

Reactie op de commentaren

Jan de Jong

Primair of secundair?

In mijn aanzet tot dit klinisch forum heb ik de meerwaarde betwijfeld van etiologisch onderzoek bij primair-taalgestoorde kinderen. Ik formuleer het hier als een contradictie: zulk onderzoek hééft niets opgeleverd, anders was de stoornis niet primair. Mijn respondenten grijpen terug naar het stadium voorafgaand aan de constatering van SLI. Goorhuis-Brouwer pleit voor aperte uitsluiting van causale factoren in een vroeg stadium omdat de vondst van zo'n oorzaak het kind voor veel ongemak kan behoeden. Haar bevinding dat slechts een kwart van de kinderen met taalachterstand een primaire stoornis heeft, bevreedt mij niet. Bishop en Edmundson (1987) onderscheidde om die reden tussen *transient* en *persistent* taalproblemen bij kinderen. Ook Njiokiktjien maakt zo'n onderscheid: slechts de kinderen met een persistente stoornis vallen binnen het bereik van zijn begrip 'dysfatische ontwikkeling'. Ik lees de reactie van Paquier eveneens in de context van een tegenstelling tussen primaire en secundaire stoornissen. Zijn betoog over de rol van epileptische verschijnselen bij taalgestoorde kinderen sluit aan bij het betoog van Robinson (1987) - een auteur die Paquier ook aanhaalt - en hij stelt net als Robinson de vraag of een dergelijk beeld een antecedent vormt van de stoornis (dat wil zeggen: het gaat eraan vooraf maar het is nog maar de vraag of het er ook door komt) of een oorzakelijke factor is.

Het spreekt vanzelf dat tendensen zoals Paquier ze signaleert, niet genegeerd mogen worden. Ze sluiten ook aan bij de veronderstelling die ik eerder verwoordde, dat verdergaand onderzoek de primair-taalgestoorde populatie zal inperken. SLI is inderdaad - Goorhuis-Brouwer heeft daarin gelijk - slechts oorzakeloos bij gebrek aan beter weten. Wat mij betreft is er - laat ik Paquier geruststellen - geen sprake van a priori berusten in een uitsluitingsdiagnose. Wegener Sleswijk maakt duidelijk dat in individuele gevallen nog dikwijls de twijfel overheerst: is de vermeende oorzaak echt verantwoordelijk voor de stoornis?

Jongere en oudere kinderen

Het door Bishop en Edmundson gemaakte onderscheid correleert met leeftijd: de specifiek-taalgestoorde kinderen resteren nadat het peloton van kinderen met

taalachterstand aanzienlijk is uitgedund. Goorhuis-Brouwer sluit daar diagnostisch bij aan. Jonge kinderen verdienen degelijk onderzoek voordat de uitsluitingsdefinitie geaccepteerd mag worden. Ik heb niettemin reserves bij haar verontstelling dat, indien Leonard gelijk heeft, kinderen van boven de acht jaar andersoortige hulp moeten krijgen, waarin acceptatie van de stoornis de prioriteit krijgt boven therapie. Principeel is het juist, dat Leonard's aanname bovengrenzen stelt aan therapiedoelen. De vraag is echter of leeftijd hier aan de orde is. In het algemeen staat vroegtijdige onderkenning – zeer recent – hoog aangeschreven, maar de wat oudere kinderen met SLI hoeven niet te worden opgegeven. Een *eye-opening* publicatie was voor mij het artikel van Redmond (1993). Hij geeft een overzicht van de evidentie voor een gevoelige periode in de taalontwikkeling. Redmond toont zich zeer sceptisch over de realiteit van een leeftijd waarna het taalleervermogen cruciaal afneemt.

Er bestaan diverse tegenvoorbeelden (zowel op het terrein van moedertaalverwerving als tweede-taalverwerving) voor de chronologische eindigheid van het taalleervermogen, zij het dat de evidentie, zo geeft Redmond toe, nog vooral anekdotisch van aard is.

