

Geen diagnose zonder anamnese meertaligheid

M. Blumenthal, M.M.R. Julien

Bij meertalige kinderen met mogelijke spraaktaalproblemen is onderzoek van de diverse talen die het kind spreekt of begrijpt noodzakelijk. Daarnaast is belangrijk welke waardering de ouders hebben voor de verschillende talen en hoe zij de (talige) toekomst van het kind zien. Alleen dan kan een gefundeerd behandel- of begeleidingsadvies worden gegeven. In dit artikel wordt een anamneseformulier-in-ontwikkeling gepresenteerd dat de systematische verzameling van gegevens op dit gebied mogelijk maakt.

Volgens de meest recente CBS-prognose zal het aantal allochtonen tussen 1997 en 2010 met 725.000 toenemen tot 2,5 miljoen (Croes & Garsen, 1998). In de middenvariant van de meest recente nationale bevolkingsprognose zal het aandeel van de allochtone populatie in de totale bevolking tussen 1997 en 2010 toenemen van elf tot vijftien procent. In samenhang hiermee neemt het aantal gezinnen in Nederland, waarin meer dan één taal gesproken wordt of waar een andere taal dan Nederlands wordt gesproken, sterk toe. Opvallend is het verschil in waardering en respect dat soms, ook onder logopedisten, bestaat ten opzichte van de meertaligheid in gezinnen. Als het gaat om Nederlandse gezinnen die, bijvoorbeeld vanwege het werk van de vader, naar het buitenland zijn verhuisd en hun kinderen meertalig opvoeden, wordt dit als een voordeel gezien voor de kinderen: 'Goed voor hun toekomst, ik wou dat ik meerdere talen vloeiend sprak!'

Als het gaat om Turkse of Marokkaanse gezinnen die een meertalige opvoeding nastreven, wordt dit als onverstandig gezien: 'Ze wonen nou toch in Nederland, ze moeten zorgen dat hun kind goed Néderlands spreekt, anders kan het straks niet meekomen op school'. Van den Brink en Aan den

Wiel (1995) pleiten dan ook terecht voor een respectvolle houding en een positieve belangstelling voor de moedertaal als uitgangspunt voor logopedische interventies.

De situatie in Nederland blijft nog achter bij landen als Engeland en Amerika wat betreft het logopedisch onderzoek van meer- en anderstalige kinderen. Logopedisten zijn niet altijd op de hoogte van recente ontwikkelingen in de kennis van meertalige taalontwikkeling. Vaak worden diagnoses gesteld en adviezen gegeven die gebaseerd zijn op monolinguale uitgangspunten en praktijken.

Het zou goed zijn om af te komen van deze monolinguale uitgangspunten en in plaats daarvan meertaligheid te beschouwen als een feit en als een uitgangspunt voor interventie, in plaats van als een hinderlijk bijverschijnsel dat hopelijk met de tijd wel over zal gaan ('als het kind op de Nederlandse school zit'). Wie wil vaststellen of er, bij een meertalige taalontwikkeling, sprake is van een spraak- of taalstoornis moet goed op de hoogte zijn van de normale en interindividuele variatie binnen de regionale, sociale en linguïstische variëteit die het kind zich aan het verwerven is. Onder de linguïstische variëteit verstaan we de talen die het kind spreekt. De anamnese die wij aan het ontwikkelen zijn en die wij hier presenteren, voorziet in een methode om deze informatie zo goed mogelijk te achterhalen.

Gevolgen voor de spraaktaalontwikkeling

Uit de literatuur is bekend dat kinderen meertaligheid in het algemeen goed aankunnen (o.a. Scherlaekens, 1996). Zelfs blijkt uit onderzoek dat meertaligheid positieve gevolgen heeft voor de cognitieve ontwikkeling, vooral wat betreft de zogenaamde metalinguïstische vaardigheden (o.a. Appel, 1986).

