

Dysfatische ontwikkeling

Theorie, diagnostiek en behandeling

M.A.G. Beesems, P. van de Ree

Onder logopedisten is ‘dysfatische ontwikkeling’ inmiddels een bekend, maar vaak nog controversieel begrip. In dit artikel wordt de term uitgelegd en aangegeven waarom het belangrijk is dysfatische ontwikkeling als diagnose te onderscheiden. De kenmerken van dysfatische ontwikkeling en de terminologie worden verduidelijkt. Vervolgens wordt het metamorfoseconcept toegelicht. Daarna wordt kort ingegaan op diagnostiek en behandeling.

Dysfatische ontwikkeling

De term ‘dysfatische ontwikkeling’ werd door Xavier Tan in 1982 in Nederland geïntroduceerd bij de oprichting van de Stichting Dysfatische Ontwikkeling te Amsterdam. De doel-

stelling van deze Stichting is het optimaliseren van de vroege herkenning en behandeling van dysfatische ontwikkeling.

Het klinische beeld van dysfatische ontwikkeling werd door Tan voor het eerst beschreven (Tan, 1990). Door ons team (Tan, 2005) wordt de volgende definitie gehanteerd: een dysfatische ontwikkeling is een neurologische spraak-taalontwikkelingsstoornis met het volgende hoofdkenmerk: het begrip van het gesprokene is duidelijk hoger van niveau dan de eigen spraak-taalproductie. Het gaat hier om een opvallende discrepantie (een verschil van 1 standaarddeviatie wordt als betekenisvol gezien) die met testinstrumenten aan te tonen is of gebaseerd kan worden op grond van een analyse van de spontane spraak-taal versus het non-verbale IQ of het taalbegrip. Dit betekent niet automatisch dat het taalbegrip op niveau is of niet zou kunnen afwijken van het non-verbale IQ; er kan sprake zijn van een gemengd beeld, waarbij de taalproductie echter altijd het meest gestoord is. Ouders vertellen vaak dat ‘er meer in hun kind zit dan er uit komt’.

In de (gestoorde) spraak- taalproductie zijn daarnaast nog twee kenmerken te onderscheiden, die vaak meer indirect uit het diagnostisch onderzoek herleidbaar zijn:

- Dialoogspraak is moeilijker dan spontaan spreken. De dialoog moet gezien worden als een op-commandosituatione. Het kind kan spontaan meestal meer en kwalitatief beter vertellen dan in een situatie waarin verwacht wordt dat hij of zij wat zegt.
- Gestoorde vloeiendheid met name door woordvindingsproblemen en moeite om elementen uit een verhaal met elkaar

te verbinden (gebrek aan 'liaison des idées'). Bij kinderen boven de 8 jaar worden de problemen in het vloeiend vertellen vaak als het meest in het oog springende kenmerk gezien. In onderstaand voorbeeld is een jongen van 9;05 jaar aan het woord over het verhaal van Roodkapje:

'Ik, ik, ik, ik, ik kan niet helemaal he Roodkapje, uh oom, oma, en oma was ziek en Roodkapje moet wat, wat lekkers brengen enne toen, en toen, en toen in de bos kom, toen zat wolf kijken; toen kwam de wolf, die zegt: daar, daar is nog meer bloemen als hier zit ; en die wolf gaat dan stiekem naar oma en, en, en, en toen eet ie oma op en toen komt ie uh, uh, tik, tik, kom maar binnen, wat heb jij een grote neus, wat heb jij een grote oren, wat heb jij een grote mond, en toen komt, zegt iemand, toen zegt ie, daarmee kan ik makkelijk opeten. En toen uh, uh, uh, wat was er toen, ...en toen gaat ie uh, en, en Roodkapje opeten en, en, en, en toen uh, en toen uh komt en jager naar toe en die zegt, en die gaat oma, en gaat ie en die hok en gaat naar de put en de snee in de buik, kwam oma en Roodkapje eruit en de wolf valt in het water.'

Zinsbouw- en woordvormproblemen

Dysfatische ontwikkeling is een dimensionale ontwikkelingsstoornis, dat wil zeggen variërend in ernst in zijn totaliteit en covariërend met de overige ontwikkeling. Het gaat vaak samen met andere (ontwikkelings)stoornissen.

