat je dit altijd samen met je logopedist bepaalt! Onderstaande voorbeelden zijn hoe het zou kunnen zijn.

Voorbeeld 1: Fidan

Fidan (25) komt bij de logopedist-stottertherapeut. Voor haar werk moet ze af en toe presentaties geven en vindt dit verschrikkelijk. Aan de vorige presentatie heeft ze een slecht gevoel overgehouden. Ze zegt: "Ik stotterde heel veel en heb daarom een slechte indruk achtergelaten". De volgende presentatie komt er alweer aan en ze hoopt dat de logopedist haar kan helpen dit zonder stotteren te doen. De logopedist vraagt wat haar collega's van de presentaties vinden, maar dat weet Fidan niet. Ze vraagt hier nooit naar en op het werk spreekt ze niet over stotteren. Na onderzoek blijkt dat Fidan niet zoveel 'secundair stottergedrag' (zie 2.1) heeft en het bij Fidan vooral om het 'kernstotteren' (zie 2.1) gaat. De logopedist legt uit dat met spreektechnieken de presentatie makkelijker zou kunnen gaan, maar dat de kans groot is dat er wat stotterers blijven. Dat ze er op haar werk niet over praat geeft aan dat ze het stotteren toch lastig vindt in sommige situaties. De logopedist legt uit dat het nodig is om ook naar haar gevoelens en gedachten te kijken omdat deze meer stotteren uit kunnen lokken. Daardoor kan het spreken tijdens een presentatie juist moeilijker gaan. Als de gevoelens en gedachten niet veranderd worden, is het vaak lastig een spreektechniek te (blijven) gebruiken. Bovendien, als ze bang blijft voor die presentaties is het iedere keer weer vervelend. Ze spreken af om te beginnen met spreektechniek (er komt alweer een presentatie aan) en de angst voorzichtig ook mee te nemen in de therapie.

Fidan probeert een aantal spreektechnieken en het blijkt dat klanken verlengen* voor haar het meest natuurlijk voelt. Als ze bij bijvoorbeeld het woord 'papa' een stotter aan voelt komen zegt ze 'paaapa'. Samen met de logopedist heeft Fidan steeds een nieuwe situatie gekozen waar ze dit geoefend heeft en ze voelt zich goed bij deze techniek. Dan is het tijd voor de presentatie. De logopedist wil graag dat Fidan na afloop met iemand over de presentatie kan praten, om zo een eerste stap te zetten om de angst kleiner te maken. Ze hebben afgesproken dat Fidans beste vriendin ook in de zaal zit. Deze vriendin is na afloop meegeweest naar de logopedist en met z'n drieën hebben ze de presentatie besproken. Dit was een overwinning voor Fidan, want voor die tijd had ze het nooit gesproken over haar presentaties en het stotteren daarbij. Volgende keer gaat ze aan een goede collega vragen wat hij ervan vond.

Een tijd later heeft ze het tijdens een vergadering gevraagd. Door over het stotteren en de presentatie te praten ontdekt Fidan dat collega's veel positieve punten noemen van haar presentatie. Het stotteren bleek ook minder op te vallen. Dit had ze nooit verwacht.

Inmiddels gebruikt Fidan de spreektechniek af en toe tijdens presentaties**, ze vindt het prettig dat ze een techniek kan toepassen op momenten dat ze dat wil. Een ander belangrijk verschil is dat Fidan nu anders tegen het stotteren tijdens een presentatie** aankijkt. Eerst was het stotteren het belangrijkste, maar nu richt ze zich vooral op de inhoud en weet ze deze duidelijk over te brengen.

