

BIJLAGEN BIJ RICHTLIJN

‘Stotteren bij kinderen, adolescenten en volwassenen’ (2020)

INITIATIEF

Nederlandse Vereniging voor Stottertherapie (NVST)

Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF)

Demosthenes

MANDATERENDE VERENIGING

Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF)

FINANCIERING

Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF)

Colofon

© Copyright NEDERLANDSE VERENIGING VOOR LOGOPEDIE EN FONIATRIE

Steinhagenseweg 2b, Postbus 75 3446 GP Woerden, 3440 AB Woerden

T: 0348-457070 F: 0348-418290 E: logopedie@nvlf.nl

KvK Rotterdam 40464115

Alle rechten voorbehouden. De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.

Inhoudsopgave

Bijlage 1 Definities en begrippen	3
Bijlage 2 Vragenlijst omtrent pesten, afkomstig uit de concept JGZ-richtlijn Pesten 2014	9
Bijlage 3 Vragenlijst over plagen en pesten bij kinderen die stotteren (TBQ-CS Herzien)	10
Bijlage 4A Terugvalpreventieplan voor ouders van kinderen tot en met zes jaar (tot en met groep twee) die stotteren	16
Bijlage 4B Terugvalpreventieplan kinderen vanaf zes jaar (vanaf groep drie), adolescenten en volwassenen	18
Bijlage 5 Handreiking bij moeizaam verlopende behandelingen van adolescenten en volwassenen die stotteren. Wanneer consulteer je een psycholoog en wat kan deze doen?	22

Bijlage 1 Definities en begrippen

Adolescenten

Van dertien tot en met twintig jaar.

Allround logopedist

Logopedisten met uitsluitend basiskennis over stotteren. Zij behandelen doorgaans per jaar een beperkt aantal personen dat stottert. Elke (allround) logopedist heeft tijdens de hbo-opleiding logopedie basiskennis verworven over het behandelen van stotteren.

AMSTAR

AMSTAR (A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews) is een instrument dat de kwaliteit van een systematische review kritisch evalueert. Er worden zestien items nagelopen waaraan een goede review zou moeten voldoen. Dit resulteert in een beoordeling van de review zoals hieronder wordt weergegeven.

- High:** No or one non-critical weakness: the systematic review provides an accurate and comprehensive summary of the results of the available studies that address the question of interest.
- Moderate:** More than one non-critical weakness: the systematic review has more than one weakness but no critical flaws. It may provide an accurate summary of the results of the available studies that were included in the review.
- Low:** One critical flaw with or without non-critical weaknesses: the review has a critical flaw and may not provide an accurate and comprehensive summary of the available studies that address the question of interest.
- Critically low:** More than one critical flaw with or without non-critical weaknesses: the review has more than one critical flaw and should not be relied on to provide an accurate and comprehensive summary of the available studies.

Ad random

Een ander woord voor ad random is aselekt en betekent: bepaald door het toeval.

Betrouwbaarheidsinterval

Er is altijd enige onzekerheid bij het interpreteren van uitkomsten in een onderzoek. Dit kan bijvoorbeeld komen doordat een relatief kleine groep patiënten wordt bestudeerd om de effecten van behandeling voor de bredere populatie te voorspellen. Er kan bovendien aardig wat variatie zitten in de uitkomsten. Het betrouwbaarheidsinterval is een manier van uitdrukken hoe zeker we zijn over de bevindingen van een studie. Het betrouwbaarheidsinterval wordt meestal aangegeven als '95% BI', wat betekent dat de kans 95% is dat de echte waarde in het aangegeven bereik ligt. Een wijd betrouwbaarheidsinterval wijst op een gebrek aan zekerheid over de waarde – vaak omdat een kleine groep patiënten is bestudeerd. Een smal betrouwbaarheidsinterval wijst op een nauwkeuriger schatting.

Bias

Zie 'risk of bias'.

Blinderen

Blinderen is een manier om te voorkomen dat onderzoekers, dokters, paramedici en patiënten in een klinische trial weten tot welke studiegroep een patiënt behoort, zodat deze kennis de resultaten niet kan beïnvloeden. De beste manier om dit te doen is door patiënten at random, dus op basis van toeval, aan studiegroepen toe te wijzen. Het doel van 'blinderen' is bias te voorkomen of te beperken.

Case report

Niet-gecontroleerd observationeel onderzoek waarin slechts één of enkele cliënten worden beschreven, zonder experimentele controle.

Cinahl

Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature. In deze databank die wordt uitgegeven door Cinahl Information Systems, California (VS) zijn referenties te vinden van publicaties vanaf 1982 tot heden op het gebied van de verpleegkunde en paramedische beroepen. De databank is alleen door abonnees te raadplegen.

Cochrane Collaboration

Internationale organisatie die zich tot doel stelt om ondersteuning te bieden bij het nemen van geïnformeerde beslissingen over gezondheidszorg. Zij doet dit door systematische reviews en meta-analyses te publiceren over de effecten van gezondheidsinterventies.

Cochrane Library

Verzameling databanken voortgekomen uit de Cochrane Collaboration, met als belangrijkste bestanden: a) Cochrane Database of Systematic Reviews, hiervan staan de meeste samenvattingen ook in PubMed en b) Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE). Dit zijn op kwaliteit beoordeelde systematische reviews die geen Cochrane-reviews zijn.

Effectgrootte (effect size)

Een maat die de grootte van de uitkomst in een groep laat zien in vergelijking met een controlegroep. De effectgrootte wordt meestal getest met een statistische toets om na te gaan hoe groot de kans is dat het effect een gevolg is van de behandeling en niet op toeval berust (dat wil zeggen om te bepalen of het effect statistisch significant is).