De Houwer (1998) geeft een overzicht van de huidige kennis over de taalontwikkeling bij meertalige kinderen wat betreft de fonetische, fonologische, morfosyntactische en lexicale ontwikkeling. Een cruciale succesfactor voor een meertalige ontwikkeling vormt het taalaanbod. Van belang is de duur, frequentie, manier waarop, continuïteit en regelmaat van het taalaanbod. Over de 'manier waarop' zegt De Houwer: 'Het kind moet de kans gekregen hebben om van het taalaanbod te leren. (...) Het anderstalige kind dat in de kleuterklas buiten de groep gesloten wordt en dat alleen de

VISIE ASHA

De Amerikaanse vereniging van logopedisten ASHA (American Speech and Hearing Association) zegt officieel over de ideale situatie bij het logopedisch onderzoek van meertalige kinderen: *'Today, with greater recognition and celebration of cultural differences, people are more likely to maintain and share their primary language with their children and to promote bilingualism as a reflection of ethnic pride and identity. (...)*

Parents of bilingual children who are concerned about their child's speech-language development should contact a speech-language pathologist. An appropriate evaluation of skills will include evaluation of both languages, and will be completed by a bilingual speech-language pathologist or one who has knowledge of the rules and structure of both languages and the assistance of a translator or interpreter.' (ASHA, Factsheet no. 47)

juf tot de groep hoort praten heeft veel minder kans om de nieuwe taal te leren dan het kind dat in de groep opgenomen wordt en samen met de andere kinderen allerlei activiteiten onderneemt'. Verder stelt zij dat er verschillende strategieën kunnen worden gevolgd om een kind tweetalig op te voeden. Er is geen enkel bewijs dat bijvoorbeeld de "één persoon, één taal"-strategie de enige manier is om een meertalige taalontwikkeling goed te laten verlopen. Wel van belang is de consistentie in het taalgebruik.

Kinderen die opgroeien in meertalige situaties kunnen, net als ééntalige kinderen, problemen ondervinden bij hun spraaktaalontwikkeling, in de zin van een spraaktaalstoornis.

Met het oog op de in te stellen therapie is het aan de logopedist of spraaktaalpatholoog/linguïst, binnen of buiten een multidisciplinaire setting, om het onderscheid te maken tussen:

- 1 een normaal verlopende meer-/anderstalige spraaktaalontwikkeling (waarbij het mogelijk is dat het kind minder goed Nederlands spreekt dan ééntalig Nederlandstalig opgroeiende kinderen);
- 2 een spraaktaalstoornis of achterstand die ook bij een ééntalig kind tot uiting zou zijn gekomen (met of zonder oorzaak zoals slechthorendheid, autisme, zwakzinnigheid);
- 3 een moeilijk verlopend proces van meertalige ontwikkeling ten gevolge van inconsistent taalaanbod, of ten gevolge van te weinig taalaanbod in een bepaalde taal (bijvoorbeeld als het kind meerdere malen heen en weer verhuist tussen Nederland en het land van herkomst);

Uiteraard kunnen bij een individueel kind combinaties van 2 en 3 voorkomen.

Om het onderscheid te kunnen maken moet de onderzoeker zichzelf in ieder geval de volgende vraag stellen:

Gezien het taalaanbod dat het kind in een bepaalde taal heeft en/of heeft gehad, welke verwachtingen

zou de onderzoeker dan mogen hebben van de spraaktaalontwikkeling in die bepaalde taal?

Om na de diagnostiek een juiste keuze te kunnen maken tussen adviezen voor hantering van de meertalige situatie thuis en ten aanzien van de taalkeuze in de therapie/begeleiding moet de onderzoeker zich afvragen: *Welke zijn de (talige) toekomstverwachtingen van de ouders (gaan zij bijvoorbeeld binnen afzienbare tijd remigreren naar het land van herkomst) en hoe is de attitude van ouders en kind ten aanzien van de talen die thuis gesproken worden.*

Het anamneseformulier

Om tot een goede vragenlijst te komen waarmee systematisch navraag gedaan kan worden, hebben wij de factoren geïnventariseerd die een belangrijke rol spelen bij de taalontwikkeling van een kind. Daarnaast hebben wij onszelf twee vragen gesteld. Welke personen bepalen die factoren? En hoe bepalend is de relatieve invloed van elk van deze personen voor de taalontwikkeling van het kind?

