

# B8.1.5

## Taalstoornissen bij meertalige kinderen

DRS. M.M.R. JULIEN

Audiologisch centrum, Den Haag

DRS. M. BLUMENTHAL

Audiologisch centrum, Den Haag

### INHOUD

---

- 1 Meertaligheid in de Nederlandse context
  - 1.1 Huidige ontwikkelingen
  - 1.2 Talen in Nederland en variatie wat betreft taalvitaliteit
  - 1.3 De betekenis(sen) van meertaligheid voor meertalige gezinnen
  
- 2 Taalstoornissen bij meertalige kinderen
  - 3.1 Algemeen
  - 3.2 Meertaligheid als complicerende factor voor taalproblemen
  - 3.3 Risico van een verkeerde interpretatie van de gegevens
  - 3.4 Diagnostiek bij jongere kinderen
  - 3.5 Diagnostiek bij oudere kinderen
  
- 4 Samenwerking met een tolk
  
- 5 Acceptatie van een taalhandicap: is dit cultureel bepaald?
  
- 6 Logopedische behandeling van meertalige kinderen met spraak- en taalstoornissen
  - 6.1 Samenwerking met de ouders
  - 6.2 Behandeling
  - 6.3 In welke taal moet de behandeling plaatsvinden?
  - 6.4 Wanneer stopt de logopedist met de behandeling?

- 7 Advies geven over de hantering van de talen thuis
- 8 Aanbevelingen voor verdere studie en verbetering van de huidige praktijk

Literatuur

REDACTIE: dr. H.F.M. Peters, hoofdredacteur | prof. dr. R. Bastiaanse |  
prof. dr. J. van Borsel | prof. dr. P.H.O. Dejonckere |  
dr. K. Jansonius-Schultheiss | drs. Sj. Van der Meulen | B.J.E. Mondelaers

# Taalstoornissen bij meertalige kinderen

M.M.R. JULIEN

&

M. BLUMENTHAL

## 1 Meertaligheid in de Nederlandse context

### 1.1 HUIDIGE ONTWIKKELINGEN

Meertaligheid lijkt, anders dan de meeste andere onderwerpen in de spraaktaalpathologie, geen waarde vrij onderwerp. Bijna iedereen in Nederland heeft een mening over de toename van het aantal meer- en anderstaligen in Nederland. Aan de ene kant van het spectrum is de gangbare mening dat 'iedereen zo snel mogelijk Nederlands moet leren', wat impliceert dat men dan de oorspronkelijke taal maar het liefst zo snel mogelijk moet vergeten. Het behoud van eigen taal en cultuur zou de veelbesproken 'integratie' belemmeren.

Aan de andere kant zijn er groepen die pleiten voor de cognitieve, culturele en economische voordelen die verbonden zijn aan meertaligheid, zowel voor het individu als voor de samenleving (Studio Taalwetenschap, 2000).

Zowel (meertalige) ouders van kinderen met spraaktaalproblemen, als de kinderen zelf, als de diagnostici en behandelaars en onderwijsgevers maken deel uit van deze context van waardegebondenheid, en worden erdoor beïnvloed wat betreft hun attitude en, indirect, in hun (taal)handelen.

De maatschappelijke acceptatie van anderstaligheid bij immigranten lijkt af te nemen. Hierbij is interessant dat binnen de Europese Unie taalrechten van regionale minderheden worden erkend door internationale en Europese verklaringen en dat het leren van vreemde talen door iedereen als heel positief wordt beoordeeld, maar dat taalrechten van immigranten meestal worden genegeerd. Vanaf het schooljaar 2004-2005 wordt het OAIT-onderwijs

(onderwijs in eigen taal) zelfs afgeschaft in Nederland (Extra & Yagmur, 2004).