Geregistreerde logopedisten in het NVLF-register Stotteren

Sinds 2005 is er de mogelijkheid voor logopedisten zich te registreren in het NVLF-register Stotteren. Vermelding in dit register gaat gepaard met een aantal eisen en geeft vervolgens de mogelijkheid de prestatiecode voor *individuele zitting stotteren* te declareren. Deze prestatiecode is er omdat behandelsessies stotteren vaak meer tijd vereisen dan in een reguliere logopediesessie gegeven kan worden. In de praktijk wordt voor individuele zitting stotteren drie kwartier tot een uur aangehouden en een reguliere zitting logopedie twintig tot dertig minuten. Om zich in te mogen schrijven in het NVLF-register Stotteren moet de logopedist in de vijf jaar voorafgaand aan de inschrijving zes dagen of meer nascholing op het gebied van stotteren hebben gevolgd waarbij ouderbegeleiding een prominente rol speelt. Om geregistreerd te blijven moet de logopedist ten minste twaalf uur per jaar aan bijscholing op het gebied van stotteren volgen en minimaal 75 uur per jaar pds behandelen. In totaal staan er 190 (geraadpleegd 9 maart 2020) logopedisten in het NVLF-register Stotteren. Hieronder vallen ook de EFS-geregistreerde logopedist-stottertherapeuten (European Fluency Specialists).

Heterogeniteit

Deze term wordt in meta-analyses en systematic reviews gebruikt om aan te geven dat de resultaten van een test of behandeling (ofwel de effectgroottes) significant verschillen in verschillende studies. Zulke verschillen kunnen optreden als resultaat van verschillen in de bestudeerde populatie, de gemeten uitkomsten of vanwege verschillende definities van de variabelen in kwestie.

Inconsistentie (synoniem: substantiële heterogeniteit)

Inconsistentie verwijst naar onverklaarde heterogeniteit van resultaten, d.w.z. van zeer variabele resultaten van het behandel-effect.

Indirectheid

De studie beantwoordt niet direct de uitgangsvraag van de richtlijn vanwege verschillen bij patiënten, interventies, controlegroep of uitkomstmaten.

Jonge kinderen

Alle kinderen tot en met groep twee van de basisschool. Deze kinderen zijn over het algemeen in de leeftijd tot en met vijf jaar met uitloop naar zes jaar. Er is geen strikte scheiding van leeftijd en basisschoolgroep. Sommige kinderen van zes zitten in groep twee en sommigen in groep drie. Voor de behandeling is in welke groep het kind zit meer leidend dan de kalenderleeftijd.

Kernstoters (kernstottergedrag)

Herhalingen, verlengingen en blokkades van syllabes en klanken, kenmerkend voor stotteren. De verstoringen van de vloeiendheid van spreken zijn onvrijwillig.

Klinische significantie

Effecten van een therapie kunnen statistisch significant zijn, maar zijn niet altijd klinisch significant. Zo kan een gemeten effect te klein zijn om in de praktijk betekenis te hebben (bijvoorbeeld de zinslengte is één syllabe verschillend tussen de twee onderzoeksgroepen) of de uitkomstmaat is niet van wezenlijk belang.

Kwaliteit van bewijs (ook omschreven als zekerheid ten aanzien van de effectgrootte; definitie conform GRADE)

Kwaliteit van bewijs weerspiegelt de mate van zekerheid over een effect.

Hoge kwaliteit van bewijs: verder wetenschappelijk onderzoek zal het vertrouwen in de schatting van het effect niet veranderen.

Matige kwaliteit van bewijs: verder wetenschappelijk onderzoek heeft waarschijnlijk een belangrijke impact op ons vertrouwen in de schatting van het effect en kan de schatting veranderen.

Lage kwaliteit van bewijs: verder wetenschappelijk onderzoek heeft zeer waarschijnlijk een belangrijke impact op ons vertrouwen in de schatting van het effect en verandert de schatting waarschijnlijk.

Zeer lage kwaliteit van bewijs: iedere schatting van het effect is onzeker.

Kwaliteit van leven

Het functioneren van personen op fysiek, psychisch en sociaal gebied en de subjectieve evaluatie daarvan.

Kwaliteit van leven bestaat dus uit zowel relatief objectieve als uit subjectieve aspecten. Objectieve aspecten gaan over het feit of iemand als gevolg van zijn gezondheid bepaalde beperkingen heeft.

Subjectieve aspecten zeggen iets over het oordeel van de persoon over (aspecten van) zijn gezondheid.

Logopedist-stottertherapeut

Een in stotteren gespecialiseerde logopedist die hiervoor een aparte opleiding op post-hbo-niveau heeft gevolgd en die geregistreerd staat in het EFS-kwaliteitsregister (European Fluency Specialists). Om in het EFS geregistreerd te blijven, behandelt de logopedist-stottertherapeut ten minste honderd uur per jaar mensen die stotteren, heeft hij/zij twintig uur per jaar bijscholing gericht op stotteren gevolgd en participeert hij/zij ten minste zes uur per jaar in kwaliteitskringen gericht op stotteren.

Medline

Databestand met referenties van artikelen uit meer dan 4700 tijdschriften, gepubliceerd in meer dan zeventig landen. Het merendeel van de beschreven artikelen komt uit Engelstalige tijdschriften. De zoektaal is Engels. Het bestand gaat terug tot ongeveer 1950 en bevat meer dan veertien miljoen referenties.

Medline is gratis te raadplegen via PubMed.