De meest voorkomende co-morbiditeit is ontwikkelingsdyspraxie. Hierbij worden lichte vormen gezien, waarbij kinderen wat meer moeite hebben met het aanleren van vaardigheden, tot ernstigere vormen, waarbij er sprake kan zijn van forse onhandigheid en extreme moeite bij het aanleren of automatiseren van handelingen. De dyspraxie kan het gehele lichaam betreffen of beperkt blijven tot de handen of tot een bepaalde vaardigheid zoals schrijven. Ook kan er sprake zijn van een orale dyspraxie of een spraakdyspraxie.

Kinderen met een dysfatische ontwikkeling hebben vaak secundaire leer- en/of gedragsproblemen. Bijvoorbeeld mede door een gebrek aan innerlijke spraak/taal kunnen er problemen zijn met het reguleren van hun gedrag. Zo kunnen kinderen met een dysfatische ontwikkeling moeite hebben met wachten, met het beginnen aan of doorzetten van een taak, of extreem reageren in conflictsituaties. Gedragsproblemen komen naast een dysfatische ontwikkeling ook in primaire zin voor (bijvoorbeeld Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)). Leerproblemen zoals dyslexie kunnen zowel primair voorkomen naast dysfatische ontwikkeling, als ook secundair zijn aan dysfatische ontwikkeling.

Terminologie

Hoewel men vooral in de Amerikaanse literatuur de term developmental dysphasia(s) is blijven gebruiken, wordt de laatste decennia meer gesproken van (developmental) language disorders, communication disorders (o.a. DSM-IV), specific language impairment (SLI) en in Nederland van (specifieke) taal(ontwikkelings)stoornis. Globaal gaan deze termen over dezelfde stoornissen, de definities verschillen.

Het belangrijkste bezwaar bij deze termen (behoudens developmental dysphasia) is dat deze zijn ontdaan van enige neurologische connotatie. Dit gebruik is in tegenspraak met het feit dat breed wordt aangenomen dat deprivatie en psychologische factoren wel kunnen bijdragen, maar niet oorzakelijk zijn. Sterker nog, het is aangetoond dat verkeerd ontwikkelende en in een enkel geval vroeg beschadigde neurale netwerken ten grondslag liggen aan spraak-taalstoornissen in de ontwikkeling (Njiokiktjien, 2004; Tan, 2005). De etiologie daarvan is niet altijd met zekerheid bekend of aantoonbaar. Voor uitvoerige bespreking van de neurobiologie van dysfatische ontwikkeling wordt verwezen naar Njiokiktjien (2004). Centraal staat onze opvatting dat het begrip van de stoornis, de diagnostiek en de behandeling ervan alleen verbeterd kunnen worden, als de normale en afwijkende ontwikkeling in relatie worden gebracht met de werking en ontwikkeling van de onderliggende neurale netwerken.

Een tweede bezwaar is dat een aantal van deze termen niet naar de ontwikkeling noch naar de spraak verwijst, terwijl spraak en taal vroeg in de ontwikkeling moeilijk dissociëerbaar zijn, de stoornis zeer vaak de spraak en taal betreft en bij jonge kinderen de stoornis zelfs waarschijnlijk een samenhangend probleem is van gestoorde woordvinding en spraakproductie. Het handhaven van de term 'dysfatische ontwikkeling' is gestoeld op de overtuiging dat deze term vooral het neurologische en het ontwikkelingsaspect van de stoornis benadrukt, waar dat met de term SLI of specifieke taalstoornis niet gebeurt.

Het is betreurenswaardig dat het onterechte idee is gegroeid dat het bij een dysfatische ontwikkeling en SLI om verschillende stoornissen zou gaan en dat er verwarring is ontstaan bij ouders en bij hen die bij de behandeling en het dagelijks onderwijs zijn betrokken. Dysfatische ontwikkeling en SLI zijn niet primair verschillend, maar de theorieën, verklaringsmoedellen, de nadruk op de verschillende aspecten van de stoornis en de voorgestane behandelmethodes verschillen echter wel degelijk. De term 'specific' die op verschillende wijzen wordt opgevat, vraagt in dit verband nog enige aandacht. De óf-óf gedachte met name ten aanzien van 'verstandelijke beperking' en 'ontwikkelingsstoornis' doet thans wonderlijk aan. Iedereen uit de praktijk weet nu bijvoorbeeld dat ook bij dove kinderen een dysfatische ontwikkeling aanwezig kan zijn. Bij relatief minder mensen is bekend dat een dysfatische ontwikkeling vaak aanwezig is bij het syndroom van Down (zie ook Buma, 1997). Meerdere auteurs onder wie Bishop (1987) stelden wel al dat SLI

IQ-onafhankelijk is. Dit betekent dat 'specific' opgevat moet worden als relatief ten opzichte van een beter non-verbaal intelligentieniveau dat desalniettemin laag kan zijn.

