

Therapie bij spraak- en taalgestoorden kinderen

Lezing VeBOSS-konferentie 1982

Drs. S.M. Groothuis-Brouwer

Kliniek voor K.N.O. afd. Logopedie-Foniatry, Akademiesch Ziekenhuis Groningen.

Wanneer we willen nadenken over therapie bij jonge spraak- en/of taalgestoorte kinderen, moeten we in de eerste plaats aangeven wat de aard van die therapie moet zijn. Vervolgens kunnen we de inhoud ervan in gaan vullen.

Ook zullen we moeten omschrijven wat we onder spraaktherapie en wat we onder taaltherapie verstaan.

De aard van de therapie

De keuze voor een bepaalde vorm van therapie is afhankelijk van de aard en de ernst van de spraak- en/of taaltstoornis.

Wat betreft de vorm van de therapie maken wij onderscheid tussen:

- medische therapie
- algehele ontwikkelingsstimulatie
- pedagogische begeleiding
- logopedische therapie.

Deze vier vormen zullen we in het nu volgende afzonderlijk bespreken.

Medische therapie

Medische therapie is aangewezen wanneer we te maken hebben met spraak- en/of taalgestoorte slechthorende kinderen, taalgestoorte epileptische kinderen, en bij kinderen waarbij de spraak- en/of taaltstoornis het gevolg is van een onvoldoende of afwijkend spraakapparaat, bijvoorbeeld een te kort of inactief velum waardoor een open neusspraak kan ontstaan. Soms is het medisch handelen alleen al voldoende om de spraak- en/of taalproblematiek te verhelpen (gehoorverbeterende maatregelen, anti-epileptica, pharynxplastiek), soms zal daarnaast ook logopedische hulp nodig zijn.

Kinderpsychiatrische opvang en/of begeleiding valt ook onder medische therapie en zal met name plaatsvinden bij kinderen met ernstige emotionele ontwikkelingsstoornissen. Ook nu weer kan daarnaast logopedische hulp noodzakelijk zijn.

Algehele ontwikkelingsstimulatie

Een algehele ontwikkelingsstimulatie is aangewezen wanneer het kind niet alleen wat betreft de spraak en/of

taal, maar ook wat betreft andere ontwikkelings-aspecten trager is dan zijn leeftijdsgenoten. We kunnen dan te maken hebben met zwakzinnige of zwakbegaafde kinderen. Niet alleen de spraak- en/of taalontwikkeling behoeft extra aandacht, de hele ontwikkeling dient gestimuleerd te worden, waarbij we natuurlijk wel rekening dienen te houden met de mogelijkheden of liever de onmogelijkheden van het kind.

In ernstige gevallen kan men denken aan plaatsing op een kinderdagverblijf voor geestelijk gehandicapten. In lichtere gevallen kan men een afwachthouding aannemen om op die manier het kind de gelegenheid te geven zich in eigen tempo en tot zijn eigen niveau te ontwikkelen. Allerlei tussenoplossingen zijn eveneens mogelijk: LOM, MLK, eventueel ZMLK-plaatsing; extra jaar kleuterschool.

De discrepantie tussen de verbale en de non-verbale ontwikkeling bepaalt bij deze kinderen of van afzonderlijke logopedische therapie enig effect verwacht mag worden. Deze discrepantie wordt met behulp van psychologisch onderzoek vastgesteld.

Pedagogische begeleiding

Pedagogische begeleiding is aangewezen wanneer het kind weliswaar achter blijft met de ontwikkeling van de spraak en/of taal, maar wanneer de oorzaak van het probleem voor een groot gedeelte gezocht moet worden in de manier waarop ouders met het kind omgaan.

Met de ouders wordt dan gezocht naar wegen hoe zij binnen hun eigen opvoedingsstijl een aantal zaken zo kunnen veranderen, dat de omgeving voor het kind meer taalstimulerend wordt.

In combinatie hiermee is logopedische therapie soms wel en soms niet gewenst.