Meta-analyse

Een statistische analyse van de resultaten van onafhankelijke studies met het doel een samenvattende schatting van het effect (van een behandeling) te geven. Een meta-analyse maakt vaak deel uit van een systematische review waarbij de resultaten van een aantal vergelijkbare klinische studies worden gebundeld. Hierdoor wordt het mogelijk om met een grotere betrouwbaarheid een uitspraak te doen over het effect van een interventie of behandeling.

Niet-vergelijkend onderzoek

Onderzoek waarbij geen groepen patiënten met elkaar worden vergeleken; hieronder vallen beschrijvend onderzoek, casereports.

Natuurlijkheid van spreken

De mate waarin de spraak van een pds klinkt als die van een typische spreker die niet stottert.

Nazorg

De fase van stabilisatie die begint zodra het vooraf vastgestelde realistische hoofddoel is behaald.

Voorafgaand hieraan is tijdens de behandeling in deelstappen gewerkt aan de overdracht naar dagelijkse situaties en zijn de diverse subdoelen van het behandelprogramma gestabiliseerd.

Onnauwkeurigheid

Onnauwkeurigheid betekent onzekerheid over de effectgrootte, zoals weerspiegeld door een wijd betrouwbaarheidsinterval, en wordt veroorzaakt door geringe aantallen personen die in een studie zijn onderzocht.

Ontwikkelingsstotteren (definitie WHO)

De meest voorkomende vorm van stotteren ontstaat op jonge leeftijd tijdens de vroege ontwikkeling en wordt daarom officieel 'ontwikkelingsstotteren' genoemd. Kortheidshalve wordt daarvoor de term 'stotteren' gebruikt. Het wordt gekenmerkt door verstoringen van het vloeiende spraakritme die langere tijd aanwezig blijven, opvallend vaak voorkomen en de spraak op een indringende wijze kunnen verstoren. Ernstig stotteren vermindert de verstaanbaarheid en beïnvloedt de communicatie aanzienlijk. Het kan gaan om herhalingen van klanken, lettergrepen of woorden, klankverlengingen, gebroken woorden, blokkades, tremoren, opvallend vaak gebruik van stopwoorden en snelle korte explosieve spraak. (WHO-definitie ICD11, 6A01.1)

Ontwikkelingsstotteren (definitie DSM-5)

Stoornis in de spraakvloeiendheid ontstaan in de kindertijd (ontwikkelingsstotteren)

A. Stoornissen in het normale vloeiende verloop en het tijdspatroom van de spraak die niet passen bij de leeftijd van de betrokkene en diens taalvaardigheid, die langere tijd persisteren, en die worden gekenmerkt door het frequent en duidelijk optreden van een (of meer) van de volgende kenmerken:

1. herhalen van klanken en lettergrepen
2. verlengen van medeklinkers en klinkers
3. onderbroken woorden (pauzes binnen een woord)
4. hoorbaar of geluidloos blokkeren (opgevulde of onopgevulde pauzes in de spraak)
5. circumlocutie (vervangen van woorden om problematische woorden te vermijden)
6. produceren van woorden met een overmaat aan lichamelijke spanning
7. monosyllabische herhaling van hele woorden (bijvoorbeeld 'Ik-ik-ik-ik zie hem')

B. De stoornis veroorzaakt vrees om te spreken of beperkingen in de effectieve communicatie, sociale participatie, of schoolresultaten of werkpresentaties, elk afzonderlijk of in combinatie.

C. Het begin van de symptomen ligt in de vroege ontwikkelingsperiode. (NB. Gevallen waarbij de symptomen later beginnen, krijgen de classificatie 307.0 stoornis in de spraakvloeiendheid ontstaan in de volwassenheid.)

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

PICO-methode

Dit acroniem omschrijft de vier elementen (Patiënt Interventie Controle Outcome) van een specifieke klinische vraag waarmee kan worden gezocht in de wetenschappelijke literatuur.

PsycINFO

Databank met referenties van artikelen op het gebied van de psychologie, opgesteld door de American Psychological Association en bevat beschrijvingen en abstracts van artikelen, hoofdstukken uit boeken, boeken, proefschriften op het gebied van psychologie en de psychologische aspecten van alle eraan gerelateerde disciplines. Dit bestand is alleen door abonnees te raadplegen.

PubMed

PubMed is een bestand met beschrijvingen (referenties) van tijdschriftartikelen uit biomedische, verpleegkundige en tandheelkundige tijdschriften. Het bevat meer dan Medline alleen.

Het omvat PubMed, indexed for Medline, PubMed as supplied by publisher en PubMed in Process. Dit zijn de referenties die in Medline worden opgenomen, maar nog voorzien moeten worden van de MeSH-terms (Medline-trefwoorden). Pubmed is vrij toegankelijk via: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>. Zie ook Medline.

P-waarde

De p-waarde is een maat voor de waarschijnlijkheid dat een gevonden effect berust op toeval. Als de p-waarde minder is dan 0,05 betekent dit dat de kans dat de gevonden resultaten op toeval berusten kleiner is dan 5%. Gewoonlijk hanteert men $p = 0,05$ als de grens van statistische significantie.

Randomised controlled/clinical trial (RCT)

Onderzoek waarbij het effect van een interventie wordt vergeleken met dat van een controle-interventie en waarbij aselechte toewijzing (randomisatie) van patiënten aan de groepen wordt toegepast. RCT's worden beschouwd als de beste onderzoeksmethode om een hypothese met betrekking tot medische interventies te testen. In een placebogecontroleerde RCT krijgt de controlegroep een placebo toegediend.

