

jaargang 25 - nummer 4 - december 1984

84-4

25 25 25



van
horen
zeggen

tijdschrift van de vereniging ter bevordering van het onderwijs aan doven in nederland en de nederlandse vereniging ter bevordering van het onderwijs aan slechthorende kinderen en kinderen met spraak-/taalmoeilijkheden

VAN HOREN ZEGGEN

25-ste jaargang, no. 4 - december 1984

Redactie

Eindredactie

Dhr. N. Smulders, pr.

Theerestraat 42

5271 GD Sint-Michielsgestel

tel. 04105-9119

Voor de sektor dovenonderwijs

- Dhr. N. Smulders pr., Sint-Michielsgestel
- Mej. H.H.M. Boudens, Rotterdam
- Mej. G. ter Haar, Voorburg
- Dhr. A. v.d. Hey, Groningen
- Dhr. B.G. Hofman, Amsterdam

Voor de sektor onderwijs aan slechthorende kinderen en kinderen met spraak-/taalmoeilijkheden

- Br. Marcus van Veen, Eindhoven
- Dhr. J. Berman, Groningen
- Dhr. G. Hak, Leiden
- R. Smits, Arnhem
- H. Gommans, Grave
- J. Everwijn-van Hoorn, 't Veld

Administratie

Mevr. G.H. Tiemens

Gen. Spoorlaan 537

2285 TB Rijswijk

tel. 070-941646

giro 22 14 10 t.n.v. Adm. Van Horen Zeggen

Dagelijks bestuur Vereniging ter Bevordering van het Onderwijs aan Doven

- Drs. A.P.M. van Hagen, voorzitter
Hoeven 2, 5688 GS Oirschot
- E.A.M. van Os, sekretaris
Beemd 16, 5296 LH Esch (N.Br.)
tel. 04110-1518

- W.M. Brouwer, penningmeesteresse
Werflaan 38, 2725 DJ Zoetermeer
tel. 079-413195

giro 35 74 25 t.n.v. penningmeesteresse Vereniging ter Bevordering van het Onderwijs aan Doven in Nederland.

Dagelijks bestuur Nederlandse Vereniging tot Bevordering van het Onderwijs aan Slechthorende kinderen en kinderen met Spraak-/taalmoeilijkheden

- J. v.d. Hoeven, voorzitter, Schildersgaarde 11, 2542 EA 's-Gravenhage, tel. 070-673279
- R.S. van der Veen, sekretaris, Robijnstraat 100, 2332 KV Leiden, tel. 071-765149
- J.G. Kloos, penningmeester en ledenadministratie,
Meerkoet 25, 1742 KM Schagen
tel. 02240-14896
giro 3 55 45 00 t.n.v. Penningmeester VeBOSS te Schagen

Het tijdschrift verschijnt elke drie maanden
Abonnementsprijs f 30,- per jaar. Losse nummers: f 7,50.

Indien u vóór 1 december van de lopende jaargang uw abonnement niet hebt opgezegd, wordt het abonnement automatisch met een jaar verlengd.

Inhoud:

blz.

- 93 Ten geleide door Redactie
- 93 Handenarbeid, heldere taal; een inleiding in het creatief gebruik van activiteiten door P. Schwartz
- 98 Wegens plaatsgebrek ... door Redactie
- 99 Het Curriculum Aanvankelijk Lezen voor het Speciaal Onderwijs (Calso) en de ontwikkeling van het metalinguïstisch bewustzijn bij slechthorende en spraakgebrekkige kinderen door A.J.C. Struiksmā
- 100 Symposium over muziek (aankondiging)
- 100 Een eerste kennismaking met taaldrukken door J. van Hest + medewerkers
- 102 Nieuwe aanwinsten voor de serie 'Makkelijk Lezen' door B.G. Hofman
- 102 Volksdansen met kleuters door J. Hillebregt-Backer
- 104 Sensomotorische training door R. van Empelen
- 105 Spraak- en taalstoornissen bij schisiskinderen door Drs. S.M. Goorhuis-Brouwer
- 108 Begeleiding en behandeling van patiënten met cheilognathopalatoschisis door prof. Dr. A.J.C. Huffstadt (samenvatting)
- 109 Sociale aspecten in het behandelingsplan van schisiskinderen door G.S. Havinga
- 112 Boekbespreking door G. ter Haar
- 112 Gevolgen van schisis voor kaken en gebit door J. Boersma
- 116 Logopedie en Foniatrie door B.G. Hofman en J. Everwijn
- 119 Themanummer Knipselkrant Orthopedagogiek (aankondiging)
- 119 Uit buitenlandse tijdschriften door G. Hak
- 120 Pendeldienst door Dr. P. Kuyper en Dr. ir. F. Coninx
- 121 Boekbespreking door A. v.d. Heij
- 122 Boekbespreking door A. v.d. Heij
- 123 Nog meer bevrijdende gebaren gewenst? door Redactie
- 123 Ervaringen met het leren van de Engelse taal aan en door enkele zwaar slechthorende leerlingen door J.J. Groothand
- 123 Spraak/taalmoeilijkheden bij het jonge kind; enkele belangrijke aspecten door J.J. Groothand
- 124 Solo-apparatuur; de werking, mogelijkheden en grenzen door J.J. Groothand

Ten geleide

Redactie

U hebt nu het laatste nummer van de 25-ste jaargang van Van Horen Zeggen in handen. In ons vorige 'Ten geleide' (blz. 61) hebben we U gezegd, dat we met dit nummer speciale plannen hadden. Dat waren plannen waarvoor we hoopten te kunnen rekenen op de medewerking van enkele gastschrijvers. Op het ogenblik dat er een beslissing genomen moest worden over de inhoud van deze aflevering, was nog niet duidelijk of al deze gasten op tijd aan ons verzoek zouden kunnen voldoen. Omdat er snel beslist moest worden, is de keuze toen gevallen op de (reeds lang gereed liggende) verslagen van de VeBOSS-jaarvergadering van dit jaar. Dit had voor gevolg: 1. Dat de gastschrijvers die zich gehaast hebben te schrijven, hun artikel nu niet geplaatst zien. We bieden hun daarvoor onze oprechte excuses aan. 2. Een tweede gevolg is, dat de VeBOSS-leden niet tot februari 1985 hoeven te wachten op het verslag van een congres dat gehouden is op 22 en 23 maart 1984. 3. Het derde gevolg is, dat we onze 25-ste verjaardag pas vieren nadat we de 25-ste jaargang voltooid hebben; en zo hoort het ook.

De verslagen die U in handen hebt (blz. 93 t/m 115), geven U nauwelijks een beeld van het programma van de beide conferentiedagen. Dat komt, omdat van lang niet alle lezingen de tekst ter publikatie is ingezonden. U vindt wel de lezing uit de plenaire zitting waarmee het congres begon (blz. 93 t/m 98). Uit de keuzeprogramma's is het blok 'Kern' volledig vertegenwoordigd (blz. 99 t/m 102); het blok 'Zeer jeugdigen' echter slechts voor de helft (blz. 102 - 103). Maar de blokken 'V.B.O.' en 'Logopedie' ontbreken helemaal. Blok 5 'Motorische therapie', is weer volledig vertegenwoordigd. Op de tweede dag van de conferentie was het ene keuzeprogramma gewijd aan 'Problemen rond kinderen met schisis'. In dit programma zijn zes lezingen gehouden. Vier daarvan vindt U (al dan niet samengevat) op blz. 105 t/m 115.

Het andere keuzeprogramma van de tweede dag was 'Het toelatingsbeleid tot scholen voor slechthorenden en doven'. Hiervoor waren dezelfde sprekers uitgenodigd als voor de najaarsvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Audiologie op 12 november 1983. Over deze najaarsvergadering hebben wij U al bericht op blz. 19 van de eerste aflevering van deze jaargang. U kunt in die aflevering op blz. 17 t/m 24 de weergave vinden van de lezingen van Drs. F. IJsseldijk en Dr. ir. F. Coninx. Voor de vier andere lezingen zult U het voorlopig nog moeten doen met de nog steeds niet vervulde belofte, dat ze gepubliceerd zullen worden in het tijdschrift voor Orthopedagogiek.

Kopij voor het volgende nummer kunt U vóór 15 januari inzenden bij de redactie. Als uw artikel niet te uitvoerig is, is er een kans dat het in het eerste nummer van jaargang 26 geplaatst kan worden.

Handenarbeid, heldere taal; een inleiding in het creatief gebruik van activiteiten

Lezing jaarvergadering VeBOSS 22-23 maart 1984

P. Schwartz

Mij is gevraagd U iets te vertellen over het creatief gebruik van activiteiten. Ik heb graag ja gezegd op deze uitnodiging omdat ik geloof dat deze vorm van hulpverlening u van grote dienst kan zijn in uw werk.

U heeft te maken met kinderen die gehoorstoornissen hebben en met kinderen die taalmoeilijkheden hebben. Soms is het laatste het gevolg van het eerste, maar dat is niet altijd het geval.

Het slechthorende kind is een kind met gehoor-, spraak- en taalmoeilijkheden. Het is een kind met communicatiestoornissen, met communicatiegebreken. Daarbij treedt een isolement op. In het gunstigste geval heeft het kind zich een gebarentaal eigen gemaakt, waarmee het zich verstaanbaar maakt.

Het isolement van een kind met gehoor-, spraak- en taalmoeilijkheden is voor een deel te vergelijken met de problemen die kinderen ondervinden die geen organische afwijkingen hebben, maar die uit een taalarm milieu komen, of die de Nederlandse taal niet machtig zijn doordat ze buitenlanders als ouders hebben, die geen of weinig Nederlands spreken. Al deze kinderen ondervinden ernstige moeilijkheden bij hun ontwikkeling. Ook met deze kinderen heeft U te maken.

Dan zijn er nog de kinderen met emotionele spraakstoornissen, kinderen die niet willen praten of kinderen die stotteren. Kinderen die zich niet aanpassen, kinderen die b.v. een kleuterspraakje hebben aangeleerd of gehandhaafd. Bij deze kinderen gaat het om emotionele blokkeringen. Hier is het niet zinnig te trachten die direct via de taal te behandelen. Zulke kinderen gebruiken de taal als afweer. Belangrijk is het om in zo'n geval een analyse en een passend behandelplan te maken om de emotionele ontwikkeling opnieuw op gang te brengen. De taalstoornis die in zo'n geval slechts een symptoom is, zal bij een geslaagde behandeling verdwijnen omdat de functie ervan verdwijnt.

Soms zullen kinderen doofheid gebruiken als afweervorm: als middel om contact te vermijden of te beperken. Maar ook doof geboren of doof geworden kinderen kunnen hun doofheid op die manier aanwenden. Ook aangeboren defecten kunnen aangewend worden om een ontstaan isolement in stand te houden. Dat heeft te maken met het veilig voelen in het bekende, met de angst voor het nieuwe. Beter niet goed kunnen horen en

niet goed kunnen praten dan al dat enge nieuwe in te gaan. Dat is weliswaar een ontmoedigde houding, maar U zult er ongetwijfeld mee in aanraking komen. Er is voor niets zoveel moed nodig als voor veranderen.

Bij het normale kind gaat de ontwikkeling van de taal gepaard met alle andere ontwikkelingen. In de zesde maand wordt er begonnen met spontaan gebrabbel, aan het einde van het tweede jaar kan het kind kleine zinnen zeggen.

Bij het gehorgestoorde kind is er een bijzondere moeilijkheid: dit kind kan pas taal leren als het daarvoor sociaal vaardig is. Kinderen die normaal kunnen horen, leren taal spelenderwijs: imiterend, brabbelen, tekenend, spelend, benoemend, en reagerend op het taalgebruik van hun omgeving.

Dove mensen hebben andere ruimtelijke ervaringen dan horende mensen. Het dove kind hoort de stem van de moeder niet, of anders. Hij hoort niet hoe een glas valt. Hij kent het geluid van in je handen klappen niet. De oriëntatie in de ruimte is voor een deel weg. Hij hoort voorbij schietend verkeer niet. Dit alles maakt het begrijpen moeilijker. Je kunt afstand niet bepalen, je weet niet of iets voor of achter je gebeurt. Ook je eigen geluid ontgaat je geheel of gedeeltelijk. Daarmee vervalt een ruimtelijk gegeven: de afstandbepaling die via het horen gaat. Wij horen, registreren min of meer bewust, een heleboel geluiden waarmee we onze omgeving herkennen, indelen en bepalen. Op die manier kan een dove of slechthorende zijn omgeving niet begrijpen. Je wilt iets pakken, het valt op de grond. Een horende hoort waar het valt en kan het bijna blind weer oppakken. Iemand die slecht hoort grijpt er naast. Voor hem was het ding ineens weg, zonder een spoor achter te laten.

Naast de taalontwikkeling zijn er vele andere communicatieve ontwikkelingen mogelijk en noodzakelijk. Een eenzijdige nadruk op taalontwikkeling kan andere ontwikkelingen in de weg staan. Wanneer er geen zorg voor wordt gedragen dat het kind zich volledig en harmonisch ontwikkelt, zal ook de taalontwikkeling stagneren, want eenzijdige ontwikkeling stagneert groei.

En hoe gemakkelijk is men niet geneigd bij een gehandicapt mens een groot deel van de aandacht die men aan die mens geeft, te richten op de verbetering van de handicap, waarbij er vaak de indruk ontstaat dat de handicap op zichzelf niet aanvaard wordt als een uitgangspunt, maar als iets dat moet worden opgeheven. Hier gaat men soms voorbij aan de andere mogelijkheden die de cliënt heeft. Ik kom hier nog op terug. Dwangmatige aandacht voor de handicap bevordert prestatiegerichtheid en is groeiremmend.

Een eenzijdig ontwikkeld mens voelt zich verarmd en niet volkomen. Dit komt voort uit het gevoel over mogelijkheden en kwaliteiten te beschikken die (nog) niet ontgonnen zijn. Een mens die zich algemeen ontwikkeld heeft of die bezig is met zijn algemene ontwikkeling, voelt zich rijker en rijker worden en beleeft daaraan vreugde. Hij voelt dat wat hij in zich heeft, eruit komt. Je kunt

stellen dat de taal een basisvoorwaarde is voor verdere ontwikkeling. Ik stel dat er geen strikte hiërarchie is, maar dat ontwikkelingen hun eigen gevoelige momenten hebben en naast en door elkaar plaatsvinden.

Wij hebben allemaal onze handicaps. Vele gehandicapten zijn gefixeerd op hun handicap. Zoals ook vele z.g. niet gehandicapten gefixeerd zijn in hun gedrag. Men denkt gemakkelijk: Zò ben ik en daar is niets aan te veranderen. Dàt kan ik en dàartoe ben ik niet of nauwelijks in staat. Vaak blijkt dan, dat wanneer je andere kanten van de persoonlijkheid een kans geeft, wanneer je andere mogelijkheden ontwikkelt, de animo om met de handicap te werken vergroot wordt, omdat de handicap een andere plaats in het geheel gaat innemen: er ontstaan een andere verhouding ermee.

Wij hebben allemaal sterkere en minder sterkere kanten. Ieder mens is anders. Het is belangrijk te ontdekken waar wij goed in zijn en waar onze zwakke kanten liggen. De mens is een geheel. Je moet kijken naar de mens als geheel en niet de aandacht te eenzijdig richten op wat hij niet kan of op dat wat hij slecht kan.

Wat nodig is, is een goede algemene harmonieuze ontwikkeling, waar het gebrek een geïntegreerd deel van uit maakt: iets wat erbij hoort en wat in het geheel wordt opgenomen. Dan zal er een organische stimulans zijn om daar waar het nodig is en dus functioneel, alles te doen wat in het vermogen ligt om het gebrekkige verder te ontwikkelen.

Ik wil me nu bezighouden met communicatie- en relatieproblematiek en hoe creatieve therapie daaraan kan werken. Daarbij zal ik me niet in de eerste plaats richten op taal als communicatiemiddel en als middel waarin je kunt articuleren, maar ik zal me richten op dat zeer uitgebreide scala van communicatiemiddelen dat een mens ten dienste staat. Ik heb het hier over o.a. lichaamshouding, lichaamsbeweging, huidskleur; bleek worden, blozen e.d., gebaar, al of niet bewust gehanteerd. Maar ik denk ook aan communicatiemiddelen zoals tekenen, manuele expressie, doen van spelletjes, drama of toneelspel, muziek, pantomime, enz. Deze reeks is nog uit te breiden met activiteiten als sport, dans, acrobatiek, goochelen enz. Ik zal me hier beperken tot handenarbeid of manuele expressie zoals men nu vaak zegt.

De mens wordt zichzelf in communicatie met zijn omgeving. De omgeving die bestaat uit mensen en dieren en dingen. De omgang met de materiële omgeving is hier onverbreekelijk mee verbonden. Ontwikkeling komt alleen tot stand in relatie tot de omgeving. Dat is met de taal niet anders. Communicatie is niet alleen al datgene wat zich direct tussen een mens en een ander mens afspeelt, maar ook dat wat de mens uitdrukt in zijn omgaan met de wereld. De eigen werkelijkheid wordt vormgegeven. Op elk niveau van ontwikkeling is die werkelijkheid totaal. Ik wil hiermee zeggen dat ieder moment een groeiend moment is, dus een moment van verandering, maar tevens, dat ieder moment ook compleet is. Ik doel hiermee op het volgende: Een kind van drie is weliswaar een kind van drie en het bevindt zich in een

bepaalde ontwikkelingsfase, maar het is ook een totaliteit, een eenheid. Op ieder moment van ontwikkeling ben je onderweg, en tevens 'af'. Dit geldt ook voor mensen die bepaalde capaciteiten niet bezitten, mensen die invalide zijn, gehandicapt. Ze zijn wat ze zijn en daarin totaal, maar ze zijn ook in ontwikkeling, zoals ieder ander wezen. Wat ze niet kunnen, maar wel willen kunnen, kunnen ze leren. Dit gaat moeilijk of gemakkelijk, afhankelijk van de motivatie en de vermogens. Deze twee: de motivatie en de vermogens, zijn op zich weer afhankelijk van de vóórgaande ontwikkeling: als de voorgaande ontwikkeling gebrekkig is doorlopen, zal de daarop volgende ontwikkeling moeizaam en gebrekkig tot stand komen. Het kijken, het denken, het oordelen, het zien van oorzaken en verbanden, het vat hebben op tijd en ruimte, het beheersen van situaties, het aangaan van relaties, zowel met personen als met dingen, het voelen, grijpen, het ruiken, het horen en het praten, het bewegen, het gesticuleren, de gezichtsuitdrukking, het opdoen van indrukken op allerlei gebieden, het categoriseren, het maken van dingen, dit zijn alle middelen die ook Uw leerlingen ter beschikking staan en die alle, de een meer dan de ander, ontwikkelbaar zijn.

Extreme nadruk op de taalontwikkeling bij gehoorgestoorden kan ons blind maken voor wat er nog meer aan uitingsmogelijkheden bestaat. En dat is veel. Ik geloof dat het zich richten op de andere uitingsvormen, dat het zich richten op dat wat het kind kan en dat wat hij gemakkelijk en bereikbaar kan ontwikkelen, de weg kan vrijmaken voor een spontane taalontwikkeling, omdat met het openen van communicatiekanalen er een ontspanning ontstaat die de weg vrij maakt voor differentiatie-mogelijkheden. Ik geloof dat waar er een rijkdom aan communicatiemogelijkheden ontstaat, er een doelbewuster en rijper mens ontstaat, waardoor de eventuele weerstand op de taalontwikkeling kan verminderen of kan verdwijnen en de motivering om het taalvermogen te ontwikkelen, kan vergroten.

U heeft te maken met kinderen met hoor- en spraakstoornissen. In vele gevallen ook met kinderen met taal-moeilijkheden. Deze kinderen zullen als reactie op hun onvermogen en als reactie op hoe de buitenwereld zich vaak t.o.v. hen gedraagt, zich een bepaald gedrag eigen hebben gemaakt: Vele kinderen zullen wantrouwig lijken of lui, achterdochtig of vijandig, zij zullen agressief zijn of driftig, of in zichzelf gekeerd. De kinderen kunnen lichtgeraakt of onoplettend lijken. Anderen zullen afhankelijk gedrag vertonen of zelfs een sterke neiging tot symbiotisch gedrag. Vaak zal het gedrag t.o.v. andere mensen ook onhandig zijn en onwelwillend lijken. Wij kennen allemaal kinderen met defecten en storingen. Veel van Uw kinderen moeten daarbij zijn. De meesten zijn geboren in een gezin dat niet bekend en niet bekend was op het defect dat het kind had of verwierf. Je kunt stellen dat zo'n situatie ontwikkelingsstoornissen tot gevolg zal hebben. Zulke kinderen zullen moeite hebben met het maken van contacten, het omgaan met andere kinderen, ze zullen zich soms in zichzelf keren en dagdromers worden.

Denken we aan een kind dat bijna uitsluitend agressief gedrag vertoont en alleen op zo'n manier vorm kan geven aan zijn relaties. Denken we aan een zeer teruggetrokken stil kind, dat weinig of geen initiatieven neemt, denken we aan een eisend driftig kind zonder taakbesef enz. Kinderen met dergelijk gedrag zijn zonder uitzondering te zien als kinderen met een gestoorde ontwikkeling. Bijna zonder uitzondering kun je ook stellen dat het kenmerkende gedrag voor die kinderen een functie heeft of heeft gehad. Het kenmerkende gedrag gaat dan tot de vaste habitus van zo'n kind behoren, waarbij er geen ruimte en mogelijkheden voor ander gedrag ontstaan. Ik heb het hier over een houding die al in de vroegste kinderjaren wordt gevormd: in de eerste drie, vier of vijf levensjaren. Meestal dus thuis en voordat het kind naar school gaat. De houdingen t.a.v. de buitenwereld die hieruit ontstaan, werken vaak het hele leven door. Keren we terug tot het onderwerp: Ik sprak zo even over een adequate aanpassing. De aanpassing is meestal niet in alle situaties adequaat. Naarmate het individu meer in contact komt met maatschappelijke situaties waarin ander gedrag en gedifferentieerder reacties worden verwacht, blijkt zo'n aanpassing vaak een stevige handicap.

Bij creatieve therapie richt je je op datgene wat ontwikkelbaar is en daarin neem je dat wat moeilijk ontwikkelbaar is, mee op. Het slechtspreekende kind zal ontwikkelijker worden voor het leren van taal doordat er een blokkade via de handenarbeid bijv. is opgelost.

Creatieve therapie

Creatieve therapie is een vorm van hulpverlening waarbij de taal niet per se centraal staat. Dit houdt niet in dat het een non-verbale therapie zou zijn. In de creatieve therapie wordt er nèt zo gepraat, net zoveel of net zo weinig als bij andere activiteiten. Bij psychotherapie is de taal het centrale middel tot articulatie van belevingen en gevoelens.

Ik houd het woord articulatie vast. Voor U in ander verband een bekend begrip. Het woord betekent in het verband met therapie hetzelfde: iets steeds duidelijker en helderder uitspreken, het steeds verfijnder en beter verstaanbaar naar buiten brengen. Verstaanbaar voor jezelf en verstaanbaar voor anderen. Creatieve therapie is een therapievorm waar de taal niet primair de drager van het proces is. De taal is één van de functies; een functie die wellicht slecht werkt.

Creatieve therapie beoogt bij mensen met blokkades, mensen met ontwikkelingsstoornissen, groeiprocessen op gang te brengen. Het articulatiemiddel is dat wat het medium genoemd wordt. In dit geval dus de handenarbeid, in andere gevallen, drama, muziek of tuinieren. De cliënt maakt zijn belevingen zichtbaar en veranderbaar in de handenarbeid, door de omgang met de materialen, door de vormgeving erin en eraan.

Creatieve therapie gebruikt activiteiten om emotionele ontwikkelingen te stimuleren en te reacteren. Ik wil uitdrukkelijk stellen dat wat hier over handenarbeid als medium voor het op gang brengen en doorwerken van groeiprocessen wordt gezegd, evenzeer opgaat voor

andere media. Ik doel hier op b.v. muziek, drama of tuinieren.