Hoewel hier, voor zover bekend, geen onderzoek naar gedaan is, is aan-  
nemelijk dat deze context invloed heeft op het denken, voelen en handelen  
van de verschillende partijen die te maken hebben met het kind met spraak-  
en taalproblemen, en op het kind zelf. Ouders kunnen zich bijvoorbeeld  
schuldig gaan voelen over de meertalige situatie die zij hun kind bieden. Een  
kind dat moeilijk spreekt, en zich thuis in zijn thuistaal relatief veilig voelt in  
de communicatie, kan zich op school afsluiten voor het volledig Nederlands-  
talige taalaanbod. Ook is het mogelijk dat dit kind zich juist afsluit voor de  
thuistaal, omdat het kind voelt dat deze taal maatschappelijk weinig aanzien  
heeft en om voor zichzelf complexiteit te reduceren.

Voor het beleid van overheid en werkveld zijn drie tendensen van belang:

- 1 Het percentage kinderen dat thuis (ook) een andere taal dan Nederlands  
hoort en spreekt is vooral in de grote steden hoog (zie o.a. Van der Avoird  
e.a., 2001), en neemt waarschijnlijk nog toe.
- 2 Overheid, onderwijs, gezondheidszorg en belangenorganisaties van  
ouders stellen hogere kwaliteitseisen aan het handelen van deskundigen  
op het gebied van spraak-taalproblemen, dus ook waar het meertalige  
kinderen betreft. Zo wordt voor de toelating op een van de zogenaamde  
Cluster 2-scholen (scholen voor kinderen met een gehoorverlies of een  
ernstig spraaktaalprobleem) bij meertalige kinderen geëist dat bij het  
logopedisch onderzoek de taalontwikkeling in de thuistaal is onderzocht,  
zo nodig met een tolk (Resing e.a., 2002).
- 3 Meertaligheid is vaker onderzoeksobject binnen en buiten de spraak-  
taalpathologie. Vermeldenswaard is onder andere het huidige NWO-pro-  
gramma 'Taalverwerving en Meertaligheid'\*

Wij hopen dat, gezien de genoemde tendensen, deskundigen zoals logopedis-  
ten en linguïsten meer dan in het verleden geneigd zullen zijn de meertalige  
situatie van het kind serieus te nemen en minder snel zullen zeggen: 'Kom  
maar terug als het kind Nederlands spreekt' (en daarin vastloopt...). Het over-

\* Het centrale doel van dit programma is onderzoek te bevorderen op het  
snijvlak van de velden taalverwerving en meertaligheid. Het programma zal  
onderzoeksaanvragen honoreren die drie belangrijke aspecten van de studie naar  
taalverwerving integreren: de rol van taalarchitectuur, verwerking en context.

heidsbeleid zou zich moeten richten op het omgaan met meertaligheid als uitgangspunt van beleid, en niet als kenmerk van achterstand.

## 1.2 TALEN IN NEDERLAND EN VARIATIE WAT BETREFT TAALVITALITEIT

In de periode 1997-2000 zijn in dertien Nederlandse gemeenten gegevens verzameld over de thuistalen van leerlingen in het basis- en voortgezet onderwijs (Extra & de Ruiter, 2001). Alleen de tweeëntwintig meest frequent genoemde talen zijn opgenomen: Turks, Arabisch, Berbers, Engels en Hind(ustan)i waren de meest gesproken thuistalen. Ieder van deze talen had meer dan vijfduizend sprekers.

Talen verschillen wat betreft de zogenaamde taalvitaliteit. De vitaliteit van een taal is te onderscheiden in vier elementen (Extra & de Ruiter, 2001):

- 1 taalvaardigheid, de mate waarin de desbetreffende taal wordt verstaan;
- 2 taalkeuze, de mate waarin de betreffende taal meer dan, of even vaak als, Nederlands wordt gebruikt met de moeder;
- 3 taaldominantie, de mate waarin de betreffende taal beter dan, ofwel even goed als, Nederlands wordt gesproken;
- 4 taalpreferentie, de mate waarin de betreffende taal meer de voorkeur heeft dan, dan wel even graag als, Nederlands wordt gesproken.

