

Aanvulling Protocol Spraak & Taal Criteria Ontwikkelingsdysfasie (OD) en Kinderafasie

Deze tekst is een aanvulling op de omschrijving van spraak- en taalontwikkelingsstoornissen en de criteria voor ontwikkelingsdysfasie zoals opgenomen in het Protocol Spraak & Taal¹. De formulering van de criteria is gebaseerd op een voorstel² van Prof. Inge Zink aan overheid rond criteria taalklas/Gon type 7 en een overleg³ tussen Multidisciplinair universitair centrum voor logopedie en audiologie (Mucla), Vlaamse Vereniging voor Logopedisten (VVL) en CLB.

Spraak- en taalontwikkelingsstoornissen kunnen ingedeeld worden in

- Ontwikkelingsdysfasie (OD)
- Kinderafasie

Als primaire spraak- en taalontwikkelingsproblemen zijn ze op basis van hun hardnekkigheid en gestoord ontwikkelingsprofiel te onderscheiden van een vertraagde spraak- en taalontwikkeling (VSTO).

In de literatuur en de diagnostische praktijk circuleert ook de term Specific Language Impairment (SLI). Dit is geen synoniem voor ontwikkelingsdysfasie. Bij SLI is de grens met VSTO namelijk veel minder duidelijk dan bij OD. Er ligt minder nadruk op de criteria en de stoornissenmerken. Het spraak- en taalprobleem is meestal 'hardnekkig' maar niet altijd. De prevalentie van SLI ligt op +/- 7%, die van OD op +/- 3%.

Ontwikkelingsdysfasie en kinderafasie komen in de DSM-5 als term niet voor. Wel kan 'Taalstoornis' worden gediagnosticeerd als één van de Communicatiestoornissen.

In de ICD-10-nl komt dit overeen met 'Ontwikkelingsstoornis van spraak of taal, niet-gespecificeerd'. Als taalstoornissen worden in de ICD-10-nl ook 'Expressieve taalstoornis' en 'Receptieve taalstoornis' onderscheiden. Bij al deze classificaties ontbreekt een expliciete verwijzing naar de hardnekkigheid van de problemen, waardoor ze geen synoniem zijn voor ontwikkelingsdysfasie. Voor kinderafasie komt de volgende classificatie uit de ICD-10 wel voldoende overeen om tegemoet te komen aan de criteria voor verslag type 7.

- F80.3 Verworven afasie met epilepsie [Landau-Kleffner]

"Een stoornis waarin het kind, na een aanvankelijk normale voortgang in taalontwikkeling, zowel receptieve als expressieve taalvaardigheden verliest bij gelijkblijvende intelligentie; het begin van de stoornis gaat samen met paroxysmale afwijkingen van het EEG en in de meeste gevallen ook met epileptische insulten. Doorgaans ligt het begin bij een leeftijd tussen drie en zeven jaar, waarbij de vaardigheden verloren gaan in een tijdsbestek van dagen of weken. Het chronologisch verband van het optreden van insulten en het taalverlies is wisselend, waarbij het één enkele maanden tot twee jaar aan het ander voorafgaat (of andersom). Een ontstekingsproces in de hersenen is gesuggereerd als een mogelijke oorzaak voor deze aandoening. Ongeveer tweederde van de patiënten blijft zitten met een min of meer ernstig receptief taaldefect."

¹ Zie Protocol Spraak & Taal, Theorie, Definities en begrippen, Criteria en Bijlage 8: Specifieke kenmerken van ontwikkelingsdysfasie in de Taalontwikkelingsfasen.

² Versie 7 juni 2013.

³ Gesprek op 21 december 2015 tussen Mucla (Mieke Breuls, Ann Goeleven en Prof. Inge Zink), VVL (Pol Demeyere en Stefaan Lefevere) en CLB (Filip Bally, Stefanie Pieters Lies Verlinde).

Verbale ontwikkelingsdyspraxie kan gesteld worden als op zich staande diagnose. Het is evenwel onvoldoende om te kunnen spreken van ontwikkelingsdysfasie als er ook geen andere kenmerken aanwezig zijn zoals auditieve verwerkingsproblemen, een zwak auditief kortetermijngeheugen, zwak fonologisch en fonemisch bewustzijn, ... (zie verder). Elk van deze kenmerken is op zich onvoldoende om te voldoen aan de criteria voor een verslag type 7. Indien verbale ontwikkelingsdyspraxie een onderdeel vormt van ontwikkelingsdysfasie, dan kan dit aanleiding geven tot een verslag type 7. Afhankelijk van de beperkingen en participatieproblemen die de leerling ervaart vanuit de spraakmotorische problemen, is mogelijk wel voldaan aan de criteria voor verslag type 4 d) Een door medische diagnostiek geobjectiverde problematiek met weerslag op het bewegingsgerelateerd functioneren.