Ik heb in mijn titel gesproken over het creatief gebruik van activiteiten. Ik aarzeld tussen deze titel, en: Het gebruik van creatieve activiteiten. Ik verwierp dit laatste. Creatieve activiteiten bestaan niet. Wanneer je activiteiten toepast op een wijze die niet passend is, die niet aansluit bij de cliënt waarmee je werkt, wanneer je iemand iets wil laten doen waar hij zich niet veilig bij voelt, waar hij toe overgehaald wordt, of wat hij moet doen omdat het hoort, of omdat hij er een ander een plezier mee doet, dan is er geen situatie waarin creatieve processen kunnen ontstaan.

Voorop wil ik stellen dat om creatief te kunnen zijn iedere *esthetische niveaubepaling* uit den boze is, wanneer die van buitenaf wordt opgelegd. Werkers die erop uit zijn bij leerlingen processen van ontwikkeling op gang te brengen, moeten ervan afzien hun eigen normen over wat mooi en lelijk is naar voren te brengen. Dat is gemakkelijk gezegd, maar heel moeilijk toe te passen. Ik zeg hier nadrukkelijk niet dat deze werkers geen esthetische normen mogen hebben, nee, ze hebben ze. Voor het werk van hun leerlingen geldt echter dat het gelijk van de activiteitenleider niet geldig is.

Een tweede grondregel is dat de *werkwijze* in de handenarbeid, b.v.: de techniek, de hantering van de zaag, van de beitel enz. niet strikt aan normen onderhevig is. De leerling mag werken op de manier die hem het beste uitkomt. Natuurlijk kan de werker aanwijzingen geven als het niet lukt of niet lekker gaat, hij moet echter vermijden te zeggen dat iets zò en zò gedaan hoort te worden.

Zoiets geldt ook voor het *produkt* dat ontstaat. Het produkt mag volgens de werker niet lijken op dat wat hem voor ogen stond of staat, ook hierin zal hij zijn cliënt volgen. Het produkt is het produkt van de cliënt; is de cliënt er mee tevreden, dan is het goed. Heeft de cliënt kritiek, dan is het belangrijk te weten wat die kritiek inhoudt en dan helpt de werker alternatieven te zoeken, zodat de goede werkwijze of de goede vorm gerealiseerd wordt. De werker moet optimale hulp bieden maar alleen daàr waar die hulp gewenst wordt. Waar hulp niet geaccepteerd of gewenst wordt, moet hij zich er van onthouden. De werker moet de absolute verantwoordelijkheid voor het eindresultaat bij de maker laten liggen.

In zo'n proces is het ook van groot belang te beseffen dat verfijnd en gedetailleerd werk niet beter is dan primitief werk, waarin weinig raffinement te ontdekken is. Vaak is primitief werken, of het vermogen en de vrijheid dit te doen, van het grootste belang voor een ontwikkelingsproces. De persoon die op zo'n manier mensen helpt zich verder te ontwikkelen moet zich invoelend en tegelijkertijd gedistantieerd kunnen gedragen. Uit bovenstaande blijkt ook dat je dergelijke processen niet overal kunt beginnen en zich verder laten ontwikkelen.

In creatieve therapie beoog je mogelijkheden en gevoelens, gedragswijzen die overheersen, te integreren en gedrag, dat niet of bijna niet naar buiten kon komen,

emoties die nooit of weinig ontwikkeld zijn, naar boven te laten komen en tot ontwikkeling te brengen. Je wilt dat, wat in het normale leven, in de reële verhoudingen geen kans krijgt, stimuleren.

De creatief therapeutische situatie heeft een spelkarakter. Je bent met echte gevoelens, behoeften en wensen bezig, maar je doet dit op een speelse, nieuwe manier, waardoor er van alles mogelijk wordt, dat in het dagelijkse leven niet kan of niet mag. Creatieve therapie biedt uitzonderlijke mogelijkheden om met gevoelens en behoeften te experimenteren.

Het gaat hier om heel gewone dingen: een kind dat andere mensen niet anders dan agressief benadert en dat steeds op dezelfde storende wijze doet, gaat wat gedifferentieerder vormen zoeken voor zijn woede. Bij vormgevingsprocessen ontstaat er wat afstand, er komt ruimte, er komen nieuwe vormen, met de oude vormen mee; er ontstaan nieuwe gevoelens, die dan ook weer vorm kunnen krijgen.

Om dat nieuwe te laten opkomen, heel voorzichtig, moet je een *situatie* maken die verschilt van alle andere situaties: je zult in een speciale ruimte moeten werken waar anderen niet storen, een ruimte waar heel veel aandacht aan het individu en zijn ontwikkeling wordt gegeven. Die ruimte zal veel mogelijkheden bieden: vele soorten plattevlak technieken: tekenen, schilderen, drukken op grote papieren en op kleine, verschillende soorten en kleuren klei, hout, metaal, textiel, vuur, water, rommeltjes, gips. Je moet er grote dingen kunnen maken en hele kleine. Je moet er vies kunnen werken en heel schoon. Je moet er in een apart hoekje kunnen zitten en midden in de ruimte. Je moet er technisch kunnen werken en verfijnd; ook slordig en primitief. Je moet er spannende dingen kunnen doen met electriciteit en een bewegend dingetje en je moet er ook een hutje kunnen bouwen en met lappen bezig zijn.

De ruimte moet tot van alles uit kunnen nodigen. Zo'n situatie, die voorzien is van zo'n werker, is een creatieve situatie. De hele situatie moet ook alle soorten gevoelens mogelijk maken: hele lichamelijke werkwijzen, heel afstandelijke meditatieve momenten, agressieve hak- en steekpartijen, intieme momenten, samen in een hutje, met een glaasje limonade. Gelach, gehuil, schreeuwen van vreugde en van woede, samen dicht bij elkaar zitten, elkaar boos aankijken en schelden, het moet er allemaal kunnen. De ruimte en zijn inrichting moet een prettige uitnodigende, functionele, wat neutrale werking hebben, zodat hij per leerling invulbaar is.

En wat brengt nu de verandering teweeg? In creatieve therapie werk je aan verandering in de verhouding van behoeften t.o.v. elkaar. Bij neurotische mensen zijn gedragswijzen, neigingen en uitingen vaak verward en dwangmatig: het kind is nu eenmaal verlegen of kwaadaardig. Zo'n houding bepaalt het hele gedrag, het hele zijn. Het is vaak heel moeilijk dergelijke patronen te doorbreken. Een kind is angstig en verlegen. Het doet stoer en braniechtig. Je sluit in creatieve therapie aan bij dat braniechtige gedrag en begint dat door te werken en soms zelfs te versterken via het werken en de vorm-

geving in handenarbeid. Onder dat gedrag door, en er mee samengaand zal een goed opmerker dan het bange en verlegen kind terugvinden. Dan kun je als therapeut heel voorzichtig helpen daaraan vorm te geven.

Wanneer de kleinheid en de angst en de behoefte aan geborgenheid naar buiten is gekomen en meer en steeds duidelijker vorm krijgt, is er een weg voor nieuwe groei en nieuwe vormgeving gemaakt. Er is een blokkade, een stuk dwangmatigheid in het gedrag opgeheven, het kind hoeft niet meer alleen een stoerling te zijn, er kunnen ook andere behoeften naar buiten te komen, andere behoeften kunnen bevredigend aan de orde komen. Er is beweging in het gedragspatroon gekomen. Deze nieuwe groei houdt een opleving in van alle functies. Bij groei krijg je honger. Er ontstaan nieuwe impulsen. Het kind heeft een nieuwe behoefte om zich op allerlei terrein gedifferentieerd te uiten. Ook pratend. Hij zal daar zijn uiterste best voor doen. Als je opgewonden en blij bent omdat je nieuwe dingen hebt ontdekt en gedaan, dan wil je dit delen, dan wil je dat meedelen.

Ik denk hierbij aan mijn dochtertje toen ze anderhalf jaar was: als er iets nieuws gebeurde, raakte ze daar niet over was: als er iets nieuws gebeurde, raakte ze daar niet over uitgesproken: ze kreeg nieuwe schoentjes. Behalve dat ze er het liefst mee naar bed ging, zei ze de hele dag, tegen iedereen: nieuwe sokken, mooie sokken, he? (het woord schoenen kende ze nog niet). Waar het hart vol van is loopt de mond van over. Bij iedere verrijking van de emotionele mogelijkheden wordt de behoefte om te praten groter.

Dit zijn speculatieve gedachten, maar ik zie in het volgend praktijkvoorbeeld ontwikkelingen die deze gedachten ondersteunen. Ik lees U een praktijkvoorbeeld uit de creatieve therapie handenarbeid voor. Ik beschik niet over voorbeelden die gaan over creatieve therapie van kinderen met specifieke gehoor- en spraakstoornissen. Toch geloof ik dat U herkenningpunten in dit verhaal zult vinden.

Praktijkvoorbeeld Jean

Jean is negen jaar. Opgenomen in een psychiatrisch kindertehuis omdat hij thuis en op school niet te handhaven was. Hij is agressief, steelt, legt moeilijk contact met andere kinderen. Hij praat primitief en snauwend. Plast in bed. Hij vervult thuis de functie van zondebok. Hij trekt deze functie erg naar zich toe. Jean eet erg veel en is kilo's te zwaar. De jongen is affectief en pedagogisch verwaarloosd. Hij is vitaal. Heeft een grote expansiedrang, is motorisch onrustig. Hij is erg angstig. Er is weinig egocontrole.

Hij is samen in therapie met een jongen van zijn leeftijd. Die heet Ger. Over deze jongen worden in dit verhaal verder geen gegevens verstrekt.

Tijdens de eerste zittingen maakte Jean een heleboel dingen. Hij werkte steeds heel snel, wilde iedere keer een werkstuk afhebben. Hij maakt een klein bootje uit een balkje, dat was een vikingschip waarvan de voor- en achterkant werd gemaakt van triplex. Vervolgens een ringenspel (kartonnen ringen die je om rondhouten stokjes moet gooien), een pijl en boog van gespleten bamboe.

Hij maakt daarna een serie stenguns, snel in elkaar getimmerd, eenvoudig van vorm, zwart geschilderd, zonder details. Dan volgt een geweer en een revolver. De revolver wordt versierd met kopspijkers en een leren riempje om het handvat. Er ontstaat hier duidelijk aandacht voor de vormgeving en voor versiering.

Daarna maakt hij, heel zorgvuldig, een boemerang van multiplex. De randen van de boemerang worden geduldig bijgevlind en geschuurd. De boemerang wordt beschilderd met bruine kangeroes en later gelakt.

Daarna wist hij niet wat te doen, maar kwam samen met mij associërend van het een op het ander tot hij ploteling een besluit nam. Dat ging zo:

- 'Ik weet niet wat ik doen wil'.
- 'Wat maakte je de vorige keer?'
- 'Ik maakte een boemerang'
- 'Je zei toen, dat je er nog een wilde maken'.
- 'Nee, dat wil ik nu niet meer; ik wil iets nieuws maken. Ik wil een bunker maken voor soldaten. Nee, toch niet, geen bunker, maar een kazerne. Nee, het wordt een ridder met een harnas'.
- 'Maak je dat harnas van metaal?'
- 'Ja, het wordt van metaal, nee, het wordt een kooi, een kooi met een tijger erin'.
- 'Kun je een tijger tekenen?'
- 'Nee, het wordt geen tijger, het wordt een mol'.
- 'Hoe teken je een mol?'

Dan zochten we uit, hoe een mol er zo'n beetje uit ziet. Tenslotte ging hij een knots van een mol maken, met de stof van een oude deken en opgevuld met kapok. Hij werkte één zitting aan de mol. Toen was hij alleen in de grote vorm af. Hij was nog niet van kenmerkende details voorzien. Hij liet de mol verder onafgemaakt. Afsproken werd dat de mol sliep.

De daarop volgende keer wordt hij geïnspireerd door een glazen plaatje van 20 x 30 cm, dat hij in de therapieruimte vindt. Hij wil daarvan iets maken: hij wil een spijkerkistje maken met een glazen deksel, dat er in zijn geheel op past. Het kistje wordt ± 15 cm diep. Het wordt gemaakt van vurenhout en triplex. Er zullen vier vakken in komen. We zoeken hout uit. Jean zaagt en timmert flink en werkt heel hard. De kist komt in zijn ruwe vorm klaar. De volgende keer is Jean het eerste half uur alleen. Ger komt later. Jean zegt dan tegen mij: Eigenlijk wordt het geen spijkerkist, het wordt een kist om een teddybeer in te doen. Als Ger dan later komt, is het naar Ger toe een spijkerkist, terwijl wij samen weten dat het een kistje voor een beertje is. Schotten maakt Jean er nooit in.

Ik vraag aan hem of hij de kist aan de binnenkant met iets wil beplakken. Dat wil hij. We zoeken geschikt materiaal. Hij besluit de kist met heugafelt koevilt te beplakken. Er wordt op de kist een randje gemaakt, waarin het glazen dekseltje past. Jean wil de kist beitsen in de kleur van oude meubelen (donkerbruin). We praten nooit meer over spijkers of teddyberen. Na de zitting zegt Jean, als Ger weg is, tegen me: 'Je weet toch waar hij voor is, hè'. Dan weifelt hij of hij de kist mee zal nemen naar de groep. Hij besluit hem in de therapieruimte te laten. 'In de groep maken ze hem misschien kapot', zegt hij.

De volgende keer vraag ik nog eens: 'Wil je er soms iets in maken?' Nee, dat wil hij niet. Hij geeft me te kennen,

dat hij verder wil; hij gaat een boerderij voor zijn broertje maken. Hij begint met een stuk multiplex van 30 x 50 cm en zet daar op de hoeken vier poten aan. Dan ziet hij er een omgekeerd tafeltje in. Hij draait zijn werkstuk om. Nu is het een soort tafeltje. Daarna ziet hij er een bedje in. Een bedje voor mijn teddybeer, zegt hij. Hij gaat zijn beertje halen. Die past er prima in. Dan moeten er nog zijkanten aan gemaakt worden. De poten zitten dan ook gelijk steviger. De zijkanten worden ook gemaakt van multiplex. We hebben nu een bedje en moeten deze zitting beëindigen.

De volgende keer gaan we met het bedje verder. Jean wil nu dekentjes en een matrasje maken. We beginnen met de matras. Hij wil niet met naald en draad werken, we nieten dus de lapjes aan elkaar en vullen ze op met kapok. Dekens knippen we uit een oude deken. Lakens moeten er ook bij, en een kussen. Die maken we van oude lakens. Dan vindt Jean dat er een hemeltje aan moet komen. Het bedje wordt een babywiege. We maken twee latten in de vorm van een L en zetten deze omgekeerd aan het hoofdeinde. Het bedje is nu een wiege. We besluiten er nog een gordijntje aan te maken. We knippen geblomde stof uit en maken het gordijntje met punaises vast. Jean gaat nu zijn beer uit zijn kamertje halen en in bed stoppen. De beer draagt een oude onderbroek en oude sokken van hemzelf. 'Die kunnen nu wel uit', zegt hij. Hij trekt de kleren uit en gooit ze in de prullenmand en stopt de blote beer in bed. Nu wil hij alles meenemen naar zijn kamer. Ik krijg wat problemen: Ik ben bang dat hij uitgelachen zal worden (ik zeg hem dat niet). Jean wil per se de wieg meenemen. Ik loop met hem mee naar zijn kamertje (hij deelt die kamer met een andere jongen). Zorgvuldig wordt de wieg in een hoek gezet. Dan ga ik met de groepsleider praten. Die stelt me gerust: Hijzelf kan het heel goed accepteren. Hij zegt: Er zijn veel jongens die met knuffeldieren slapen en de jongen bij Jean op de kamer zal het vast heel gewoon vinden en hem er niet op aanvallen. Tot zover mijn relaas.

Dit was het verhaal van een jongen die, toen de therapie begon, tot weinig anders in staat was dan tot agressief, destructief, contactafwerend gedrag. Binnen de therapie werd eraan gewerkt, een aanvaardbare vorm te vinden voor zijn agressieve afweer. Als hierin een goede en voldoende doorwerking heeft plaatsgevonden, ontstaan er andere houdingen: er komt aandacht voor vorm en versiering en langzaam begint hij tot het innerlijk van zichzelf door te dringen. Tot het kleine tekortgedane jongetje, dat nog zo graag vertroeteld wil worden en dat ook durft te laten zien. Hij is dan anders: rustig en toegankelijk. Zijn praten is dan ook niet meer gericht op het op een afstand houden van anderen, maar op het toelaten. Je ziet ook verandering in het praten ontstaan, als hij associërend bezig is met de bunker en de kazerne en het harnas. Een andere belangrijke wending is het glazen kistje. Dat is een moment van grote ambivalentie. Het kistje is het symbool van de twee elementen: De agressieve afweer en de behoefte aan tederheid. Het kistje draagt daar ook alle kenmerken van.

De beschreven ontwikkelingen zijn verkort weergege-

ven. De periode waarin deze ontwikkeling zich voltrok, omvatte ongeveer tien maanden, waarin er één zitting per week was. Een zitting duurde vijf kwartier. Ik heb hier enkele kenmerkende zittingen beschreven uit de hele therapieperiode. Tussen deze zittingen door zijn er bijeenkomsten met herhalingen en met momenten waarin het niet steeds duidelijk is, wat er gebeurt en in welke richting de ontwikkeling gaat.

Over de auteur:

Pierre Schwartz is cursusleider van de opleiding voor creatieve therapie op Middeloo in Amersfoort. Dat is een vierjarige H.B.O.-opleiding, waar creatief therapeuten worden opgeleid in de specialisatie handenarbeid, drama, muziek of tuinieren. In het derde en vierde jaar doen de studenten stage. Steeds in dezelfde instelling. Stageplaatsen bevinden zich overal in Nederland. Stagiairs van Middeloo werken vanaf het begin zelfstandig. Wel wordt er van de stageplaats praktijkbegeleiding gevraagd.

Inlichtingen hierover:

Middeloo, afdeling creatieve therapie
Hooglandseweg 140 (tel. 033 - 728300) Amersfoort.
Stageleiders zijn: H. Smitskamp en B. Jantzen.

Wegens plaatsgebrek...

Redactie

Wegens plaatsgebrek zijn in deze aflevering niet geplaatst de volgende artikelen.

Drs. H. Knoors, Een mislukt hoofdstuk uit de psycholinguïstiek, een bespreking van A. van Uden's 'Gebarentalen van doven en psycholinguïstiek'.

G.W. Nix, Hoe totaal is totale communicatie?, vertaald door Drs. A. van Hagen en M. Schakenraad.

Boekbespreking door N. Smulders.

J. van der Hoeven, 50 jaar onderwijs aan spraakgebrekigen. (In 1934 begon in Den Haag het onderwijs aan 'een klasse voor ernstig spraakgebrekkige leerlingen').

B. Storm en H. Boudens, F.E.A.P.D.A.

A. v.d. Heij, Het kon net en het kan net niet.

Sri Lanka, het werk van Mevr. Tineke de Silva, oud-lerares van de Huizingschool te Enschede, als hoofd van een schoolje voor doven in Sri Lanka.

De nieuwe huisvesting voor het internaat van De Wylerberg. (Sinds 1 juli 1984: Internaat De Wylerberg, Nijmeegsebaan 21, 6564 CA, Heilig Landstichting, tel. 08895-2547.)

De redactie is blij over de grote hoeveelheid aangeboden kopij. Voor schrijvers (en lezers) is het teleurstellend, dat niet alles geplaatst kan worden. We vertrouwen op uw begrip.

Het Curriculum Aanvankelijk Lezen voor het Speciaal Onderwijs (Calso) en de ontwikkeling van het meta- linguïstisch bewustzijn bij slechthorende en spraak- gebrekkige kinderen

Lezing jaarvergadering VeBOSS 22-23 maart
1984

A.J.C. Struiksmā

In de periode 1978-1980 werd op het Paedologisch Instituut te Amsterdam het Calso ontwikkeld, waarvan in 1981 bij Wolters-Noordhoff een handelsuitgave verscheen.

De belangrijkste kenmerken van het Calso zijn:

- een verwevenheid van het curriculum met diagnostische toetsen waardoor het mogelijk is in het aanbod van de leerstof precies aan te sluiten op het juiste niveau van elk van de afzonderlijke deelvaardigheden van het aanvankelijk lezen
- een opbouw van het aanvankelijk lezen in ± 700 leestapjes die elk zeer kort zijn, volstrekt eenduidig zijn in de deelvaardigheid die wordt geoefend en waarmee elke deelvaardigheid uitvoerig en expliciet aan de orde komt.

Alhoewel in de naam van het curriculum het speciaal onderwijs niet nader gespecificeerd wordt, werd het Calso toch voornamelijk ingevoerd op LOM en MLK scholen. Er zijn echter ook een aantal scholen voor slechthorende en spraakgebrekkige kinderen geweest die het Calso zijn gaan gebruiken en hun oordeel is, naar die men ons meedeelt, over het algemeen positief. De vraag die ons, op grond hiervan, nu bezighoudt is op welke wijze het Calso iets betekenen kan voor de specifieke problemen van slechthorende en spraakgebrekkige kinderen bij het leren lezen.

Zoals bij de meeste vormen van speciaal onderwijs het geval is zijn op 'SH en SG scholen' leerlingen bijeen gebracht op basis van een gemeenschappelijke etiologie: een gehoorverlies van een aantal decibels en/of een achterstand in de ontwikkeling van spraak en taal. Het is echter uiterst onwaarschijnlijk dat het Calso van (positieve) invloed zou zijn op deze oorzakelijke factoren en daarom lijkt ook hier, zoals zo vaak wanneer we de orthodidactische vragen rond leerlingen willen beantwoorden, deze etiologische indeling minder relevant.

Wanneer we groepen kinderen met leerproblemen willen onderscheiden van 'gemiddelde' kinderen, dan komen we tot de opsomming van een lange lijst van kenmerken, zonder dat we daarbij ook maar bij benadering volledig zullen kunnen zijn. Zo worden genoemd: disharmonische intelligentieontwikkeling, emotionele labiliteit, problemen met inprenting (geheugen), aandacht- en concentratiestoornissen, houterige motoriek, zwakke oog-handcoördinatie, problemen bij figuur/achtergrond-waarneming, zwakke visueel-ruimtelijke waarneming, gebrekkige tijdsoriëntatie, beperkt abstract denken, zwakke taalontwikkeling, articulatieproblemen, problemen bij auditieve discriminatie, bij auditieve synthese en auditieve analyse, enz., enz.

Hierbij moet, wellicht ten overvloede, opgemerkt worden dat we hier over kenmerken van zeer grote groepen spreken en dat geen enkele leerling alle afzonderlijke kenmerken heeft. Voor het vaststellen van een behandeling zal dan ook van iedere afzonderlijke leerling vastgesteld moeten worden wat zijn specifieke zwakke kanten zijn en hoe daarmee het best gewerkt kan worden.

Wanneer we echter de groep slechthorenden en spraakgebrekkigen vergelijken met bijvoorbeeld de groep 'lommers' dan mogen we verwachten dat, als gevolg van hun slechthorendheid of spraakgebrektheid, met name auditieve problemen vrijwel zonder uitzondering aanwezig zullen zijn en waarschijnlijk ook in ernstiger mate.

In de literatuur vinden we de beschrijving van iets dat wordt aangeduid met verschillende termen: taalbewustzijn, taalbeschouwendvermogen, taalobjectivatie, linguïstisch bewustzijn of metalinguïstisch bewustzijn. Hiermee wordt bedoeld: het vermogen van de taalgebruiker om te reflecteren over de taal die hij spreekt, om de aandacht te richten op de *taalvormen* in plaats van op de betekenis.