Op basis van deze factoren en personen is de vragenlijst samengesteld voor de anamnese bij meertalige jonge patiënten.

Relevante factoren

- De talen die met het kind gesproken worden (direct taalaanbod).
- De talen die gesproken worden in de omgeving van het kind (indirect taalaanbod, bijvoorbeeld ouders die onderling een andere taal spreken dan die ze met het kind gebruiken);
- Het deel van zijn leven dat het kind aan de verschillende talen wordt blootgesteld (bijvoorbeeld tot twee jaar Twi en Engels, daarna ook drie dagen per week Nederlands);
- De hoeveelheid tijd dat het kind een bepaalde taal hoort en/of spreekt. Ook van belang zijn de frequentie, de continuïteit en de regelmaat van het taalaanbod (kan het kind rekenen op taalaanbod in een bepaalde taal in een bepaalde situatie);
- De attitude van de omgeving ten opzichte van die talen;
- Het relatieve belang en de sociale status van die talen (bijvoorbeeld het kind moet Arabisch leren omdat dit de taal van Islam is en een hoge status heeft);
- De verwachtingen ten aanzien van de spraak- en taalontwikkeling van het kind (de ouders verwachten bijvoorbeeld dat het kind alle betreffende talen goed beheerst);
- De eisen die aan het kind gesteld worden (bijvoorbeeld het kind hoeft Taal 1 alleen te begrijpen; Taal 2 moet hij ook kunnen spreken).
- De houding van het kind ten opzichte van een bepaalde taal (wil het kind de taal zelf leren).
- De kwaliteit van het taalaanbod in de talen die aangeboden worden.
- De situaties, waarin de taal wordt aangeboden (Een kind dat de moedertaal van de ouders elke dag in verschillende situaties of contexten hoort, zal waarschijnlijk sneller een goede actieve kennis

ANAMNESE MEERTALIGHEID 0-4 JARIGEN

TAALAAANBOD VAN EN ATTITUDES OVER BETROKKEN TALEN

Naam kind:
 Geboortedatum:
 Datum anamnese:
 Ingevuld door: (naam onderzoeker)
 met behulp van: (ouder / verzorger)
 wel/geen tolk: (taal)

1 Algemene vragen

Land van herkomst moeder? moedertaal moeder?
 eventueel gesproken dialect van die taal? scholing moeder?

Land van herkomst vader? moedertaal vader?
 eventueel gesproken dialect van die taal? scholing vader?

Land van herkomst (andere) dagelijks verzorger? moedertaal verzorger?
 eventueel gesproken dialect van die taal? scholing verzorger?

Figuur 1. Fragment anamneseformulier.

Het is niet de bedoeling om altijd alle vragen te stellen

van die taal hebben dan wanneer hij die taal maar van een of weinig mensen hoort, zelfs als dat in totaal meer uren blootstelling zijn).

Personen en hun relatieve invloed

Het kind zelf is zeker niet alleen maar een speelbal van de wensen van de omgeving. Het heeft duidelijk een eigen inbreng en zal er soms voor kiezen één taal wel en een andere niet te willen spreken. De emotionele band die het kind met de spreker(s) van een bepaalde taal heeft, is van groot belang en bepaalt de interesse die het kind voor die taal heeft.

Willen de ouders dat het kind alle in het gezin aanwezige talen spreekt of streven zij er naar dat hun kind ééntalig is? Welke ervaringen hebben de ouders zelf met een meertalige opvoeding door hún ouders? Wat zijn de toekomstplannen van de ouders: willen zij in de toekomst terug naar het land van herkomst of zijn zij van plan naar een ander taalgebied te verhuizen?

Vooral als het kind oudere broertjes en zusjes heeft, spelen deze een belangrijke rol bij de meertaligheid van het kind. Soms ontstaat in het gezin een situatie waarbij de ouders de enigen zijn die de taal van het land van herkomst nog spreken, terwijl de kinderen onderling Nederlands spreken. Als de ouders dan bovendien weinig spraakzaam zijn, is de kans dat het kind hun moedertaal goed gaat spreken niet zo groot.