Risk of bias

Wanneer bias of vertekening optreedt, wijken de resultaten af van de werkelijkheid door een systematische fout. Vertekening kan optreden als gevolg van onvolkomenheden bij de opzet van de studie, bij het verzamelen van de gegevens, het analyseren, het interpreteren van de resultaten en het publiceren. Vertekening is echter niet altijd te vermijden.

Men spreekt van selectiebias (Eng: selection bias) wanneer de vertekening van de resultaten wordt veroorzaakt door een essentieel verschil in personen die in een studie werden geïnccludeerd en de geëxcludeerde personen. Bijvoorbeeld als men bij het includeren van personen in een studie systematisch de personen selecteert bij wie de te onderzoeken interventie meer effect heeft.

Er is sprake van allocation-bias (vorm van selectiebias) wanneer de deelnemers aan een onderzoek niet aselekt over de onderzoeksgroepen werden verdeeld, bijvoorbeeld door onjuiste randomisatieprocedures. Wanneer er een fout optreedt in een meting van de te onderzoeken parameters spreekt men van informatiebias (Eng: information bias, measurement bias, assessment bias). De fout kan liggen bij de onderzoeker, wanneer bijvoorbeeld geen eenduidige definities van de onderzoeksparameters zijn vastgelegd (interviewer bias, observer bias, interpretation bias). Ook de patiënt kan zorgen voor vertekening door zich een belangrijk gegeven niet te herinneren (recall bias).

Performance-bias kan een rol spelen wanneer de cliënten naast de te onderzoeken behandeling nog andere behandelingen krijgen die niet voor iedereen in de groep hetzelfde zijn.

Men spreekt van response-bias wanneer sommige personen akkoord zijn met bepaalde uitspraken, ongeacht de inhoud ervan, of wanneer de respondenten alleen sociaal wenselijke antwoorden geven.

Confounding-bias is een vertekening als gevolg van het feit dat onvoldoende rekening wordt gehouden met variabelen die het effect beïnvloeden.

Een andere vorm van vertekening is publicatiebias (Eng: publication bias). Als een studie geen effecten meet, kan dit ertoe leiden dat het niet wordt gepubliceerd. In dat geval is er sprake van publicatiebias. Deze vorm van vertekening is belangrijk bij de beoordeling van systematische reviews en meta-analyses.

Schoolkinderen

Alle kinderen vanaf groep drie tot en met groep acht van de basisschool. Deze kinderen zijn over het algemeen in de leeftijd van zes tot en met twaalf jaar. In de richtlijn wordt vaak de term 'oudere kinderen' gebruikt om deze doelgroep te omschrijven.

Secundair stotteren

Het resultaat van (deels onbewuste) leerprocessen van de persoon die stottert als reactie op het kernstottergedrag. Voorbeelden zijn vlucht- en vechtgedragingen zoals knippen met de ogen, verlies van oogcontact, meebewegingen, tongbewegingen, het gebruik van aanloopzinnnetjes ('em.... em... hoe heet het...'), etc. Er kunnen daarnaast reacties zijn zoals gevoelens van angst, frustratie en schaamte en vermijdingsgedragingen (in woorden en/of klanken die de persoon die stottert gebruikt en van situaties).

Sensomotoriek

De wisselwerking tussen de zintuigen (sensoriek) en bewegen (motoriek).

Stotterernst

De stotterernst is een maat die de ernst van het stotteren aangeeft. Het kan hier gaan om het waarneembare stotteren (de stotterfrequentie, de duur van de stottermomenten, het type onvloeiendheden en de meebewegingen), maar de maat kan ook ander gedrag omvatten dat bij stotteren hoort wat communicatie beïnvloedt. Het kan gaan om een objectieve of subjectieve stotterernst.

Stuttering-Like Dysfluencies (SLD's)

Type onvloeiendheden bij jonge kinderen die helpen om 'normaal onvloeiend' te onderscheiden van 'stotteren' (Yairi & Ambrose, 2005). Deze onvloeiendheden komen bij stotterende kinderen veel vaker voor:

- woorddeelherhalingen
- herhalingen van eenlettergrepige woorden
- dysritmische fonaties, zoals gespannen pauzes

% Stuttered Syllables (%SS)

Het percentage gestotterde lettergrepen is een maat voor de stotterfrequentie.

Systematische review

Systematisch literatuuroverzicht van de stand van zaken van medisch-wetenschappelijk onderzoek over een specifieke vraag. Een systematische review is transparant en reproduceerbaar en gaat uit van een expliciete vraagstelling, een uitgebreide zoekstrategie, een transparante procedure voor selectie van onderzoeken, een systematische beoordeling van de kwaliteit van de onderzoeken en een overzichtelijke presentatie van de resultaten. Een meta-analyse kan een onderdeel van een systematische review zijn. Zie ook meta-analyse.

Systematisch uitgevoerd literatuuronderzoek

Zie systematische review.

Uitgangsvraag

Specifieke (klinische) vraag waarvoor in de richtlijn een antwoord in de vorm van een aanbeveling zal worden geformuleerd. De uitgangsvragen vormen de kapstok van de te ontwikkelen richtlijn en zijn het vertrekpunt voor het literatuuronderzoek.

Uitkomstmaat

De maat die wordt gebruikt om het resultaat waarin de onderzoeker is geïnteresseerd te meten.

Volwassenen

21 jaar en ouder.

Bijlage 2 Vragenlijst omtrent pesten, afkomstig uit de concept JGZ-richtlijn Pesten 2014

Vragen om pesten te signaleren

Zit je lekker in je vel?

Hoe voel je je op school?

Gepest?