Voorbeeld 2: Timo

Timo (43) vertelt de logopedist-stottertherapeut van alles geprobeerd te hebben, maar hij komt maar niet van het stotteren af. De logopedist doet uitgebreid onderzoek naar alle facetten van het stotteren. Zo moet Timo een aantal vragenlijsten invullen en stelt de logopedist aanvullende vragen. Het hoorbare stotteren wordt in kaart gebracht door Timo een stuk tekst te laten voorlezen en wat te laten vertellen over zijn hobby, voetbal. Hier maakt de logopedist een video-opname van. De logopedist merkt dat hij veel woorden vermijdt (secundair gedrag, zie 2.1). Hij blijkt bang te zijn om te stotteren en probeert dit zoveel mogelijk uit de weg te gaan. Hij kiest daarom woorden waarvan hij denkt dat hij ze makkelijk uit kan spreken of hij herhaalt het woord voor het lastige woord in de hoop dat dit lastige woord uiteindelijk meekomt. Dit doet Timo bij meerdere woorden per zin. Soms doet Timo alsof hij het antwoord op een vraag niet weet omdat hij bang is te gaan stotteren. Omdat dit vermijden (2.1) zo een belangrijk onderdeel is van het stotteren legt de logopedist uit dat het verstandig is hier eerst aan te werken voordat een spreektechniek wordt geoefend. Eén van de onderdelen van de behandeling is dat Timo een lijst maakt* met daarop een rangorde van verschillende situaties waar hij het van makkelijk naar moeilijk vindt om te spreken en/of te stotteren. Timo blijkt het minste spanning te hebben bij spreken met zijn vrouw, daarom beginnen ze in deze situatie te oefenen. Door expres stotterers te maken, merkt Timo dat het minder erg dan verwacht is om te stotteren. Zijn angst voor stotteren in deze situatie neemt af. Het opzettelijk (expres) stotteren is eerst in de therapie geoefend en daarna werken hij en de logopedist samen stapje voor stapje de lijst af. Omdat hij dit eerst met opzettelijke stotterers heeft geoefend merkt hij dat het ook minder spannend is om de echte stotterers te laten komen. Uiteindelijk durft Timo overal vrijuit te spreken en te stotteren. Hij heeft gemerkt dat veel mensen helemaal niet reageren op stotteren, dit had hij nooit gedacht. Hij voelt zich bevrijd. Aan het begin van de therapie had hij afgesproken met de logopedist om ook aan een spreektechniek te gaan werken, maar inmiddels hoeft dat niet meer voor hem. Hij voelt zich prima met zijn stotteren.

*Er zijn meerdere therapie mogelijkheden en oefeningen. Het is belangrijk dit samen met de logopedist te verkennen en te kiezen wat het best bij je past

** Tijdens de therapie komt waarschijnlijk meer dan alleen presentaties geven aan bod. We gebruiken 1 onderdeel om het voorbeeld van Fidan niet te lang te laten worden.

5.3 Apparaten en geneesmiddelen voor stotteren

Er zijn apparaten op de markt waardoor er minder gestotterd zou worden. Zo'n apparaat lijkt op een gehoorapparaat en zorgt voor een echo. Uit onderzoek

blijkt dat deze apparaten niet voldoende werken of alleen tijdelijk. De richtlijn raadt het gebruik in principe af.

Er zijn geen onderzoeken gevonden waaruit blijkt dat geneesmiddelen helpen. Er wordt geen verlaging van stotterfrequentie gezien of een verhoging van de kwaliteit van leven. Geneesmiddelen hebben vaak wel bijwerkingen. Het gebruik voor stotteren wordt niet aanbevolen.

Geneesmiddelen die genomen worden voor andere aandoeningen kunnen invloed op het stotteren hebben. Het kan zijn dat er meer of heftiger gestotterd wordt. In samenspraak met de arts kan je de juiste dosis bepalen.

Met stotteren kom je in veel gevallen eerst terecht bij een logopedist. Deze heeft tijdens zijn opleiding basiskennis opgedaan van stotterbehandelingen. Niet alle logopedisten voelen zich bekwaam genoeg op het gebied van het begeleiden van personen die stotteren. Er zijn ook logopedisten die zich gespecialiseerd hebben in stotteren: de logopedist-stottertherapeut.