Of de stoornis nog beïnvloedbaar is, hangt overigens niet slechts af van de etiologie. Njiokiktjen maakt onderscheid tussen etiologie en pathogenese en dat is een nuttige zaak. Goorhuis-Brouwers fasering zou ik aldus in verband met willen brengen met Njikokiktjens opvattingen: in fase 1 gaat het primair om de etiologie, in fase 2 is de pathogenese nog altijd aan de orde.

Dysfasie

Alleen Njiokiktjen gaat de discussie aan over de diagnostische categorie 'dysfasie'. Hij wijst die term af en prefereert voor een subgroep van de taalgestoorde populatie het predicaat 'dysfatische ontwikkeling'. Njiokiktjen vond in een groep van 220 kinderen slechts bij 15% betrouwbare neurologische aanwijzingen voor een gebrekkige hemisfeerspecialisatie. De vraag blijft dan of dergelijke signalen een *sine qua non* zijn voor zijn vaststelling van de stoornis.

Oorzaak en symptoom

De vraag naar het verband tussen etiologie en stoornis blijft. Njiokiktjen geeft aan de kwestie een andere wending door erop te wijzen dat variatie in intelligentie geen herkenbare invloed op SLI heeft (zie ook Fey et al., 1994, eerder aangehaald). In het betoog van Paquier viel me een zin op die geheel aansluit bij de bevindingen van Haynes en Naidoo die ik in het oorspronkelijke artikel citeerde. Schrijvend over taalgestoorde kinderen met een afwijkend EEG stelt hij: "Er was (...) geen verband tussen de ernst van de afwijkingen in het nachtelijk EEG en die van de taalstoornis". Ook Njiokiktjen spreekt van een 'grijs' gebied: er is een

continuum in ernst van de stoornis en niet een scherp contrast dat zich in verband laat brengen met een onderscheiden oorzaak.

Diagnostisch onderzoek

Diagnostisch onderzoek naar specifieke taalstoornissen bij kinderen mist een passende infrastructuur. Vrijwel alle auteurs wijzen daarop. Een goede financiering ontbreekt en aan het inzicht dat de complexiteit van de stoornis een navenant gedetailleerd onderzoek nodig maakt, kan dus geen recht worden gedaan. Over de noodzaak van multidisciplinair onderzoek is iedereen het eens, maar uit praktische overwegingen worden daarbij nog altijd niet alle noodzakelijke disciplines betrokken. Als ik even geheel belangeloos mijn eigen handelswaar mag verkopen: SLI is een erkend complexe stoornis, juist bij al wat oudere kinderen. Die complexiteit vraagt om een verfijnde diagnostiek, waarvoor niet altijd pasklare methodieken voorhanden zijn. In een dergelijke situatie is de vraag om een specialist geheel legitiem; niettemin zijn er nog slechts enkele linguïsten klinisch-diagnostisch werkzaam op het terrein van de kindertaalstoornissen.

Het treft me overigens aangenaam dat mijn collega's voorzichtig zijn in hun enthousiasme over technische innovaties in de diagnostiek. Njiokiktjien en Wegener Sleeswijk zijn het erover eens: de apparatuur moet eerst therapeutisch inzetbaar zijn, alvorens een kind eraan onderworpen wordt. Tot dan toe hoort het slechts thuis in wetenschappelijk onderzoek.

Literatuur

- Bishop, D.V.M., & Edmundson, A. (1987). Language-impaired 4-years-olds: distinguishing transient from persistent impairment. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 52, 156-173.
- Fey, M.E., Long, S.H., & Cleave, P.L. (1994). Reconsideration of IQ criteria in the definition of specific language impairment. In R.V. Watkins & M.L. Rice (Eds.), *Specific language impairments in children*. Baltimore: Brookes.
- Redmond, S.M. (1993). The critical period hypothesis for language acquisition and its implications for the management of communication disorders. *National Student Speech Language Hearing Association*, 20, 25-31.