Ten slotte kan gezegd worden dat bovengenoemde termen te breed overkoepelend zijn: ten opzichte van het oude developmentaal dysphasia is dysfasische ontwikkeling qua definitie verengd.

De discrepantie tussen taalbegrip en expressie en tussen taalbegrip en het non-verbale verstandelijke niveau is volgens ons een belangrijk aspect van de definitie van dysfasische ontwikkeling. Het benadrukt het belang van multidisciplinair gedifferentieerd klinisch onderzoek en maakt het mogelijk de spraaktaalproblemen te duiden als ontwikkelingsstoornis, als onderdeel van een algemene achterstand in het kader van een verstandelijke beperking of als een combinatie van beiden.

Het metamorfoseconcept

Dysfasische ontwikkeling is een neurologische ontwikkelingsstoornis. Om deze spraak-taalontwikkelingsstoornis te doorgronden, moeten we dus kijken naar de hersenen en hun ontwikkeling. Sinds de onderzoeken van Sperry, Gazzaniga en Bogen (1969) weten we dat de linker- en de rechterhemisfeer verschillende functies hebben. De linkerhemisfeer neemt de wereld waarop een analytische, lineaire en sequentiële manier. Tijd wordt chronologisch waargenomen. Het denken in de linkerhemisfeer is rationeel, logisch, in causale verbanden, verbaal en losstaand van sensorische associaties. De linkerhemisferische taal (denk aan ambtelijke en notariaal) is formeel. De rechterhemisfeer neemt de wereld in 'gehelen', gestaltmatig (in een oogopslag herkend) waar. Zaken zoals tonaliteit, prosodie en ritme worden door de rechterhemisfeer verwerkt. Tijd wordt droomachtig, vloeiend ervaren. In de rechterhemisfeer wordt het denken sterk bepaald door gevoelens en intuïtie. Het denken verloopt irrationeel, in beelden en multisensorieel. De rechterhemisferische taal is meer spreektaal, poëzie; exclamaties, onomatopoeën, jabbertalk en 'babytaaltje' horen hierbij.

Maar hoe verhouden deze verschillen zich bij de pasgeborene en het jonge kind, en welke betekenis kunnen ze hebben voor de spraak-taalontwikkeling? Om tot spreken te kunnen komen, spelen een aantal determinanten een belangrijke rol zoals relaties met mensen (te beginnen met de moeder, maar ook vader, de sibilings en andere volwassenen en kinderen), de motoriek, het affect, het spel en de imitatie. In de vroege fases van de spraak-taalontwikkeling speelt in dit kader de rechterhemisfeer een belangrijke rol. De eerste functies die het zeer jonge kind ontwikkelt, lijken tot doel te hebben het snel herkennen van gevaar en het vragen om bescherming. Vrijwel direct na de geboorte onderscheidt het kind het gezicht van de moeder en kort daarna ook haar stem uit verschillende stemmen. Na enkele uren kan het menselijke geluiden onderscheiden van omgevingsgeluiden. Het vroege taalbegrip berust meer op herkenning en productie van de zogenaamde supra-segmentele

aspecten van taal (tonaliteit, prosodie en ritme). Wat kinderen horen, is vermoedelijk meer vergelijkbaar met een 'klankschap' dan een aaneenrijging van klanken of fonemen. Aanvankelijk is de spraak-taalontwikkeling sterk gekoppeld aan het affectieve (vroege perceptie van emotionele toon) en aan de expressieve motoriek (via motorische emotie-expressie, lichaamsbesef, lichaamstaal en praxie). Deze vroege processen spelen zich

OMDAT HET GAAT OM EEN SPRAAK-TAALONTWIKKELINGS- STOORNIS SPEELT DE LOGOPEDIST EEN CENTRALE ROL IN DE DIFFERENTIËLE DIAGNOSTIEK

voornamelijk af in de rechterhemisfeer. Wat het kind dan van het gesprokene hoort, heeft nog een duidelijke multi-sensoriële connotatie. Geleidelijk aan krijgen woorden meer echt symboliekarakter en wordt wat het kind zegt formeler.