Naast de logopedist en logopedist-stottertherapeut zijn er ook andere aanbieders van stotterprogramma's. In de Richtlijn Stotteren worden dit niet-reguliere stotterprogramma's genoemd. De bekendste in Nederland zijn: McGuire, Del Ferro, De Pauw en Hausdörfer. Tijdens het opstellen van de Richtlijn Stotteren is geen goed wetenschappelijk onderzoek gevonden naar deze stotterprogramma's. De Richtlijn Stotteren en deze patiëntenversie kunnen daarom geen goed oordeel vormen over deze niet-reguliere stotterprogramma's.

De invloed die stotteren heeft op uw gevoelens, hoe anderen naar u kijken en de kwaliteit van leven van de PDS, maakt de behandeling complex. Een ander onderdeel van therapie is begeleiding van het gezin rond een stotterend kind. Logopedist-stottertherapeuten hebben zich gespecialiseerd in stotteren, ze hebben meer kennis, vaardigheden en ervaring op het gebied van het behandelen van stotteren dan een allround logopedist. Zij zijn opgeleid in het werken aan de spreektechniek en in het werken aan psychische, pedagogische en psychosociale problemen. Doorverwijzing naar een gespecialiseerde logopedist-stottertherapeut is soms nodig.

6.1 Naar de logopedist

U kan via een verwijzing van de huisarts of rechtstreeks bij de logopedist of logopedist-stottertherapeut terecht.

Het is wenselijk dat de logopedist of logopedist-stottertherapeut minimaal de aanbevolen werkwijzen uit de richtlijn kan uitvoeren. Het is dus van belang dat je terecht komt bij een logopedist die dit kan.

Het kan zo zijn dat je twijfelt aan de deskundigheid van de logopedist. Je kan hierover altijd het gesprek aangaan. De logopedist kan doorverwijzen naar een logopedist-stottertherapeut maar kan ook een (telefonisch) gesprek aanvragen of geholpen worden bij het uitvoeren van de therapie. Je kan ook altijd naar de huisarts gaan en je twijfel bespreken.

Er is een lijst met de belangrijkste vragen die je kan stellen als je op zoek bent naar een logopedist. Deze lijst wordt door stotterverenigingen over de hele wereld ondersteund en is een handig beginpunt voor mensen die stotteren en een therapeut zoeken. De zes adviezen van de lijst:

- Stel kritische vragen over de opleiding en training van de therapeut en (indien mogelijk) vraag feedback van huidige en oud-cliënten. Belangrijkste opleidingen tot stottertherapeut in Nederland van de afgelopen jaren zijn: opleiding van de Nederlandse Vereniging voor Stottertherapie (NVST) en European Clinical Specialization in Fluency disorders (ECSF).

- Vraag naar lidmaatschappen van vakverenigingen. In Nederland: NVLF (Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie) en NVST.
- Wees sceptisch over therapieën die vooral bezig zijn met het snel verbeteren van de vloeiendheid en die weinig of niet oefenen in de dagelijkse praktijk.
- Wees extra voorzichtig met 'wonderprogramma's', waarin wordt gezegd dat in korte tijd succes wordt behaald en slecht toegankelijke nazorg wordt geboden.
- Stel kritische vragen over of en hoe nazorg is geregeld. Let daarbij ook op zelfhulp mogelijkheden.
- De therapie gaat het werk niet voor je doen. De enige manier om vooruitgang te boeken is zelf verantwoordelijkheid te nemen voor je eigen stotter, naar buiten te gaan en het leven te leiden zoals jij wilt.

Het gehele document is in Nederlandse vertaling als bijlage opgenomen.

Pesten

Het is belangrijk om samen met de logopedist of logopedist-stottertherapeut na te gaan of er bij stotterende kinderen en jongeren sprake is van pesten. Als dit het geval is kun je met de logopedist of logopedist-stottertherapeut mogelijke vervolgstappen afspreken.

6.2 Doorverwijzen

Als de behandeling van de logopedist niet blijkt te werken kan worden doorverwezen. Verwijzing kan zijn naar een (andere) in stotteren gespecialiseerde logopedist-stottertherapeut of naar een andere zorgverlener bij ernstige sociaal-emotionele problemen.