Ben je de laatste tijd wel eens gepest of mag je wel eens niet meedoen met de groep?

Pester?

Heb je de laatste tijd wel eens iemand gepest, uitgelachen of gezegd dat hij/zij niet mee mag doen met de groep?

Cyberpesten?

Krijg je wel eens iets vervelends via je mobiele telefoon, internet of online gamen? Stuur je zelf wel eens negatieve berichten naar anderen?

Meeloper?

Doe je wel eens mee met het pesten van andere kinderen? Gevolgen van pesten?

Ben je bang of somber? Heb je hoofdpijn, buikpijn, weinig zin in eten? Slaap je goed?

Bron: www.jgzrichtlijn.nl

Bijlage 3 Vragenlijst over plagen en pesten bij kinderen die stotteren (TBQ-CS Herzien)

Bron: Marilyn Langevin, 2013. Vertaald in het Nederlands door Kwaliteitskring 7 Erasmus Rotterdam

Aantekeningen over gebruik, afname en scoring

1. De TBQ-CS, oorspronkelijk ontwikkeld door Langevin, Bortnick, Hammer en Wiebe (1998), is herzien: de vragenlijst bevat nu alleen de Stuttering-School en Other-Schoolsubschalen. Deze wordt de TBQ-CS Herzien genoemd. Vanwege inconsequenties in de antwoorden, gemeld door Langevin et al. (1998), zijn de Stuttering-Summer en Other-Summersubschalen uitgesloten.
2. De vragenlijst kan zowel gebruikt worden in de klinische praktijk als voor onderzoeksdoeleinden. Het heeft de voorkeur om de vragenlijst door kinderen individueel te laten invullen, maar hij kan ook ingevuld worden in kleine groepen (Langevin et al., 1998).
Voor onderzoeksdoeleinden zal het nodig zijn een gestandaardiseerde werkwijze vast te leggen voorafgaand aan het begin van het onderzoek.
3. Als klinisch instrument is de TBQ-CS bedoeld om een gesprek te vergemakkelijken, waarmee beter inzicht verkregen wordt in elke vorm van plagen en pesten op school, omdat kinderen vaak melden dat pesten op school gebeurt.
De vragenlijst kan ook gebruikt worden als middel bij een gesprek over pesten en plagen elders, bijvoorbeeld bij buitenschoolse activiteiten als hockey of voetbal.
4. De TBQ-CS Revised kan door het kind alleen ingevuld en daarna besproken worden. Of de vragenlijst kan samen met het kind ingevuld worden en de onderzoeker bespreekt de items met het kind tijdens het invullen. Sommige kinderen zijn terughoudend om te praten over pesten, maar zijn wel bereid een vragenlijst in te vullen zonder erover te praten. Dit kan een opening geven naar een gesprek in de toekomst, wanneer het kind hier klaar voor is. Voor andere kinderen is deze vragenlijst een gemakkelijke manier om een gesprek te beginnen.
5. Bij kinderen met leesmoelijkheden en kinderen van acht jaar en jonger, moeten de vragen voorgelezen worden door de onderzoeker.
6. Bij alle kinderen bespreekt de onderzoeker de bedoeling van de vragenlijst, de definitie van pesten en de aanwijzingen voor het invullen.
7. Scoring:
 - a. Voor klinische toepassingen worden items niet gescoord.
 - b. Voor onderzoeksdoeleinden wordt de frequentie van antwoorden berekend.

Vraag 1, 3, 6 en 8 krijgen een score tussen 0 (nooit) en 3 (heel vaak). Vraag 2 en 7 krijgen een score tussen 1 (minder dan één keer per week) tot 4 (elke dag). Vraag 4 (a tot e), 5 (a tot i), 9, 10 (a tot e) en 11 (a tot h) krijgen geen score, omdat de vragen alleen gebruikt worden om te weten hoe vaak iets voorkomt of om een krachtige beschrijving van de pestervaringen te krijgen.

Referenties

- Langevin, Bortnick, Hammer & Wiebe, 1998, voor psychometrische evaluatie en scoring.
- Marilyn Langevin, PhD, R. SLP, SLP (C), CCC-SLP Associate Professor, Departement of Speech Pathology and Audiology Director of Research, Institute of Stuttering Treatment and Research Faculty of Rehabilitation Medicine, Universiteit van Alberta. E-mail: marilyn.langevin@ualberta.ca

Vragenlijst over pesten en plagen voor kinderen die stotteren-Herzien (TBQ-CS Revised)

Bron: Marilyn Langevin, 2013. Vertaald in het Nederlands door Kwaliteitskring 7 Erasmus Rotterdam

Naam: Datum: Jongen/meisje

Leeftijd: Groep:

Doel

Deze vragenlijst zal ons helpen om te begrijpen wat er gebeurt wanneer je op school bent.

Definitie van pesten

Leerlingen pesten soms kinderen op school door hen op een of andere manier opzettelijk en herhaaldelijk te kwetsen en van streek te maken. Bijvoorbeeld door slaan of duwen, plagen, gemene dingen zeggen of door iemand buiten te sluiten. Pesten gebeurt wanneer iemand probeert macht over je te hebben of probeert de baas over jou te spelen. Het is geen pesten wanneer twee kinderen die even sterk zijn, ruzie krijgen. Pesten is plagen met de bedoeling te kwetsen of van streek te maken. Wanneer je geplaagd wordt en je vindt het grappig, is dat geen pesten.

Afname

Er zijn twee onderdelen in deze vragenlijst. Het eerst deel gaat over plagen en pesten met je stotteren. Het tweede deel gaat over plagen en pesten met andere dingen dan je stotteren. Lees elke zin en zet een cirkel om het antwoord dat het beste bij jou past. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Soms wordt gevraagd de vraag te beantwoorden door het antwoord op te schrijven. Als je een woord niet begrijpt, vraag het dan.