Een eerste uitingsvorm van dit taalbewustzijn wordt gezien in het spelen van jonge kinderen met klanken wanneer ze bijvoorbeeld zelf onzinwoorden verzinnen of rijmwoorden bedenken. Dit bewustzijn blijkt ook bijvoorbeeld uit de reactie van een kind op de vraag: 'Wat is het langste woord, trein of locomotief?' Een kleuter zal hierop 'trein' antwoorden, een zes-/zevenjarige 'locomotief'. De kleuter reageert (nog) op de betekenis, het lagere schoolkind (al) op de lengte van het woord zelf.

Nu is het noodzakelijk om onderscheid te maken tussen impliciete kennis en expliciete kennis: het geven van het juiste antwoord op de vraag naar het langste woord is één ding (impliciete kennis), het correct uit kunnen leggen van het waarom van het antwoord (expliciete kennis) is nog iets heel anders, iets veel moeilijkers. Toch is dit wat nodig is om te kunnen leren lezen. Om te kunnen leren lezen moeten de leerlingen heel bewust (expliciet) kunnen werken met de klanken in onze taal en de wijze waarop ieder woord uit verschillende klanken is opgebouwd, (auditieve discriminatie, auditieve synthese en auditieve analyse) en het is juist in dit metalinguïstisch bewustzijn dat SH en SG kinderen dikwijls zulke grote achterstanden laten zien.

De algemene vraag die aan het begin gesteld werd, kan nu als volgt worden toegespitst: 'Welke betekenis heeft het Calso voor SH en SG kinderen, naast algemene kenmerken waarin het tegemoet komt aan de behoeften van leerlingen in het speciaal onderwijs, gegeven het belang van metalinguïstisch bewustzijn en de betekenis van auditieve vaardigheden voor het leren lezen?'

Het antwoord op deze vraag zal moeten worden gevonden door de kenmerken van het Calso te leggen naast de specifieke kenmerken van de leerlingen. We kunnen dan concluderen dat de methode sterk is, waar de leerlingen zwak zijn. De leerlingen hebben weinig expliciete kennis van de klankvorm van woorden en het Calso brengt juist de vormkenmerken van woorden expliciet onder de aandacht en biedt hiermee uitvoerige en herhaalde oefening en dit met een inhoud (leerstof) die zo dicht mogelijk bij het lezen zelf ligt, waardoor generalisatie en toepassing van de geoefende vaardigheden de meeste kansen krijgt.

Wanneer leerlingen op bepaalde punten zwak blijken te zijn, zien we over het algemeen verschillende benaderingswijzen: of men zal de zwakke punten zoveel mogelijk proberen te omzeilen en te compenseren door de leerling aan te spreken op die punten waarin hij beter is, of men zal de zwakke punten juist extra willen trainen. Bij gebruik van het Calso voor slechthorende en spraakgebrekkige kinderen kiest men nadrukkelijk voor de laatste benadering, en kennelijk in een aantal gevallen met positief resultaat.

Symposium over muziek

Aankondiging

Van 5 tot 9 augustus 1985 zal gehouden worden *The Fourth International Symposium of Music Education, Therapy and Medicine* in het Goldwater Memorial Hospital te New York City. Het thema van dit symposium zal zijn: *'Music: Rehabilitation and Human Well-Being'*.

Inleidingen mogen bij mondelinge voordracht niet langer duren dan 20 minuten. Ze moesten vóór 15 november 1984 in drievoud ingezonden zijn. De inzendingstermijn is dus al lang voorbij op het moment dat dit tijdschrift verschijnt. Wenst U nog verdere informatie, dan kunt U zich wenden tot Dhr. Ben Gerits, Member of the International Advisory Council, C. Franckstraat 5, 1901 VJ Casticum.

Een eerste kennismaking met taaldrukken

Lezing jaarvergadering VeBOSS 22-23 maart 1984

J. Van Hest + medewerkers

Over de Taaldrukwerkplaats

Een taaldrukwerkplaats is een samenwerkingsverband tussen een groot aantal instellingen, zoals de bibliotheek, het buurthuis, het wijkcentrum, creativiteitsinstellingen die te maken hebben met taal en druktechnieken, grafische vorming, en de onderwijsbegeleidingsdienst. De laatste jaren verschijnen er in steeds meer steden dergelijke werkplaatsen.

De eerste taaldrukwerkplaats van Nederland is te vinden in de Staatsliedenbuurt in Amsterdam. Het is een buurtvoorziening, dat wil zeggen van en voor de buurtbewoners, en opgericht in maart 1976.

De werkers in een taaldrukwerkplaats hebben over het algemeen een opleiding in de grafische richting (of een andere opleiding in de richting van beeldende vorming): wat betreft de taalkant is een opleiding Nederlands of Akademie voor ekspressie door woord en gebaar een mogelijkheid.

De taaldrukwerkplaats heeft mogelijkheden om bij te dragen aan de vernieuwing van het (taal)onderwijs, doordat er wordt uitgegaan van de taalervaring van kinderen: ze legt veel nadruk op de communicatieve functie van taal (het gaat daarbij zowel om het mondelinge als om het schriftelijke taalgebruik). Bovendien wordt er een poging gedaan in de richting van thematisch onderwijs. Allerlei onderwijsactiviteiten vinden plaats rond een gekozen thema. Dat thema komt voort uit en sluit aan bij de ervaringswereld van de kinderen. Het drukproces wordt inzichtelijk gemaakt, kinderen zijn niet alleen consumenten, maar ook producenten van informatie. Voor leerkrachten is de voorbeeldfunctie en het zelf ervaren van een bepaalde werkwijze van belang. Hier is niet langer sprake van *praten* over onderwijsveranderingen, maar *zien* en *doen* zijn de sleutelwoorden voor onderwijsvernieuwing.

Ook voorziet de taaldrukwerkplaats in een duidelijke behoefte van de volwassenenedukatie en wel om dezelfde redenen, namelijk aansluiten bij de taalervaring, thematisch werken, taal als communicatieve functie.

Uitgangspunten

De taaldrukwerkplaats wil de vrijheid van meningsuiting en de vrijheid van drukpers die in de Nederlandse grond-

wet als rechten van iedere burger worden aangegeven, concreet maken.

Het is vaak zo, dat mensen door het woordgebruik van anderen worden onderdrukt. Zo maakt het vakjargon van bijvoorbeeld intellectuelen en van bepaalde beroepsgroepen, dat de door die groepen gebruikte taal niet toegankelijk is voor niet-groepsleden. Het taalgedrag van superieuren, van bijvoorbeeld reclamemakers en soms politieke partijen is niet gericht op het beter leren kennen van jezelf en je omgeving, maar het is de bedoeling om te doen en te geloven wat zij zeggen: dat we denken zoals zij en napraten wat zij zeggen.

Deze voorbeelden laten zien, dat mensen aan de ene kant op een afstand worden gehouden, aan de andere kant worden ingelijfd.

De taaldrukwerkplaats neemt hiertegen stelling. Zij heeft tot doel om mensen mondig te maken. Die mondigheid heeft twee aspecten: enerzijds de mensen laten beseffen dat de eigen taal waardevol is en belangrijk; anderzijds betekent mondigheid dat mensen leren om door middel van de eigen taal te komen tot het verduidelijken van ervaringen voor zichzelf en als gevolg daarvan voor anderen. Die ervaringen hebben te maken met de leef- en woon/werksituatie. De drukpers is een middel waar- door kinderen én volwassenen in staat worden gesteld om hun mening kenbaar te maken aan anderen.

De taaldrukwerkplaats vindt dat het hanteren van de drukpers voor iedereen mogelijk moet zijn (dus geen ingewikkelde drukpersen, maar eenvoudig te bedienen materiaal zal men in een drukwerkplaats aantreffen).

Men vergelijkt de taaldrukwerkplaats wel eens met een telefooncel. Beide hebben een openbaar karakter; beide bieden de mogelijkheid om met anderen te communiceren. Het verschil is echter, dat vanwege de schriftelijk communicatie die door het drukken van teksten mogelijk wordt, men niet langer aan tijd en plaats gebonden is. De taaldrukwerkplaats wil er tevens toe bijdragen, dat de mensen hun eigen taal van waarde gaan vinden, dat ze hun eigen taal niet langer als minderwaardig ervaren. De afstand die mensen bewust of onbewust ten aanzien van hun eigen taalgebruik voelen, wordt zo opgeheven.

Uitgangspunt is dat mensen alleen tot iets zinvol in staat zijn als ze vanuit zichzelf daartoe gemotiveerd zijn. Drukken van teksten kan alleen gebeuren als men daartoe de noodzaak voelt

Er wordt geen tweedeling gemaakt tussen taal als inhoud en drukken als vorm. Beide zijn middel ten dienste van hetzelfde, namelijk de behoefte om de eigen ervaringen naar buiten te brengen, mondiger te worden.

Werkwijze

De taaldrukwerkplaats werkt zowel met kinderen als met volwassenen en alle groepen uit de buurt kunnen er terecht. De werkwijze is niet van te voren vastgelegd: er is sprake van een open structurering, dat ziet er dan als volgt uit: allereerst is er ruimte en tijd om met elkaar kennis te maken. Zowel voor de begeleid(st)ers als voor de deelnemers en deelneemsters betekent dat, erachter te komen hoe ieder van de groep denkt, welke ervaringen ieder bij zich heeft ('*wat bindt de groep*').

De ervaringen worden '*kommuniceerbaar*' gemaakt met werkvormen (taalspelen), waarin de deelnemers zich veilig voelen. Een voorbeeld ter verduidelijking. De deelnemers vormen een levende typemachine, dat wil zeggen ieder krijgt een letter van de typemachine. Eén deelnemer gaat woorden maken met behulp van de letters die iedereen heeft. Op deze manier zijn mensen niet alleen betrokken op de taal, maar maken zo heel concreet kennis met elkaar.

Zo is het mogelijk, dat mensen vanuit een veilig gevoel in de groep hun ervaringen gaan zien als ontdekkingsvelden voor problemen uit de leefomgeving. Vervolgens worden de problemen uitgelijnd en sterker naar voren gehaald. Problemen die een gezamenlijkheid vertonen, worden in een tekst verwerkt en afgedrukt. De gedrukte teksten worden verspreid onder de groep en de buurt en hebben een herkenkend of wervend effect op andere buurtbewoners. Over de gezamenlijkheid van ervaringen valt nog het volgende op te merken. Gezamenlijkheid betekent niet, dat alle deelnemers dezelfde ervaringen moeten hebben, wil een thema voor uitwerking in aanmerking komen. Het gaat meer om gemeenschappelijkheid, je kunnen inleven in de situatie van de ander. Ook kan een ervaring van een ander een bepaalde reactie oproepen: je hebt zelf iets dergelijks meegemaakt, je bent bang dat jou ook iets dergelijks te wachten staat.

Voor het werken met kinderen betekent die open structurering dat er gewerkt wordt vanuit een aantal vuistregels. Ieder kind heeft zijn eigen taalgebruik. De volwassene moet leren luisteren naar wat het kind zegt, niet naar wat hij of zij graag wil horen.

Zintuiglijke ervaring is noodzakelijk voor een eigen taalgebruik. De beleving van de realiteit begint bij de zintuiglijke ervaring en dat is dan ook het startpunt voor taalonderwijs en het werken in de taalwerkplaats. Een andere vuistregel is dat concrete, directe verwoording het fundament is voor zinnig taalgebruik. Het uitgaan van eigen ervaringen voorkomt abstrakt taalgebruik. Ook is het van belang te voorkomen dat kinderen wegvluchten uit de realiteit: fantasie is er om de ervaringen uit de realiteit mee te bekrachtigen.

Uitgaan van de nieuwsgierigheid van kinderen is eveneens belangrijk, alsmede het geloof van de volwassene in die natuurlijke nieuwsgierigheid van kinderen. De kinderen bepalen zelf de spelregels. Kinderen moeten leren om zelf probleemsituaties op te lossen, maar de situatie moet dan wel zodanig zijn, dat dat ook kan. De kinderen worden gestimuleerd om hun gevoelens onder woorden te brengen. Woorden zijn mooi, als ze verwijzen naar een echte ervaring. Eenzelfde houding zal van de volwassene verlangd worden. Een laatste regel tenslotte is de gedachte dat verzamelen en rubriceren inzicht in en greep op de werkelijkheid vergroten.

Er kunnen verschillende soorten activiteiten worden georganiseerd. Zo zijn er de activiteiten met schoolklassen uit de buurt. Meestal zal dan een bepaald thema centraal staan. Dat zal voor een deel in de klas, voor een deel in de taaldrukwerkplaats aan de orde komen. Gedurende een aantal weken kan er een ochtend of een middag in de taaldrukwerkplaats aan worden besteed. Een goede samenwerking tussen school en taaldruk-

werkplaats is dan noodzakelijk. Ook kunnen er open middagen worden gehouden waarbij kinderen 'vrijwillig' deelnemen aan de georganiseerde activiteiten. Ditzelfde kan gerealiseerd worden voor volwassenen door het houden van open avonden.

Om volwassenen en kinderen in de gelegenheid te stellen werk dat nog niet klaar is verder af te maken, kan de taaldrukwerkplaats bijvoorbeeld op een vrijdagmiddag haar ruimte en materialen daarvoor beschikbaar stellen.

Verder kunnen er, indien nodig, activiteiten plaatsvinden met actiegroepen en werkgroepen uit de buurt. Het is echter niet de bedoeling dat de taaldrukwerkplaats gebruikt wordt als een goedkope drukplaats voor het wijkkrantje!

Daarnaast heeft de taaldrukwerkplaats een buurtoversijgende functie als het gaat om leerkrachten en andere belangstellenden te laten kennismaken met werkwijze en doelstelling van het taaldrukken

Bronnen:

VCO-special Taaldrukken. 'Niet alles wat gedrukt staat, is gelogen'. Intern mededelingenblad voor leden van de Vereniging voor Creativiteitsonderzoek, sept. 1979

Ben Bos: Bij arbeiders en welzijnswerkers zijn barrières tegen taalexpressie. Reportage over de Taaldrukwerkplaats. In: *De Nieuwe Linie*, 5 april 1978.

Leo Lentz: *Taalonderwijs anders bekeken*. Ervaringen met thematisch-cursorisch onderwijs in het Innovatieproject Amsterdam. S.L.O. Enschede 1980.

Een vaste plek voor de taaldrukwerkplaats in het Amsterdamse onderwijs. *Advies begeleidingskommissie Taaldrukwerkplaats*, mei 1982.

Nieuwe aanwinsten voor de serie 'Makkelijk Lezen'

B.G. Hofman, lid van de redactie

In september 1984 werden twee boekjes aan de serie 'Makkelijk Lezen' toegevoegd.

De uitgeverij Leopold, de FODOK, de schrijfster van de boekjes en de illustratrice van een van de boekjes presenteerden zich tijdens een 'samenkomst met een feestelijk tintje' op de Joh. C. Ammanschool te Amsterdam. Daar werden de boeken op een informele manier officieel voorgesteld aan het publiek dat deze boekjes zal kopen en lezen.

(vervolg op blz. 103)

Volksdansen met kleuters

Lezing jaarvergadering VeBOSS 22-23 maart 1984 (Samenvatting)

J. Hillebregt-Backer

Volksdansen op school

Veel kinderen - en zeker kleuters - reageren spontaan op muziek door te gaan dansen. Volksdansen speelt in op deze integratie-mogelijkheden met andere schoolvakken. Al dansend kan men werken aan:

1 *Muzikale ontwikkeling*

De muziek wordt als het ware voortdurend vertaald in bewegingen; hierdoor worden gevoel voor maat, ritme en vorm ontwikkeld.

2 *Lichamelijke ontwikkeling*

Volksdansen bevordert het coördinatie- en uithoudingsvermogen.

3 *Ontwikkeling van de oriëntatie in ruimte en tijd*

Tijdens het dansen verkent en beleeft het kind de ruimte; de ruimtelijke begrippen als rechts/links, vóór/achter worden aan de lijve ervaren; de relatie tijd - ruimte wordt in het dansen zichtbaar en stimuleert de oriëntatie van het kind in deze gebieden. Een goede ontwikkeling in deze is een belangrijke voorwaarde voor het cognitief leren lezen, schrijven en rekenen.

4 *De sociale ontwikkeling*

Omdat bijna alle volksdansen groepsdansen zijn, is samenwerking nodig; hulp aan de minder goeden en het aksepteren van alle kinderen. Gezamenlijk beleeft de groep het uitvoeren van een dans als sterk groepsbindend. Kinderen die voorop de slinger leiden, wordt een verantwoordelijkheid voor de anderen en de goede afloop opgedragen.

5 *Expressie en creativiteit*

Wanneer men onder expressie verstaat een uitdrukking geven aan je eigen wijze van zijn, dan is dit - zeker in kinderdans, waarbij we bewust afzien van het geven van voorschriften voor bepaalde bewegingsstijlen - zeker aanwezig.

De creatieve expressie - het iets verbeelden - vinden we in dansen in het uitbeelden van dieren en beroepen. Al dansend kan men improviserend werken aan het zelf laten vinden van bewegingen door het kind zelf.

6 *Wereldoriëntatie*

Omdat er dansen uit verschillende landen en tijden worden gebruikt, is er een duidelijke aansluiting op aard-

rijkskunde en geschiedenis; via volksdansen kan interesse worden gewekt voor andere volkeren, hun taal, hun cultuur en muziek. Ook kan misschien begrip worden gekweekt dat het hebben van een andere culturele achtergrond niet 'gek' hoeft te zijn.

Uitgangspunten voor het leerplan Kinderdans

Ervan uitgaande dat iedereen weet hoe men de aandacht van een slechthorend kind vraagt en vasthoudt én het pedagogisch omgaan met kinderen kan hanteren, geef ik hieronder globaal de richtlijnen aan betreffende het dansen met kinderen:

* Ik werk vaak vanuit een thema (bv. Sinterklaas, herfst, vakantie, wat zou je willen doen, enz.), waarvan de bestaande muziek wordt gebruikt.

* Muziek zet ik niet extra luidhard; mijn ervaring is dat er niet echt wordt geluisterd naar de muziek wanneer het keihard staat.

* Vaak gebruik ik de basvolume-knop, vooral wanneer het betreffende muziekstuk met viool, fluit, dus hoge tonen wordt gespeeld.

* Aandacht vasthouden van de groep; ik sta zo min mogelijk met mijn rug naar de groep. Wanneer ik dit toch moet doen (bv. bij het werken met apparatuur), dan geef ik de groep een opdracht, bijvoorbeeld in een kring lopen, een moeilijk stukje oefenen, enz.

* Ik gebruik veel huppel- en galoppas in de dansen; de kinderen houden daar van. Wél zijn deze passen vaak synoniem voor de kinderen, terwijl het dat niet is.

* Ik zorg er voor dat een spel-element in de dansjes voorkomt.

* Over het algemeen is het nodig dat de dans een vrij eenvoudige structuur vertoont, die aansluit op de muziek.

* Verder let ik op dat drie vormen van lesgeven aan bod komen, te weten: auditief, visueel en motorisch.

Het is voor een kind een hele opgave om in de maat te lopen c.q. te dansen. Er kan dan ook het beste begonnen worden met het leren luisteren naar de muziek en bijvoorbeeld meeklappen, stampen; hard en zacht afwisselend. Ook kan men met enkele eenvoudige instrumenten zoals kleppers, tamboerijnen, rammelaars, etc. enkele kleuters muziek laten maken. Terwijl zij samen muziek maken, gaan de andere kleuters dansen op hun eigen manier. Improvisatie-aanpak toewerkend naar een volksdansvorm is vaak veel beter, om die resultaat te krijgen die men nastreeft. Natuurlijk is de doelstelling van de leidster van de groep belangrijk. Is het om ontspanning te doen, werkt men vanuit een thema, wil men ritme van de muziek laten onderkennen, enz.

Voor het kind zelf blijft het belangrijk dat de bewegingen die het zelf vindt gestimuleerd worden.

Op de dag dat ik u zal ontmoeten, zal ik met u praktijkgericht werken. Dat wil zeggen dat ik die dansen met u zal doen die u kunt gebruiken met uw kleutergroep. Daarbij zal ik aangeven wat u nog meer met diezelfde dans zou kunnen doen. Ook is het mogelijk dat ik u opdracht geef om zelf met een thema aan te komen, te

doen op muziek en aangepast aan de leefwereld van het kind. Dit laatste is alleen mogelijk wanneer de tijd daarvoor aanwezig is.

Mocht u meer willen weten over het dansen met kinderen, dan volgt hieronder een lijst van te gebruiken boeken en platen.

Boek: 'Dansen met kinderen' door Femke van Doorn -1977;

'Leren lesgeven in volksdansen' door Femke van Doorn - 1980;

*) 'Kinderzang en kinderspel deel I, II en III'.

Plaat: Kleuterdans, Vrolijke Kring, De Tweede Vrolijke Kring, Hoy Hoy I en Hoy Hoy II.

Hier zijn ook dansbeschrijvingen te verkrijgen, door deze apart te bestellen.

Alle bovengenoemde artikelen - behalve *) - zijn te bestellen bij: Nevofoon, Bilderdijkstraat 20 te Winschoten (telefoon: 05870.-3522).

(vervolg van blz. 102)

Het betreft de titels: 'Ik ben jarig' en 'Aan boord van "De Fortuyn"'. Beide boekjes werden geschreven door Jetty Krever. Babs van Wely nam de illustratie van het eerste boekje voor haar rekening. 'Aan boord van "De Fortuyn"' werd geïllustreerd door Dick de Wilde.

In 'Ik ben jarig' viert Ida, een doof meisje, haar verjaardag. Het verhaal wordt ondersteund door een 'strip' in gebarentaal. Babs van Wely boog zich, onder begeleiding van Joyce Kendjian, over de problemen die zich kunnen voordoen bij het illustreren in gebarentaal. Voor een eerste kennismaking met het resultaat van hun inzet behoeft u het boekje niet eens open te slaan. Het is een boek voor dove- en niet dove kinderen geworden.

Op een manier die voor zichzelf spreekt wordt hier begrip gewekt bij het ene kind voor het andere. Het is een gezellig opgewekt kijk- en leesboek. Vanaf 2 jaar.

'Aan boord van "De Fortuyn"'

Onno en Jan maken als scheepjongens een reis naar West-Indië. In een havenstadje aan de Amerikaanse kust maken zij een slavenveiling mee. Van 8 tot 12 jaar. In België wordt de serie 'Makkelijk Lezen' van Leopold uit Den Haag vertegenwoordigd door C. de Vries-Brouwers pvba Antwerpen.

Ik hoop dat de nabije toekomst me in staat stelt eens uitgebreider op deze boekjes in te gaan.

Sensomotorische training

Lezing jaarvergadering VeBOSS 22-23 maart 1984

R. van Empelen, Sint-Radboudziekenhuis Nijmegen, afd. Fysische Therapie

De ontwikkeling van ieder mens verloopt in een aantal fasen, waarbij een aantal accenten kunnen worden aangegeven.

Piaget beschrijft de cognitieve ontwikkeling, ontwikkeling van het denken, waarbij hij een viertal fasen onderscheidt. Als eerste fase onderscheidt hij een sensomotorische fase; het kind ontwikkelt zich via de sensomotorische ervaring die hij in de eerste levensjaren opdoet. Er is een duidelijke relatie met de latere ontwikkeling van het denken. Via een ontwikkelingsmodel gebaseerd op de ideeën van Piaget en op de theorie van de Russische leerpsychologie van Gal'perin, die ook de sensomotoriek als basis ziet voor de ontwikkeling van het denken, kunnen we uitleg geven over hoe de relatie is tussen de denkontwikkeling en de sensomotoriek. (verder o.a. ook Bladergroen, Kephart).

een andere discipline naar het kind kijken. In zo'n team zitten veelal een arts, psycholoog/pedagoog, fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist.