Pedagogische begeleiding is echter niet alleen gericht op de spraak-taalproblematiek. Vaak ook hebben ouders behoefte aan pedagogische begeleiding vanwege de overige problemen die zij met hun spraak- en/of taalgestoorte kind hebben. Deze problemen liggen zowel op het vlak van de sociale aanpassing als van de opvoeding.

Dat er een duidelijk verband bestaat tussen spraak- en/of taalontwikkelingsstoornissen enerzijds en opvoedingsproblemen anderzijds, ligt eigenlijk voor de hand. Taal heeft immers een wezenlijke functie in het menselijk verkeer. Martin Buber (1962) gaat zelfs zover de taalontwikkeling aan menswording gelijk te stellen: 'Das Geheimnis der Sprachwerdung und das der Menschwerdung sind eins'. Door taal leggen mensen een relatie met de wereld en met andere mensen, en deze relatie kan zowel het karakter hebben van betrokkenheid als van distantie. Levinas (1969) wijst erop dat taal niet ondergeschikt is aan het bewustzijn, maar voorwaarde voor de bewustwording is. Taal brengt een oorspronkelijke relatie teweeg, het is de voorwaarde voor het bewustzijn van de aanwezigheid, verbondenheid of nabijheid van de ander. Men kan een ander niet begrijpen zonder tot die ander te spreken en door die ander aangesproken te worden. Zowel Buber als Levinas voeren ons zo tot de conclusie

dat taal en spreken onlosmakelijk zijn verbonden met ontmoeting en menswording.

Nu is de ontmoeting, gericht op menswording, volgens alle pedagogen het hart van de opvoedingspraxis en deze pedagogische ontmoeting wordt omschreven als een 'face-to-face' relatie tussen opvoeder en opvoeding die is ingebed in een opvoedingssituatie (Bos, 1980).

Mogen wij nu concluderen dat bij spraak- en/of taalgestoorde kinderen de ontmoeting met de opvoeder buitengewoon gehinderd wordt?

Onze klinische ervaring wijst in ieder geval in die richting:

- a) Een groot aantal ouders van primair spraak- en/of taalgestoorde kinderen geeft aan niet te begrijpen waarom hun kind niet of anders praat dan andere kinderen. Er is geen duidelijk aanwijsbare oorzaak, in die zin dat de kinderen niet doof of slechthorend zijn, niet neurologisch gestoord, niet zwakzinnig en ook is de emotionele ontwikkeling niet als psychotisch of autistisch te bestempelen. De ouders zijn in deze gevallen geneigd hun kind luiheid, koppigheid, nerveusiteit of andere negatieve eigenschappen toe te schrijven. Meestal werkt dit als een self-fulfilling prophecy: het kind gaat zich gedragen zoals de ouders het zien. De ouder-kind relatie loopt hierdoor gevaar, een relatie die voor een harmonieuze persoonlijkheidsontwikkeling van groot belang is.
- b) Een aantal ouders stopt de verbale communicatie met hun kind. Ze geven het als het ware op. Het kind zegt toch niets terug en de ouders gaan denken dat het ook nog niet zoveel begrijpt.

Wanneer de ouders de verbale communicatie met hun kind stoppen wordt de omgeving vanaf dat moment niet-taalstimulerend en kan de spraak- en taalachterstand alleen maar ernstiger worden.

- c) Het is opvallend dat kinderen die zich verbaal niet of nauwelijks kunnen uiten, maar wel een normale communicatiedrang hebben, hun wensen en verlangens langs een andere weg trachten duidelijk te maken. Hierdoor kan onaangepast gedrag ontstaan zoals schreeuwen, schoppen, slaan, driftbuien. Ook is het mogelijk dat het kind zich terugtrekt uit de communicatie. Dit kan zo sterk zijn dat het gedrag van het kind autistiform aandoet. Ouders noemen hun kinderen in die gevallen vaak onbereikbaar en ongehoorzaam.

Behalve dat er een taalontwikkelingsstoornis is, is er bovendien een gedragsstoornis. Met beide weten de ouders niet altijd even goed om te gaan, hetgeen een verdere verstoring van de ouder-kind relatie kan geven, een relatie die toch al gevaar liep.