De functies van de rechterhemisfeer lenen zich slecht om op logische, analytische en methodologische wijzen bestudeerd te worden. Ook de ontwikkeling van deze functies is nauwelijks bestudeerd. Voor de spraak-taalontwikkeling zijn zij echter uitermate belangrijk.

Essentieel in het *metamorfoseconcept* (Tan, 1990; 2005) is de aanname dat er met het verschijnen van de driewoordszin een verschuiving plaatsvindt van de rechter- naar de linkerhemisfeer (bij een leeftijd van ongeveer 2;06 jaar). Dit betekent dat huilen, vocaliseren, brabbelen, holofrases (met en later zonder beweging), exclamaties, onomatopoeën, één- en tweewoordszinnen allemaal voornamelijk door de rechterhemisfeer verzorgd worden. Bij het ontstaan en de uitbreiding van de driewoordszin wordt de rol van de grammatica groter en wordt een overgang naar de linkerhemisfeer verondersteld. Deze overgang wordt ook ondersteund door de input-as-output-hypothese van Elbers (1990; 2000) die stelt dat kinderen al analyserend zelf tot strategieën (schakelen en variëren) komen om driewoordszinnen te maken. Aanvankelijk zijn er driewoordszinnen die een primitief idee uitdrukken en sterk affectief geconnoteerd zijn (Tan noemt dit affect-linguïstisch paradigma). Voorbeelden van deze affect-linguïstische paradigmata zijn: 'ik ook koekje' en 'papa auto mee'. Vanaf de overgangsfase naar syntactische uitbreiding (meer verfijnde en complexe taal) worden waarschijnlijk netwerken in de linkerhemisfeer meer en meer geactiveerd.

Een neurologische ontwikkelingstheorie als basis voor diagnostiek en behandeling is op zijn minst opvallend op het

gebied van de spraak-taalontwikkeling; de meeste theorieën steunen op linguïstische uitgangspunten.

Diagnostiek

De diagnose 'dysfatische ontwikkeling' is afhankelijk van het al dan niet aanwezig zijn van de besproken symptomen. Het beeld van een dysfatische ontwikkeling kan verschillen in ernst en wordt gekleurd door de leeftijd, co-morbiditeit en complicerende factoren, zoals bijvoorbeeld ADHD of stoornissen in het autistisch spectrum. Omdat de aanwezigheid van dysfatische ontwikkeling ook vaak gemaskeerd kan zijn, is multidisciplinaire differentiële diagnostiek van groot belang. In ons team zijn de disciplines neurologie, psychiatrie, psychologie, logopedie en ergotherapie vertegenwoordigd. Alleen een multidisciplinair team mét een logopedist kan differentiëren tussen autisme en een dysfatische ontwikkeling, tussen zwakzinnigheid en dysfatische ontwikkeling en tussen een geïsoleerde ernstige orale dyspraxie (als dat al geïsoleerd bestaat?) en dysfatische ontwikkeling. In het proces van diagnostiek moet men rekening houden met het feit dat stoornissen vaker in combinatie voorkomen dan geïsoleerd.

Omdat het gaat om een spraak-taalontwikkelingsstoornis speelt de logopedist een centrale rol in de differentiële diagnostiek. Het valt buiten het kader van dit artikel om uitgebreid op testinstrumenten in te gaan. In het algemeen kan gesteld worden dat we gebruik maken van het gangbare logopedisch instrumentarium, een klassiek spraak-taalonderzoek doen en dit (onder andere) aanvullen met observaties met betrekking tot de fluency (vertellen van verhaal) en de spontane taal. Voor een uitvoerige beschrijving verwijzen we naar de recente publicatie 'Dysfatische ontwikkeling' (Tan, 2005).

Behandeling

Het metamorfoseconcept heeft implicaties voor zowel diagnostiek als behandeling. Jonge kinderen bij wie de spraak nog sterk gekoppeld is aan de rechterhemisfeer en/of kinderen met een dysfatische ontwikkeling die de 'overgang' naar de linkerhemisfeer nog niet gemaakt hebben of daar moeite mee hebben, kunnen hiermee geholpen worden door een rechterhemisfeerbenadering. Hiermee wordt bedoeld dat er activiteiten gedaan worden die een beroep doen op de rechterhemisfeer die als het ware een mal gaan vormen voor de latere linkerhemisferische taal. Een herkenbaar voorbeeld dat dit illustreert, is dat liedjes of versjes (met behulp van melodie, ritme of dreun) het zeggen en onthouden van de woorden steunen.