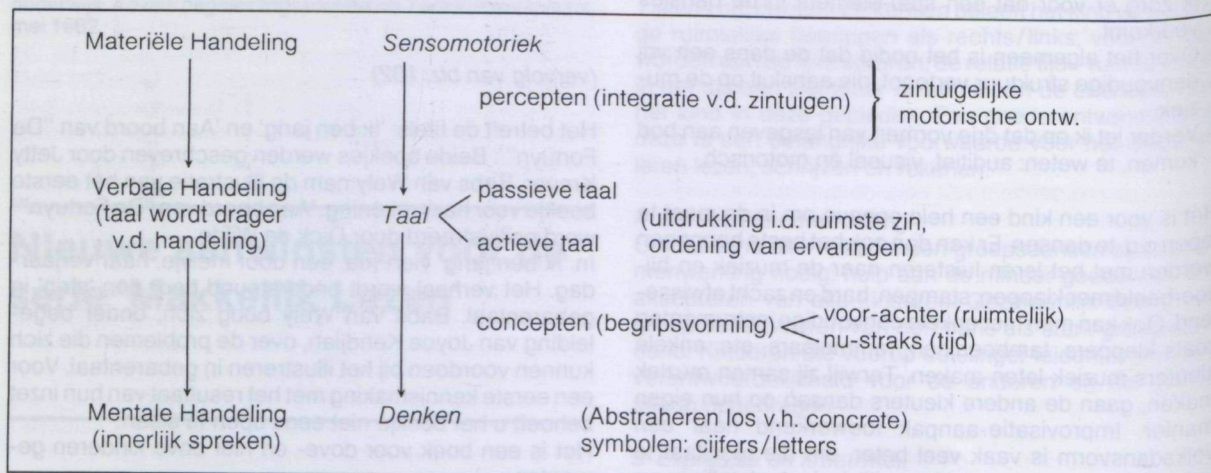
Het onderzoek bestaat meestal uit een neurologisch onderzoek, een motoriektest, een psychologisch onderzoek en een schoolobservatie. Na dit basisonderzoek kan eventueel verder specialistisch onderzoek worden gedaan als daar reden voor is.

De fysiotherapeut kan aan de hand van een motoriektest een motorische niveaubepaling doen, m.a.w. hoever is de motorische ontwikkeling t.o.v. de kalenderleeftijd, (kwantitatief). Naast deze niveaubepaling wordt een observatie van de motoriek gedaan, om eventuele pathologie in de motoriek te onderkennen (kwaliteit).

Aan de hand van dit onderzoek wordt bepaald of een behandeling c.q. begeleiding noodzakelijk is.

De stimulans voor verbetering van een motorische achterstand wordt meestal gezocht in een sensomotorische stimulatie, ook wel genoemd sensomotorische training.

Aan de hand van een video wordt een indruk gegeven van deze motorische stimulatie bij een jongetje met een grote motorische achterstand. Allereerst wordt de uitslag van de Oseretsky-test gegeven. (6 onderdelen). Dit geeft slechts een mogelijkheid aan, het is geen standaardrecept voor het behandelen van een motorische achterstand.



De sensomotoriek biedt het jonge kind de mogelijkheid tot exploratie. Deze exploratie leidt tot de ontwikkeling van handlingsbetekenissen, welke zich later via verwoording tot begrippen ontwikkelen. M.b.v. deze begrippen komt het kind tot het denken-over (abstraheren).

Bij een stoornis of vertraging van de ontwikkeling worden kinderen vaak doorverwezen naar een specialist: kinderneuroloog of neuropaediater. Deze specialist werkt meestal in een team van deskundigen, die allen vanuit

Tekst bij Oseretsky-formulier opname van Mark:

Dit is de eerste Oseretsky-test van Mark, leeftijd 8 jaar. Afgenomen door R. van Empelen op 3 oktober 1978. Mark zit in de 3e groep van een MLK-school.

Bij deze test scoorde hij voor

de statische coördinatie	4 jaar
de dynamische coördinatie v.d. handen	4½ jaar
de algemene dynamische coördinatie	4 jaar
de snelheid van bewegingen	5 jaar
het gelijktijdig bewegen	4 jaar
het isoleren van bewegingen	4½ jaar

De gemiddelde motorische leeftijd is 4 jaar en 6 maanden.

Opgemerkt wordt dat zijn *concentratie* zeer matig is. Ook de *coördinatie* van de grove en fijne motoriek is matig.

Het meebewegen wordt zowel links als rechts gezien voornamelijk als asymmetrisch meebewegen met veel mondmeebewegingen.

Deze opname is de 5e 'behandeling'.

Hier zijn we nog aan het begin van een lange behandeling.

Mark komt uit een sociaal zwak milieu.

Heeft leerproblemen → MLK-school + slechte concentratie.

gedragsproblemen → moeilijk opvoedbaar (voorbeeld): bravour gedrag, kleine diefstalletjes.

Invloeden van doofheid op de motoriek:

De motorische ontwikkeling van dove kinderen laat enkele bijzondere kenmerken zien.

Het kind heeft bijv. meer moeite met snelheid, afstand en richting.

Geluid geeft namelijk informatie aan het kind, het horen speelt een rol bij het ontwikkelen van ruimtelijke aspecten.

Van Dijk en van Uden (1976) noemen de cirkelgang van geluid en beweging. Het cerebrum integreert normaal de informatie van alle zintuigen met de bewegingservaring. Wanneer het gehoor beschadigd of afwezig is vindt er geen koppeling van geluids-informatie plaats met de informatie van de andere zintuigen, hierdoor zien we nogal eens dat er een gebrekkige ruimtelijke oriëntatie ontwikkeld wordt. De eventueel verminderde taalontwikkeling speelt uiteraard een grote rol bij de totale ontwikkeling. Taal en motoriek zijn nauw gekoppeld, m.n. als we denken aan plangedrag.

Het is van groot belang om voor dove kinderen thuis en op school een goed ontwikkelingsplan op te stellen, systematisch uit te voeren en te evalueren. Hoe vollediger alle sensorische functies erbij betrokken worden, hoe beter.

Literatuur:

- Dijk, J. van en Uden, A. van (1976) Communicatieproblemen bij dove kinderen, In: Psychologen over het kind, 4. Tjeenk Willink.
- Empelen, R. van. Sensorische training, De Tijdstroom, Lochem, 1982, 2e druk

Spraak- en taalstoornissen bij schisiskinderen

Lezing jaarvergadering VeBOSS 22-23 maart 1984

Drs. S.M. Goorhuis-Brouwer, afdeling Foniatrie/Logopedie, KNO-kliniek Academisch Ziekenhuis Groningen

De ontwikkeling van de spraak en de taal bij kinderen is een langdurig, weliswaar speelsverlopend, leerproces, waarbij er van alles fout kan gaan. Dit heeft o.a. te maken met het feit dat zeer veel factoren de spraak- en taalontwikkeling beïnvloeden, te weten:

- auditieve waarneming (gehoor- en luisterontwikkeling)
- cognitieve ontwikkeling (zowel verbaal als non-verbaal)
- emotionele ontwikkeling
- neurologische ontwikkeling
- aspect van de spraakorganen
- omgeving.

Bij schisiskinderen is er dus minstens één factor die belemmerend kan werken op de ontwikkeling van de spraak en de taal: het aspect van de spraakorganen. Echter: niet in alle gevallen behoeft dit ook een belemmerende factor te zijn. Door de verbeterde operatietechnieken ondervinden kinderen soms verrassend weinig negatieve invloed van hun aangeboren handicap.

In handboeken over spraak- en taalpathologie wordt nog vaak gesproken van de typische spraak bij schisiskinderen (o.a. Luchsinger en Arnold 1965, Böhme 1974, Seeman 1974). De spraak bij deze kinderen wordt dan getypeerd als RHINOGLOSSIE. Deze rhinoglossie betreft zowel artikulatie- als resonantiestoornissen. De term rhinoglossie wordt in dit verband gebruikt om aan te geven dat de eventueel bestaande artikulatieproblematiek niet altijd onderdeel behoeft te zijn van de resonantieproblematiek.

De *resonantiestoornis* behorende bij een rhinoglossie is samengesteld uit een nasale klank (rhinolalia aperta) en neusluchtverlies.

De rhinolalia aperta ontstaat doordat het velum tijdens het spreken de neusholte onvoldoende kan afsluiten van de mondholte. Hierdoor is continu een extra resonantieruimte aanwezig, waardoor de orale klanken (alle klanken uitgezonderd de /m/, /n/ en /ng/) te nasaal klinken. Het fijnere verschil tussen de klanken onderling wordt enigszins genivelleerd en de plosieven worden vaak te zwak gevormd.

Neusluchtverlies ontstaat doordat door de insufficiënte velumfunctie lucht door de neus ontwijkt. Vaak is het voor kinderen met een schisis onmogelijk om een krachtige luchtstroom door de mond te laten gaan. De foutief door de neus ontwijkende lucht kan in de neus een geruis veroorzaken, de zgn. nasopharyngeale geruisjes of snurkjes, die de verstaanbaarheid van het spreken nadelig beïnvloeden.

Soms proberen kinderen het uitstromen van de lucht door de neus tegen te gaan door allerlei grimassen, bijvoorbeeld door het intrekken van de neusvleugels. Deze compensatiebewegingen zijn wel vaak nuttig voor de verstaanbaarheid, maar maken het spreken vermoeiend.

De meest kenmerkende *artikuliatiestoornissen* zijn:

- vervangen van de explosieven door glottisslagen
- vervangen van de fricatieven door een pharyngeaal geruis
- vervangen van de /t/ en /d/ door een /n/
- vervangen van de /p/ en /b/ door een /m/
- eventueel ook retroartikulatie of interdentaliteit van de dentalen.

Voor de begeleiding van schisiskinderen met een rhinoglossie is het belangrijk om na te gaan of de spraak slecht verstaanbaar is door de resonantiestoornis of dat de artikuliatiestoornissen de belangrijkste rol spelen.

Naarmate een kind jonger is, is dit moeilijker uit te maken.

Zowel een goede resonans tijdens het spreken als een goede, leeftijdsadequate artikulatie, zijn sterk afhankelijk van spierbeheersing en het vermogen tot klankonderscheiding. Deze beide, spierbeheersing en klankonderscheiding moeten kinderen leren. Pas tegen het einde van het derde levensjaar hebben kinderen zoveel controle over hun tong, lippen en gehemelpieren, dat het spreken niet meer noodzakelijkerwijs nasaal behoef te zijn. Ook dan pas zijn kinderen in staat om de verschillende klanken van onze taal akoestisch gezien te kunnen onderscheiden en motorisch gezien te kunnen produceren. Alleen de /s/ en de /r/ kunnen hierop een uitzondering vormen. Deze twee klanken vragen zoveel, met name van de tongbeheersing, dat ze vaak moeilijk blijven tot in het vijfde of zesde levensjaar.

De ontwikkeling van een goede resonansbeheersing en een goede artikulatieontwikkeling zijn dus beide afhankelijk van de controle die kinderen hebben over de spieren van tong, lippen en gehemelte. Dit betekent o.a. dat een resonantiestoornis niet altijd op zichzelf behoef te staan, maar ook onderdeel kan zijn van een bredere artikulatieproblematiek, zoals omgekeerd een artikulatieproblematiek ook onderdeel kan zijn van een resonantieproblematiek.

Om een goede onderscheiding te maken tussen zowel resonantie- als artikulatieproblematiek, is een geïntegreerde medische-logopedische diagnostiek noodzakelijk. Het gaat er niet alleen om welke fouten men in het spreken van een schisiskind kan waarnemen, maar het

gaat er ook om de functionele mogelijkheden van de spraakorganen te beoordelen.

Behalve de rhinoglossie wordt bij schisiskinderen ook vaak melding gemaakt van *taalontwikkelingsstoornissen*, d.w.z. dat de taal zich anders of langzamer ontwikkelt dan bij leeftijdsgenootjes.

Naar ons idee is de eventueel voorkomende taalontwikkelingsstoornis echter niet het gevolg van de schisisproblematiek als zodanig, maar van eventueel bijkomende factoren. Veel schisiskinderen hebben bijvoorbeeld problemen met het gehoor. Ook kan het zijn dat de taalontwikkeling, o.a. bij intelligente kinderen, wordt belemmerd door de aanwezigheid van een ernstige rhinolalia aperta. Hoe deze kinderen ook hun best doen om verstaanbaar te praten: alles klinkt nasaal, alle medeklinkers lijken op /m/, /n/ of /ng/. Op een gegeven moment besluiten ze dan maar om hun mond te houden. Dat dit voor de taalontwikkeling niet gunstig is, spreekt vanzelf. Taal wordt geleerd in gesprek met anderen. Juist taal is iets wat men al doende leert.

Wanneer een schisiskind, naast een eventuele rhinoglossie, ook een taalontwikkelingsstoornis heeft, zullen we tijdens het onderzoek attent moeten zijn op het feit dat de schisisproblematiek op zichzelf deze taalontwikkelingsstoornis waarschijnlijk onvoldoende verklaart. Dit betekent dat, net als bij andere kinderen met een taalontwikkelingsstoornis gezocht zal moeten worden naar medische en pedagogische/psychologische factoren die van invloed zijn of zijn geweest op het ontstaan van de taalontwikkelingsstoornis.

Multidisciplinaire diagnostiek is noodzakelijk wanneer men taalontwikkelingsstoornissen vast wil stellen, de aard ervan wil aangeven en eveneens aan wil geven welke wegen ter verbetering er zijn.

1. Vaststellen van de stoornis

Om een taalontwikkelingsstoornis vast te stellen is het noodzakelijk dat het taalbegrip wordt vastgesteld, en de taalproductie en het taalgebruik worden beschreven.

Het taalbegrip wordt vastgesteld door het kind mondeling gegeven opdrachten te laten uitvoeren. Het kind hoeft hierbij niets te zeggen.

De taalproductie wordt beschreven aan de hand van de artikulatie, de woordvorming, de woordvolgorde in zinnen en het toepassen van morfologische regels (vervoegingen en verbuigingen). Ook wordt de gemiddelde uitinglengte bepaald.

Wanneer we enkele uitingen van een zesjarig jongetje bekijken, valt bijvoorbeeld op, dat in vergelijking met leeftijdgenootjes, te veel vormfouten in de taal voorkomen:

'Kijk, staat hier één in midden

- omissie van het lidwoord het
staan hier welke kleur

- verkeerde vervoeging van het werkwoord
als iemand één kleur hebbe gelope'

- verkeerde vervoeging van het werkwoord.

Ook bij een vijfjarig meisje is de onvoldoende taalproductie in vergelijking met leeftijdgenootjes opvallend:

'Son, doo naam

- de zon schijnt door het raam

'Maa beetje sik van e'

- maar het beertje schrikt ervan

Bij dit meisje valt op dat er nog nauwelijks sprake is van enige grammatikale structuur in de uitingen. Ook de woordvorming en artikulatie zijn sterk onvolledig.

Wanneer de taalproductie van kinderen opvallend afwijkt van de gemiddelde normale prestaties van kinderen op een bepaalde leeftijd, is er een taalstoornis aanwezig. Het taalbegrip kan eventueel ook afwijken, maar dat zal zeker niet in alle gevallen zo zijn.

Naast de taalvorm wordt bij kinderen ook gelet op het taalgebruik, d.w.z. de toepassing van de communicatieve regels: wordt de taal in een gegeven situatie adequaat gebruikt? Wanneer een driejarig jongetje bijvoorbeeld met een poppenhuis speelt, de vader en moeder van de slaapkamer naar de huiskamer transporteert en daarbij uitspreekt: 'Eekhoorn in de bos', kan men dit taalgebruik moeilijk adequaat noemen.

2. Aangeven van de aard van de stoornis

Om de aard van een taalstoornis aan te kunnen geven is het noodzakelijk dat vastgesteld wordt welke medische en psychologische/pedagogische factoren van invloed zijn of zijn geweest op het ontstaan van de taalstoornis. Heel vaak staat de taalstoornis niet op zichzelf, maar maakt deze deel uit van een andere problematiek.

Soms kan men deze andere problematiek *oplossen* en lost men indirect ook de taalstoornis op. Hierbij kunnen we bijvoorbeeld denken aan gehoorverbeterende maatregelen bij kinderen met geleidingsverliezen.

Soms kan men deze andere problematiek *niet oplossen*. Of in deze gevallen iets te verhelpen valt aan de taalstoornis is afhankelijk van de discrepantie tussen het bij de basisproblematiek te verwachten taalbeeld en het gevonden taalbeeld. Bijvoorbeeld, wanneer kinderen met een mentale ontwikkelingsretardatie weinig discrepantie vertonen tussen verbale en non-verbale ontwikkeling, zullen we niet veel effect behoeven te verwachten van een specifieke taaltherapie. Deze kinderen zijn meer gebaat bij een algehele ontwikkelingsstimulatie, waarbij ook rekening gehouden wordt met het individuele ontwikkelingstempo van het kind en met de grenzen van de te verwachten groei.

Soms staat de stoornis op zichzelf, in die zin dat er geen duidelijke slechthoerendheid is, dat er geen neurologische of emotionele ontwikkelingsproblemen zijn, dat ook de sociaal-culturele achtergrond van het kind niet al te slecht is en dat het kind normaal begaafd is. In deze gevallen is het belangrijk om uit te zoeken welke taalstimulerende activiteiten thuis gedaan worden, alvorens te besluiten tot een bepaalde vorm van therapie. Soms kan men ouders helpen om meer taalstimulerend te zijn voor hun kind; dit is dan een vorm van pedagogische begeleiding. Soms zal men echter ook het kind heel gericht

moeten helpen bij de taalontwikkeling. We denken dan aan logopedische begeleiding.

3. Wegen ter verbetering van de stoornis

Om taalontwikkelingsstoornissen te verbeteren kunnen we dus vaak kiezen uit een aantal mogelijkheden. Zoals uit het voorgaande blijkt zal, afhankelijk van de factoren die van invloed zijn of van invloed zijn geweest, gekozen worden voor een bepaalde vorm van therapie, te weten: medische therapie, pedagogische begeleiding, algehele ontwikkelingsstimulatie of logopedische therapie.

Samenvattend kunnen we op dit moment zeggen, dat bij schisiskinderen zich een aantal problemen voor kunnen doen wat betreft het spreken, te weten:

- artikuliatiestoornissen
- resonantiestoornissen
- taalontwikkelingsstoornissen.

Voor alle drie de probleemgebieden geldt dat multidisciplinaire diagnostiek van belang is, omdat de hulpverlening anders niet adequaat kan zijn.

Tot slot wil ik nog enkele opmerkingen maken over de inhoud van de logopedische therapie, wanneer na multidisciplinair onderzoek blijkt, dat men dit voor het kind nodig acht.

Wanneer we te maken krijgen met *resonantiestoornissen* zal de logopedische therapie zich met name richten op:

- richten van de ademstroom, ervoor zorgen dat er geen lucht door de neus ontwijkt. Dit kan geoefend worden met behulp van fluit- en blaasspelletjes.
- oefeningen voor de pharynx- en palatumspieren. Zuig- en gaaoefeningen zijn hiervoor heel geschikt.

Wanneer we te maken krijgen met *artikuliatiestoornissen* zal de logopedische therapie zich met name richten op:

- het opzoeken van juiste artikulatieplaatsen.
- het afleren van verkeerde gewoonten zoals interdentaliteit (oefeningen voor de tongmotoriek zijn dan belangrijk) en het gebruik van glottisslagen (neuriën en fluisteren kunnen hierbij o.a. gebruikt worden).
- stapje voor stapje inoefenen van de nieuw geleerde klanken in woorden en zinnen.
- algemeen activerende oefeningen voor de mond- en tongmotoriek.

Wanneer we te maken krijgen met *taalontwikkelingsstoornissen* zal de logopedische therapie zich richten op:

- creëren van een therapeutische situatie waarin het gesprek tussen kind en therapeut centraal staat.
- in dit gesprek past de therapeut zich in zoverre aan aan het taalniveau van het kind, dat het er net één stapje boven ligt.
- de taaluitingen van het kind zijn voortdurend uitgangspunt van gesprek, maar de therapeut geeft het gesprek een therapeutische inhoud door de onvolledige of foute uitingen van het kind voor een deel in een goede vorm te herhalen (korrigeren), in zijn geheel in een goede vorm te herhalen (expanderen) of door een goed geformuleerd,

maar wat betreft taalniveau aangepast antwoord te geven (modelleren).

- eventueel wordt door de therapeut de techniek van interactieve imitatie toegepast. Dit betekent dat de therapeut de uiting van het kind herhaalt in een goede vorm en vervolgens aan het kind vraagt dit weer te herhalen. De aandacht wordt op deze manier nog eens extra op de taalvorm gevestigd.

Ik hoop dat het duidelijk is geworden dat één bepaalde therapievorm voor schisiskinderen niet bestaat. Voortdurend zullen afwegingen gemaakt moeten worden. Voor de leden van een diagnostisch team voor spreekproblemen bij schisiskinderen, te weten een arts met speciale belangstelling voor en scholing in spraak-, taal- en resonantiestoornissen (een KNOarts/foniater), een pedagoog of psycholoog eveneens met deze belangstelling en scholing en een logopedist, betekent dit: Onderzoek doen volgens de eigen specifieke deskundigheid, vervolgens elkaars taal leren verstaan en gezichtspunten leren zien, om zo doende gezamenlijk de juiste beslissing te kunnen nemen.

Literatuur

Böhme, G. 1974 - Stimm-Sprech und Sprachstörungen - Fisher Verlag.

Luchsinger R, Arnold G.E. - 1965 - Voice, speech and language - Wadsworth.

Multidisciplinaire behandeling van patiënten met lip-, kaak- en gehemeltepleten. Werkgroep voor de bestudering en behandeling van patiënten met aangeboren afwijkingen aan lip, kaak en gehemelte. R.U. Groningen en Academisch Ziekenhuis Groningen - Stafleu 1975. Ned.Bibl. der Geneeskunde 101.

Morley M.E. 1970 - Cleft palate and speech - Livingstone London.

Schutte H.K. 1981 - Rhinolalia aperta - Log. en Fon. 53, 351-355.
Seemann M. 1974 - Sprachstörungen bei Kindern - VEB Verlag Berlin.

Begeleiding en behandeling van patiënten met cheilognathopalatoschisis

Lezing jaarvergadering VeBOSS 22-23 maart 1984 (samenvatting)

Prof. Dr. A.J.C. Huffstadt, plastisch chirurg Academisch Ziekenhuis Groningen

De tekst van de lezing die prof. Huffstadt gehouden heeft op de VeBOSS-jaarvergadering, is al eerder gepubliceerd in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Hoewel prof. Huffstadt geen bezwaar maakte tegen overname van die tekst in 'Van Horen Zeggen', stelde de redactie van het Ned. Ts. voor Geneeskunde bepaalde

voorwaarden waaraan de redacteur van 'V.H.Z.' meende niet te kunnen voldoen. Daarom kan hier niet de volledige tekst gepubliceerd worden, maar slechts een summier samenvatting door N. Smulders.

De lange term in de titel van dit artikel is samengesteld uit vier Griekse woorden: cheilos, gnathos, palatum en schisis, die achtereenvolgens betekenen: lip, kaak, gehemelte en spleet. De lange term staat dus voor een afwijking aan lip, kaak en gehemelte, die meestal wordt aangeduid met de verkorte term 'schisis'.

In Groningen bestaat al van vóór 1956 een multidisciplinair team, dat inspeelt op de verschillende aspecten en gevolgen van de lip- of gehemeltepleet: een chirurg, een logopediste (in verband met de optredende spraak- en taalmoeilijkheden), een tandarts-specialist en een keel-, neus- en oorarts. In 1961 gaf deze werkgroep voor bestudering en behandeling van patiënten met aangeboren afwijkingen aan lip, kaak en gehemelte een 'schisisboekje' uit, dat verspreid werd onder alle huisartsen en kinderartsen van de provincies Groningen, Friesland en Drente. (Tweede sterk verbeterde uitgave 1975 zoals vermeld in de literatuuropgave hiernaast).

In de loop van de tijd veranderde het behandelingspakket o.a. door de nieuwe ingreep pharynxplastiek (zie Ned. Ts. Geneesk. 1969, 113, blz. 1585), door nieuwe inzichten over correcties aan het neustussenschot, over het functioneren van de buis van Eustachius en over psychologische effecten.