Enkel de volgende classificaties voldoen om te kunnen spreken over een kind/jongere met een spraak- of taalstoornis zoals bepaald in M-decreet bij verslag type 7

- (vermoeden van) ontwikkelingsdysfasie
- dysfasie
- kinderafasie

Criteria voor vermoeden van ontwikkelingsdysfasie voor kinderen jonger dan 6 jaar

1. Spraak- en/of taalontwikkelingsstoornis waarvan de hardnekkigheid nog niet bewezen is. De spraak- en/of taalontwikkeling komt echter zeer moeizaam op gang. Uit evaluatie (taalbegrip, spraak-/taalproductie én spontane taalanalyse) moet blijken dat
 - a. vanaf 3 jaar: het kind maximaal driewoorduitingen produceert waarbij de grammaticale ontwikkeling nog niet op gang is gekomen (telegramstijl), al dan niet gepaard gaand met ernstige spraakverstaanbaarheidsproblemen.
 - b. vanaf 4 jaar: het kind maximaal vijfwoorduitingen produceert waarbij de grammaticale ontwikkeling nog duidelijk onvoldoende op gang is gekomen (voornamelijk telegramstijl) en eerste kenmerken van ontwikkelingsdysfasie kunnen worden vastgesteld, al dan niet gepaard gaand met ernstige spraakverstaanbaarheidsproblemen.
 - c. vanaf 5 jaar:
 - i. het kind maximaal eenvoudige enkelvoudige zinnen produceert waarbij minstens drie stoorniskenmerken duidelijk op de voorgrond treden: auditieve verwerkingsproblemen, zwak auditief kortetermijngeheugen, zwak fonologisch en fonemisch bewustzijn, taalbegripsproblemen, fonologische problemen, verbale ontwikkelingsdyspraxie, woordvindingsproblemen, parafasieën, dys- of agrammatisme, communicatieve intentieproblemen, problemen met narratieve vaardigheden/verhaalopbouw, onvloeiend spreekgedrag en hypospontaneïteit. Dit gaat al dan niet gepaard met ernstige spraakverstaanbaarheidsproblemen.
 - ii. het kind na minstens een half jaar spraak-/taaltherapie onvoldoende vooruitgang/inhaalbeweging maakt: dit betekent na therapie/ondersteuning⁴ nog op

⁴ Onder therapie/ondersteuning verstaan we de ondersteuning van zorg- of hulpverleningsinstanties die redelijkerwijs voor het desbetreffende kind en zijn omgeving beschikbaar/haalbaar is, met name thuisbegeleiding die taalstimulerend werkt, monodisciplinaire logopedische en/of multidisciplinaire behandeling (waarbij logopedie één van de disciplines uitmaakt).

minstens 1 taalcomponent \leq pc 3 of op 2 taalcomponenten \leq pc 10. De taalcomponenten zijn fonologie, lexicon, semantiek, morfologie, syntaxis en pragmatiek.

2. Spraak- en/of taalontwikkelingsstoornis die niet toe te schrijven is aan
 - a. een beperkt niveau van cognitief functioneren (PIQ of index van non-verbale brede cognitieve vaardigheden (BCV)⁵ \geq 85, rekening houdend met het betrouwbaarheidsinterval)
 - b. een gehoorverlies (verlies aan het beste oor mag niet meer zijn dan 40 dB HL).

Criteria ontwikkelingsdysfasie voor kinderen vanaf 6 jaar

1. Hardnekkige spraak- en/of taalontwikkelingsstoornis (minstens 1 jaar spraak-/taaltherapie gehad met onvoldoende vooruitgang/inhaalbeweging; dit betekent na een jaar therapie/ondersteuning⁶ nog op minstens 1 taalcomponent \leq pc 3 of op 2 taalcomponenten \leq pc 10. De taalcomponenten zijn fonologie, lexicon, semantiek, morfologie, syntaxis en pragmatiek. Deze 6 componenten moeten zowel op receptief als op productief vlak geëvalueerd worden.
2. Bij (her)evaluatie (taalbegrip, spraak- en taalproductie én spontane taalanalyse) vallen minstens drie van de volgende kenmerken van ontwikkelingsdysfasie op: auditieve verwerkingsproblemen, zwak auditief kortetermijngeheugen, zwak fonologisch en fonemisch bewustzijn, taalbegripsproblemen, fonologische problemen, verbale ontwikkelingsdyspraxie, woordvindingsproblemen, parafasieën, dys- of agrammatisme, communicatieve intentieproblemen, problemen met narratieve vaardigheden/verhaalopbouw, onvloeiend spreekgedrag en hypospontaneïteit.
3. Spraak- en/of taalontwikkelingsproblemen die niet toe te schrijven zijn aan
 - a. een beperkt niveau van cognitief functioneren (PIQ of index van non-verbale brede cognitieve vaardigheden (BCV)⁷ \geq 85, rekening houdend met het betrouwbaarheidsinterval)
 - b. een gehoorverlies (verlies aan het beste oor mag niet meer zijn dan 40 dB HL)
 - c. een zichtbaar neurologisch letsel.