Ook de bredere omgeving kan van groot belang zijn voor de talen die het kind hoort. Soms spreekt een dagelijks aanwezige oppas of een familielid nog een andere taal. Ook kunnen grootouders een belangrijke reden zijn om het kind de taal van het land van herkomst te leren. In sommige gevallen willen de ouders niet dat een kind een bepaalde taal leert omdat zij dit te belastend vinden voor het kind, maar leert het die taal spelenderwijs toch van neefjes en nichtjes.

Ervaringen tot nu toe

De ervaringen die wij tot nu toe hebben met het gebruik van het anamneseformulier meertaligheid zijn over het algemeen positief. Vaak reageren ouders enthousiast als doorgevraagd wordt over hun talige achtergronden en vertellen ze daar graag over. Dit komt de acceptatie van onze adviezen door de ouders ten goede.

Wij hebben gemerkt dat het handig is om het formulier van de anamnese meertaligheid naast het algemene anamneseformulier te houden, zodat gegevens direct ingevuld kunnen worden als de

Wie? Binnenshuis
Moeder
Vader
Oma

T1 = Spaans
D (goed; dagelijks)
D (matig; dagelijks)
D (goed; wekelijks)

T2 = Nederlands
I (slecht; sporadisch)
I (goed; dagelijks)

Wie? Buitenshuis

Peuterspeelzaalleiding
Leeftijdgenootjes

D (goed; twee x/week)

D (goed; drie x/week)x

Figuur 2. Taalaanbod.

D (direct taalaanbod); I (indirect taalaanbod); K (taal die het kind tegen die persoon gebruikt).

Goed/matig/slecht (kwaliteit van aanbod in die taal).

Dagelijks/wekelijks/soms (frequentie taalaanbod).

Dit is een voorbeeld van een kind dat Spaans als moedertaal heeft. Moeders moedertaal is Spaans, vaders moedertaal is Nederlands maar hij spreekt consequent Spaans tegen het kind als ze alledrie samen zijn. De oma, voor wie Spaans de moedertaal is, bezoekt het kind een keer per week. Het kind gaat twee keer per week naar een Nederlandstalige peuterspeelzaal en speelt een middag per week met de (éentalig Nederlandssprekende) kinderen van de burens.

TAAL 1 = Turks

0 6 12 18 24 30 36 42 48 maanden

TAAL 2 = Koerdisch

0 6 12 18 24 30 36 42 48 maanden

TAAL 3 = Nederlands

0 6 12 18 24 30 36 42 48 maanden

Figuur 3. Tijdlijn Blootstelling.

Dit is een voorbeeld van een kind dat vanaf zijn geboorte tot heden (30 maanden oud) thuis Turks hoort. Tot de leeftijd van 12 maanden thuis Koerdisch hoorde van een inwonende grootmoeder, die toen overleed. En vanaf 24 maanden tot heden op de crèche direct aan Nederlands wordt blootgesteld.

T1 = Berbers

moeder:
Belangrijk omdat het haar moedertaal is. Die taal beheerst ze goed.

vader:
Niet belangrijk. Het kind heeft er niets aan.

kind:
Niet bekend

T2 = Arabisch

moeder:
Belangrijk omdat het de taal van het Islam is.

vader:
Belangrijk omdat het zijn moedertaal is en omdat het de taal van de Islam is.

kind:
Niet bekend

T3 = Nederlands

moeder:
Belangrijk omdat ze in Nederland wonen en het kind binnenkort naar school gaat.

vader:
als moeder

kind:
Niet bekend

Figuur 4. Belang van betrokken talen.