Het is niet erg effectief om aan een tafeltje te zitten met een jong kind en het te vragen iets precies na te zeggen; dit vraagt van het kind een (nog ontbrekende) analyserende houding. Het is ook de vraag in hoeverre dit generaliseert naar het spontane spreken.

De behandeling van kinderen met een dysfatische ontwikkeling is tijdrovend en intensief. De behandeling neemt minimaal

een jaar. Om van de taalgevoelige periode in de spraak-taalontwikkeling te profiteren is het wenselijk de therapie op jonge leeftijd te starten. De directe therapie begint op een mentale leeftijd van drie jaar. Daarvóór wordt doorgaans indirecte therapie gegeven. Er wordt door de aan het team verbonden kinderneuroloog, dr. Ch. Njikiktjen soms medicatie voorgeschreven. Noötropil (werkzaam bestanddeel Piracetam) wordt gegeven omdat de ervaring leert dat het de woordvinding faciliteert (Njikiktjen, 2004; Tan, 2005).

De door ons in de behandeling gebruikte methode, genaamd Tan-Söderbergh, is ontwikkeld vanuit de methode die de Zweedse linguïste Ragnild Söderbergh (1981) ontwierp om dove kleuters te leren lezen. Wijlen Xavier Tan, kinderpsychiater, paste deze methode aan voor kinderen met een dysfatische ontwikkeling. De methode Tan-Söderbergh is geen standaardprogramma, maar een conceptuele benadering die op speelse wijze ingevuld wordt door de kinderen. Het materiaal wordt voor elk individueel kind op maat gemaakt. De kracht zit hem in het feit dat de eigen uitingen van het kind gebruikt worden om meer en beter te leren spreken. Kinderen zijn als vanzelf gemotiveerd en merken dat er waarde gehecht wordt aan wat ze zeggen. Voor therapeuten is het 'oefenen' in deze natuurlijke en functionele situatie intensief maar bovenal prettig en praktisch. Er treedt namelijk automatisch transfer op naar het spontane spreken.

Groepsbehandeling

Na een periode van individuele behandeling waarin de relatie met het kind wordt opgebouwd (als afspiegeling van de natuurlijke situatie) start veelal een integrale groepsbehandeling logopedie/ergotherapie. De logopedist en ergotherapeut werken samen als co-therapeuten. De combinatie met een ergotherapeut, die zich richt op de praxie van het handelen, heeft aanzienlijk veel meerwaarde. De motoriek is immers een determinant in de behandeling, omdat deze voorafgaat aan de spraak-taalontwikkeling. De groep bestaat uit ongeveer vier kinderen. De samenstelling van de groep is bij voorkeur niet helemaal homogeen, want in een heterogene groep kunnen de kinderen meer van elkaar leren. De kinderen zitten in een kleine kring rond één van de therapeuten die we de juf (of meester) noemen. De andere therapeut (de assistent) zit achter de kinderen en fungeert als egosteun; hij of zij helpt de kinderen de aandacht te richten bijvoorbeeld door de gewenste innerlijke spraak te verwoorden. Hij of zij is geen 'hulpsheff' om de kinderen in het gareel te houden. Het is belangrijk dat de juf in het begin van de therapie directe vragen zoals bijvoorbeeld 'vertel eens, wat heb jij gisteren gedaan?' vermijdt en later de reactie op dit soort vragen faciliteert.

De groep begint met een kringgesprek. Therapeuten brengen geen onderwerpen in, in tegendeel, de inhoud van de gesprekken wordt bepaald door de kinderen. De uitingen van de kinderen worden opgeschreven op een flap-over (papierbord) en er

wordt een tekening van het onderwerp gemaakt (de 'act of drawing' lokt spraak/taal uit). De uitingen worden, precies zoals de kinderen ze zeggen, opgeschreven en het affect wordt benoemd. Hierdoor leren de kinderen het verband tussen spreken en schrijven/lezen: dat wat je zegt, kun je opschrijven. Het geschrevene kun je weer lezen/zeggen. Omdat de kinderen de onderwerpen zelf bepalen, worden op-commandosituaties eenvoudiger omzeild.

Na het kringgesprek volgt er meestal een spelvorm waarbij de opgeschreven woorden herhaald of vergeleken worden. Hiervoor worden bijvoorbeeld memory-kaartjes gebruikt.