- d) Het valt ons op dat kinderen met taalontwikkelingsstoornissen vaak problemen krijgen wanneer ze in contact komen met andere mensen. In de samenleving speelt spreken zo'n belangrijke rol dat mensen verlegen worden bij mensen die niet, onvoldoende of gestoord praten. Dit speelt tussen volwassenen (o.a. bij stotteraars en afasiepatienten), maar ook tussen volwassenen en kinderen, evenals tussen kinderen onderling. Spraak- en taalgestoorde kinderen lopen daardoor de kans minder gemakkelijk vriendjes te krijgen dan hun niet-gestoorde leeftijdgenootjes, met alle gevolgen van dien voor de

sociale ontwikkeling. Voor ouders is dat niet altijd even gemakkelijk te accepteren, laat staan op te lossen.

Spreken blijkt dus niet alleen een communicatiemiddel, het is ook een direct werkende pedagogische en sociale kracht. Daarom is het o.i. nodig bij spraak- en/of taalgestoorde kinderen aandacht te schenken aan de opvoedingsrelatie.

Onze aandacht geldt niet alleen de kinderen, maar ook de ouders. De ouders moeten in de eerste plaats tot het inzicht worden gebracht dat het gedrag van hun kind te maken heeft met het feit dat het zich onvoldoende kan uitdrukken. In de tweede plaats moet het gesprek tussen ouders en kind zo snel mogelijk weer op gang gebracht worden.

Logopedische therapie

Logopedische therapie is aangewezen in al die gevallen waarin men mag verwachten dat door gerichte aandacht voor het spreken, via luisteren, communiceren en imiteren, de spraak- en/of taalontwikkeling zal verbeteren. De logopedische therapie kan zowel spraaktherapie als taaltherapie omvatten.

Onder *spraaktherapie* verstaan we die therapie, waarbij het kind wordt geleerd de spraakklanken goed waar te nemen en te produceren. Zowel auditieve training als oefeningen voor de motorische beheersing van de spraakorganen spelen hierbij een rol.

Auditieve training willen wij hier opvatten als leren luisteren, dat wil zeggen het richten van de aandacht op geluid. Naarmate kinderen attenter zijn op geluid en er met meer aandacht naar luisteren, des te meer verschillen en nuances ze aan de geluiden zullen ontdekken. Speciale klankspelletjes en klankonderscheidingsoefeningen zijn dan niet nodig. Vanuit de aandacht ontwikkelt het kind zijn eigen discriminatievermogen. Dit is een individueel, creatief proces.

In tegenstelling tot slechthorende kinderen hoeven spraakgestoorde kinderen niet meer te leren horen. Wanneer horen getraind moet worden, is het natuurlijk vanzelfsprekend dat men wel met muziek- en klankspelletjes werkt. Wanneer men dit echter met goedhorende kinderen doet, loopt men het gevaar dat ze taalpassief worden. De eigen creativiteit krijgt onvoldoende ontplooiingsmogelijkheden. De gedachte dat bij goedhorende spraakgestoorde kinderen auditieve discriminatieoefeningen in de therapie een hoofddoel zouden moeten krijgen, is een wijd verbreid misverstand.

Het is wel zo, dat een goede klankproductie een goede klankperceptie (auditieve discriminatie) impliceert, maar hieruit mag niet de conclusie getrokken worden dat een goede klankperceptie (auditieve discriminatie) ook een goede klankproductie teweeg brengt. Het feit dat men een bepaalde klank kan maken, bepaalt voor een groot gedeelte ook het kunnen percipiëren van die klank en niet omgekeerd (Crul 1981, Ohmann 1981).

Wij willen dan ook pleiten voor een gecombineerde training van perceptie en productie. Enerzijds zal men de aandacht van het kind moeten richten op de klankuitingen van de therapeut, anderzijds zullen motorische oefenin-

gen het kind moeten helpen om bepaalde klanken te leren produceren.