Extra en de Ruiter (2001) onderzochten hoe het staat met de taalvitaliteit in de 22 meest voorkomende talen. Vaak is het zo dat als een bepaalde groep langer in Nederland is, de taalvitaliteit van de thuistaal geleidelijk afneemt. Dit hoeft echter niet altijd zo te zijn, zoals de hoge taalvitaliteit van het Turks en het Berbers aantoont.

Voor de diagnostiek is van belang kennis te hebben van de taalvitaliteit in een bepaalde taal in een bepaalde groep, zodat de diagnosticus een (te toetsen) hypothese kan stellen over de meertalige situatie thuis en de hoeveelheid blootstelling aan de betreffende talen.

## 1.3 DE BETEKENIS (SEN) VAN MEERTALIGHEID VOOR MEERTALIGE GEZINNEN

Allochtone ouders zijn zich in het algemeen zeer bewust van de waarde voor hun kind van het goed leren van de Nederlandse taal. Veel ouders maken zich

daar zorgen over, en zij zijn meestal veel minder bezig met het handhaven van de thuistaal dan men wel eens denkt.

Het bevorderen van het spreken en verstaan van de thuistaal gebeurt in de meeste gezinnen weinig bewust, en met weinig bijzondere inzet van middelen. In wijken van grote steden waar veel mensen met eenzelfde thuistaal dicht bij elkaar wonen wordt de thuistaal veelal vanzelf al gehandhaafd, ook zonder inzet van bijzondere middelen. Degenen die het beste in staat om bijzondere maatregelen te nemen om de thuistaal te handhaven zijn de ouders met een gemiddeld hogere opleiding (en inkomen). Voorbeelden van bijzondere maatregelen zijn:

- vakanties in het thuisland of een ander land waar de thuistaal wordt gesproken;
- organiseren van samen spelen van kinderen die dezelfde taal spreken;
- samen met het kind boekjes lezen, video's bekijken, geluidsbanden luisteren met liedjes in de thuistaal;
- het kind les (laten) geven in de thuistaal.-

Kinderen kiezen de eerste jaren van hun leven in meerderheid voor de omgevingstaal, van de 'peer group', als dominante taal.

De houding van de ouders ten opzichte van de thuistaal en de manier waarop men daarmee omgaat in de anderstalige omgeving, is heel gevarieerd. De variatie in houding kan ook bestaan binnen een gezin of zelfs tussen kinderen binnen een gezin. Ouders die gemotiveerd de thuistaal handhaven, kunnen daar onder andere de volgende redenen voor hebben:

- wens om terug te keren naar het land van herkomst;
- handhaven van gespreksmogelijkheid/contact met de familie in het thuisland;
- overdracht van de eigen cultuur en/of religie;
- de overweging dat meertaligheid een voordeel is in het leven van het kind: cognitief, maatschappelijk, cultureel (ruimer referentiekader, bredere blik op verschillende culturen).

Het komt natuurlijk ook voor dat ouders geen Nederlands willen of kunnen leren, en daardoor geen andere keuze hebben dan hun kind alleen in de thuistaal op te voeden.

## 2 Taalstoornissen bij meertalige kinderen

De term *language impairment* (LI), gebruikt in de Engelse literatuur, impliceert dat de taalontwikkeling van het kind achterblijft ten opzichte van andere

aspecten van de ontwikkeling zoals non-verbale intelligentie, motorische, sociale en emotionele vaardigheden (Bishop, 1997; Leonard, 1998). In dit hoofdstuk zal deze definitie gebruikt worden en de term 'taalstoornis' zal voortaan worden gebruikt als vertaling van de Engelse term *language impairment*. Ook zal de term 'meertalige kinderen' gebruikt worden in plaats van tweetalige kinderen, omdat een deel van de kinderen om wie het gaat meer dan twee talen spreekt.