Dit is een voorbeeld van een kind dat thuis zowel aan het Berbers als aan het Arabisch wordt blootgesteld. De ouders hebben verschillende meningen over het belang van het Berbers. Over het belang van het Arabisch en het Nederlands zijn ze het met elkaar eens.

meer-/anderstalige situatie tijdens de algemene anamnese aan de orde komt. Bij multidisciplinaire diagnostiek in bijvoorbeeld een Audiologisch Centrum kan de tijdsdruk soms erg hoog zijn, zodat het niet lukt om de anamnese meertaligheid direct af te nemen. Dan wordt een extra afspraak gemaakt of wordt aan de behandelend logopedist gevraagd de gegevens (zonodig verspreid over verschillende sessies) na te vragen.

De totale anamnese meertaligheid bevat een zeer groot aantal vragen. Het is niet de bedoeling om altijd alle vragen te stellen. Ook is het niet nodig om het formulier bij elk meertalig kind te gebruiken. In sommige gevallen is de situatie al snel duidelijk.

In het algemeen zal men veel vragen moeten stellen als de situatie complex is (veel verschillende personen, meer dan twee talen) óf als de ouders niet helder zijn in het beschrijven van de situatie. Als de ouders onvoldoende Nederlands spreken moet een (gratis) tolk van het Tolkencentrum aanwezig bij het gesprek (Blumenthal, 1998).

Casus 1

Het Turks jongetje T. van drie jaar en twee maanden hoort:

- thuis Koerdisch (dat de ouders wel onderling spreken, maar niet tegen de kinderen);
- *Turks* (van zijn ouders, voor wie Turks niet de eerste taal is, van familie en buren en van zijn oudere zussen, die beter Nederlands dan Turks spreken);
- *Nederlands* (sinds twee maanden op de peuterspeelzaal van de leidsters en de andere kinderen en vanaf zijn geboorte van zijn zusjes).

Uit de meer *algemene anamnese* blijkt dat T. in het Turks in drie- en vier-woordzinnen spreekt. Wat betreft de algemene ontwikkeling zijn er volgens de moeder geen problemen. De moeder maakt zich ongerust omdat T. nog niet alle klanken goed uitspreekt, maar vertelt erbij dat de vader helemaal niet ongerust is.

Op de crèche maakt T. geen contact met de (Nederlandse) leidsters of met de (Nederlandse) kinderen – zodanig dat de leidsters dachten dat hij misschien autistisch zou zijn – totdat er een Turks jongetje in de groep kwam waar T. direct contact mee maakte en mee ging praten. De on-

derzoeker (een Nederlandse logopedist die een klein beetje Turks spreekt) zegt af en toe een paar Turkse woordjes tegen hem, waar hij verrast op reageert. Al snel ontwikkelt zich een kiekeboespelletje tussen de onderzoeker en T.

Aangezien het Turks duidelijk de sterkste taal is, wordt besloten de spraaktaalontwikkeling in deze taal te evalueren. Een *video-opname van moeder en kind* (spelend en pratend) wordt gemaakt en met behulp van de moeder en de tolk bekeken.

T. maakt maximaal een drie-woordzin, die met hulp van de moeder door de tolk goed verstaan wordt en een goede zinsvolgorde heeft. Wel maakt hij enkele morfologische fouten die echter na overleg tussen de moeder en de tolk als gebruikelijke taalvarianten geduid worden. Er zijn geen pragmatische problemen aan te wijzen in zijn taalgebruik, diverse communicatieve functies worden goed gebruikt. De uitspraakproblemen, die hij overigens wisselend heeft (soms zegt hij een woord dat hij eerder fout zei, later goed), lijken de logopedist, gezien de leeftijd, niet verontwaardigend.

De ouders en kinderen hebben de volgende attitudes ten aanzien van de drie talen. Voor de ouders is het *Turks* belangrijk als de taal van het land van herkomst. Zij willen dat de kinderen goed Turks leren spreken. De twee oudere zussen van T. zitten op extra Turkse les op zaterdag. Het *Nederlands* beschouwen de ouders als een belangrijke taal voor de toekomst van hun kinderen. De moeder zit op Nederlandse les.

Het *Koerdisch* beschouwen de ouders als een taal waar hun kinderen niks aan hebben. Wel is het de taal die zij onderling het liefste spreken, maar de moeder geeft aan dat zij met de kinderen toch liever Turks spreekt. De moeder is in het Turks uitermate spraakzaam en kan één en ander via de tolk prima uitleggen.