In 1967 heeft het team geëvalueerd, wat er in de jaren 1956-1966 gebeurd was. Daarbij bleek onder andere dat de ouders toch te weinig betrokken waren in het hele behandelingsprogramma. Naar aanleiding van de bevindingen van dit onderzoek is de werkgroep grondig gereorganiseerd en werd aan de tekorten extra aandacht besteed. Onder andere werd er een maatschappelijk werker aangesteld, juist terwille van het contact tussen de familie en de specialisten.

Voor de begeleiding van schisiskinderen heeft het team een heel schema opgesteld, dat tot de leeftijd van 7 jaar zeer intensieve contacten vermeldt. Na die leeftijd wordt het kind met grotere tussenpozen opgeroepen voor het gezamenlijk spreekuur van de specialisten van het team. In onderling overleg wordt deze multidisciplinaire controle voortgezet tot de leeftijd van 16 à 20 jaar.

In de regio noord worden ieder jaar ongeveer 50 baby's met schisis geboren. Omdat elk van die kinderen meerdere jaren in behandeling blijft (zie hiervóór), is het totale patiëntenbestand voortdurend ruim 700. Al deze patiënten moeten geregeld worden gecontroleerd, er moeten vaak corrigerende operaties verricht worden, of ze moeten langdurig behandeld worden door de keel-, neus- en oorarts, de logopedist, of de orthodontist.

Er zijn nog verschillende onopgeloste problemen: de onvoorspelbaarheid van de skeletgroei, vragen over erfelijkheid en erfelijkheidsvoorlichting, psychische moeilijkheden. Bij dit alles is echter één ding zeker: om in het moeilijke en zeer samengestelde onderwerp 'schisisbehandeling' tot echt kwaliteitswerk te komen, is behandeling door een multidisciplinaire groep specialisten een absolute noodzaak.

Sociale aspecten in het behandelingsplan van schisiskinderen

Lezing jaarvergadering VeBOSS 22-23 maart 1984

G.S. Havinga, maatschappelijk werkster in het Schisis-team Academisch Ziekenhuis Groningen

Graag wil ik u iets meer vertellen over het maatschappelijk werk bij het schisisteam.

Het schisisteam is een team, waarbij in de praktijk een 12-tal specialisten zijn betrokken. Dit zijn o.a. een plastisch chirurg, een kinderarts, een orthodontist, KNO-arts, audioloog, logopedist en nog een aantal anderen die ik hier verder niet meer zal noemen, omdat prof. Huffstadt u dit in zijn inleiding al heeft toegelicht.

Het gaat er nu om, dat ik u vooral iets zal vertellen over mijn aandeel als maatschappelijk werkster van het schisisteam.

Primair is het mijn taak hulp te verlenen bij psychosociale problematiek, die samenhangt met de verwerking van gevoelens rond het krijgen van een kind met een schisisafwijking. De ouders worden na aanmelding bij de plastisch chirurg door mij benaderd en voorgelicht over de consequenties en behandelingsmogelijkheden. Verder gaat het er om informatie en voorlichting over de schisis, ook in ruimere zin te verspreiden aan externe instanties, als: huisartsen, kinderartsen, wijk- en kraamverpleegkundigen, verpleegkundigen in opleiding en artsen in opleiding, maar ook wel op scholen zoals hier dus aan u als VeBOSS-leden.

Wat is nu de specifieke functie van mij bij de begeleiding van ouders van deze patiëntjes?

Het maatschappelijk werk heeft als uitgangspunt mensen in moeilijke situaties hulp te bieden. Het gaat daarbij niet zozeer om het directe oplossen van problemen, maar vooral om een situatie zó te verhelderden of te wijzigen, dat mensen zelf het gevoel krijgen de situatie weer aan te kunnen. Bij de begeleiding van ouders met een schisiskind gaat het erom, voorwaarden te scheppen waarbij de ouders zo worden benaderd en geïnformeerd dat dit hun zoveel mogelijk houvast biedt bij de verzorging en opvoeding van hun kind. Bij het schisisteam in Groningen is de situatie dus zo, dat direct na aanmelding van een baby met een schisisafwijking ik contact zoek met het gezin en met de aanmelder: dit kan de huisarts zijn, maar ook de kinderarts of de verloskundige. Hoe zo'n contact kan verlopen, is misschien het

beste duidelijk te maken aan de hand van een praktijkvoorbeeld.

Laat ik Jeroen nemen (voor alle duidelijkheid: dit is natuurlijk een fictieve naam). Jeroen is het 4e kind van het gezin O. en geboren met een dubbelzijdige lip-kaak-gehemeltespleet. Hij is het tweede kind in het gezin met een dergelijke schisis. Hoewel de ouders met deze mogelijkheid rekening hadden gehouden (ook de moeder had een schisisafwijking), had men toch gehoopt, dat het dit keer goed zou gaan en men was opnieuw erg verdrietig en geschokt, dat het weer een baby met een dubbelzijdige schisis was.

De opvang door de verloskundige was goed geweest en ook de benadering van de kinderarts hadden de ouders als positief ervaren. Omdat ze zich snel konden herstellen van de teleurstelling, richtten zij zich al vlot geheel op de verzorging en voeding van de baby, wat dan ook probleemloos verliep.

Taak maatschappelijk werkster

Als maatschappelijk werkster had ik in dit gezin de functie van klankbord, maar natuurlijk ook een bemiddelende rol naar de andere teamleden en in de eerste plaats de orthodontist, die moest vaststellen of er vóór de eerste lipsluiting een beugelbehandeling noodzakelijk was. Dit bleek inderdaad het geval en Jeroen werd toen hij ongeveer 6 weken was, enkele dagen in het ziekenhuis opgenomen.

Opnieuw was dit voor de ouders een teleurstelling, maar mede doordat ze zich hierover konden uiten tegenover maatschappelijk werkster en tegenover elkaar, konden ze dit positief verwerken.

De verdere opnames voor lip- en gehemeltesluiting verliepen vrijwel probleemloos. Jeroen is inmiddels bijna 2 en de ontwikkeling is als ieder ander kind van zijn leeftijd. Alleen het gehoor is niet optimaal, maar daarover maken de ouders zich op dit moment nog niet zo ongerust. Tot zover wilde ik het even laten bij dit voorbeeld van Jeroen.

Belevingsaspecten ouders/proces van aanvaarding

Het is dus heel bewust, dat er in het eerste contact met de ouders wordt ingegaan op *hun* beleving. Alles eens uitgebreid te kunnen vertellen geeft de ouders zelf ook de kans om nog eens na te denken over hoe alles is gegaan. Voor mij gaat het er om: Hebben de ouders het allemaal al verwerkt of is het heel moeilijk voor hen om herinneringen op te halen. Is er sprake van schuldgevoelens: hadden we maar zus, of hadden we maar zo...

Als ouders deze emotionele gevoelens niet goed verwerken, kan dit later negatieve gevolgen hebben. Negatieve gevolgen, die niet alleen hen zelf, maar ook hun kind kunnen treffen. Dit alles is een onderdeel van het proces van aanvaarding.

Hoewel diegene, die als arts of verloskundige bij de bevalling aanwezig is geweest, uitgebreide informatie aan de ouders zal hebben overgebracht, blijkt toch vaak dat die informatie - doordat ze zo ondersteboven waren -

hen niet voldoende heeft kunnen bereiken, of niet helemaal duidelijk is. Vaak zijn mensen in zo'n situatie ook volkomen uit hun evenwicht.

Niet alle ouders hebben uiteraard gelijke reacties. Ieder ouderpaar is uniek, ieder kind - ook dat met de schisis - is uniek. Om dat voor u wat meer beeldend over te brengen, zal ik u hier de situatie van Janneke en haar familie schetsen.

Janneke is het tweede kind van het gezin A. en geboren met een dubbelzijdige schisis. De afwijking was een enorme teleurstelling voor de ouders. Zij hadden totaal niet aan een afwijking als deze gedacht. In de familie kwam dit ook niet voor. Doordat de baby - de bevalling vond thuis plaats - vrijwel direct door de huisarts naar het ziekenhuis werd doorgestuurd, beleefde men de eerste periode zeker niet als een blijde tijd. Langzaam drong de realiteit wat door tot deze ouders, en besepte men dat de schisis met veel consequenties gepaard zou gaan.

Situatie omgeving

Men had er echter erg veel moeite mee om de gevoelens, die toch rond de afwijking spelen, te uiten. Hoewel familie en vrienden spontaan meeleeften, heeft men toch ook wel krenkende reacties moeten incasseren. Kennissen bijvoorbeeld, die bij het zien van de baby zich onmiddellijk afwendden en braakneigingen ternauwernood konden onderdrukken. Dit maakte het voor de ouders wel erg moeilijk de contacten met hun omgeving normaal te vervolgen en zich niet af te sluiten. Met de ouders zijn dan ook uitgebreide maatschappelijk werkcontacten geweest, om hen in het verwerken van het hebben van een kind met een schisisafwijking via gesprekken ondersteuning te bieden.

U zult zich kunnen voorstellen, dat het verwerkingsproces van deze ouders meer tijd vergt, dan van de ouders van Jeroen.

Aangepaste informatieverstrekking

Ook bij de informatieverstrekking over de behandeling is het mijn taak in te schatten op welk moment en in welke vorm en hoeveelheid ik hun de gegevens overbreng. - Doel is immers dat de ouders iets met deze informatie kunnen doen! - Kortom, deze informatieverstrekking moet gefaseerd en gedoseerd zijn! Aangepast aan de ouders en aan de omstandigheden. Wél heeft ieder ouderpaar te maken met eenzelfde soort reacties. Gevoelens van schrik, teleurstelling, boosheid en opstandigheid maken alle ouders door. Maar elk ouderpaar, elk gezin en elke familie reageert weer op zijn eigen wijze. Er zijn ouders die enkele ogenblikken na de confrontatie met de geboorte van hun kind met een schisis weer over de eerste emoties heen zijn, anderen doen hierover langer. Dit alles heeft te maken met de verschillende achtergronden en opvattingen van de ouders; wat zij al eerder hebben meegemaakt, maar ook wat hun familie of wat hun omgeving al heeft meegemaakt.

Voor de ouders van Janneke was het de eerste keer, dat zij zo dichtbij werden geconfronteerd met een kind met

een afwijking. Voor hun familieleden gold hetzelfde. Men wist niet goed hoe hiermee om te gaan.

De ouders van Jeroen beleefden dit anders. Ook zij waren wel teleurgesteld, maar toch konden ze het feit op zich sneller accepteren, omdat ze de consequenties van de schisisafwijking konden overzien; de schisis was in deze familie niet onbekend. Men kon er met elkaar over praten, ervaringen uitwisselen.

U ziet, het hangt dus van velerlei factoren af hoe men het hebben van een kind met een afwijking verwerkt; in het algemeen geldt, dat praten met elkaar over die gevoelens erg belangrijk is. Je te kunnen uiten, de mogelijkheid hebben om te spuien wat je dwars zit, is een van de voorwaarden om informatie over de afwijking in je te kunnen opnemen.

Sociale isolatie

Ook zijn ouders met een afwijkend of gehandicapt kind meestal erg kwetsbaar t.o.v. de omgeving. In gesprekken die ik met de ouders heb, probeer ik dit ook bespreekbaar te maken. Ik probeer daarbij een zodanige steun te geven, dat ouders zich tegenover hun omgeving tweer kunnen stellen en ermee leren leven. Dan wordt voorkomen dat men in een geïsoleerde positie terecht komt.

Tolerantie t.o.v. gehandicapten

Wanneer u de illusie hebt, dat de maatschappij t.o.v. het gehandicapte en het afwijkende kind en diens ouders toch wel tolerant is, dan moet ik helaas constateren, dat dit een schijntolerantie is. Spijtig genoeg gebeurt het nog maar al te vaak dat de buurt en ook familieleden een gezin met een afwijkend kind mijden. Men weet vaak niet hoe hiermee om te gaan. Voor de omgeving betekent het ook een schok en ouders zijn mede door hun eigen emoties doorgaans niet bij machte deze te doorbreken. Beiden nemen vaak een afwachtende houding aan. Ouders moeten dan vaak zelf de eerste stap doen om burens en familie erbij te betrekken en zo samen over de afwijking te praten.

Dat deden ook de ouders van Theo. Zij vertelden mij vorige week van hun ervaringen in dat opzicht. Zelf deed men helemaal niet geheimzinnig en terughoudend over de dubbelzijdige lip-kaak-gehemeltespleet naar de familie en kennissen. Over kraambezoek heeft men niet te klagen gehad en in het algemeen waren de reacties positief geweest tot een kennis langs kwam, het kind bekeek en toen zo geschokt reageerde en daarbij verklaarde 'als zij zo'n kind zou krijgen, ze er eigenhandig voor zou zorgen dat het kind niet lang zou blijven leven!'

.....
De ouders waren met stomheid geslagen.

Of een andere ervaring uit ditzelfde gezin. Moeder ging toen Theo ongeveer 4 weken oud was naar een verjaardagsfeestje van haar zus. Men had een grote familie en iedereen was present. Over iedereen werd gekletst, foto's bekeken van diverse neefjes en nichtjes. Naar de ervaringen van moeder met Theo werd niet gevraagd.

Moeder voelde zich buitengesloten en was erg teleurgesteld. Zij verliet het verjaardagsfeest vroegtijdig en hield later thuis bij haar man uit.

.....

U kunt zich indenken, dat het risico van sociale isolatie in zo'n gezin erg groot is, en het belangrijk is om de ouders met de verwerking van hun gevoelens te helpen. Gevoelens, die vaak tegenstrijdig zijn. Ouders kunnen er door in verwarring raken en bijvoorbeeld hun kind overdreven in bescherming nemen tegenover de buitenwereld.

Overprotectie

Ook uit deze gevoelens zich soms in het verwennen of overbeschermen van hun kind. Ook u zult dit op school wel zijn tegengekomen. Denk maar eens aan de vele cadeautjes die kinderen krijgen bij de opnames in het ziekenhuis of ook wel na ieder bezoek aan een specialist; of voor een tandartsbezoek van een uur belooft moeder Jantje verder de hele dag vrij van school!

Vergroting weerbaarheid

Nee, het is verre van eenvoudig voor ouders van een kind met een stigmatiserend uiterlijk zich weerbaar op te stellen. Ik wil in dit verband nog even weer terugkomen op Janneke.

Toen Janneke bijna 4 jaar was, zaten de ouders erg met het probleem hoe zij haar weerbaar moeten maken t.o.v. de omgeving: want Janneke zou binnenkort naar de kleuterschool gaan. Moeder had gemerkt hoe oudere kinderen keihard reageerden. Men woonde tegenover een huishoudschool en Janneke speelde vaak buiten. Op een bepaald moment komt Janneke thuis met de vraag: Mamma, waarom heb ik zo'n platte neus? Volgens moeder hadden enkele leerlingen van de huishoudschool Janneke daarmee geconfronteerd. Moeder wilde graag, dat deze neus zou worden gecorrigeerd. Uiteraard zou dit mogelijk zijn en zeker op korte termijn enig soelaas bieden, maar of dit op zich de weerbaarheid zal vergroten? Dit betwijfelde ik.

Uit het gesprek met de ouders en met name moeder concludeerde ik, dat zij erg onzeker t.o.v. de opvoeding en begeleiding van Janneke zijn. Vage schuldgevoelens spelen hier waarschijnlijk ook nog een rol. In haar hart heeft moeder er erg veel moeite mee, dat Janneke zo'n stigmatiserend uiterlijk heeft.

Mijn voorstel is, om behalve een afspraak met de plastisch chirurg, ook een afspraak te maken met het hoofd van de kleuterschool. Zowel moeder als ik hebben een gesprek met de kleuterjuf. Deze juf stelt - en weet ook moeder te overtuigen - dat zij in haar klas in dit opzicht geen problemen verwacht, maar wel van de oudere kinderen van de lagere school, die er vlak naast zit. De juf zal met de leiding van deze school contact leggen om te zien wat hieraan valt te doen.

Later hoor ik van moeder, dat het onderwijzend personeel van de lagere school in de klas een les had gewijd aan kinderen met handicaps.

Elke leeftijdsfase wordt gekenmerkt door zijn eigen problematiek

Met Janneke - ze is nu 6 - is het prima verlopen op de kleuterschool, er waren nagenoeg geen problemen. Zullen deze er in de toekomst ook niet zijn? Op de lagere school? In het voortgezet onderwijs? Niemand kan koffie dik kijken, ook ik niet. Maar de praktijk wijst wel uit, dat elke leeftijdsfase zijn eigen problematiek met zich meebrengt.

Ging het bij de schisis eerst om het uiterlijk aspect, om de voeding en de verzorging, om de opnames voor de operaties; later ligt het accent op het spelen, het leren lopen, het leren praten en niet te vergeten het horen.

Hoor- en spraakproblematiek

Zo rond het eerste jaar worden gehoorproblemen - mede ook dankzij de Ewingtest op de consultatiebureaus - nogal eens signaleerd. Wanneer het kind ongeveer 2, 2½ jaar is worden spraakproblemen ook manifester.

Zo ook bij Jeroen. Hij is inmiddels bijna 2 jaar. De ontwikkeling is als ieder ander kind van zijn leeftijd. Zijn gehoor blijkt alleen verre van optimaal. Na enkele keren op het Audiologisch Centrum te zijn getest wordt voorgesteld Jeroen een gehoorapparaatje voor te schrijven, omdat hij een geleidingsverlies had aan beide oren, maar aan het rechteroor het meest. Later krijgt hij voor beide oren een apparaatje, wat geen enkel probleem geeft om ze er in te houden. Het kost de ouders ook weinig moeite dit te accepteren, omdat ze uitgaan van het belang van Jeroen en ze inzien, dat dit zeker zijn spraakontwikkeling te goede komt. Moeder krijgt adviezen mee van de logopediste en geregeld gaat ze voor controle met Jeroen naar de afdeling audiologie en logopedie/foniatrie.

Gedragsproblemen

We zijn een jaar verder, wanneer moeder bij de maatschappelijk werkster aan de bel trekt. Jeroen blijkt thuis perioden van onhandelbaarheid te hebben. Moeder weet niet meer hoe het nu verder moet. Nader onderzoek thuis leert, dat het vooral de spraak is, die bij zijn opstandig gedrag een rol speelt. Jeroen is vaak niet verstaanbaar voor zijn omgeving. Dit wekt veel agressie op. Er is een erge open neusspraak.

In overleg met de afdeling logopedie/foniatrie wordt besloten, om de logopedische begeleiding uit te breiden. Omdat het om de combinatie gehoorgestoord en spraakgestoord gaat, wordt voorgesteld Jeroen aan te melden voor speciaal onderwijs aan een school voor slechthorenden. Jeroen wordt geplaatst in een peuterklasje van kinderen met spraakstoornissen. De uitzonderingspositie die Jeroen t.o.v. leeftijdsgenootjes door plaatsing op een dergelijke school krijgt, maakt vooral dat de ouders enige moeite hebben dit te verwerken. Maar ook nu weer laten zij het belang van Jeroen prevaleren.

Het komt overigens in Groningen sporadisch voor, dat een kind met een schisisafwijking wordt verwezen naar

een klas voor spraakgestoorde kinderen. Dit houdt vooral verband met het feit, dat er nieuwe inzichten en technieken in de plastische chirurgie zijn, en ook bij de afdeling logopedie/foniatrie. Vele kinderen met een palatoschisis worden beoordeeld in een vroeg stadium op de mate van nasaliteit, en het eventueel voorkomen van articulatie-defecten. Zij ondergaan al op jonge leeftijd - 3 tot 4 jaar is niet ongewoon - een operatieve ingreep, een farynxplastiek of anders gezegd: verlenging van het gehemelte. Wat het effect hiervan is kan ongetwijfeld de foniater Dr. Schutte (die wel gesproken heeft op de jaarvergadering maar wiens tekst niet is doorgegeven aan dit tijdschrift, Red.) of orthopedagoge/logopediste mevr. Goorhuis (zie blz. 105-108) u beter uitleggen.

Ik hoop, dat ik u met mijn bijdrage voldoende heb duidelijk kunnen maken, hoe in het schisisteam in Groningen de Janneke's en de Jeroen's worden begeleid. Niet alleen dus vanuit de medische optiek bezien; maar ook de sociale aspecten zijn duidelijk in het behandelingsplan geïntegreerd.

Boekbespreking

G. ter Haar, Effatha

Ik ben jarig, door Jetty Krever.

De uitgeverij 'Leopold' heeft bovenstaand boekje op de markt gebracht. Het is duidelijk dat dit boekje voor dove kinderen en voor hun ouders geschreven is.

Op iedere bladzijde staat een leuke tekening, die uitnodigt tot een gesprek. Bovenaan de bladzijde staat een klein stukje tekst; onderaan staan de 'ondersteunende' gebaren bij die tekst.

Wat die ondersteunende gebaren betreft: daar zou ik mee accoord gaan, als ze in een aparte bijlage bijgeleverd waren, zodat men bij het voorlezen aan jonge kinderen daarvan gebruik zou kunnen maken.

Nu komt het op mij over, alsof onderaan de bladzijde de 'gebarentaal' getekend is, die bovenaan 'vertaald' wordt in het Nederlands.

Bijvoorbeeld: Gebaren: kijk eens - mooi - versierd.

wordt vertaald: de kamer is prachtig versierd.

Gebaren: poes - spelen - ballon.

wordt: mies speelt met een ballon.

Er is een grote discrepantie in tekst bovenaan en 'gebaren - tekst' onderaan. De Nederlandse tekst is bovendien voor jonge kinderen in veel te kleine druk uitgevoerd.

(vervolg op blz. 115)

Gevolgen van schisis voor kaken en gebit

Lezing jaarvergadering VeBOSS 22-23 maart 1984

J. Boersma, orthodontist Academisch Ziekenhuis Groningen

Het gebit en de kaken zijn belangrijke structuren voor o.a. het mogelijk maken van een goede spraak. Afgezien van het esthetisch aspect is het daarom van belang schisispatiënten een zo goed mogelijk 'instrument' voor het spreken mee te geven. Ook daarom zullen veel schisiskinderen orthodontisch behandeld moeten worden. Het is om die reden dat een orthodontist deel uitmaakt van de schisiswerkgroep.

Een orthodontist is een tandarts die gespecialiseerd is in de behandeling van afwijkende tand- en kaakstanden. U kent waarschijnlijk wel die tieners met losse en vaste 'beugels' waarmee de orthodontist ze behandelt. Dit moet bij de meeste kinderen met schisis ook gebeuren. De orthodontist die deel uitmaakt van de werkgroep zal in het algemeen de behandelingen niet zelf uitvoeren. Wel adviseert hij andere orthodontisten die dichterbij de patiënten wonen.