Het doel van de behandeling is niet om te leren lezen, maar om via het visuele (geschreven woorden en tekeningen) het spreken te bevorderen. Door de gesproken taal en het affect vast te leggen in woord en beeld blijft het aanwezig, beschikbaar en makkelijker oerophaalbaar; dat wat gezegd is, kan nu gemakkelijk

DE BEHANDELING NEEMT MINIMAAL EEN JAAR

opnieuw gezegd en uitgebreid worden. Het feit dat de kinderen het aanvankelijke lezen leren (en soms het daadwerkelijk leren lezen) is een zeer plezierig neveneffect, te meer omdat kinderen met een dysfatische ontwikkeling een verhoogd risico lopen op lees- en spellingsproblemen.

Zodra de kinderen ongeveer 70 (eigen) woorden visueel globaal kunnen herkennen, wordt er een begin gemaakt met de visuele analyse en synthese met als doel de visuele woordherkenning verder op gang te helpen, waardoor ook nieuwe woorden gelezen kunnen worden. Er wordt met nadruk niet in eerste instantie gekozen voor de in het Nederlandse onderwijs gebruikelijke auditief analytische manier van lezen. Uit onze ervaring is gebleken dat het zogenaamde 'hakken en plakken' ofwel auditieve analyse en synthese voor kinderen met een dysfatische ontwikkeling buitengewoon moeilijk is. Training van deze vaardigheden bij hen bewerkstelligt vrijwel geen vooruitgang in de auditieve vaardigheden, noch in het lezen. Bovenstaande zaken komen voornamelijk aan de orde in het eerste uur van de anderhalf uur durende behandeling. Daarna komen de motorische aspecten meer aan de orde. De inhoud hiervan wordt bepaald door de ergotherapeut. Deze bedenkt passende bewegingsactiviteiten, zoals bewegingsliedjes, toneel, bewegingsspel en organiseert praktische activiteiten zoals tekenen en schrijven. Het verbeteren van de praxie staat centraal, maar ook hier wordt er naar mogelijkheden gezocht om motorische en spraak-taalactiviteiten te koppelen. Soms is het door de aard of de ernst van de stoornis noodza-

kelijk om kinderen individueel therapie te (blijven) geven, bijvoorbeeld bij kinderen met een ernstige (orale) dyspraxie als complicerende factor. Ook als kinderen wat ouder zijn (boven de 8 jaar) en taalleerproblemen aan de orde zijn, ligt een korte, individuele behandeling in nauwe samenwerking met de school meer voor de hand. De prognose na behandeling is niet eenduidig en sterk afhankelijk van onder andere de ernst van de dysfatische ontwikkeling, de leeftijd van aanvang van de behandeling, het IQ en co-morbiditeit.

Samenvatting

In dit artikel wordt het onderzoek en de behandeling van kinderen met een dysfatische ontwikkeling beschreven. De kenmerken van dysfatische ontwikkeling worden genoemd en de terminologie besproken. De behandeling stoelt op het metamorfoseconcept van de spraak-taalontwikkeling. Dit concept benadrukt de rechterhemisfeerfuncties in de vroege spraak-taal, motorische en gevoelsontwikkeling en stelt een geleidelijke overgang voor naar linkerhemisfeer dominantie voor formele taal. De behandeling richt zich op het versterken van de determinanten van de spraak-taalontwikkeling en is gecentreerd rond de methode Tan-Söderbergh, waarbij tekenen en het opschrijven van door het kind gesproken woorden belangrijke middelen zijn om meer en betere spraak en taal uit te lokken.

Summary

In this article the characteristics of developmental dysphasia are discussed, as well as assessment and treatment. The treatment is based on the metamorphosis concept, a neurolinguistic concept of speech and language development. This concept emphasises the right hemisphere functions in early language, motor and emotional development and suggests a gradual developmental transfer to left hemisphere dominance for formal language. The Tan-Söderbergh treatment method focuses on reinforcement of the conceptualised determinants of speech and language development, therein writing and drawing are the central means to elicit more and better speech and language.

Keywords

developmental dysphasia

Auteurs

M.A.G. Beesems en P. van de Ree zijn als logopedisten verbonden aan de Stichting Dysfatische Ontwikkeling te Amsterdam.