Onderzoeker, noteer op welk moment de vragenlijst is afgenomen:

- voor therapie/zitting
- vroeg in de therapie/zitting
- later in de therapie/zitting
- na de therapie/zitting
- alleen voor onderzoeksdoeleinden

Deel 1 Plagen en pesten met STOTTEREN, op school

1. Ben je ooit op school geplaagd/gepest met je stotteren?	nooit	soms	vaak	heel vaak
--	-------	------	------	-----------

Als je 'nooit' hebt omcirkeld, ga dan naar deel 2. Als een cirkel hebt gezet om 'soms', 'vaak' of 'heel vaak', vul deze vragenlijst dan verder in.

2. Hoe vaak ben je de afgelopen zes maanden op school geplaagd/gepest met je stotteren?	minder dan 1 keer per week	1 of 2 keer per week	op de meeste dagen	iedere dag
3. Hoe vervelend vond je het/hoe erg was je van streek door het plagen/pesten met je stotteren?	Het maakte me nooit van streek.	Het maakte me soms van streek.	Het maakte me meestal van streek.	Het maakte me altijd van streek.
4. Op welke plaatsen ben je gepest/geplaagd met je stotteren en hoe vaak werd je geplaagd op die plaatsen?				
a. in de klas?	nooit	soms	vaak	heel vaak
b. in de gangen op school?	nooit	soms	vaak	heel vaak
c. op het schoolplein?	nooit	soms	vaak	heel vaak
d. op weg naar of van school?	nooit	soms	vaak	heel vaak
e. Ben je gepest/geplaagd met je stotteren op andere plaatsen? Als dat zo was, schrijf dan op welke plaatsen dat gebeurde.				
5. Wat gebeurde er op school, toen je gepest/geplaagd werd met je stotteren? Hoe vaak gebeurde dat?				
a. Werd je geduwd of aan de kant gezet, als kinderen je plaagden/pestten met je stotteren?	nooit	soms	vaak	heel vaak
b. Werd je uitgescholden met je stotteren?	nooit	soms	vaak	heel vaak
c. Werd je geschopt of geslagen, als kinderen je plaagden/pestten met je stotteren?	nooit	soms	vaak	heel vaak
d. Werd er over je stotteren geroddeld? Dat betekent dat ze slechte dingen zeiden tegen andere kinderen over jou en je stotteren?	nooit	soms	vaak	heel vaak

e. Deden ze je stotteren na of praatten ze je na en deden ze net alsof ze stotterden?	nooit	soms	vaak	heel vaak
f. Dreigden ze je pijn te doen, als ze je plaagden/pesten met je stotteren?	nooit	soms	vaak	heel vaak
g. Werd je buitengesloten omdat je stottert?	nooit	soms	vaak	heel vaak
h. Werd je uitgelachen met je stotteren?	nooit	soms	vaak	heel vaak
i. Hebben kinderen andere dingen gedaan om je te plagen/pesten met je stotteren? Als dat zo was, schrijf dan hier op wat ze deden.				

Deel 2 Plagen en pesten met ANDERE DINGEN, op school

De volgende vragen gaan over plagen/pesten met ANDERE DINGEN, dus NIET met je stotteren.

Voorbeeld: sommige kinderen worden geplaagd met hun haar, hun naam, met hun manier van lopen, met het feit dat ze slim of niet slim zijn.

6. Ben je ooit geplaagd/gepest op school met andere dingen?	nooit	soms	vaak	heel vaak
---	-------	------	------	-----------

Als je 'nooit' hebt omcirkeld, ben je klaar met de vragenlijst. Als een cirkel hebt gezet om 'soms', 'vaak' of 'heel vaak', vul deze vragenlijst dan verder in.

7. Hoe vaak ben je afgelopen zes maanden op school geplaagd/gepest met andere dingen?	minder dan 1 keer per week	1 of 2 keer per week	op de meeste dagen	iedere dag
8. Hoe vervelend vond je het/hoe erg was je van streek door het plagen/pesten met andere dingen?	Het maakte me nooit van streek.	Het maakte me soms van streek.	Het maakte me meestal van streek.	Het maakte me altijd van streek.
9. Op welke plaatsen ben je gepest/geplaagd met andere dingen en hoe vaak gebeurde het?				
10. Wat zijn de ANDERE DINGEN waarmee je geplaagd/gepest werd op school? Schrijf dat hier op.				
a. in de klas?	nooit	soms	vaak	heel vaak
b. in de gangen op school?	nooit	soms	vaak	heel vaak
c. op het schoolplein?	nooit	soms	vaak	heel vaak
d. op weg naar of van school?	nooit	soms	vaak	heel vaak
e. Ben je gepest/geplaagd met andere dingen op andere plaatsen? Als dat zo was, schrijf dan op op welke plaatsen dat gebeurde.				
11. Wat gebeurde er op school, toen je gepest/geplaagd werd met andere dingen en hoe vaak werd je geplaagd op die plaatsen?				
a. Werd je geduwd of aan de kant gezet?	nooit	soms	vaak	heel vaak
b. Werd je uitgescholden met andere dingen dan je stotteren?	nooit	soms	vaak	heel vaak
c. Werd je geschopt of geslagen?	nooit	soms	vaak	heel vaak
d. Werd er over je geroddeld? Dat betekent dat ze slechte	nooit	soms	vaak	heel vaak

dingen zeiden over jou tegen andere kinderen.				
e. Dreigden ze je pijn te doen?	nooit	soms	vaak	heel vaak
f. Werd je buitengesloten?	nooit	soms	vaak	heel vaak
g. Werd je uitgelachen met andere dingen?	nooit	soms	vaak	heel vaak

h. Hebben kinderen andere dingen gedaan om je te plagen/pesten? Als dat zo is, schrijf dan hier op wat ze deden.