Spraak- en taalstoornissen komen bij meertalige kinderen niet meer of minder voor dan bij eentalige kinderen (o.a. Wei e.a., 1997; Long, 1994; Winter, 2001). Wij nemen aan dat spraak- en taalstoornissen bij meertalige kinderen evenveel variatie vertonen als spraak- en taalstoornissen bij eentalige kinderen. Hiernaar is echter erg weinig onderzoek verricht en resultaten van het onderzoek dat er is, suggereren dat er verschillen zijn tussen eentalige en meertalige kinderen wat betreft het soort stoornissen. In twee Engelse studies (Crutchley e.a., 1997a, 1997b) waarbij meertalige kinderen met ernstige taalstoornissen vergeleken werden met eentalige taalgestoorde kinderen tussen de 6;6 en de 8 jaar wat betreft hun beheersing van het Engels, kwam naar voren dat meertalige kinderen complexere en ernstiger morfosyntactische problemen hadden en dat ze vaker niet alleen expressieve problemen hadden maar ook receptieve. Verbazingwekkend is dat zij ook beduidend minder articulatieproblemen hadden dan eentalige kinderen. Een mogelijke verklaring voor de verschillen in resultaten tussen de twee groepen kinderen kan zijn dat de tests die in deze studies gebruikt werden, geen adequate weerspiegeling geven van werkelijke problemen en vermogens van de meertalige kinderen. In beide studies werden de kinderen alleen in het Engels, hun tweede taal, getest.

In de studie van Salameh (2003) van Arabisch-Zweeds sprekende kinderen met en zonder ernstige taalstoornissen werd gevonden dat de kinderen met taalstoornissen problemen hadden met zinsmorfologie maar niet met lexicale morfologie. Verder werd gevonden dat zij een laag grammaticaal niveau in beide talen hadden, terwijl de kinderen zonder taalstoornissen een hoog grammaticaal niveau hadden in ten minste een van de talen. Er werd ook gevonden dat de meertalige kinderen met en zonder ernstige taalstoornissen dezelfde ontwikkelingssequentie volgen in hun weg richting de doeltaal. Uit dezelfde studie bleek verder dat meertalige kinderen met een ernstige taalstoornis beide talen konden ontwikkelen, weliswaar in een lager tempo dan de kinderen zonder stoornissen en dat zij meer kwetsbaar lijken voor een beperkte blootstelling aan beide talen.

Dit soort studies levert informatie die onmisbaar is voor de diagnose van een taalstoornis, het stellen van een prognose, het opstellen van een behandelplan en het geven van advies aan ouders en school over het hanteren en stimuleren van de betrokken talen.

### 3 Diagnostiek van taalstoornissen bij meertalige kinderen

#### 3.1 ALGEMEEN

In de meeste studies betreffende de diagnostiek van taalstoornissen bij tweetaalige kinderen benadrukt men de noodzaak om beide talen te onderzoeken (o.a. Damico & Hamayan, 1990; De Montfort Supple, 1996). Als alleen de tweede taal wordt onderzocht, zal de onderzoeker niet in staat zijn onderscheid te maken tussen enerzijds door onvoldoende blootstelling aan de tweede taal veroorzaakte taalproblemen, en anderzijds een taalstoornis die beide talen aantast.

Een goede diagnose bij een meertalig kind veronderstelt toegang tot *betrouwbare en valide instrumenten en vergelijkingsdata* in beide talen. De situatie in Nederland (maar ook in andere landen) is echter dat de meeste beschikbare instrumenten alleen voor eentalige kinderen gemaakt zijn of dat slechts één taal, het Nederlands, ermee onderzocht kan worden. Ook vergelijkingsdata zoals linguïstisch kenmerken van de normale taalontwikkeling en van taalstoornissen in de verschillende talen, ontbreken voor meertalige kinderen. Bovendien is het voor de onderzoeker een grote belemmering als hij de bij het kind te onderzoeken taal zelf niet spreekt.

De diagnose van een taalstoornis bij meertalige kinderen is om deze redenen moeilijker dan bij eentalige kinderen.