6.2.1 Logopedist naar Logopedist-stottertherapeut

Doorverwijzen van logopedist naar logopedist-stottertherapeut kan nuttig zijn. Het stotteren is bij veel mensen een ingewikkeld probleem. Er kunnen bijkomende emotionele problemen (pesten valt hier ook onder) zijn. Ook kunnen er problemen met functioneren in het dagelijks leven zijn. Dit vraagt van de therapeut deskundigheid.

De richtlijn geeft duidelijke aanbevelingen wanneer besproken moet worden of de behandeling door een andere logopedist of zorgverlener moet worden voortgezet.

Eens in de twee of drie maanden dient de behandeling geëvalueerd te worden. Tijdens deze evaluatie wordt besproken of de opgestelde realistische behandeldoelen voldoende gehaald zijn. Als PDS of logopedist denkt dat dit niet zo is, dan moet de logopedist een mogelijke overstap naar een andere behandelaar bespreken met de PDS. Vaak kan dit een (andere) gespecialiseerde logopedist-stottertherapeut zijn, maar andere behandelaars zijn ook mogelijk (zie 6.2.2).

De PDS kan hier zelf ook altijd naar vragen.

Aanbeveling | tot 6 jaar:

Als er na 11 tot 12 behandelsessies of drie maanden behandeling onvoldoende vooruitgang is, dient een (andere) logopedist-stottertherapeut te worden geraadpleegd.

Aanbeveling | Iedereen ouder dan 6 jaar:

In de richtlijn staat dat elke 3 maanden de logopedist en de persoon die stottert bespreken of de behandeldoelen behaald zijn. Bij niet voldoende behalen: bespreken of doorverwijzen gewenst is.

6.2.2 Naar een andere zorgverlener

Naast het hoorbare stotteren kunnen problemen zoals angst en vermijdingsgedrag ontstaan. Het kan zijn dat de angst die wordt ervaren niet komt door het stotteren, of dat deze angst zeer ernstig is. Als deze aanwijzingen er zijn, dient overlegd te worden met PDS en/of ouders. Er moet besproken worden of het raadzaam is de huisarts te vragen voor een mogelijke verwijzing naar psycholoog of psychiater.

6.3 Vind een logopedist of logopedist-stottertherapeut

Het is niet altijd makkelijk een logopedist of logopedist-stottertherapeut te vinden die bij u past. Het is aan te raden om iemand te zoeken waar u een klik mee heeft. De relatie tussen logopedist en u is onderdeel van het slagen van de therapie. Als u geen klik heeft na een aantal sessies, kan u naar iemand anders gaan.

Hoe vind je een goede logopedist?

- Huisartsen weten doorgaans welke logopedisten in de buurt zitten. Niet altijd weet de huisarts of de logopedist (veel) ervaring met stotteren heeft.
- Als je een logopedist belt en het blijkt dat hij weinig ervaring met stotteren heeft, zal hij je vertellen wie je wel moet hebben.
- Op www.stotteren.nl staat een overzicht van gespecialiseerde logopedisten.
- Een andere informatiebron is www.demosthenes.nl, de Nederlandse stottervereniging.
- Op sommige plaatsen in Nederland worden "Stottercafés" georganiseerd. Hier is iedereen die 'iets met stotteren heeft' welkom. Daar valt ook informatie en ervaringen in te winnen over therapeuten.

Hoofdstuk 7 **Nazorg en Zelfhulp**

Nazorg is een traject na afloop van de therapie. Het wordt aangeboden door de logopedist. Bij *zelfhulp* helpen mensen die stotteren elkaar en zichzelf door bewustwording, uitwisseling van ervaringen en door het samen ondernemen van activiteiten.

Nazorg

Stotteren kan een taai probleem zijn en terugval kan gebeuren. In de richtlijn wordt geadviseerd om tijdens de therapie ruim aandacht te hebben voor de dagelijkse praktijk buiten de behandelkamer: de PDS wordt zo zijn eigen therapeut. Ook als dit gebeurd is en de therapie is afgerond, kan terugval voorkomen. Terugval komt in alle leeftijdsgroepen voor. In dit proces is nazorg van cruciaal belang.