Conclusie: de taalinput in het Turks is voldoende voor het op gang komen van de spraaktaalontwikkeling in die taal. De ontwikkeling in het Turks is waarschijnlijk voldoende voor de leeftijd. In het Nederlands en in het Koerdisch heeft T. nog onvoldoende taalinput gehad om de taalontwikkeling op gang te laten komen. Wat betreft het Koerdisch wordt dit door de ouders ook niet van belang geacht.

Advies: op de crèche is hij kennelijk nog niet toe aan het spreken van het Nederlands. Hij moet rustig de tijd krijgen om te wennen en moet niet gedwongen worden Nederlands te spreken. De situatie thuis met de drie talen die daar gesproken worden, kan gehandhaafd blijven. Logopedie is niet noodzakelijk.

Evaluatie: In dit voorbeeld ligt de nadruk wat betreft de toegevoegde waarde van de anamnese meertaligheid op de evaluatie van de uitspraakproblemen, die door nauwkeurig navragen en overleg met moeder en tolk uiteindelijk als passend bij de taalinput ('de regionale, sociale en linguïstische variëteit die het kind zich aan het verwerven is') en de leeftijd worden geduid.

ONJUIST BEELD

Het ontbreken van een goed instrument om navraag te doen bij ouders van jonge kinderen (< vier jaar) die opgroeien in een meertalige omgeving, kan een gebrekkig en soms zelfs een onjuist beeld van de situatie van de patiënt veroorzaken. Met alle negatieve gevolgen van dien voor de diagnosestelling en advisering.

Een Chinese moeder komt met haar tweeling (2;6 jaar) naar het Audiologisch Centrum voor logopedisch onderzoek. De kinderen praten nog niet. De moeder vertelt dat de kinderen alleen 'Chinees' horen spreken en angstig zijn in hun contact met Nederlandse mensen. De onderzoeker adviseert logopedische behandeling en schrijft in zijn verslag dat de kinderen ééntalig (Chinees) zijn. De behandelend logopedist komt er achter dat de kinderen een groot deel van de week worden verzorgd door een Chinese oppas die een andere Chinese taal spreekt dan de ouders.

Casus 2

Een tweeling van 2;6 jaar (de jongetjes R. en P.) wordt aangemeld voor onderzoek. De kinderen spreken voornamelijk in één-woorduitingen en begrijpen elkaar non-verbaal prima. Zij horen thuis van hun moeder Spaans. En van de vader *Spaans, Papiamento en Nederlands*.

De moeder wil graag Nederlands leren maar door omstandigheden (slechte gezondheid, problemen in de familie, de geboorte van de tweeling) is het haar niet gelukt om aan een cursus deel te nemen. Nu is zij in verwachting van de derde en voelt zich niet goed. De vader vindt dat de kinderen vooral Nederlands moeten gaan spreken, maar hij werkt fulltime en studeert daarnaast Rechten in de avonduren, zodat hij weinig tijd heeft. Voor bezoek aan de peuterspeelzaal is geen geld. Uit psychologisch onderzoek blijkt dat het cognitieve niveau van de kinderen waarschijnlijk voldoende is.

Conclusie: de taalinput van het Spaans is voldoende voor het op gang komen van de taalontwikkeling in deze taal, maar dit is onvoldoende gebeurd. In het Nederlands en in het Papiamento is de input onvoldoende om de ontwikkeling in die talen op gang te laten komen.

Advies: logopedie gericht op taalstimulering van het Spaans door de moeder. De moeder is immers het grootste deel van de tijd bij de kinderen en zal binnen afzienbare tijd niet voldoende Nederlands spreken om haar kinderen in die taal te stimuleren. Daarnaast zal de maatschappelijk werker van het Audiologisch Centrum de familie thuis bezoeken om na te gaan of er mogelijkheden zijn om de moeder Nederlandse les te laten volgen en om na te gaan of peuterspeelzaalbezoek toch haalbaar is.