Correspondentie

Correspondentie-adres WG-plein 316, 1054 SG Amsterdam. Telefoon 020 - 679 17 58, bereikbaar elke werkdag tussen 12:00-13:00 uur. Zie ook www.dysphasia.org. ☎

Literatuur

- Bishop, D.V.M. (1987). The causes of specific developmental language disorder ('developmental dysphasia'). *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 28, 1-8.
- Buma, J. (1997). Dysphatische ontwikkeling. *Down+ Up*, 40, 19-23.
- Elbers, L. (1990). 'Input' of 'intake'?: Het belang van taalproductie voor taalperceptie. *Van Horen Zeggen*, 31, 57-61.
- Elbers, L. (2000). An output-as-input Hypothesis in Language Acquisition. In: Broeder, P. & J. Murre (eds.), *Models of Language Acquisition. Inductive and Deductive Approaches*. Oxford: University Press.
- Njiokiktjien, C. (2004). *Gedragsneurologie van het kind*. Amsterdam: Suyi Publicaties.
- Söderbergh, R. (1981). Teaching Swedish deaf pre-school children to read in Sweden. In: Dale, P.S. & A.D. Ingram (eds.) *Child language - An international perspective*. Baltimore: University Park Press.
- Sperry, R.W., Gazzaniga, M.S. & Bogen, J.E. (1969). Interhemispheric relationships: The neocortical commissures; Syndromes of hemisphere disconnection. In: Vinken, P.J. and G. Bruyn (eds.) *Handbook of clinical neurology*, Vol. 4. Amsterdam, North-Holland.

- Tan, X.S.T. (1990). Dysphatische ontwikkeling In: De Meyere, P. en L. Heylen (eds.) *Omtrent Logopedie* 6. Pag. 145-166. Herentals, België. Proceedings XI Congres VVL Vlaamse Vereniging voor Logopedie, Antwerpen.
- Tan, X. (red). (2005). *Dysfatische ontwikkeling*. Theorie, diagnostiek en behandeling. Amsterdam, Suyi Publicaties.

Aanbevolen literatuur

- Beeseems, M. (1998). *Developmental Dysphasia, Diagnoses and Treatment*, Proceedings 24th Congress International Association of Logopedics and Phoniatrics (abstract). Nijmegen: University Press.
- Verschoor, C.A., Ree, P. van de, Wingelaar, E. (1994). *De leesmethode Söderbergh in het dagelijks onderwijs aan kinderen met een dysfatische ontwikkeling*. Achtergrond en methode beschrijving. Amsterdam: STIDYSO (bij de Stichting te bestellen).

Ambities binnen het onderwijs?

Kies voor de Master Special Educational Needs

Leerlingen met specifieke hulpvragen vragen om professionele ondersteuning. Wilt u zich verder ontwikkelen als professional, kies dan voor de masteropleiding SEN van Windesheim Opleidingen Speciale Onderwijszorg. Deze master biedt u onderwijsdeskundigheid voor het primair, voortgezet en speciaal onderwijs en voor de beroeps- en volwasseneneducatie.

Afhankelijk van uw eigen interesses en werkveld kiest u uit vijf uitstroombrofielen: Inclusief onderwijs, Leerproblemen, Gedragsproblemen, Handicaps & beperkingen en Educatieve zorgstructuur. Een uitstroombrofiel kent verschillende leerroutes. U specialiseert zich in de richting die het beste bij u en uw werksituatie past.

Alle leerroutes kunt u in deeltijd volgen en duren 2 jaar. Een aantal leerroutes kunt u ook in voltijd volgen.

www.windesheim.nl
www.oso-windesheim.nl

Kom naar een voorlichtingsavond

Wilt u meer weten over de master of onze andere opleidingsmogelijkheden? Bezoek dan een voorlichtingsavond op een van onze lesplaatsen:

- | | |
|-------------------------------|---------------------|
| • Den Haag/Oegstgeest/Haarlem | 2 april, 19.30 uur |
| • Leeuwarden | 4 april, 19.30 uur |
| • Utrecht | 4 april, 19.30 uur |
| • Zwolle | 13 april, 19.00 uur |

Of vraag een brochure aan via het Windesheim Informatiecentrum, tel. (038) 4 699 699.

Wij bieden u:

- een masteropleiding die aansluit op uw eigen leerwensen;
- de leerroutes Dyslexie en Remediëren via E-learning;
- de mogelijkheid om direct na uw hbo-bacheloropleiding te starten.