Personen die stotteren geven aan dat het prettig zou zijn als 'de deur op een kiertje' blijft staan. Je zou kunnen afspreken dat er altijd weer contact opgenomen kan worden. Het is aan te raden hiernaar te vragen als de logopedist er zelf niet mee komt.

Als het resultaat na de therapie niet vastgehouden wordt, bijvoorbeeld als spreken lastiger wordt of u merkt dat angst of vermijdingsgedrag de kop opsteekt, dan raden we aan contact op te nemen met een logopedist of logopedist-stottertherapeut. In het kader van de nazorg kan hij samen met u een plan opstellen.

Aanbeveling Nazorg:

Elke aanpak bij stotteren moet oog hebben om met terugval om te gaan en gunstige langetermijneffecten te bevorderen. De logopedist/logopedist-stottertherapeut dient nazorg als onderdeel van de therapie te bespreken en overeen te komen met de PDS en zijn omgeving.

Bij afsluiting van de behandeling van stotteren is er een individueel nazorgplan gedurende 2 jaar.

Zelfhulp

Mensen die stotteren en deelnemen aan een vorm van zelfhulpgroepen hebben een hogere kwaliteit van leven en ondervinden minder last dan PDS die hier niet aan deelnemen. Dit komt uit onderzoek dat keek naar zelfhulp in de Verenigde Staten. De Verenigde Staten zijn niet goed met de Nederlandse situatie te vergelijken. De zelfhulpgroepen die er in Nederland zijn, zijn vaak gekoppeld aan een specifieke niet-reguliere therapie-vorm. Die sluiten mogelijk niet aan bij de behandeling zoals die voor u op maat gemaakt is door de logopedist.

Er zijn ook andere vormen van zelfhulp of lotgenotencontact beschikbaar. De belangrijkste mogelijkheden worden door stottervereniging Demosthenes geboden, vaak in de vorm van een activiteit. Een tweede optie is het bezoeken van één van de Stottercafé's: dit zijn thema-avonden die een paar keer per jaar

plaatsvinden. Er zijn stottercafé's in Nederland en België.

Aanbeveling Zelfhulp:

Het is aan te raden:

- Contact te zoeken met lotgenoten om de kans op terugval te verminderen. Uw logopedist kan adviseren.
- Lid van patiëntenvereniging Demosthenes te worden.

Literatuur

De informatie in deze brochure is afkomstig uit de *Evidence-based Richtlijn Stotteren bij kinderen, adolescenten en volwassenen*. In deze brochure wordt hieraan gerefereerd als de 'Richtlijn Stotteren' of de 'richtlijn'. Deze is te downloaden via <http://www.diliguide.nl>

Pertijs, M.A.J., Oonk, L.C., Beer, de J.J.A., Bunschoten, E.M., Bast, E.J.E.G., Ormondt, van J., Rosenbrand, C.J.G.M., Bezemer, Wijngaarden, van L.J., M., Kalter, E., Veenendaal, van H. (2014). *Evidence-based Richtlijn Stotteren bij kinderen, adolescenten en volwassenen*. Nederlandse, Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie, Woerden.

Bijlage 1

STOTTERTHERAPIE EN HET GEVAAR VAN MISLEIDENDE BEHANDELBELOFTES; ISA (International Stuttering Association) STANDPUNT