Spraaktherapie zal meestal pas na het derde levensjaar beginnen, uitgaande van de gedachte dat normale kinderen pas rond de derde verjaardag in staat zijn de meeste klanken van onze taal goed waar te nemen en te produceren. De beslissing voor spraaktherapie wordt altijd genomen vanuit een beeld dat men heeft van de totale spraak- en taalontwikkeling. Spraaktherapie start meestal op basis van een goede taalontwikkeling (zowel receptief als productief).

Een enkele maal gaat spraaktherapie vooraf aan de taaltherapie, namelijk in die gevallen waarbij het kind als het ware een verbale dyspraxie heeft. Het taalbegrip is goed, maar de taalproductie bestaat uit enkele weinig gedifferentieerde klanken. Zonder dat er een neurologische beschadiging aantoonbaar is, heeft het kind onvoldoende beheersing over zijn tong, lippen en velum om tot klankproductie te komen. Via bewegingen die het kind wel kan maken wordt door ons dan toegewerkt naar klankproductie, bijvoorbeeld:

blazen = ffff

wangen opbollen en laten ploffen = b

pitten spugen = p

indianen gehuil = oe.

Onze ervaring is dat wanneer het kind op deze manier een aantal klanken heeft leren maken, de verbale dyspraxie verdwijnt en we over kunnen stappen op de taaltherapie.

Onder *taaltherapie* verstaan we die therapie waarbij het kind wordt geleerd de taal te begrijpen en te produceren en wel zó, dat het zich niet meer opvallend onderscheidt van leeftijdgenoten. De normale taalontwikkeling wordt hierbij als norm gehanteerd.

Taaltherapie kan zeer vroeg beginnen, tenminste wanneer het wordt opgevat in de zin van het geven van optimale kansen binnen een bepaald ontwikkelingsstadium.

De taaltherapie kan op twee manieren gestalte krijgen, direct of indirect. Onder directe therapie verstaan we de bemoeienis van de taaltherapeut met het kind. Onder indirecte therapie verstaan we de bemoeienis van de taaltherapeut met de ouders (verzorgers) van het kind. Meestal wordt, zeker bij jonge kinderen, dat wil zeggen peuters, gekozen voor een combinatie van deze twee vormen van taaltherapie vanuit de overtuiging dat ouders de beste leermeesters voor hun kind zijn, of althans kunnen worden. Het doel van de therapeut is om het gesprek tussen ouders en kind weer op gang te brengen. Daarbij is de directe therapie vaak een eerste stap, die meestal snel gevolgd wordt en overgaat in een indirecte therapie.

Globaal gezien kunnen we binnen de taaltherapie vier fasen aangeven.

De *eerste fase* is die waarin het kind nog niet spreekt, maar moet komen tot het begrijpen en uitspreken van woorden (éénwoord-uitingen).

In deze fase staan bij het kind luisteren en reageren op taal

centraal. Het taalaanbod van de therapeut is rustig en beperkt, wat betreft het aantal woorden per uiting.

De *tweede fase* is die waarin het kind éénwoord-uitingen produceert, maar moet komen tot begrijpen van eenvoudige opdrachten en tot de productie van twee- en driewoord-uitingen. Naast luisteren en reageren op taal is in deze fase de eigen taalcreativiteit van het kind erg belangrijk. Het taalaanbod door de therapeut is wederom rustig en beperkt, wat betreft het aantal woorden per uiting.

De *derde fase* is die waarin het kind eenvoudige opdrachten begrijpt en twee- tot driewoord-uitingen produceert, maar enkelvoudige zinnen moeten leren begrijpen en produceren. Inzicht in syntactische regels moet dus verschaft worden en ook wordt de basis gelegd voor het omgaan met vervoegingen en verbuigingen (morfologische regels). Gesprek en interactieve imitatie worden een belangrijk therapeutisch hulpmiddel.

De *vierde fase* is die waarin de kinderen samengestelde zinnen moeten leren begrijpen en produceren. Ook moet het fysiologisch haperen en herhalen meestal nog overwonnen worden. Naast de grammaticale regels komen in deze fase ook de communicatieve regels aan bod. Dit laatste kan veelal via rollenspelletjes uitgebouwd worden, waarin zowel idioom als uitdrukkingvormen worden geoefend.