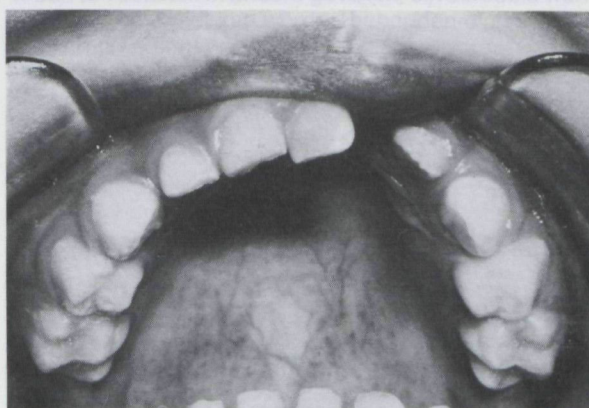
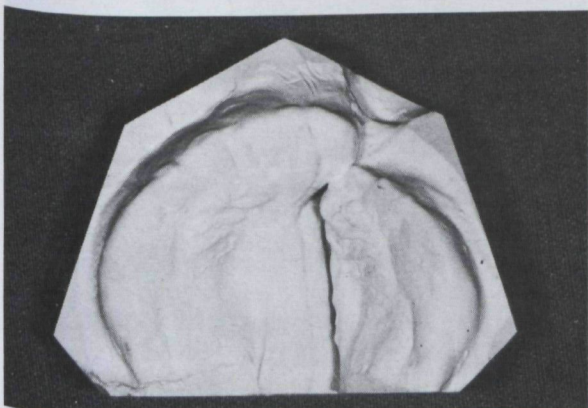
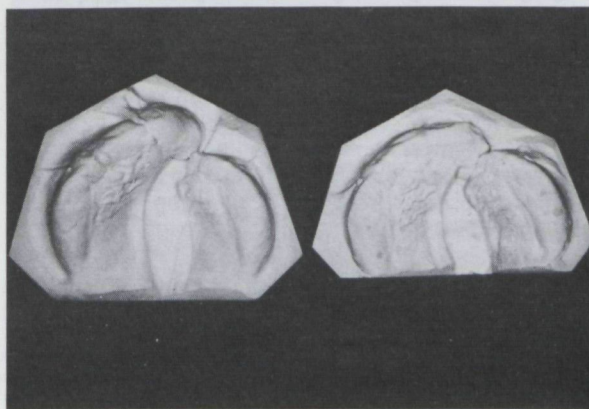
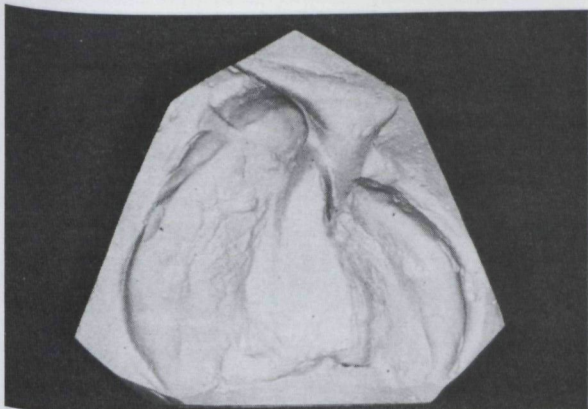
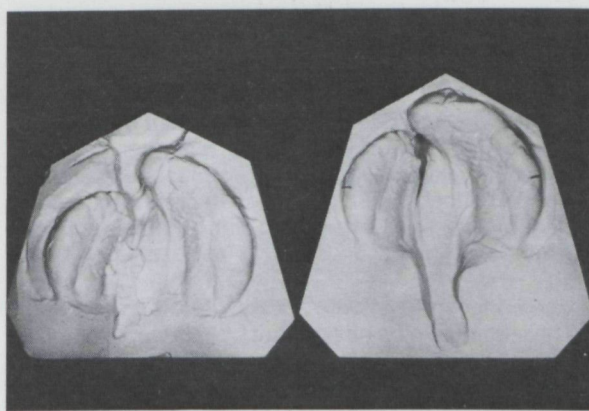
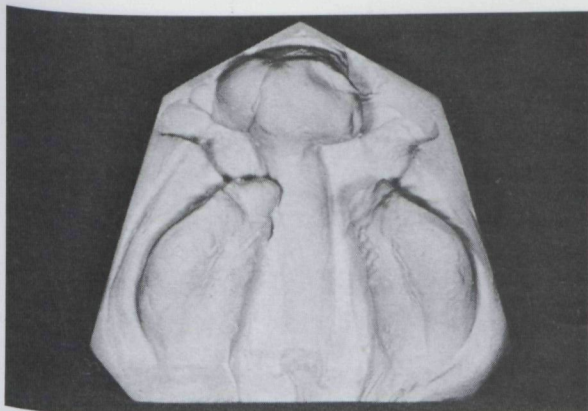
Verder is de orthodontist van het team betrokken bij de vroege behandeling (ergens tussen 0 en 3 maanden, nog vóór de operatieve sluiting van de lipspleet) om, wanneer dat gewenst is, de stand van de onderdelen van de bovenkaak te verbeteren.

De gevolgen van schisis voor kaken en gebit kunnen sterk verschillen, omdat er een grote variatie is in de plaats, de vorm en de uitbreiding van de spleet of spleten.

Wanneer er een (enkelzijdige) spleet is (meestal links), zien we vaak dat de kaakboog een 'stap' vertoont. Zou die er blijven dan mogen we verwachten dat die stap later ook in de tandenrij is terug te vinden. Gelukkig blijft die stap meestal voor een groot deel vanzelf te verdwijnen na operatieve sluiting van de lipspleet door de plastisch chirurg.

Is er ook een gehemeltespleet dan zien we hetzelfde gebeuren. Ook een wijde enkelzijdige spleet verdwijnt meestal vanzelf na de operatieve sluiting van de lipspleet.

Wanneer er links en rechts een spleet is, dan wordt de zaak ingewikkelder. Vooral als dan ook het gehemelte is gespleten kan het voorkomen dat het kaakdeel tussen beide spleten (het tussenkaakje dat dan alleen aan het neustussenschot vastzit) meer of minder ver naar voren staat. De zijdelingse delen van de bovenkaak missen



Drie voorbeelden van bovenkaaksmodellen.

dan hun steun en kunnen te dicht bij elkaar komen te staan. Het is in dergelijke gevallen niet te verwachten dat er vanzelf een goede vorm van de bovenkaak ontstaat, omdat het tussenkaakje niet tussen de zijdelingse kaakdelen past. Gewoonlijk wordt dan met een z.g. expansie-apparaatje gepoogd de zijdelingse delen van de bovenkaak weer uit elkaar te duwen. Is dit voldoende gelukt, dan worden de spleten in de bovenlip door de plastisch chirurg gesloten. Daardoor wordt dan het tussenkaakje terug, tussen de voorste delen van de zijdelingse kaakdelen, geduwd.

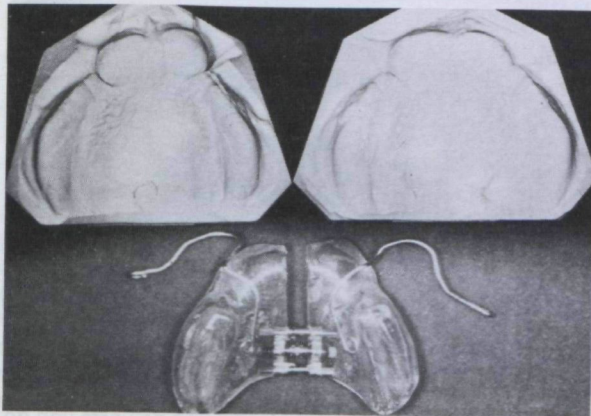
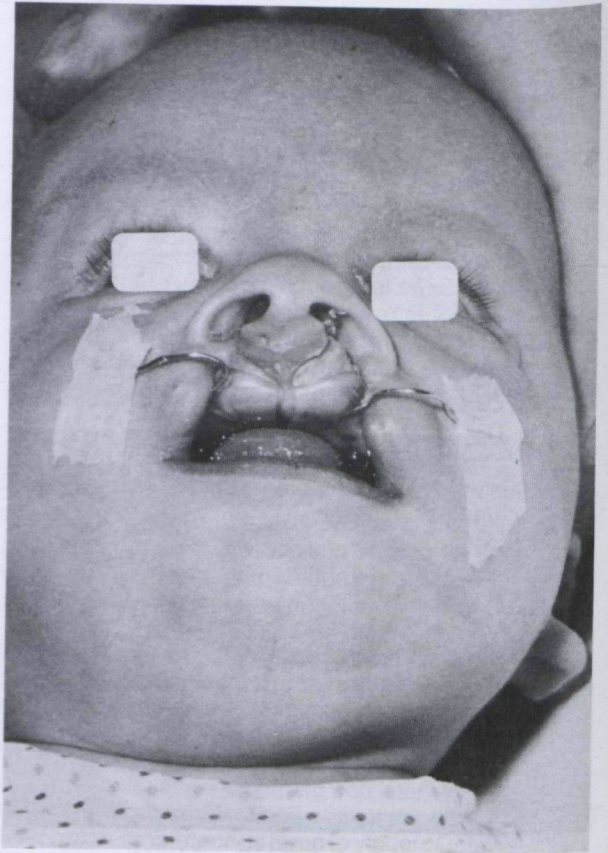
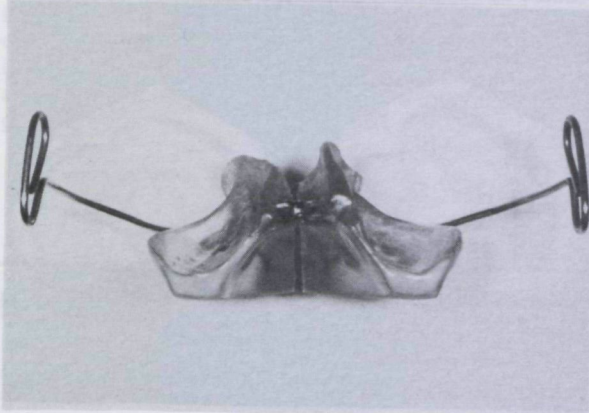
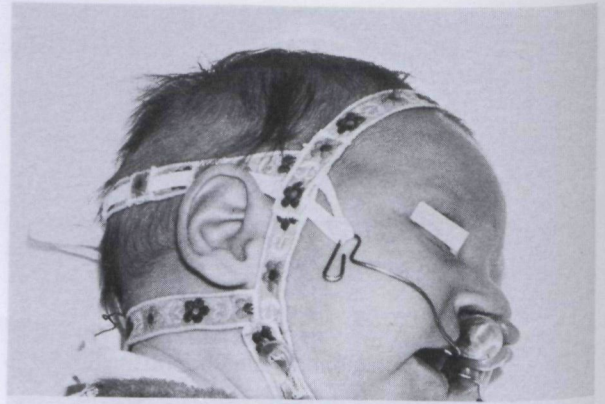
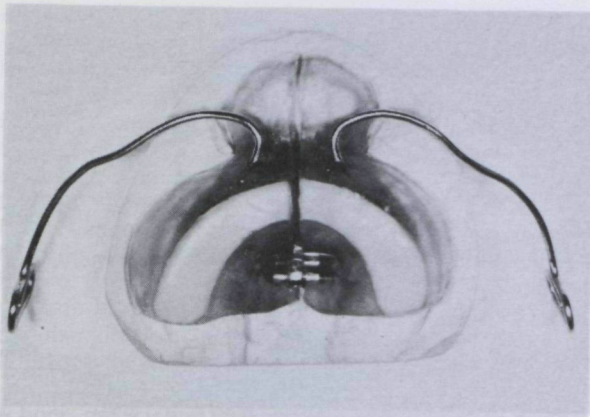
Twee voorbeelden van verbetering van de vorm van de bovenkaak.

Links: voor de operatieve sluiting van de lipspleet.

Rechts: zeven maanden later.

Geheel onder: mondfoto op 5 jarige leeftijd.

Het expansie-apparaatje waarmee het verbreden van de bovenkaak gebeurt, is een kunsthars plaatje dat tegen de bovenkaak ligt. Aan de zijanten zitten er walle-tjes op waar het kind (ook in rust) op bijt, zodat het goed op zijn plaats blijft. Er zijn n.l. nog geen tanden of kiezen doorgebroken waar we houvast voor het beugeltje aan



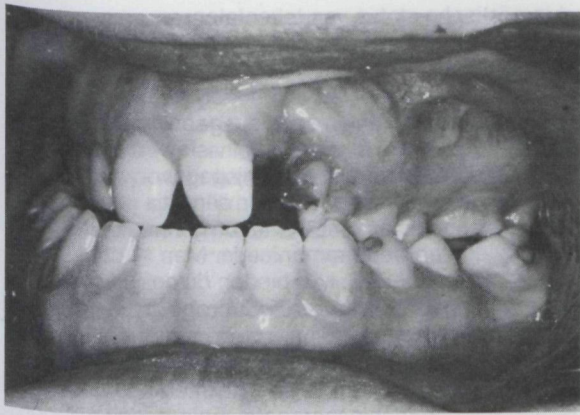
Boven: voorbeelden van kaakorthopedische apparaatjes. Onder: een behandelingsresultaat. (links: voor behandeling, rechts: na 6 maanden) Het gebruikte apparaatje.

Twee baby's met een 'beugeltje'.

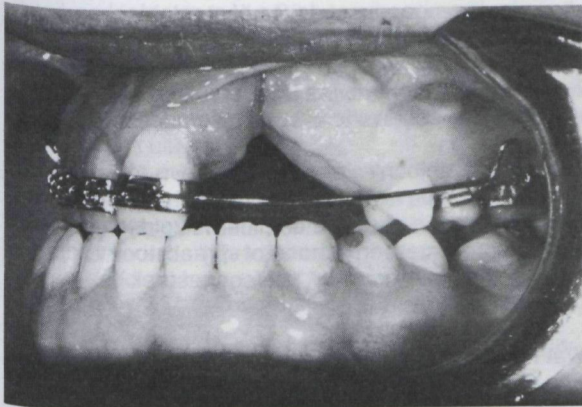
kunnen vinden. Verder zitten er een paar draden aan welke buiten de mond aan een z.g. hoofdkapje zijn bevestigd. Het plaatje is doormidden gezaagd (van voor naar achter) en de beide helften worden bij elkaar gehouden met een dwars geplaatste schroef. Die schroef wordt langzaam uitgedraaid, waardoor druk op de sa-

menggevallen zijdelingse kaakdelen wordt uitgeoefend. Dit uitdraaien kan meestal door de ouders thuis worden gedaan. We proberen voldoende verbredening te krijgen vóórdat op drie maanden de lipspletten operatief worden gesloten.

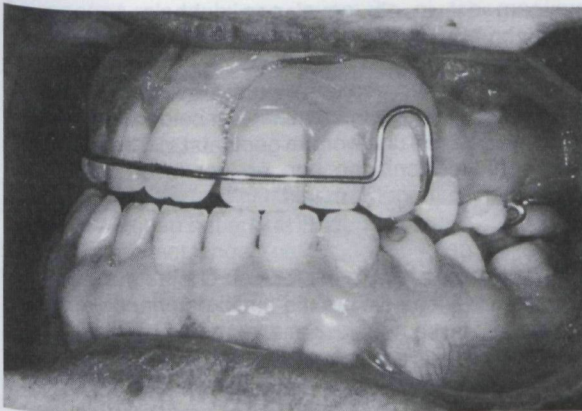
Nadat een zo goed mogelijke vorm van de bovenkaak is verkregen, gebeurt er een tijdlang niets. Wel wordt de ontwikkeling van kaken en gebit vervolgd en vastgelegd.



Voorbeeld van gecombineerde orthodontische en prothetische behandeling. Situatie voor behandeling.



Situatie aan het einde van de orthodontische behandeling.



De prothetische aanvulling.

Wanneer dan de melktanden beginnen door te breken, blijkt dat er meestal nog wel meer dan alleen een spleet is. In de buurt van de spleet kunnen te veel of te weinig, te grote of te kleine, gedraaide of scheefstaande tandjes

verschijnen. Meestal heeft het geen zin hier al wat aan te doen, omdat bij het wisselen (wat omstreeks het zesde levensjaar begint) blijkt dat de blijvende tanden ook weer allerlei afwijkingen in vorm, stand en aantal vertonen. Wel worden mondhygiëne en gebitstoestand in de 'gaten' gehouden en zonedig verbeterd.

Wanneer voldoende blijvende tanden en kiezen zijn doorgebroken, kan over een orthodontische behandeling (beugelbehandeling, gebitsregulatie) worden gedacht. Meestal is het kind dan een jaar of twaalf-dertien.

Vaak is deze orthodontische behandeling moeilijk, langdurig en ingewikkeld. Daarom kan zo'n behandeling alleen een goed gevolg hebben als het gebit in een goede conditie verkeert. Het is ook om die reden erg belangrijk al op jonge leeftijd met een goede gebitsreiniging te beginnen en fluoride tabletjes te geven.

De orthodontische behandeling varieert van geval tot geval; U ziet er één voorbeeld van op de foto's.

Het probleem bij die behandelingen is vaak dat er een spleet is in het bot van de kaak, zodat daar geen tand in kan worden geplaatst. Soms wordt dan de botspleet operatief opgevuld met bot elders uit het lichaam (bot-transplantaat).

Een ander probleem is dat er nogal eens een tand in de buurt van de spleet ontbreekt of geen goede vorm heeft. Wat er dan moet gebeuren, hangt af van de kwaliteit van zo'n vervormde tandkroon, en van het overige gebit. Soms is het voldoende de betreffende tand van een kroon te voorzien. In andere gevallen, bijvoorbeeld wanneer een tand niet kan worden behouden of ontbreekt, zal een brug of gedeeltelijke prothese uitkomst moeten brengen. En dat niet alleen ten behoeve van het esthetisch aspect, maar zeker ook voor het bevorderen van de spraakmogelijkheden.

(vervolg van blz. 112)

Als het de bedoeling is, dat een verhaaltje voor kinderen levendig en spannend wordt door gebruik te maken van ondersteunende gebaren, dan is deze opzet in 'Ik ben jarig' volkomen mislukt. Het is een saaie opsomming van wat er achtereenvolgens gebeurt.

Het spelletje 'snoep verstoppen' verloopt niet volgens de werkelijkheid. Kinderen aanvaarden de regels van een spel: de vinder krijgt het zakje snoep. Hier ontstaat een ruzie, die vanzelf wordt opgelost als moeder binnenkomt met een taart. Het zakje snoep verdwijnt in het niets!

Er is geen spanning, geen humor, geen sfeer in de tekst. Ook voor jonge dove kinderen is het mogelijk in eenvoudige taal een goed verhaal te schrijven. Dat is gebleken in verscheidene fijne boeken, waar dove kinderen van kunnen genieten.

Mijns inziens hoort: 'Ik ben jarig' daar niet bij.

april 1984

B.G. Hofman, lid van de redactie

Woordje vooraf

Een ieder, die een klein beetje bekend is met het onderwijs aan doven in Nederland, weet hoe hecht het vakgebied der logopedie is verbonden aan deze vorm van onderwijs.

Een beschouwing over het karakter van deze verbondenheid door de optiek van de gemiddelde dovenleerkracht levert veelal een beeld op dat zich uitsluitend beperkt tot het facet articulatie en de daarbij toegepaste technieken. Het vakgebied der logopedie evenwel beslaat een groter terrein, zeker tegenwoordig.

Een illustratie van dit gegeven vond ik onder meer bij de redactionele openingsopmerking in L&F van april '84: 'De logopedist heeft van oudsher de taak om bij mensen met een handicap *de communicatie op gang te brengen en te onderhouden.*'

Het raakvlak met het onderwijs aan doven is, wanneer we ons dit laatste ter harte nemen, groter dan vaak wordt verondersteld. Toen ik de inhoudsopgave van deze aprilaflevering, een themanummer over communicatiehulpmiddelen, doorlas, werd ik hierin nog eens bevestigd. Alleen al uit de elf daarin opgesomde artikelen dacht ik er vier te kunnen aanwijzen die mogelijk interessante informatie bevatten voor ons gebied.

1. K. Hendrickx en B. Timmermans, 'Totale Communicatie'

Vertrekpunt

'De meeste mensen hanteren taal als voornaamste vorm van communicatie. Sommige gehandicapte mensen echter kunnen de taal slechts gedeeltelijk of helemaal niet benutten. Deze hebben echter nochtans *onverminderd het recht* om zich uit te drukken.'

Communicatie

In de benadering van 'communicatie' onderscheiden de schrijvers het *formeel-linguïstische* en het *pragmatische aspect*. Het onderscheiden van deze aspecten vormt een deel van de basis waarop Totale Communicatie rust.

Totale Communicatie

Bij T.C. staat dan centraal:

- Het gebruik van verschillende symbolsystemen en communicatiekanalen bij het aanleren van taal.
- Het sociaal interactieproces.

Verder wordt T.C. onderbouwd door argumenten uit:

- Taalverwerving

- Linguïstische status van tekentalen
- Onvrede met de zuiver orale methode (dovenonderwijs)

Ter illustratie van het een en ander gaan de schrijvers te rade bij Verpoorten, die in '82 zijn visie vanuit de 'mentaalgehandicaptenzorg' heeft prijsgegeven. Voorts zetten Hendrickx en Timmermans op een rijtje hoe men hier tot een behandelingsaanpak van de gehandicapte komt ten aanzien van de communicatie. Men houdt zich de mogelijkheden die T.C. kan bieden duidelijk voor ogen. Aldus wordt het doel van een T.C.-programma gezien in:

- Een optimale ontwikkeling van de communicatievaardigheid bij deze gehandicapten *en* hun omgeving.
- Het optimaliseren van de sociale interactieprocessen die aan het communicatieproces ten grondslag liggen.

Besluit

De schrijvers besluiten met de opmerking dat T.C. niet alleen in de omgang met doven of mentaalgehandicapten veel voordelen biedt.

2. In hetzelfde nummer verscheen uit de pen van P.H. van der Veen een stukje over *de teksttelefoon*.

Wat is teksttelefoon?

'De teksttelefoon is een communicatiehulpmiddel, door de P.T.T. als een *open* systeem ontwikkeld ten behoeve van personen met een gehoor- of spraakstoornis die niet in staat zijn een normaal telefoongesprek te voeren.' (door die stoornis dus)

Wat is hier een open systeem? (red.)

Een open systeem zou je hier kunnen definiëren als een systeem dat niet de eis van tweezijdige aanpassing stelt. De apparatuur, die de communicatiepartners hanteren, behoeft maar aan één kant van de lijn te worden aangepast. Het open systeem staat tegenover het gesloten systeem dat in elk geval een dubbele aanpassing voorschrijft.

Als voorbeeld van een gesloten systeem wil ik de proef met de schrifttelefoon noemen. Aan beide zijden van de lijn moet dan een unit worden geplaatst, die het schrijven met een elektronische pen en het lezen vanaf een beeldscherm mogelijk maakt.

Mogelijkheden

Met de teksttelefoon is telefonisch contact mogelijk:

- tussen mensen die ernstig auditief gehandicapt zijn,
- tussen ernstig auditief gehandicapten en horenden,
- met iemand die niet verstaanbaar kan spreken.

3. M. Fransen en C. Pattje, *Communicatietherapie*

'In dit artikel wordt gesproken over het gebruik van non-verbale communicatiemiddelen bij jonge kinderen met ontwikkelingsstoornissen op neurologische basis.'

Communicatie

'Communicatie is een sociaal, relationeel, interactieproces dat plaatsvindt binnen een bepaalde context.' 'Ten-

minste twee personen nemen eraan deel, zij beïnvloeden elkaar.'

Communicatie bij genoemde kinderen

Deze kinderen met een neurologische ontwikkelingsstoornis vertonen een communicatiegedrag dat zowel in verbaal als non-verbaal opzicht beperkt te noemen is. De beperkte mogelijkheden geven vaak aanleiding tot een verkeerde interpretatie van dat wat binnen de communicatie aan de orde wordt gesteld.

Het Non-Verbale Communicatiemiddel (nvc)

'In Nederland kennen we een aantal non-verbale communicatiemiddelen als alternatief voor de spraak- en taalontwikkeling.'

Ik kan me voorstellen dat u bij het lezen van deze aangehaalde tekst ergens een vraagteken voelt opkomen. Hoe kan een middel worden beschouwd als alternatief voor iets dat we in de regel zien als *het doel?*, - de ontwikkeling van spraak en taal! - Dit kan alleen wanneer we de ontwikkeling van spraak en taal eveneens opnemen in de rij van middelen. Spraak- en taalontwikkeling zult u dan moeten zien als middel dat leidt naar het alomvattende doel: *Communicatie*. De schrijfsters van dit artikel gaan hiervan uit.

Handig is het overzicht van nvc's aan het slot van het artikel. De genoemde nvc's zijn mij niet allemaal bekend. Ik denk dat enig verbaal communiceren met de schrijfsters veel onduidelijkheid omtrent de verschillende nvc's uit de wereld zal helpen.

4. M. de Keizer en M. Leseman, *Het gebruik van vingerspelling bij ernstig spraakgestoorde kinderen*

Het gaat om kinderen:

- met een lichamelijke handicap, variërend van opvallend onhandig zijn tot het bijna volledig afhankelijk zijn van hulpmiddelen,
- met altijd een ernstige spraak-taalverwervingsstoornis, waardoor kind en omgeving niet of bijna niet met elkaar via gesproken taal in contact kunnen komen,
- met vaak een hoorstoornis,
- bij wie vaak ook het planmatig handelen is gestoord op basis van dyspraxie.