1. Hoewel onderzoek van de afgelopen jaren een neurologische oorsprong van stotteren heeft aangetoond (wat mogelijke schuldgevoelens kan verminderen), is er geen behandeling die gegarandeerd effectief is in het herstellen van normale vloeiende spraak.
2. Ondanks een groeiend begrip weten veel mensen die stotteren, en veel ouders van kinderen die stotteren, nog weinig over de oorzaken en behandeling van stotteren. Wanneer zij hulp zoeken worden ze vaak geconfronteerd met een groot en mogelijk verwarrend aanbod van behandelmethoden dat onzekerheid kan vergroten.
3. De verwarring wordt nog eens vergroot doordat veel zorgaanbieders op agressieve wijze adverteren, waarbij ze vaak een snelle en volledige 'genezing' beloven. Dit geeft mensen die stotteren valse hoop en versterkt misvattingen in de samenleving als geheel. Er bestaat geen simpele 'genezing' voor stotteren, in de medische zin van het woord.
4. Hoewel er nog onvoldoende bewijs is om de volledige effectiviteit van ongeacht welke therapie aan te tonen, is voldoende bewezen dat sommige methoden mensen die stotteren meestal helpen hun vloeiendheid, alsook hun kwaliteit van leven en weerbaarheid, te vergroten.
5. Evengoed is men het erover eens dat kans op volledig herstel veel groter is wanneer behandeling wordt gestart op jonge leeftijd, bij voorkeur binnen 15* maanden vanaf de eerste klachten. Het te lang uitstellen van behandeling na de eerste klachten verkleint de kans op herstel.
6. Om mensen die stotteren en ouders van kinderen die stotteren te helpen, heeft de Internationale Stotter Vereniging (ISA) deze verklaring geschreven, om zo de kenmerken van goede therapieën te helpen herkennen.

*In Nederland is het gebruikelijk dat deze periode korter is.

(1) Niet alle aanbieders van stotterbehandelingen zijn gekwalificeerde logopedisten of logopedist-stottertherapeuten; in sommige gevallen is de aangeboden therapie slechts gebaseerd op persoonlijke ervaring – die, gezien de zeer persoonlijke en individuele aard van stotteren, slechts zal aanslaan bij een klein percentage van mensen die stotteren.

Ons advies: stel kritische vragen over de opleiding van de therapeut en vraag zo mogelijk feedback aan huidige en oud-cliënten. Belangrijkste opleidingen tot stottertherapeuten in Nederland zijn: NVST en ECSF.

(2) Professionele therapeuten zijn gebonden aan ethische richtlijnen, die ervoor moeten zorgen dat de therapeuten zich houden aan deze richtlijnen, dat ze zich hun verdere werkend leven blijven scholen, en dat ze openstaan voor ontevreden cliënten.

Ons advies: *informeer naar lidmaatschap van relevante vakverenigingen. In Nederland: NVLF en NVST.*

(3) De frequentie en hevigheid van stotteren kan soms zeer snel teruggebracht worden door kleine aanpassingen in de manier van spreken, soms met behulp van vloeiendheidsbevorder-ende apparaten. Dit kan de indruk wekken van een korte termijn 'genezing'. Voor de meeste mensen die stotteren werken deze simpele veranderingen echter niet op de lange termijn, wanneer ze weer terugkeren naar hun normale dagelijkse leven.

Ons advies: *wees sceptisch over therapieën die vooral gericht zijn op het snel verbeteren van de vloeiendheid en die weinig of geen oefeningen bieden in de dagelijkse praktijk.*

(4) Het is algemeen geaccepteerd dat een succesvolle stottertherapie veel persoonlijke input vereist over een periode van vele weken of maanden en vaak zelfs jaren.

Ons advies: *wees extra voorzichtig met 'wonderprogramma's', waarin snelle successen worden beloofd en geen vrij toegankelijke nazorg wordt geboden.*

(5) Een groot onderdeel van veel stottertherapieën is het voor de lange termijn implementeren van geleerde technieken in de dagelijkse praktijk. Terugvallen in oude patronen of spraak en gedrag zijn gangbaar. De kwaliteit en de duur van de nazorg zijn daarom cruciaal.

Ons advies: *stel kritische vragen over of en hoe nazorg is geregeld. Let daarbij ook op zelfhulp mogelijkheden.*

(6) Zelfs 'goede therapieën' die voldoen aan de hierboven gestelde normen, zullen niet het werk voor je doen. De enige manier waarop mensen die stotteren vooruit zullen gaan is wanneer ze zelf de verantwoordelijkheid voor hun stotter nemen, eropuit gaan en een vol leven leiden.

Ons advies: *Besluit dit te doen / Neem je voor dit te doen.*

©International Stuttering Association, 2013 (www.isastutter.org)

Orginele document: <http://www.isastutter.org/wp-content/uploads/2013/06/Declaration-for-Stuttering-Treatment.pdf>