We zullen de manier waarop de taaltherapie in de verschillende fasen verloopt nu afzonderlijk bespreken.

1. De eerste fase.

De taaltherapie zal in deze eerste fase in de aanvang meestal zowel direct als indirect zijn. Vaak kiezen we in deze situatie voor een gecombineerde pedagogisch-logopedische begeleiding. De logopedist bemoeit zich met het kind en de pedagoog met de ouders, zeker in die gevallen waarin het niet-sprekende kind een gedrag heeft ontwikkeld dat door de ouders als afwijkend wordt ervaren, als gevolg waarvan de ouders een gespannen verhouding met hun kind hebben.

Voor de taaltherapeut mag het gedrag van het kind op geen enkele wijze een belemmering zijn voor de in te stellen therapie.

De directe taaltherapie beoogt het, in het algemeen diffuus reagerende kind op taal te doen reageren. Het principe van de taaltherapie in deze fase is om met gereduceerd taalaanbod de aandacht van het kind te trekken. Dit kan alleen bereikt worden wanneer de therapeut in staat is om vanuit een accepterende houding een warme relatie met het kind op te bouwen.

De therapie vindt plaats in een spelkamer waar het kind zijn eigen gang mag gaan. De therapeut volgt het kind verbaal en beperkt zich daarbij zoveel mogelijk tot één à tweewoord-uitingen om de aandacht van het kind te trekken, bijvoorbeeld bal, bal rollen, weg, bal weg.

Bovendien moet de therapeut op een rustige manier spreken en pauzes inlassen, zodat het kind de gelegenheid krijgt om te reageren, hetzij verbaal, hetzij non-verbaal. Het is belangrijk dat het kind niet wordt overstelpt

met een stortvloed van woorden van de kant van de therapeut.

Onze indruk is dat 'onconcentreerde' kinderen in deze fase over het algemeen 'niet-geboeide' kinderen zijn. Het taalaanbod is dan te veel en te snel, gaat over hun hoofden heen.

Wanneer de aandacht van het kind door de taaluitingen van de therapeut getrokken wordt, zal het kind er naar gaan luisteren en komen tot spontane imitaties. Luisteren leidt uiteindelijk tot het ontstaan van woordbegrip. Uit de spontane imitaties zullen uiteindelijk de éénwoord-uitingen ontstaan.

II. De tweede fase.

In de tweede fase moet het kind komen tot begrijpen van eenvoudige opdrachten en tot het spontane gebruik van twee- en driewoord-uitingen. Naast luisteren en imiteren wordt nu de eigen creativiteit van het kind erg belangrijk. Imitatief en creatief vermogen zijn niet alleen een voorwaarde voor de taalontwikkeling, maar ook een voorwaarde voor de totale ontwikkeling. Creativiteit vertoont samenhang met het begrip intelligentie: denken is ontdekkend handelen (Bladergroen 1978).

Voor de taaltherapie betekent dit dat het kind de gelegenheid moet krijgen om situaties te ontdekken en daar handelend op in te gaan. Het spelmateriaal dat in de therapiekamer aanwezig is, kan om deze reden het beste driedimensioneel zijn, bijvoorbeeld huizen, bomen, beesten, auto's. Het kind speelt op zijn eigen manier met het speelgoed en de therapeut verwoordt vervolgens de handelingen en situaties op een eenvoudige en rustige manier, in twee- à driewoord-uitingen. Wederom: reductie van taalaanbod, wat betreft het aantal woorden per uiting. Sommige kinderen moeten meer tot creatieve handelingen uitgelokt worden dan andere. De therapeut moet daarbij zelf de moed niet te snel verliezen. Wanneer een kind bijvoorbeeld alleen maar aandacht heeft voor auto's, kan men toch wel komen tot allerlei handelingen en benoemingen:

auto's rijden, racen of botsen

ze rijden over een weg, racen hard of botsen tegen een schoen, broek, tafel, stoel etc.