Bij de diagnostiek van meertalige kinderen moet de taalontwikkeling in het Nederlands altijd gezien worden tegen de achtergrond van het taalaanbod en de gelegenheid die het kind gehad heeft om Nederlands te leren. Daarnaast moet ook de taalontwikkeling van de T1 gezien worden in een context waarin de T1 een 'minderheidstaal' is binnen de Nederlandstalige samenleving. In veel gevallen is al vanaf groep 1 van de basisschool sprake van taalverlies van T1, zoals E-rramdani (2003) voor het Berbers heeft aangetoond. Om erachter te komen hoe de situatie is van een individueel kind is een goede anamnese noodzakelijk. De ouders moeten bevraagd worden met behulp van bijvoorbeeld de Anamnese Meertaligheid (Blumenthal & Julien, 2000). Met behulp van deze vragenlijst kan de diagnosticus de geschiedenis en de huidige situatie van de talige input en interactie achterhalen: wie spreekt in welke situatie



welke taal met het kind; welke talen begrijpt en/of spreekt het kind zelf; welke attitudes en wensen zijn er bij kind en omgeving over het leren van de verschillende talen?

De diagnosticus die een meertalig kind onderzoekt en/of behandelt, zal zich moeten verdiepen in de thuistaal van het kind. Informatie over de structuur (schrift, fonologie, morfologie, syntaxis) en indeling binnen taalfamilies van verschillende talen is onder andere te vinden bij Campbell (1995). Deze informatie kan bij diagnostiek gebruikt worden, zowel bij de beoordeling van de taalontwikkeling in de niet-Nederlandse taal, als voor het stellen van een hypothese over welke moeilijkheden het kind zou kunnen hebben bij het leren van Nederlands als tweede taal (Julien, 2004).

### 3.2 MEERTALIGHEID ALS COMPLICERENDE FACTOR VOOR TAALPROBLEMEN

Het voorkomen van meertalige kinderen in de scholen in Europese landen is een duidelijk teken van handhaving van de thuistaal en cultuur van immigranten binnen de dominante cultuur van het land.

Meertaligheid zelf heeft geen negatieve invloed op de ontwikkeling van een kind. Het is echter een feit dat kinderen uit bepaalde etnische minderheden vaak een leerachterstand vertonen. Dit is reden voor bezorgdheid bij scholen en overheid. Achterstand op school wordt vaak gezien als het resultaat van de meertaligheid. Onderzoekers herkennen een aantal mogelijke omgevingsinvloeden op meertalige kinderen. Deze omvatten:

- 1 dat tweedetaalverwervers streven naar 'een doel dat beweegt': als ze dat ooit willen inhalen moeten ze nog sneller leren dan eentalige kinderen die immers ook doorgaan met hun taalontwikkeling. (Edwards, 1998);
- 2 de mogelijke discrepantie tussen de cultuur en het taalgebruik thuis en op school (zie o.a. Heath, 1983);
- 3 ongunstige sociale en economische omstandigheden (Trueba, 1991; Appel e.a., 1980); en
- 4 het gebruik van tests en diagnostisch materiaal, gestandaardiseerd op niet-vergelijkbare populaties (O'Connor, 1989; Valdés & Figueroa, 1994) waardoor verkeerde conclusies worden getrokken.

De resultaten van epidemiologische studies zoals die van Salameh (2003), en Crutchley en anderen (1997a, 1997b) laten zien dat er specifieke risicofactoren bestaan voor meertalige kinderen. De verschillen betreffen echter vooral omgevingsinvloeden, zoals moment van verwijzing (te laat), bronnen van ver-

wijzing (te weinig), weigeren van hulpverlening door de ouders, risico om gediagnosticeerd te worden met een ernstige taalstoornis en het risico dat de therapie wordt stopgezet vanwege niet verschijnen.

Samenvattend kan gezegd worden dat meertaligheid onder sommige omstandigheden een complicerende factor kan zijn voor de taalontwikkeling van het kind. Die omstandigheden ontstaan echter door omgevingsfactoren en niet door factoren inherent aan het kind zelf. Wij vinden het belangrijk om hierbij te benadrukken dat verscheidene studies (Bruck, 1982; Salameh, 2003) hebben bewezen dat meertalige kinderen met taalstoornissen, zelfs die met een ernstige vorm van een taalstoornis, het vermogen hebben twee talen te leren. Dat gebeurt dan wel in een lager tempo. Ook hebben deze kinderen een grotere behoefte dan zich normaal ontwikkelende kinderen aan een rijke en gevarieerde blootstelling aan beide talen.