Vingerspelling

De schrijvers van het artikel vinden het belangrijk om zo jong mogelijk met vingerspelling en schrift te beginnen, d.w.z. zodra er bij het kind via imitatie belangstelling is te wekken voor symbolen.

De koppeling van visuele beelden aan tactiele waarneming blijkt voor hun kinderen vaak voorwaarde en soms een extra steun bij de opbouw, de opslag en de reproductie van taal in het algemeen en de woordenschat in het bijzonder.

Negatieve kanten aan het gebruik van vingerspelling (red.)

Naast alle positieve kanten aan het gebruik, zijn er ook nadelen te noemen. Het tempo ligt laag, te laag bij de gemiddelde begeleider-gebruiker. Uit de praktijk blijkt

dat het aflezen van de hand problemen oplevert, vooral wanneer het vormingstempo door oefening bij de leerspelling toeneemt. Het spreekritme valt weg wanneer vingerspelling en spraak parallel wordt gebruikt. De motivatie bij de ontvangende partij zal gehandhaafd moeten blijven. Vooral bij ouders en familieleden kan dit tot problemen leiden.

De inhoud van het mei-nummer is door mw. J. Everwijn reeds aangekondigd in de vorige aflevering van dit tijdschrift op blz. 85.

juli/augustus 1984

Joline Everwijn, lid van de redactie

1. De Ziekte van Parkinson en logopedie: C. van Essen-Camper.

De afwijkende spraak van patiënten met de ziekte van Parkinson wordt besproken aan de hand van de volgende symptomen: ademhaling, fonatie, articulatie, tempo en ritme, resonantie en primaire mondmotoriek. De communicatieproblemen die kunnen ontstaan worden besproken en suggesties voor therapie gegeven.

2. Gesprekstechniek in de logopedie: M. van Niemewegen.

In dit artikel wordt een kort overzicht gegeven van een aantal artikels over het onderwerp therapeutische houding en gespreksvaardigheden van de laatste 55 jaar. De discussie 'aangeboren geschiktheid' of 'aan te leren vaardigheid' bij de therapeut speelt in die bespreking een rol. De laatste 40 jaar wordt steeds meer de keuze duidelijk voor een empathische benadering die gebaseerd is op de eigen verantwoordelijkheid en deskundigheid van de patiënt.

In het vervolg van het artikel worden twee gespreksmodellen besproken die in de diagnostische fase van het contact met de patiënt gebruikt kunnen worden; te weten: het diagnostisch-recept model dat meer directief, gestructureerd is en de logopedist als deskundige ziet en het participatiemodel dat minder directief en gestructureerd is en waarbij de patiënt met z'n gevoelens meedenkt om tot oplossingen te komen. De schrijfster kiest voor het participatiemodel, hoewel ze beseft dat deze benadering hoge eisen stelt aan de logopedist en dat daarbij 'aangeboren geschiktheid' zeker aangevuld moet worden met kennis, inzicht en vaardigheden.

3. Logopedie in Mozambique: C. Evenhuis

Dit is een levendig verslag van het dagelijks werk van een logopediste op een dovenschool in Mozambique. Deze school wordt bezocht door slechthorende en dove kinderen van 4 tot 14 jaar. Wij met onze optimale werksituaties op onze scholen kunnen ons waarschijnlijk moeilijk voorstellen dat men nog met zo weinig middelen kan werken! De schrijfster vraagt ook suggesties. Dus... wie durft?

4. Klanken zijn niet hetzelfde als letters; een programma fonetiek: M.J.L. Patoir - van Herwijnen.

Een programma fonetiek, bedoeld voor jonge kinderen op de I.o.m.-school. In het besproken programma staat de auditieve en articulatorische functie centraal; het horen en zelf toepassen van kleine klanknuanceringen. Er wordt een overzicht gegeven van 10 fasen volgens welke men werkt. Zien, horen en voelen worden ingeschakeld bij het aanleren van klanken en letters. Uitgebreide literatuuropgave wordt vermeld en een overzicht van gebruikte hulpmiddelen wordt gegeven. Dit is een artikel dat niet alleen voor de logopedisten in ons onderwijs maar ook voor de leerkrachten veel bruikbare informatie geeft.

september 1984

B.G. Hofman, lid van de redactie

1. Neurologisch bepaalde voedingsmoeilijkheden; primair mondfunctieonderzoek: P.J.M. Helders, kinderfysiotherapeut te Utrecht.

Kinderen bij wie zich voedingsproblemen voordoen dienen, wanneer bij een algemeen pediatrisch onderzoek geen verklaring voor de problemen wordt gevonden, een prelogopedisch of primair mondfunctieonderzoek te ondergaan.

Een onderzoek van de mondfuncties mag niet als iets opzichzelf staand gezien worden. Een en ander is zo afhankelijk van en verbonden met de motorische ontwikkeling in z'n geheel, dat deze zowel bij het spreken over als bij het onderzoek van de primaire mondfuncties niet uit het oog mag worden verloren. In de loop van de bespreking der 'gevallen' Mariska en Sebastiaan noemt Helders de behandelingsconcepten van Mueller die hier, door hun toepassing, hebben geleid tot tevredenstellende resultaten.

Verder geeft Helders in dit artikel een duidelijk overzicht van de ontwikkelingsaspecten die je kunt onderscheiden bij het bestuderen van de primaire mondfuncties. Aansluitend staat hij stil bij de afwijkingen die zich tijdens de ontwikkeling van die functies kunnen voordoen.

Met Boelema-da Costa als ruggesteun verklaart Helders o.m.: 'Logopedische vaardigheden, dus bijvoorbeeld spreken, kunnen zich niet ontwikkelen als de prelogopedische fase gestoord is'.

2. Meten van therapieresultaat; herstel in communicatie bij afasie: E. Kleiterp-Nijkamp en A. Ruigrok-van Loen. Dit artikel is een bewerking van een scriptie in het kader van het eindexamen aan de opleiding Logopedie-Akademie te Utrecht, mei 1981. Aan de hand van verslagen over logopedische behandeling van zes afasiepatiënten wordt een inventarisatie samengesteld. Naast factoren, die van invloed kunnen zijn op het verloop naar herstel van de communicatie, brengen de schrijfsters de veranderingen in communicatiemodaliteiten naar voren. Uit een en ander blijkt dat de faktor tijd van groot belang is op

de weg naar herstel. De grootste vooruitgang geeft het receptief taalvermogen te zien.

Omdat er tot nu toe relatief weinig bekend is over het resultaat van de logopedische behandeling bij afasie, is het naar de mening van de schrijfsters uitermate zinvol te werken aan een testbatterij, die per periode bij iedere afasiepatiënt zou kunnen worden afgenomen om de ontwikkeling in communicatiemogelijkheden vast te leggen. Ze besluiten met een aantal suggesties in deze richting.

3. Thema van Nederlandse Stichting voor Gelaryngectomeerden; begeleiding van gelaryngectomeerde en partner: F.C.C. Teunissen, logopedist te Heemskerk.

Een artikel dat de moeite waard is te worden gelezen. In de redactionele opmerking van L&F (09-'84) kreeg het een handleiding mee. 'U dient dit te lezen als een verslag van meningen van de leden van regionale kringen over de geboden opvang'. Mede daarom wil ik dit artikel onder de aandacht brengen van hen die zich, beroepshalve dan wel uit louter belangstelling, verbonden gevoelen met de sector Sociaal-Maatschappelijk Werk.

Teunissen weet de problematiek rond de mens die zich met laryngectomie geconfronteerd ziet, duidelijk fase voor fase bij u in te leiden. Op een evenwichtige en relativerende manier stelt hij negatieve ervaringen van patiënten en direct betrokkenen tegenover positieve. Tussen de regels door brengt hij hulpverleners bij op welke terreinen ze tekort kunnen schieten; dit zowel in gemis aan inzet en begrip als in overijverig handelen. Hij pleit hier voor subtiliteit en invoelend vermogen.

4. Tenslotte wil ik uw aandacht vragen voor de boekbespreking in deze L&F.

E.G.C. Blom-Aulman bespreekt 'Sprakmoeilijkheden bij kinderen' door I. Stengel, Intro Nijkerk 1983.

M. van Wijmen bespreekt 'Gebarentaal voor ontwikkelingsgestoorden' door P. Duker, Lemniscaat Rotterdam 1983.

J.H. Kuiper bespreekt 'Wat openbaart uw stem' door E. Bierens de Haan-Keuls, Ankh - Hermes Deventer 1984. Het onderwerp: Fonosofie.

oktober 1984

Joline Everwijn, lid van de redactie

1. Afasiebehandeling in Nederland: B.G. Deelman, E.J. Butter.

Een kort artikel dat verslag doet van een enquête vanuit de Stichting Afasie Nederland onder 117 afasietherapeuten.

Werksetting van de logopedisten, diagnostiek en indicatiestelling, therapie en begeleiding en rol van multidisciplinair overleg werden nagevraagd.

Ook werd geïnformeerd naar hoe en met welke frequentie therapie werd geëvalueerd, of er voorlichting over afasie werd gegeven. Tenslotte werden wensen geïnventariseerd.

Dit artikel is informatief voor hen die geïnteresseerd zijn in de organisatie van hulpverlening aan afasiepatiënten.

2. Lichtvlek-aanwijzer voor gebruikers van communicatieborden: J. Goezinne.

Er is een kleine lichte lichtvlek-aanwijzer ontwikkeld voor mensen die communiceren m.b.v. een letter- of symbolenbord en die niet de beschikking hebben over hun handen. Het gebruik van het apparaatje wordt besproken. Instellingen of personen die het denken te kunnen gebruiken kunnen contact opnemen met de stichting OSKAR, p/a Laboratorium voor Werktuigkundige Meet- en Regeltechniek, Technische Hogeschool, Delft.

3. Velopharyngeale diagnostiek anno 1984: R.W. Kupka. Bij iemand met een lip-, kaak- en/of gehemeltepleet kunnen verschillende soorten spraakstoornissen optreden. Open neusspraak is een veelvoorkomend probleem. Het vindt zijn oorzaak in het onvermogen om tijdens het spreken d.m.v. het weke gehemelte een adequate afsluiting te maken tussen de twee akoestische ruimten (oropharynx en nasopharynx). Deze afwijking wordt 'velopharyngeale insufficiëntie (VPI)' genoemd.

In het artikel wordt besproken hoe diagnostiek van VPI wordt uitgevoerd. Men onderscheidt daarbij directe en indirecte methodes. De directe methode maakt de velopharyngeale structuren zelf zichtbaar en soms ook de bewegingen ervan. De indirecte methoden registreren de gevolgen van een insufficiënt sluitingsmechanisme. Na een bespreking van literatuurgegevens over bruikbaarheid, voor- en nadelen van verschillende methodes geeft de auteur een overzicht van in Nederland gebruikte methodes. Een ideale methode bestaat er volgens de schizisteams niet. Men is vooral vertrouwd met: onderzoek door logopedist en foniater, de inspectie van neus en keelholte en het vaststellen van ontsnappende neuslucht d.m.v. de spiegeltest. Alleen op indicatie past men de duurdere beeldvormende technieken toe.

Dit artikel is wel technisch maar wellicht informatief voor logopedisten.

Themanummer Knipselkrant Orthopedagogiek

In de maand november is andermaal een themanummer uitgekomen van de Knipselkrant voor Orthopedagogiek. Redactie: Hans Knot en Wim Sijbring. Deze krant is geheel gewijd aan het thema minderheidsgroeperingen. Hij is te bestellen door f 5,- te storten op gironummer 826171 t.n.v. Rijksuniversiteit Groningen onder vermelding van 'Themanummer Minderheidsgroeperingen kpl. 999206'.

Uit buitenlandse tijdschriften

G. Hak, lid van de redactie

1. *Die Sonderschule* nr. 4/84

- Het moedertaalprincipe in de school voor gehoorgestoorden. Benadrukt wordt de sociale functie van de taal en als zodanig het belang van de taal voor de ontwikkeling van de 'socialistische persoonlijkheid'.
- Heemkunde in de blindenschool.

2. *Hörgeschädigte Kinder* derde kwartaal 1984

- Van Dijk, Speth en van den Hoven: niet alle dove kinderen kunnen goed leren spreken. Een zeer instructief artikel over de opvoeding van m.g.-kinderen.
- De noodzaak en het gebruik van hoortoestellen en andere technische hulpmiddelen gezien vanuit een pedagogisch standpunt. Löwe is verontrust over het slechte gebruik van technische hulpmiddelen in scholen voor slechthorenden in Duitsland.
- Bestrijding van rode hond.

3. *The journal of B.A.T.O.D. (U.K.)* juli 1984

- Taalmogelijkheden van gehoorgestoorden, deel II: visie vanuit het structuralisme. Nieuwe mogelijkheden om met name de taalproductie van doven te categoriseren en te interpreteren op 'diepte-kenmerken'.

4. *The journal of B.A.T.O.D. (U.K.)* september 1984

- De opvoeding van gehoorgestoorde leerlingen in reguliere scholen: integratie of pseudo-aanpassing? De meningen van de 'anti-integrationists' worden getoetst. Argumenten van de tegenstanders van integratie:
 1. Integratie is geen doel van de opvoeding.
 2. Integratie betekent een ontkenning van de waarde van de dove 'subcultuur'.
 3. Doofheid kan door integratie niet genezen worden.
 4. Doven kunnen hun taal niet verwerven in het eerste milieu (de meeste ouders zijn horend).

Daar wordt tegenover geplaatst:

1. Is dit de mening van de meeste doven?
2. Kan in reguliere scholen ook niet op adequate wijze op de behoeften van doven worden ingegaan?
3. Kiezen voor een dove 'subcultuur' is iets anders dan gedwongen zijn tot deze 'subcultuur' te behoren.

Ik vrees dat in beide standpunten emotie en ratio vaak worden verward en dat er op generaliserende wijze wordt geoordeeld, voorbijgaande aan het dove individu.

- Taal en interactie in de opvoeding van gehoorgestoorde kinderen. Middels Flanders' interaction analysis wordt de taal geobserveerd en gecategoriseerd. Een van de resultaten: het taalniveau (zowel kwalitatief als kwantitatief) in speciale scholen is veel lager dan in reguliere scholen waar zich gehoorgestoorde leerlingen bevinden. Uiteraard zit hierin de variabele: T.C. of oraal.

Pendeldienst

Dr. P. Kuyper, audioloog, Amsterdam
en **Dr. ir. F. Coninx**, audioloog, Sint-Michielsgestel

In het maartnummer van dit jaar publiceerde Dr. P. Kuyper een artikel *Stellingen en normen van een audioloog*. Daarop reageerde Dr. ir. F. Coninx met een artikel in het juninummer *Reactie op 'Stellingen en normen van een audioloog'*.

Hieronder volgt een weerwoord van Dr. P. Kuyper en de reactie van Dr. F. Coninx hierop. Het woord is eerst aan Dr. P. Kuyper.

Over christelijke en maatschappelijke deugden wil ik met dr. Coninx niet in discussie gaan. Daarover hebben wij verschillende inzichten en het is goed, dat er in Nederland verschillende inzichten gevolgd kunnen worden. Maar over de audiologie is een grotere mate van overeenstemming mogelijk. En wie de moeite neemt om zowel het artikel van dr. Coninx als dat van mij uit het maart-nummer van Van Horen Zeggen te lezen, zal ontdekken dat wij, hoewel we het accent anders leggen, het eigenlijk op de meeste plaatsen wel eens zijn. Er is één uitzondering, daar heeft dr. Coninx terecht op gewezen, en dat is mijn stelling 1a:

Het toonaudiogram zegt niets over het akoestisch onderscheidingsvermogen.

Deze stelling, merkt Coninx terecht op, is onjuist, lees mijn artikel. Het is jammer dat je deze stelling vaak hoort. Het eerste ben ik met hem eens, het tweede niet. Ik zal proberen dat uit te leggen.

Er is een statistisch verband tussen het toondrempelaudiogram en het akoestisch onderscheidingsvermogen, dat staat duidelijk in het artikel van Coninx, maar ik wil er wel op wijzen, dat er hier sprake is van een *statistisch* verband: Men kan uitspraken doen, die in 95% van de gevallen juist zijn. Maar wat zou u zeggen, als u bij de chirurg kwam en die zei: nou, dat wil ik graag opereren, dat gaat in 95% van de gevallen goed. U zult uw geneesheer erop wijzen, dat 95% goedgaan voor u toch nog te weinig is, dat u graag zekerheid zou willen hebben. Dat is wat ik bedoelde met mijn stelling. Die behoort dan ook te luiden:

Het toonaudiogram zegt niets *met zekerheid* over het akoestisch onderscheidingsvermogen.

Deze stelling is juist, evenals de stelling zoals dr. Coninx hem waarschijnlijk zou formuleren:

Het toonaudiogram zegt veel in statistische zin over het akoestisch onderscheidingsvermogen.

Nu komt de tweede kwestie. Dr. Coninx betreurt dat er mensen zijn, die erop wijzen dat het toonaudiogram geen zekerheid geeft. Ik ben er juist blij om. Dat komt waarschijnlijk omdat ik vaak meegemaakt heb dat mensen ten onrechte zekerheid probeerden te halen uit het toonaudiogram.

Overigens komt dat niet alleen voor bij het onderzoek van kinderen, hoewel het daar inderdaad het belangrijkste is. Ook bij de hoortoestelaanpassing van volwassen vindt men dit misverstand vaak. Er zijn legio hoorapparatenhandelaren, aanpassers en andere mensen die ervan overtuigd zijn, dat als men de toonaudiogram van iemand kent, dat men dan ook weet welk hoortoestel erop past. Ook hier gaat het om een statistische zekerheid, je kunt dan wel in 90% van de gevallen goed tasten, het is alleen erg vervelend voor die 10% voor wie de regel nu juist niet opgaat.

Naar alle waarschijnlijkheid heeft dr. Coninx juist een andere ervaring: mensen die geen toonaudiogrammen meer willen maken omdat die toch geen zekerheid geven. Dat is iets wat ik zeker niet wil propageren, maar wel wil ik graag zeggen, en ik neem aan dat Coninx het daarin helemaal met mij eens is: mensen, let niet alléén op het toonaudiogram.

Overigens ben ik dr. Coninx dankbaar dat hij mij in staat gesteld heeft een zes jaar oude stelling weer helemaal aktueel te maken.

Wellicht is het nog goed erop te wijzen, dat de scheidslijn van 90 dB die Coninx en ik gebruiken, slaat op de perceptieve drempel voor zuivere tonen. Wanneer een kind een perceptieve drempelverschuiving heeft van slechts 70 dB en daarbovenop nog een 40 dB geleidingscomponent, dan heeft het een drempel op 110 dB HL doch is het waarschijnlijk beter dat het naar de school voor slechthorenden gaat.

Hierop reageert Dr. ir. F. Coninx als volgt:

Laat ik om te beginnen diegenen gerust stellen bij wie uit deze schriftelijke polemiek de gedachte is opgekomen dat de kontakten tussen dhr. Kuyper en ondergetekende alleen maar schriftelijk via 'Van Horen Zeggen' zouden verlopen. Zo nu en dan ontmoeten wij elkaar, en is er wel degelijk sprake van Zeggen en Horen. De orale component in onze communicatie komt toch wel aan bod! Alhoewel ik het grotendeels eens ben met de reactie van dhr. Kuyper stel ik het op prijs toch enige afsluitende opmerkingen daaraan toe te mogen voegen. Allereerst ben ik verheugd te mogen constateren dat dhr. Kuyper zijn stelling heeft aangepast tot 'het toonaudiogram zegt niets *met zekerheid* over het akoestisch onderscheidingsvermogen'. Dit mede naar aanleiding van mijn kritiek op het feit dat de oorspronkelijke formulering ('...zegt niets...') te extreem en dus onjuist was. Maar dhr. Kuyper interpreteert de toevoeging 'met zekerheid' naar mijn gevoel opnieuw te extreem. Zijn voorbeeld van de 95% kans op slagen van een medische ingreep vind ik ongelukkig en onduidelijk. Als er levensgevaar van de patiënt bestaat voor en/of na de operatie gaat de vergelijking zeker niet meer op. In alle andere gevallen mag ik erop wijzen dat zeer veel operatieve ingrepen

uitgevoerd worden, terwijl er geen zekerheid (geen 100%, zelfs niet bij benadering) over het resultaat bestaat.

Wat het auditief onderscheidingsvermogen betreft geeft ook een spraakaudiogram geen 100% zekerheid. Geen enkele test geeft een volledig zekere diagnose. Daarom heb ik in mijn reactie op de stelling van dhr. Kuyper erop gewezen dat 'een toelatingskommissie van een school zeker ook begeleidingskommissie is'. Niet de testresultaten maar het daadwerkelijk functioneren van het gehorgestoorde kind in en buiten de schoolklas is uiteindelijk bepalend.

Nogmaals wil ik er de nadruk op leggen dat het toon-drempelaudiogram zeer waardevol is. Heeft een driejarig kind een gehoorverlies van 120 dB (Fletcher Index), dan is het zo goed als zeker dat er geen sprake zal zijn van auditieve diskriminatie op segmentaal nivo (fonemen). Alleen bij aanwezigheid van grote geleidingsverliezen, moet hier toch een slag om de arm gehouden worden. En wat ik hiermee wil aangeven is, dat het volstrekt onjuist is om geen onderscheid te maken tussen een driejarig kind met een Fletcher Index van 80 dB (of eventueel minder) en 120 dB. Een kind met 120 dB gehoorverlies dient dan ook niet op een slechthorendenschool geplaatst te worden.

Het is op zo'n moment evenzo onjuist om ouders in de veronderstelling te laten dat hun kind slechthorend zou zijn, en dat het zich zou kunnen ontwikkelen zoals het gemiddelde slechthorende kind. Ouders hebben er recht op om al op dat moment volledig geïnformeerd te worden. Vaak genoeg heb ik ouders gesproken die meer geleden hadden onder het feit dat de werkelijke diagnose te zeer in kleine brokjes aan hen werd meegedeeld. Bij elk bezoek aan het Audiologisch Centrum bleek het erger te zijn. Of dat het kind na enige tijd 'proberen' op de slechthorendenschool toch naar de dovenschool moest. De diagnose 'doofheid' dient niet verborgen te worden voor de ouders, niet in de audiologische betekenis, noch in de konsekventies naar de beste schoolkeuze. En bij een goede voorlichting over de diagnose 'doofheid' hoort zeker ook de vermelding dat er een kleine kans is dat het kan meevallen.

Tot slot nog het volgende.

Dhr. Kuyper stelt in zijn reactie: 'Dr. Coninx betreurt dat er mensen zijn, die erop wijzen dat het toonaudiogram geen zekerheid geeft.' Deze konstatering is onjuist. Noch in mijn artikel 'Hoe slechthorend is doof?', noch in mijn reactie op Kuyper's stellingen zal men deze konstatering aantreffen. Niet expliciet en evenmin impliciet.

Als dhr. Kuyper mijn reactie goed zou lezen, mag hij daaruit konkluderen dat ik het betreurt dat er mensen zijn die aan het toonaudiogram geen enkele waarde toekennen, en dan ook niet aarzelen om kinderen met 130 dB gehoorverlies naar een slechthorendenschool te verwijzen en ouders in de waan te laten dat hun kind slechthorend is. Dat betreurt ik nog steeds.

Ik mag evenwel konstateren dat dhr. Kuyper in ieder geval weer iets meer waarde aan het toonaudiogram toekent, alhoewel hij de onzekerheid in de relatie naar het auditief onderscheidingsvermogen met zekerheid te veel laat wegen.

Boekbespreking

A. v.d. Heij, lid van de redactie

Als je kind niet horen kan. Een Amboboek, Baarn. Uit het Engels door Drs. Liesbeth Pijfers. Schrijvers: Freeman, Boese en Carbin.