Ook nu geldt dat de therapeut het kind volledig accepteert en dat de vertrouwensrelatie tussen kind en therapeut voor een groot gedeelte bepaalt of en in hoeverre het kind komt tot spontane imitaties van de taaluitingen van de therapeut. Naarmate het kind meer woorden tot zijn beschikking krijgt, zal het ook spontaan komen met uitingen van twee of meer woorden.

Vaak zal in deze fase de directe therapie gecombineerd worden met een indirecte therapie. Aan de ouders wordt in de eerste plaats uitgelegd dat praten zich ontwikkelt door te luisteren naar de taal die in de omgeving wordt gesproken. De ouders wordt gevraagd om vijf minuten per dag met hun kind te converseren, in die zin dat de ouders vertellen, bijvoorbeeld aan de hand van plaatjes in een boek, en dat het kind luistert. Het principe van voor- en nazeggen, het laten oefenen, dat veel ouders hanteren wanneer ze merken dat hun kind achter blijft met de spraak en/of taalontwikkeling, proberen we op deze manier in de huiselijke situatie zoveel mogelijk te voor-

komen. Ook wordt de ouders verteld dat de manier waarop ze met hun kind converseren van groot belang is. Het principe van reductie van taalaanbod wordt uitgelegd en soms gedemonstreerd.

Omdat het goede voorbeeld belangrijk is, wordt de ouders afgeraden om in kindertaal te spreken. Kindertaal hoeft niet vermeden te worden, maar het is wel belangrijk dat het 'kinderwoord' gekoppeld wordt aan het 'volwassen woord'. Wanneer het kind op een gegeven moment woef-woef zegt, dan kunnen de ouders bijvoorbeeld reageren met:

ja de hond

de hond blaft.

De taalstimulerende activiteiten die we van de ouders vragen, beperken we tot ongeveer vijf minuten per dag, omdat de ervaring leert dat een advies om thuis op een bepaalde manier met het kind te converseren zonder tijdslimiet, kan leiden tot een krampachtige, onnatuurlijke situatie, zeker wanneer er in het gezin meer kinderen zijn die ook aandacht nodig hebben.

III. De derde fase.

In de derde fase leren kinderen enkelvoudige zinnen begrijpen en produceren volgens de daartoe geldende grammaticale regels. In de therapie zal men een voorzichtige onderscheid maken naar taalinhoud en taalvorm. De *taalinhoud* wordt geoefend doordat via luisteren, kijken en beleven de ervaringswereld van het kind wordt uitgebouwd en wordt verbonden met taal. De therapeut volgt het kind in zijn spel en handelingen en situaties worden op een eenvoudige manier (in eenvoudige zinnen) onder woorden gebracht.

Naast driedimensioneel materiaal, kan nu ook tweedimensioneel materiaal goed gebruikt worden, o.a. flanelbord met toebehoren, boeken, puzzels, lotto's etc.

De *taalvorm* kan op twee manieren geoefend worden, namelijk via het therapeutische gesprek en via interactieve imitatie.

Het therapeutische gesprek.

De bedoeling is dat het kind op uitnodiging van de therapeut iets vertelt, bijvoorbeeld aan de hand van bepaald materiaal.

De therapeut gaat vervolgens op de uitingen van het kind in en geeft het gesprek een therapeutische inhoud met behulp van de volgende methoden.

- Corrigeren: de therapeut verbetert een door het kind gebruikte foute vorm van de taal. De correctie wordt ingezet met het woordje 'ja'.

b.v.: kijk, staat hier één in midden -- ja, in het midden.

- Expanderen: de therapeut herhaalt de uiting van het kind onmiddellijk, als een echo in een goede vorm en de door het kind weggelaten delen worden toegevoegd, b.v.: kijk, staat hier één in midden -- kijk dan staat hier één in het midden.

- Modelleren: de therapeut biedt goede taal aan, zonder in een echo te corrigeren of te expanderen. Modelleren is commentaar geven, ingaan op de uiting van het kind, b.v.: kijk, staan hier één in midden -- ja zeg, midden in de kring
- hondje bijt -- ja, het hondje is boos.