Bijlage 4A Terugvalpreventieplan voor ouders van kinderen tot en met zes jaar (tot en met groep twee) die stotteren

Denk eens terug aan wat jullie hulpvraag was? Waar had jullie zoon/dochter het meeste last van en wat wilden jullie veranderen?
Hoe is dat nu? Wat hebben jullie bereikt?
Hoe hebben jullie dat bereikt? Wat voor tools hebben jullie nu ter beschikking? Wat heeft jullie (het meest) geholpen?
Hoe kunnen jullie dit vasthouden? Wat is belangrijk om te blijven doen? Wie kan daarbij helpen? Hoe lang en op wat voor manier kan de logopedist jullie daarbij helpen?
Wat zouden jullie nog meer willen bereiken? Hoe zouden jullie dat kunnen aanpakken?
Hoe herkennen jullie terugval in het spreken van jullie zoon/dochter? Wat zijn de uitlokkende factoren? Wat kunnen jullie doen bij terugval? Wat zijn redenen/indicaties om weer contact op te nemen met de logopedist?
Terugval is normaal! Als jullie zelf aan de uitlokkende factoren van het stotteren van je kind blijven werken, is de kans op terugval kleiner. Waaraan herkennen jullie terugval in het stotteren bij je kind?

Bron: Busser & el Youssefi 2020

Waarom herkennen we terugval in het stotteren bij ons kind?	Wat zijn de uitlokkende factoren van ons kind dat stottert?	Wat helpt ons/ons kind? Wat kunnen we doen?

Bron: Busser & el Youssfi 2020

Bijlage 4B Terugvalpreventieplan kinderen vanaf zes jaar (vanaf groep drie), adolescenten en volwassenen

Denk eens terug aan wat je hulpvraag was? Waar had je het meeste last van en wat wilde je veranderen?
Hoe is dat nu? Wat heb je bereikt?
Hoe heb je dat bereikt? Wat zijn je tools? Wat heeft je (het meest) geholpen? Welke helpende gedachten hebben je (het meest) geholpen?
Hoe kun je dit vasthouden? Wat is belangrijk om te blijven doen? Wie (denk aan een maatje) kan je daarbij helpen? Hoe lang en op wat voor manier kan de logopedist je daarbij helpen?
Wat zou je nog meer willen bereiken? Hoe zou je dat kunnen aanpakken?
Hoe herken je terugval? Wat zijn de uitlokkende factoren? Wat kun je doen? Wat zijn redenen/indicaties om weer contact op te nemen met de logopedist?
Terugval is normaal! Als je zelf aan de uitlokkende factoren van je stotteren blijft werken, is de kans op terugval kleiner.

Bron: Busser & el Youssfi 2020

Waarom herken je terugval in het stotteren?	Welke factoren dragen bij aan de terugval?	Wat helpt mij? Wat kan ik doen?

Bron: Busser & el Youssef 2020

Voorbeeld van een op maat gemaakt terugvalpreventieschema voor behandeling volgens het Erasmus-viercomponentenmodel (4 CM: Bezemer & Bouwen, 2018)

	Hoe ben ik geneigd hierop te reageren?	Wat helpt mij? Wat kan ik doen?
Waarom herken ik terugval in stotteren op cognitief gebied? Wat denk ik?		
Waarom herken ik terugval in stotteren op emotioneel gebied? Wat voel ik?		
Waarom herken ik terugval in stotteren op spraakmotorisch gebied? Wat doet mijn spreekstelsel?		
Waarom herken ik terugval in stotteren op sociaal gebied? Wat doe ik (niet meer)?		

Ingevuld voorbeeld	Hoe ben ik geneigd hierop te reageren?	Wat helpt mij? Wat kan ik doen?
<p>Waarom herken ik terugval in stotteren op cognitief gebied? Wat denk ik?</p> <p><i>Ik ga weer piekeren: ik denk dat ik niks waard ben omdat ik stotter. Ik denk dat ik niet normaal ben.</i></p>	<p><i>Ik denk: ik kan maar beter niks zeggen, stel je voor dat ze horen dat ik stotter. Ik denk: alle therapie is helemaal voor niks geweest.</i></p>	<p><i>Ik neem mijn negatieve gedachten kritisch onder de loep. Klopt het? Helpt het? Ik zet realistische en meer helpende gedachten in: ik ben waardevol net als ieder ander. Als anderen horen dat ik stotter, zullen ze mij niet als persoon afkeuren. Ik denk aan mijn ervaringen waarin anderen mij accepteerden en ik (met stotters) kon zeggen wat ik wilde.</i></p>
<p>Waarom herken ik terugval in stotteren op emotioneel gebied? Wat voel ik?</p> <p><i>Ik verstijf voor en tijdens het stottermoment. Ik ben bang dat ik ga stotteren. En als ik flink stotter voel ik me gespannen en verdrietig.</i></p>	<p><i>Ik vermijd bepaalde woorden; ik verander mijn zinnen; ik gebruik aanloopjes zoals eh-eh-eh.</i></p>	<p><i>Ik laat de stottermomenten komen, ik laat de stottermomenten gaan, ik maak opzettelijke stottermomenten. Ik oefen eerst in makkelijke situaties en dan leer ik het toepassen in steeds moeilijkere situaties. Ik voel mijn angst om te stotteren zakken en voel me trots dat ik het doorsta.</i></p>
<p>Waarom herken ik terugval in stotteren op spraakmotorisch gebied? Wat doet mijn spreekstelsel?</p> <p><i>Ik stotter meer, ik heb weer meer herhalingen, verlengingen, blokkades.</i></p>	<p><i>De herhalingen worden meer; de verlengingen worden langer; ik ga harder duwen op blokkades; ik maak meebewegingen om het er maar uit te krijgen, ik maak klikjes; ik maak een korte inademing voor een woord.</i></p>	<p><i>Ik train mezelf om de spreektechnieken die mij helpen weer toe te passen in diverse situaties. Ik kan oefenen met vertrouwde personen of anderen die ook een spreektechniek leren. Ik bezoek www.stotters.nl</i></p>
<p>Waarom herken ik terugval in stotteren op sociaal gebied? Wat doe ik (niet meer)?</p> <p><i>Ik ga opzien tegen feestjes, vergaderingen, presentaties.</i></p>	<p><i>Ik zeg feestjes af, ik zeg minder tijdens vergaderingen, ik laat presentaties over aan collega's.</i></p>	<p><i>Door de combinatie van bovengenoemde interventies ga ik sociale uitdagingen weer aan. Het helpt mij om anderen op een luchtige manier te vertellen dat ik stotter. Ik kan met een goede vriend praten over mijn stotterangsten. Ik word lid van Demosthenes.</i></p>