Evaluatie: uit deze casus wordt duidelijk dat de praktische omstandigheden ook een zeer belangrijke rol kunnen spelen bij de advisering. Gezien de attitudes van de ouders zou Nederlands de eerste keuze voor taalstimulering kunnen zijn, dit is echter in de huidige situatie niet haalbaar.

Tot besluit

Hoewel de anamnese zijn definitieve vorm nog niet heeft gevonden, hebben wij de achterliggende gedachten en onze werkwijze bij onderzoek van meertalige kinderen hier nu toch aan u willen presenteren. Hopelijk zullen reacties op dit artikel de vragenlijst en de werkwijze verder helpen verbeteren. Reacties op dit artikel graag ter attentie van M. Blumenthal en M.M.R. Julien, HACE, Postbus 848, 2501 CV Den Haag (fax 070-3805634).

Dit artikel kwam tot stand in het kader van het KIC-project, een project ter verbetering van de zorg- en dienstverlening aan allochtonen met een auditieve/communicatieve handicap, in Audiologische Centra. Dit project is een samenwerkingsproject van het HACE (Haags Audiologisch Centrum Effatha) en het NCB (Nederlands Centrum voor Buitenlanders) en werd gesubsidieerd door de SDG (stichting Dienst-

verleners Gehandicapten) als onderdeel van het VIG-programma (Vernieuwing Implementatie Gehandicapten).

Summary

Multilingual children who are presented to the speech and language therapist for a diagnostic examination of their language development need to be evaluated in all of the languages they speak or understand.

Information about quantitative and qualitative aspects of the language-input in the different languages is necessary to put into perspective possible impairments or delays. The esteem the parents have for the different languages and the (linguistic) future they envisage for their child is also relevant. This is the only way a well-founded advice for treatment can be given.

In this article a questionnaire (still in development) is presented that will enable the systematic gathering of data concerning the linguistic situation of our multilingual clients.

Key words

Personal language history, multilingualism, diagnostic examination, speech and language development, quality and quantity of language exposure.

Literatuur

- Appel, R. (red) (1986). *Minderheden, taal en onderwijs*. Muidersberg: Dick Coutinho.
- American Speech, Language and Hearing Association (ongedateerd). *Children and bilingualism, Let's talk*. Factsheet no.47.
- Blumenthal, M. (1998). *Een half woord is meestal niet genoeg, aanbevelingen voor het werken met een tolk in gezondheidszorg en onderwijs*. Utrecht: Nederlands Centrum voor Buitenlanders.
- Brink, G.A. van den & M.C. aan den Wiel, (1995). Meertalige kinderen. *Logopedie en Foniatrie*, nr. 6.
- Croes, M.M. & M.J. Garssen (1998). *Migranten en allochtonen in de statistiek, Handboek interculturele zorg*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Houwer, A. de (1998). Taalontwikkeling bij meertalige kinderen. *Stem-spraak-taalpathologie*, afl. 4, A7.4.2.
- Ierland, M.S. van (1982). Onderkenning en opvang van kinderen met taalontwikkelingsstoornissen: enkele knelpunten. *Logopedie en Foniatrie*, 91-104.
- Narain, G. & L. Verhoeven (1996). Ontwikkeling van tweetaligheid bij allochtone kleuters. *Tijdschrift voor Onderwijsresearch*, nr.1, 54-80.
- Wagenaar, E. (1997). *Meertalig werken in kindercentra, cursusboek voor docenten*. NIZW, 54-56.
- Schaerlaekens, A.M. (1996). Een, twee, meer talen voor jonge kinderen? *Proceedings Jaarcongres NVLF november 1996*, 6-21. Gouda: NVLF.

Auteurs

Drs. Mirjam Blumenthal is teamleider logopedie bij HACE en projectleider Interculturalisatie bij Effatha. Adres HACE: Postbus 848, 2501 CV Den Haag.

Drs. Manuela R. Julien is neurolingvist en logopedist, eveneens bij HACE.