Interactieve imitatie

De aandacht wordt op deze manier nog eens extra op een bepaalde taalvorm gevestigd, bijvoorbeeld:

therapeut: ja, die staat in het midden (expansie)

De therapeut is nu tevreden, er wordt geen tweede maal om een imitatie gevraagd. Alleen wanneer het kind helemaal niet heeft gereageerd, kan de therapeut nog eens aandringen op de imitatie.

Indirecte therapie in de derde fase houdt meestal in dat de ouders de principes van positief corrigeren (altijd beginnen met het woordje 'ja', teneinde de communicatie niet te verbreken) en expanderen uitgelegd krijgen en worden gevraagd dit ook toe te passen.

In de vierde fase leren kinderen samengestelde zinnen te begrijpen en te produceren. Grammaticale en communicatieve regels moeten geleerd worden. Soms moet er ook extra aandacht besteed worden aan het leren overwinnen van het fysiologische haperen en herhalen.

Wat betreft de oefeningen voor de taalinhoud en de taalvorm is deze fase een voortzetting van de vorige. Het materiaal zal nu echter voornamelijk tweedimensioneel zijn, bijvoorbeeld boeken met onderwerpen betreffende wereldoriëntatie. Het taalgebruik kan geoefend worden aan de hand van rollenspelletjes (poppenkast, toneelstukjes etc.). Idioom en uitdrukkingsvormen worden op deze manier geoefend.

Wanneer kinderen geholpen moeten worden bij het overwinnen van hun haperende en herhalende spreken, kiezen wij vaak voor een gecombineerde pedagogisch-logopedische begeleiding.

Veel van deze kinderen hapt het niet zozeer aan spreektechniek, als wel aan zelfvertrouwen. Het kind moet leren dat het er zijn mag en de ouders of verzorgers van het kind worden geholpen om hun pedagogische aandacht te richten op het zelfgevoel van het kind en niet op het spreken.

Uit het voorgaande zal u duidelijk geworden zijn dat wij voorstanders zijn van een geïntegreerde aanpak bij spraak- en/of taalgestoorde kinderen. De problematiek

Om deze reden zijn wij dan ook blij met de zich ont-
plooiende aandacht voor kinderen met spraak- en/of
taalstoornissen zoals die o.a. gestalte krijgt binnen de
spraakgebrekkigen-afdelingen van scholen voor slecht-
horenden. Binnen deze scholen is de spraak- en/of
taaltherapie ingebed in een pedagogisch klimaat en
wordt deze therapie gestuurd vanuit een totale didac-
tische aanpak. Indirecte en directe taaltherapie kunnen
dan eenvoudig op elkaar afgestemd worden, waarbij de
indirecte therapie terug te vinden is in de manier waarop
de kinderen in de klas benaderd worden. De directe
therapie is de aandacht die elk kind individueel krijgt van
de logopedist.

Wij vinden dat door een teamaanpak alle facetten van medische therapie, algehele ontwikkelingsstimulatie, pedagogische begeleiding en /of logopedische therapie in een behandelplan vervat kunnen worden.

Bladergroen, W.J. (1978): Nooit òf-òf, altijd èn-èn, Wolters Noordhoff.

Bos, M.J.J. (1980): De ontmoeting als pedagogische categorie. Een onderzoek naar de plaats van de ontmoeting in het pedagogische denken. Herkomst en perspectief (R.U. Groningen).

Buber, M. (1962): Das Wort das gesprochen wird. In: Werke, erster Band, Schriften zur Philosophie. Kösel Verlag.

Crul, T.A.M. (1981): The phoneme discrimination test: a valid diagnostic tool? Congress Proceedings and Abstract of the IXth congress of the Union of European Phoniaticians, Amsterdam 12-16 oktober 1981.

Goorhuis-Brouwer, S.M. (1979): Niet vanzelfsprekend. Taalontwikkelingsstoornissen en afasie bij kinderen. Orthovisies nr. 10, Wolters Noordhoff.

Öhmann, S. (1981): Notes for a phonology course - UEP congress 12-15 oktober 1981, Uppsala University.

Rees, N.S. (1975): Imitation and language development: issues and clinical implications. *JSHD* 40, 339-350.