'Een gids voor ouders, opvoeders en begeleiders van dove en ernstig slechthorende kinderen', staat onder de titel. De uitgave kwam tot stand in samenwerking met de Fodok, de Nederlandse Stichting voor het dove en slechthorende kind en de Nederlandse Dovenraad.

Het boek kost f 29,50 in de winkel. Besteld bij de Dovenraad in Utrecht, Zakkendragershof 42, 3511 AE Utrecht f 25,-. Daar afgehaald f 20,- (gegevens uit 'Wij' onder dankzegging).

Het boek geeft een enorme hoeveelheid informatie. Ik heb er eindeloos in zitten bladeren en lezen. Misschien denkt U: Dat is niets voor mij, het is te droog. Mis! Het boek wordt onderhoudend geschreven en blijft interesseren. Je hoeft het niet van begin tot eind te lezen. Je kunt er, om te beginnen, hier en daar een krent uit plukken. Daartoe is er voorin een goede inhoudsopgave en achterin een trefwoordenlijst.

Ik heb dit uitgeprobeerd met verschillende bij mij opkomende vragen en ik zat zo middenin de gevraagde stof. Achterin staat ook een adressenlijst van Volkshogeschool, organisaties, audiologische centra, artsen, scholen, enz. Na langere tijd zullen adressen en namen wel eens veranderen, maar dat is altijd telefonisch na te vragen.

Er zijn een 22-tal hoofdstukken, die elk afgesloten worden met conclusies en een samenvatting. De hoofdstukken werden doorgelezen door mensen uit Amerika, Canada, Engeland en Zweden en beoordeeld op praktische bruikbaarheid. Nederlandse gegevens werden toegevoegd.

Wat voor onderwerpen worden behandeld? Ik doe hier en daar een greep: Ouders en ontdekking van doofheid bij hun kind. De steun die grootouders e.v. kunnen geven. Wat het ziekenhuis na een onderzoek zou moeten doen om de ouders verantwoord in te lichten. Het gehoororgaan en geluid. Het gehooronderzoek met bespreking van de audiogrammen. Oorzaken van doofheid, e.v. erfelijkheid. Valse hoop bij 'nieuwe geneeswijzen' zoals acupunctuur, bionisch oor, kwakzalverij en wondermiddelen. Wat je hieraan kunt doen? Een reëel beeld geven; contact zoeken met andere ouders van doven en doven zelf, en vooral, ondanks alles, communicatie met het eigen kind.

Dan het onderwerp taal. Wat is dat? Wat is gebarentaal? Wat is T.C.? De schrijvers gaan er vanuit, dat een zo vroeg mogelijke communicatie met het kind van het hoogste belang is, eigenlijk al in de eerste levensjaren. De schrijvers vinden T.C. hiervoor zeer belangrijk. Het kind krijgt dan de mogelijkheid op een normale wijze op

te groeien en zijn omgeving beter te begrijpen. De schrijvers wijzen hiervoor op communicatiecursussen.

Dan doofheid in diverse levensfasen. Het misbruik maken van de doofheid en gedragsproblemen. Zo kunnen we doorgaan met opnoemen.

De school komt natuurlijk ook ter sprake: toelating, opbouw van de scholen, ook integratie. In Amerika blijkt veel integratie te zijn, maar als je goed leest, merk je toch, dat het veel gaat om leerlingen, die bij ons slechthorend genoemd worden, terwijl de echt doven meestal op dovenscholen zitten en als dat niet zo is, dan is een kostbaar en uitgebreid begeleidingssysteem nodig. De situatie in Nederland komt natuurlijk ook ter sprake.

Als laatste is er een hoofdstuk over meervoudig gehandicapte doven met een schat van informatie. Misschien moet er nog een boek over dit onderwerp komen in het formaat van dit besproken boek. Want graag had ik over dit onderwerp nog veel meer gelezen. We hebben nog al wat meervoudig gehandicapte leerlingen.

De literatuuropgave in het Engels is zeer omvangrijk. Is dat allemaal in Nederland ergens te lenen bij een bibliotheek? Kopen is voor een eenling veel te duur. Er is ook een Nederlandse literatuurlijst. Voornamelijk boeken van de laatste jaren. Een bekende publikatie sprong er uit van 1929.

U moet dit boek eens lezen en ook laten lezen vooral door ouders van kinderen, die net ontdekken, dat ze een doof kind hebben. Ze kunnen zien, dat ze niet alleen staan. Ze kunnen er troost uit putten, omdat ze zien, dat er op de hele wereld aan die doofheid gewerkt wordt. Neem, lees en laat lezen.

Boekbespreking

A. v.d. Heij, lid van de redactie

Het bevrijdend gebaar, door *Henk Betten*. Het levensverhaal van Henri Daniël Guyot.

Mag ik U eens wijzen op een fijn boek over een Nederlandse pionier van het dovenonderwijs. Zoals een collega zei: 'Je leest het achter elkaar uit'. Inderdaad, bij mij was dat ook zo.

Het gaat hier om de oprichter van ons Instituut H.D. Guyot. In dit boek zie je hem als jonge leerling (vanaf 3 jaar!) op een school in Maastricht. Zijn vader arts in wat nu België is. Een grootvader, die predikant is en op wie Henri dol is. Student in Groningen en later predikant van de nu totaal verdwenen Broerkerk of Waalse kerk tegenover de hoofdingang van de Universiteit. Nu wordt daar de Universiteitsbibliotheek gebouwd.

Dan wil hij zo graag eens naar Parijs. Daar ontmoet hij De L'Epée. Die is dan al een oude man voor die tijd (72). Henri wordt gegrepen door het dovenonderwijs en gaat bij De L'Epée in de leer, met een na verloop van tijd mopperende gemeente in Groningen, omdat hij zijn te-

rugkeer steeds maar weer uitstelt.

Je krijgt de indruk, dat De L'Epée niet meer past in de kerk (Jansenisme). Maar hij past wel in de liefde voor de medemens. De beide mannen begrijpen elkaar heel goed. De L'Epée heeft het financieel heel moeilijk. Men moppert, dat de Franse regering niets voor hem doet. Maar eigenlijk geen wonder: onderwijs voor iedereen is er niet, laat staan voor gehandicapten.

Het is een wonderlijke zaak, dat een groot deel van dit verhaal zich afspeelt in de tijd van de Franse revolutie. Hier en daar merk je er iets van in het verhaal. Alles gaat z'n gewone gang: Guyot en ook Mozart, Beethoven, ze reizen overal heen. Alleen tegen het eind van de regering van Napoleon krijgt Guyot het moeilijk: subsidies blijven uit.

In Groningen neemt Guyot leerlingen aan. Ik dacht altijd aan kinderen, maar zijn eerste leerlingen blijken veel ouder of al volwassen te zijn. Van een leerling lezen we, dat hij zich kunstzinnig ontwikkelde: een zekere Eelke Eelkema. Van hem hangt werk in het museum in Leeuwarden. Op een dag kreeg Guyot een leerling, die deed alsof hij doof was. Zijn ouders vonden het onderwijs bij Guyot beter dan overal elders. Een leerlinge, wier gezichtsvermogen afnam, werd door haar kortzichtige ouders tot groot verdriet van Guyot van school gehaald. 's Morgens kregen de leerlingen tarwebrood met bier, 's avonds brood en pap. 's Middags was er een goede warme maaltijd met groenten en vlees of vis. Snoep mocht niet. De leerlingen bleken na verloop van tijd prima gezond te zijn. Blijkbaar tot grote verwondering van de schoolarts.

We lezen ook over het verschil van inzicht tussen De L'Epée en Heinicke. Op een vraag of hij alleen gebaren gebruikt, zegt Guyot: 'We beginnen met gebaren om contact te leggen en als het kan, wordt er gesproken taal onderwezen, omdat dat zeer hoog geacht wordt.' Deze uitspraak wordt zeer gewaardeerd. Hij kan een dove leerkracht aanstellen om het dove kind met gebaren als eerste op te vangen om het gerust te stellen. De vrouw van koning Willem I stelt hem daartoe in staat.

In 1815 wordt dan toch nog, na het 100-daagse avontuur van Napoleon, het 25-jarig bestaan gevierd met een openbaar examen in de Nieuwe Kerk. Na dit examen, de toespraak en het uitdelen van een herdruk van de Instituutbrochure uit 1792, roepen de leerlingen Guyot toe: 'Wij danken U! Wij hebben U lief!'

Wat heeft Guyot het financieel moeilijk gehad! Een paar maal heeft hij op het punt gestaan naar het buitenland te gaan, omdat hij het gewoon niet meer zag zitten (o.a. Amerika).

Guyot heeft steeds school gehouden in de buurt van wat nu heet het Guyotplein, toen de Beplante Ossenmarkt. Na zijn huwelijk woonde hij eerst aan de andere kant van de Boteringestraat op de hoek. Later woonde hij er tegenover, waar tot nu toe het instituut is en straks was.

Het is een geromantiseerd verhaal. Er worden veel feiten aangehaald, maar ze worden prettig verbonden. De schrijver moet ontzettend veel werk hebben verzet om al deze gegevens bij elkaar te krijgen en er een samenhangend verhaal van te maken. Onze hartelijke dank, U hebt er velen een plezier mee gedaan. Ter lezing aanbevolen!

Nog meer bevrijdende gebaren gewenst?

Redactie

Het boek 'Het bevrijdende gebaar', de biografie van H.D. Guyot, geschreven door H. Betten, is uitverkocht. Bij voldoende belangstelling zal er een tweede druk uitgegeven worden.

Zij die nog een exemplaar wensen, gelieven bij de Stichting Nederlandse Dovenraad, Postbus 19, 3500 AA Utrecht een exemplaar te bestellen. Na herdruk wordt het hun dan door de Dovenraad toegestuurd, als het aantal bestellingen een herdruk rechtvaardigt.

Ervaringen met het leren van de Engelse taal aan en door enkele zwaar slechthorende leerlingen

Samenvatting van een themastudie cursus Gehoorgestoorden-B

J.J. Groothand, Dr. J. de Graafschool Groningen

Deze themastudie werd gedaan omdat het een bekend gegeven is dat zwaar-slechthorende leerlingen grote moeilijkheden ondervinden bij het leren van een vreemde taal, en met name bij het leren van Engels als tweede taal. Literatuur hierover bestaat er weinig, onderzoek is nauwelijks verricht.

In het verslag (90 pag.) wordt achtereenvolgens aandacht geschonken aan de volgende zaken:

In hoofdstuk 2 wordt het begrip 'zwaar slechthorende leerling' nader gepreciseerd en in 3 de komst van deze leerling(en) naar de Dr. J. de Graafschool toegelicht, een stukje plaatselijke geschiedenis.

Hoofdstuk 4 belicht een vijftal leerlingen, die tot deze categorie gerekend kunnen worden; elk met zijn (haar) eigen-aard-igheden.

In het volgende hoofdstuk worden de verschillende aspecten in het leren van een vreemde taal onder de loep genomen. Allereerst wordt het vreemde taal-on-

derwijs uit historisch oogpunt bekeken (achtereenvolgens de grammatica-vertaalmethode, de directe en de neo-directe methode). Vervolgens aandacht voor de cognitief onderbouwde vreemde taal-didactiek in relatie tot het onderwijs aan slechthorenden.

Daarbij wordt ingegaan op de woordenschatverwerving, de grammatica, het receptief taalgebruik, het luisteren, de uitspraak en de motivatie.

Hoofdstuk 6 concretiseert het leren van de Engelse taal in bovengenoemde school. Uitvoerig wordt de gehanteerde leergang ('Access to English' door Basil en Lord, uitgave Oxford University Press, in Nederland uitgebracht door Intertaal Amsterdam) beschreven. Extra aandacht wordt geschonken aan de woordenschatverwerving.

In hoofdstuk 7 wordt ingegaan op de problemen welke zich voor kunnen doen. Na het behandelen van het begrip 'tweede taal-verwerving' komen achtereenvolgens aan de orde: de woordenschatverwerving, de grammatica, het spraakafzien, de uitspraak, de leesvaardigheid, het tekstbegrip, de spreekvaardigheid, de taalachterstand, de classesituatie, de opzet van de cursus, de hulpmiddelen en het examen.

In hoofdstuk 8 worden wegen gezocht naar een oplossing voor deze problemen. Uitvoerig wordt verteld op welke wijze getracht wordt in de eigen situatie voor elk van deze onderdelen een zo goed mogelijke oplossing te vinden.

In de laatste hoofdstukken wordt de samenwerking met de logopediste beschreven en komen enkele leerlingen zelf aan het woord.

Het verslag wordt afgerond met een tiental stellingen en een literatuuropgave en gecomplementeerd met enkele bijlagen.

Geïnteresseerden kunnen een kopie van dit verslag aanvragen door een bedrag van f 30,- (kosten van kopiëren en porto) over te maken op postgirorekening 899 733 t.n.v. J.J. Groothand, Vaargeul 123 te Groningen.

Spraak/taalmoeilijkheden bij het jonge kind; enkele belangrijke aspecten

Samenvatting van een themastudie cursus Gehoorgestoorden-B

J.J. Groothand, Dr. J. de Graafschool Groningen

De Dr. J. de Graafschool is een school voor leerlingen

met hoor- en/of spreekmoeilijkheden. Het aantal leerlingen met hoormoeilijkheden is aanmerkelijk groter, niettemin moet er rekening mee worden gehouden dat er in de toekomst een groter aantal met spraak/taalproblemen bij zal komen. In het licht hiervan werd deze studie aangevangen.

Het verslag (55 blz.) is opgebouwd uit informatie ontvangen op het Symposium 'Spraak/taalmoeilijkheden bij het jonge kind' gehouden te Groningen op de Tine Marcusschool op 21 april 1983.

Sprekers waren Dr. H.K. Schutte, KNO-arts, drs. S.M. Goorhuis-Brouwer, orthopedagoge en drs. P. Le Coultrre-Martin, psychologe.

Hoofdstuk 2 behandelt de medische aspecten van spraak- en taalpathologie (achtereenvolgens de tanden, het tongriempje en het verhemelte).

In hoofdstuk 3 wordt de intelligentie bekeken als mogelijke oorzaak van een vertraagde spraak/taalontwikkeling. Aandacht voor de kleuter-SON-test en een onderzoek gehouden te Groningen.

Hoofdstuk 4 behandelt enkele belangrijke factoren: de luisterontwikkeling, de taalstimulatie en de taalgevoeligheid.

Je kunt pas spreken van een stoornis als je weet wat normaal is: daarom in hoofdstuk 5 aandacht voor de normale spraak- en taalontwikkeling. Per levensjaar (van 0 tot 5 jaar) wordt aangegeven wat als normaal beschouwd mag worden, welke de minimumeisen zijn en welke de voorwaarden zijn voor een normale spraak- en taalontwikkeling.

Hoofdstuk 6 geeft een beschrijving van de taalontwikkeling in relatie tot de gehele ontwikkeling. Waarom verwijzen? De emotionele, de sociale en de cognitieve ontwikkeling.

In hoofdstuk 7 mogelijke oorzaken van een vertraagde spraak- en taalontwikkeling in de verschillende fasen.

In hoofdstuk 8 aandacht voor diagnostiek- onderzoek-advies. Moeten we afwachten? Is nader onderzoek gewenst of moet een bepaalde vorm van therapie toegepast worden? Een uitwerking van medische therapie, pedagogische begeleiding, algehele ontwikkelingsstimulatie en logopedische therapie.

Hoofdstuk 9 en 10 zijn de concretisering van het werken met kinderen met spraak/taalmoeilijkheden: de Tine Marcusschool te Groningen. De volgende punten krijgen de aandacht: Welke kinderen? Hoe toegelaten? Wanneer toegelaten? Doelstelling van de school, structuur, veiligheid, wegnemen van faalangst, persoonlijke aandacht, contact met ouders, communicatie, taalactiviteiten, actief taalgebruik, sociaal/emotionele ontwikkeling, cognitieve ontwikkeling, creatieve activiteiten en de uitplaatsing.

Eveneens de logopedische therapie: het luisteren, de primaire mondfuncties, het stimuleren van het taalbegrip en de klank- en woordvorming.

Geïnteresseerden kunnen een kopie van dit verslag aanvragen door het overmaken van een bedrag van f 20,- (kosten van kopiëren en porto) op postgirorekening 899 733 t.n.v. J.J. Groothand, Vaargeul 123 te Groningen.

SOLO-apparatuur; de werking, mogelijkheden en grenzen

Samenvatting van een themastudie cursus
Gehoorgestoorden-B

J.J. Groothand, Dr. J. de Graafschool Groningen

Deze themastudie werd gedaan enerzijds omdat een groeiend aantal leerlingen in het regulier (voortgezet) onderwijs van solo-apparatuur wordt voorzien en anderzijds omdat er enkele jaren geleden een project 'Solo-apparatuur' werd gestart door de universiteiten van Leiden en Groningen.

In hoofdstuk 2 wordt de wereld van de apparatuur belicht: de individuele hoorapparaten en de groepssets; diverse systemen zoals het bedraad, het ringleiding- en het draadloos systeem.

Hoofdstuk 3 beschouwt solo-apparatuur van de technische kant: het principe van de werking en een solo-apparaat nader bekeken. In dit geval de FM Phonic Ear-HC 431, een stereo hoortoestel met ingebouwde FM ontvanger. Achtereenvolgens vindt u een uitwerking van het hoortoestel, de frekwentie blokjes, de microfoon-zender en de lader.

Hoofdstuk 4 verhaalt over het z.g. 'project Solo-apparatuur', dat in het jaar 1976 van start ging. Daarbij aandacht voor de samenstelling van de werkgroep, de afspraken, de doelstelling, de te kiezen vormen van onderwijs, de keuze van de leerlingen, de vorm van begeleiding, de keuze van de merken solo-apparatuur en de ervaringen hiermee. Verder wordt in dit hoofdstuk beschreven: de criteria voor verstrekking, de introductie van het solo-apparaat, de aard en omvang van de begeleiding, de aard en de frekwentie van storingen aan het apparaat, de leeftijdsgrens, het solo-apparaat als extra steun, het uitoefenen van druk en aanbevelingen voor de toekomst. In hoofdstuk 5 komen de kritische kanttekeningen aan de orde. Aandacht voor gepubliceerde kritiek in 'Van Horen Zeggen' en het artikel 'Uilenspiegeleri' van de heer C. Moraal, verschenen naar aanleiding van het 'Tweede Verslag Solo-apparatuur' en vervolgens eigen bevindingen en conclusies.

Hoofdstuk 6 is een weergave van een bezoek aan het Audiologisch Centrum van het Academisch Ziekenhuis te Groningen.

In hoofdstuk 7 staan de ervaringen van enkele leerlingen/oud-leerlingen van de Dr. J. de Graafschool, die solo-apparatuur gebruiken of gebruikt hebben.

Tot slot een achttal stellingen en een literatuuropgave. Voor bestelwijze zie kolom hiernaast.

INSTITUTEN en SCHOLEN voor slechthorende kinderen en kinderen met spraak-/taalmoeilijkheden

3814 TL	Amersfoort	Prof. Groenschool	Kortenaerstraat 10	033-720938
1062 CZ	Amsterdam	Prof. H. Burgerschool	J. Jongkindstraat 6	020-158549
1067 EZ	Amsterdam	Alex. G. Bellschool	Aalbersestraat 57	020-131133
1062 BK	Amsterdam	Alex. Roozendaalschool	Jan Tooropstraat 13	020-153340
1062 BK	Amsterdam	Mgr. Hermusschool	Jan Tooropstraat 11	020-179696
6814 CR	Arnhem	Dr. P.C.M. Bosschool	Brantsenstraat 1	085-423293
6821 LK	Arnhem	V.B.O. De Stijgbeugel	Hommelseweg 403	085-454497
6573 DP	Beek	Mgr. Terwindtschool	De Geest 29	08895-1790
4812 GE	Breda	De Spreekhoorn	Dirk Hartogstraat 10	076-132352
4812 GG	Breda	Dependance de Spreekhoorn	Jacob Edelstraat 19	076-132352
9207 BK	Drachten	De Skelp	Wetterwille 70	05120-14974
5629 CH	Eindhoven	Instituut Sint-Marie	Castiliëlaan 8	040-413515
5629 CC	Eindhoven	School 'De Horst'	Toledolaan 3	040-429402
5611 KW	Eindhoven	School 'De Beemden'	Don Boscostraat 18	040-441754
5611 KV	Eindhoven	V.B.O. 'De Grote Beek'	Don Boscostraat 7	040-432776
7522 AN	Enschede	Prof. dr. H.C. Huizingschool	Maatmanweg 15	053-333767
7522 AN	Enschede	V.B.O. school Het Maatman	Maatmanweg 15	053-335382
4461 DS	Goes	De Kring	Tiendendreef 5-7	01100-13407
2565 EX	's-Gravenhage	Cor Emousschool	Gouden Regenstraat 36	070-635094
9721 XB	Groningen	Dr. J. de Graafschoon	Ina Boudierplantsoen 9	050-255190
9737 HP	Groningen	Tine Marcusschool	Jaltadaheerd 200	050-418476
2015 KN	Haarlem	Prof. van Gillschool	Daslookweg 2	023-246150
6564 CA	Heilig Landstichting	De Wylerberg, internaat	Nijmeegsebaan 211	08895-2547
6432 CC	Hoensbroek	Mgr. Hanssenschool	Zandbergsweg 115	045-219850
2332 KV	Leiden	De Weerklank	Robijnstraat 100	071-765149
6531 PL	Nijmegen	Mgr. Martinus van Beekschool	Ijsbeerstraat 31	080-559584
6531 RR	Nijmegen	V.B.O. Martinus van Beek	Nijlpaardstraat 4	080-567765
6533 BL	Nijmegen	Huize Mart. van Beek-internaat	Akkerlaan 44	080-551217
3011 CN	Rotterdam	L.W. Hildernisschool	Pierre Baylestraat 2	010-135651
3078 PE	Rotterdam	Dr. F. Hogewindschool	Kraayeveldstraat 2	010-821088
3067 PW	Rotterdam	P.J. Evertseschool-V.B.O.	Malmöpad 60	010-552318
2287 EE	Rijswijk	De Voorde	Bazuinlaan 2a	070-943042
1742 KM	Schagen	Burg. De Wilde School	Meerkoet 25	02240-14896
1741 MC	Schagen	Openb. Scholengem. Hendrik Mol	Hoep 28	02240-98609
3523 CL	Utrecht	Het Rotsoord	Rotsoord 36	030-510041
3563 VJ	Utrecht	Bertha Mullerschool	Santa Cruzdreef 30	030-612404
8012 VA	Zwolle	Enkschool	Enkstraat 69	05200-12959

INSTITUTEN en SCHOLEN voor dove kinderen

1062 CJ	Amsterdam	J.C. Ammanschool	J. Sluyterstraat 9	020-178617
1066 XE	Amsterdam	Dependance J.C.A.-school	E. Boddaertstraat 51	020-141427
1066 AX	Amsterdam	Dependance J.C.A.-school	H. Dunantstraat 2	020-151075
9712 NX	Groningen	Doveninstituut H.D. Guyot	Guyotplein 2	050-122243
3031 BA	Rotterdam	Rudolf Mees Instituut	Ammanplein 2-4	010-132280
3067 XG	Rotterdam	Dependance R.M.I.	Cornelis Danckertsstraat 32	010-552417
5271 GD	Sint-Michiëlsgestel	Katholiek Instituut voor Doven	Theerestraat 42	04105-9119
5263 EE	Vught	Eikenheuvel, afdeling van het I.V.D.	Helvoirtseweg 189	073-564712
5261 LB	Vught	De Wingerd, afdeling van het I.V.D.	Laagstraat 1	073-561272
2275 TH	Voorburg	Chr. Inst. voor doven 'Effatha'	Effathalaan 31	070-992021
2716 KS	Zoetermeer	Chr. Inst. voor doven 'Effatha', V.B.O. en L.B.O.	Zalkerbos 330	079-511151

Vriendelijk verzoek: Geef wijzigingen van adressen en telefoonnummers van scholen en instituten direct door aan de eindredactie.