Studiedag Stichting Afasie Nederland

De jaarlijkse studiedag van de commissie therapie van de Stichting Afasie Nederland vond op 8 oktober plaats in de Jaarbeurs in Utrecht. Ook dit jaar was de studiedag volgeboekt. De opzet was als ieder jaar: eerst plenair een aantal lezingen, waarna drie rondes workshops (men had de keus uit vijf workshops). Verder waren er verschillende stands met onder andere therapiemateriaal en bedrijven die aangepaste voeding ontwikkelen. Natuurlijk waren ook de SAN/AVN zelf vertegenwoordigd en de NVLF.

Pragmatiek

De ochtend begon met de lezing van Mieke van de Sandt, klinisch linguïst bij de Stichting Afasie Rotterdam (SAR). De vijftig minuten waren te kort voor de vele informatie die gegeven werd. In hoog tempo werd de plaats van de pragmatiek binnen de linguïstiek besproken. Het gaat dan over bestudering van taalgebruik binnen een context. De linguïstische context is tekstniveau, extra-linguïstisch wordt gekeken naar taalgebruik in een situatie zoals een conversatie. Basisbegrippen als discourse en speech acts kwamen aan de orde.

Aandacht voor pragmatiek in de afasiebehandeling is de laatste jaren toegenomen. De diagnostiek op dit gebied is nog volop in ontwikkeling. Zo zijn er de ANTAT en het ICB, beide kwamen later in workshops aan de orde. Mieke pleitte voor afname van een neuropsychologisch onderzoek en conversatie analyse (CA) bij de patiënt. De CAPPA

is voor dit laatste een in Engeland recent ontwikkelde methode. Bij CA wordt bijvoorbeeld gekeken naar turn taking, repair en topic management. Op basis van de analyse kan de patiënt en zijn omgeving gericht advies krijgen over hoe effectiever gecommuniceerd kan worden.

PCAD

In de tweede lezing besprak Corine Kornman, logopedist, het PCAD-project ('pie-ket'). Tot haar spijt kan Corine geen de meer n men a n het ro'ect, waar z zeer en o i

schappen ingevoerd worden. De videodemonstratie bij de casus liet zien dat ook voor vreemden de (gesproken) boodschappen via de computer goed en vlot te begrijpen waren.

RH-patiënten

Na deze lezing kreeg Monique Lindhout het woord. Zij complimenteerde de CT en zette twee ontwikkelaars van nieuw voorlichtingsmateriaal over afasie in de bloemetjes. Het materiaal, gebaseerd op het taalmodel van Ellis en Young, ligt bij de drukker en is naar men hoopt in januari bij de SAN verkrijgbaar.

Hierna startten de workshops van ieder een uur. Katinka van Bortel, logopedist in een revalidatiecentrum, liet ons delen in haar ervaring in onderzoek en behandeling van rechter hemisfeer (RH) patiënten. Zij geeft over dit onderwerp ook post-HBO cursussen. Zij werkt bij onderzoek en behandeling nauw samen met de psycholoog. Bij onderzoek en therapie is de partner van de patiënt nauw betrokken. Zo leert deze inzicht te krijgen in de problemen en hoe hier mee om te gaan.

Katinka ziet als hoofddoel van haar therapie het aanbieden van structuur aan de RH-patiënt. Dit komt in alle mogelijke oefeningen terug, zoals bij logische reeksen, het doorspreken van de dag aan de hand van de agenda, het navertellen van een verhaal. Steeds weer krijgt de patiënt de vraag zich nader te verklaren, andere oplossingen te zoeken, uit te leggen waarom iets wel of niet gedaan of gezegd is. Nooit zal zij zeggen dat de patiënt het fout doet, zoals de titel van de

workshop ook aangaf: 'Zou het ook anders kunnen?' is steeds haar benadering. Hiermee hoopt zij te bereiken dat de patiënt inzicht krijgt in zijn communicatie en daardoor beter gaat communiceren.

ICB

Harry Goos, logopedist en docent in de o l i n o school van Arnhem en Nijmegen a n u u r t om echt diep in te gaan op h t CB ment va de e Be

'Zou het ook anders kunnen?' is steeds haar benadering