Bron: Busser & el Youssfi 2020

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

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

Cognitie

Binnen cognitieve therapie staat het wijzigen van niet-helpende, irrationele, negatieve of disfunctionele cognities centraal. Door irrationele gedachten op te sporen en te onderzoeken op geloofwaardigheid, wordt getracht de cliënt een meer rationele denkwijze aan te leren (Ten Broeke et al., 2014).

Wellicht merk je als logopedist op dat je cliënt gedachten heeft die hardnekkig zijn en daarmee moeilijk veranderbaar. Dit kun je toetsen door je cliënt te vragen naar de geloofwaardigheid van de oude irrationele versus de nieuwe rationele gedachte. Mocht de cliënt zich de nieuwe denkwijze moeilijk eigen maken of zeggen het wel te weten maar nog niet te voelen, ook na herhaaldelijk oefenen, dan kan overwogen worden een psycholoog te consulteren. Per casus kan dan onderzocht worden hoe deze bij kan dragen aan het meer geloofwaardig maken van gedachten.

Over het algemeen kan gesteld worden dat cognities zich op verschillende 'niveaus' afspelen. Op een bewust niveau zijn er automatische gedachten die de cliënt kan verbaliseren en aan een kritisch onderzoek kan onderwerpen. *Cognities spelen zich echter voor een groot deel op een onbewust niveau af, de zogenoemde kerncognities en attitudes, en zijn dus niet of moeilijker in woorden uit te drukken. Het opsporen en falsificeren van deze kerncognities is nodig om denk- en gevoelspatronen aangaande het stotteren grondiger aan te pakken.* Een psycholoog is opgeleid om op dit niveau te interveniëren.

Ten slotte kan het helpen te weten dat sommige cognities, en in het bijzonder kernopvattingen en attitudes nogal ongevoelig zijn voor een verbale, cognitieve, aanpak. Er zijn dan meer experimentele technieken nodig, zoals exposuretherapie.

Gedrag, exposuretherapie

Een krachtige manier om gedachten verder op hun geloofwaardigheid te toetsen, is het daadwerkelijk uitvoeren van nieuw gedrag, ofwel juist het nalaten van disfunctioneel gedrag. Om duurzame verandering in (kern)cognities te bereiken zijn daadwerkelijke corrigerende ervaringen nodig: ervaringen waarin de cliënt ook aan den lijve ondervindt dat de oorspronkelijke opvattingen niet meer houdbaar zijn en dat andere meer realistische opvattingen wel kloppen (Ten Broeke et al., 2014). Vermijdings- en veiligheidsgedrag kan een grondig onderzoek naar de geloofwaardigheid van angstinducerende gedachten in de weg zitten. Onderzoek wijst dan ook uit dat *veiligheidsgedrag* geassocieerd is met instandhouding van angstklachten. Er vindt immers geen falsificatie en extinctie van de angst plaats. Uit een studie met 133 personen die stotteren bleek dat de inzet van veiligheidsgedrag (zoals vermijden van een woord) veel voor te komen en geassocieerd te zijn met overmatige spanning, angst voor afwijzing en irrationele gedachten met betrekking tot stotteren (Lowe et al., 2017). Het kan van belang zijn om vermijdings- en veiligheidsgedrag in kaart te brengen, de voor- en nadelen hiervan met je cliënt te bespreken en deze in het exposureplan op te nemen.

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

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

Emotie, de rol van pijnlijke herinneringen

Wanneer stotteren vanwege nare, afwijzende en/of beschamende ervaringen emotioneel beladen is geworden, kan zich dit uiten in een afkeer om over het probleem te praten, een te veel aan emotie (spanning, verdriet, boosheid) en/of een beschadigd zelfbeeld. Mogelijk is het stotteren dan geassocieerd met allerlei pijnlijke herinneringen die in het hier en nu nog emotioneel beladen zijn. Dit kan een reden zijn om in overleg met een psycholoog te onderzoeken of verwerkingsgerichte behandeling, ter aanvulling op de logopedische behandeling, geïndiceerd is.

Samenwerken

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

Literatuur

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