Diagnostiek bij kansengroepen

Meertaligheid:

Uit de diagnose van een meertalige leerling moet blijken dat er meer aan de hand is dan taalproblemen omwille van twee- of meertalige opvoeding. De leerling moet ook duidelijke problemen hebben met de verwerving van de moedertaal (zoals blijkt uit testing en/of grondige anamnese). Het verwerven van het Nederlands verloopt minder vlot dan bij andere tweetalige kinderen in vergelijkbare situatie (simultaan, vroeg succesief, laat succesief tweetalige

⁵ Index gebaseerd op het CHC-model, als inschatting van non-verbale mogelijkheden, gebaseerd op Gf en Gv, eventueel aangevuld met Gs en Gsm visueel.

⁶ Onder therapie/ondersteuning verstaan we de ondersteuning van zorg- of hulpverleningsinstanties die redelijkerwijs voor het desbetreffende kind en zijn omgeving beschikbaar/haalbaar is, met name thuisbegeleiding die taalstimulerend werkt, monodisciplinaire logopedische en/of multidisciplinaire behandeling (waarbij logopedie één van de disciplines uitmaakt).

⁷ Index gebaseerd op het CHC-model, als inschatting van non-verbale mogelijkheden, gebaseerd op Gf en Gv, eventueel aangevuld met Gs en Gsm visueel.

opvoeding). Het kind moet al minstens 1 schooljaar Nederlandstalig taalaanbod (in kinderopvang en/of op school) gehad hebben om dit te kunnen evalueren.

Om naast de resultaten voor Nederlands ook inzicht te krijgen in de ontwikkeling van de thuistaal, kan een taalanalist worden ingeschakeld. Deze ondersteunt de logopedist in de diagnostiek door een analyse te maken van de thuistaal van het kind, maar doet zelf geen uitspraak over het al dan niet gestoord zijn van de taal. Een taalanalyse kan helpen om te bepalen of er sprake van een gestoorde taalontwikkeling in elke taal, dan wel een achterstand in één van beide talen. Voor meer informatie zie: <http://www.taalbrug.be/>

Kansarmoede:

Kansarmoede is geen exclusie criterium voor een taalontwikkelingsstoornis. Wanneer blijkt dat het voor de ouders niet mogelijk is om hun kind spraak-/taaltherapie te laten volgen, moet worden ingezet op specifieke taalondersteuning/taalbegeleiding binnen het gewoon onderwijs. De school moet kunnen aantonen dat er effectief didactische aanpassingen zijn gebeurd⁸.

Criteria kinderafasie

1. Uit neurologisch onderzoek blijkt een zichtbaar letsel (hersentrauma, tumor, stoornis in de bloedvoorziening ...).
2. Er is sprake van een terugval in de taalontwikkeling. Dit moet blijken uit anamnese en onderzoek van taalbegrip, taalproductie én spontane taalanalyse.
3. Naast voorgaande moet ook voldaan zijn aan volgende criteria
 - a. bij (her)evaluatie (taalbegrip, spraak- en taalproductie, én spontane taalanalyse) vallen minstens drie van de volgende kenmerken van ontwikkelingsdysfasie op: auditieve verwerkingsproblemen, zwak auditief kortetermijngeheugen, zwak fonologisch en fonemisch bewustzijn, taalbegripsproblemen, fonologische problemen, verbale ontwikkelingsdyspraxie, woordvindingsproblemen, parafasieën, dys- of agrammatisme, communicatieve intentieproblemen, problemen met narratieve vaardigheden/verhaalopbouw, onvloeiend spreekgedrag en hypospontaneïteit.
 - b. spraak- en/of taalontwikkelingsstoornis die niet toe te schrijven is aan
 - i. een beperkt niveau van cognitief functioneren (PIQ of index van non-verbale BCV's⁹ ≥ 85 , rekening houdend met het betrouwbaarheidsinterval)
 - ii. een gehoorverlies (verlies aan het beste oor mag niet meer zijn dan 40 dB HL)

⁸ Ter inspiratie zie Hoofdstuk 8 - Tips en adviezen voor ouders en leerkrachten, In: Zink I. en Breuls M., Ontwikkelingsdysfasie, Garant, Antwerpen-Apeldoorn, 2012.

⁹ Index gebaseerd op het CHC-model, als inschatting van non-verbale mogelijkheden, gebaseerd op Gf en Gv, eventueel aangevuld met Gs en Gsm visueel.