### 3.3 RISICO VAN EEN VERKEERDE INTERPRETATIE VAN DE GEGEVENS

De ervaring op Audiologische Centra in Nederland is dat meertalige kinderen later dan eentalige kinderen worden doorverwezen voor onderzoek van een mogelijke taalstoornis. Ons vermoeden is dat de oorzaak vooral is dat problemen die meertalige kinderen vertonen te vaak worden gezien als gevolg van het leren van het Nederlands als tweede taal (NT2) en niet als problemen met mogelijk een taalstoornis als oorzaak. Het gevolg is dat deze kinderen niet tijdig geholpen worden.

Bij meertalige kinderen lijkt ook vaker dan bij eentalige kinderen een verkeerde diagnose van de taalproblemen te worden gesteld. Een mogelijke verklaring is dat de kennis over taalstoornissen bij meertalige kinderen beperkt is en de bruikbare onderzoeksinstrumenten schaars zijn. Hierdoor worden de gegevens uit het onderzoek vaak verkeerd geïnterpreteerd. Helaas zijn er in Nederland geen epidemiologisch studies die deze vermoedens bevestigen of tegenspreken.

Studies in andere landen, onder andere die van Crutchley en anderen (1997a) ondersteunen dit beeld. Deze auteurs suggereren enkele verklaringen voor de geobserveerde verschillen tussen de eentalige en de meertalige kinderen die een language unit in Engeland bezoeken. Ze observeerden dat meertalige kinderen bij aankomst in de unit complexere problemen hebben. Er is bij deze kinderen sprake van syntactische en morfologische problemen, zowel expressieve als receptieve terwijl eentalige kinderen vaak uitsluitend productieve problemen

hebben. Dit zou kunnen betekenen dat meertalige kinderen pas bij ernstiger problemen in aanmerking komen voor behandeling. Aangezien het niet aan- nemelijk is dat er binnen meertalige populaties minder kinderen zijn met alleen problemen met de expressieve taal, suggereert de opvallende afwezigheid van deze kinderen in de unit dat zij niet werden geïdentificeerd. Crutchley en anderen (1997a) suggereren dat de grotere proportie ernstige taalstoornissen bij meertalige kinderen een effect kan zijn van abusievelijk te beperkte doorverwij- zing van meertalige kinderen met lichte taalstoornissen en ook van de inhe- rente problemen met het onderzoeken van meertalige kinderen.

De afgelopen jaren is er sprake van een toenemend bewustzijn van de gebrek- kige diagnostische methoden die gebruikmaken van monolinguale, mono- culturele materialen gestandaardiseerd op niet-vergelijkbare populaties. Ook zijn diagnostici bang om bij meertalige kinderen een taalstoornis te diag- nosticeren, terwijl het kind er geen heeft – zogenaamd ‘over-diagnosticeren’ – waardoor zij onnodig naar het speciaal onderwijs worden doorverwezen. Het gevaarlijke resultaat van extreme vrees voor ‘over-diagnosticeren’ kan zijn dat kinderen met een echte taalstoornis ‘onder-gediagnosticeerd’ worden en niet de hulp krijgen die ze nodig hebben.

Dit is een dilemma dat niet gemakkelijk opgelost kan worden. Voor de diagnosticus is het belangrijk zich bewust te zijn dat testresultaten niet geïn- terpreteerd mogen worden volgens standaardisaties op eentalige kinderen, omdat die resultaten sterk beïnvloed worden door culturele, linguïstische en sociolinguïstische factoren. Het is noodzakelijk dat meertalige kinderen met taalstoornissen vergeleken worden met meertalige kinderen van dezelfde leeftijd zonder taalstoornissen die dezelfde talen spreken. Die kinderen moe- ten ook dezelfde hoeveelheid blootstelling aan de tweede taal hebben en opgroeien in eenzelfde soort omgeving om de vergelijking valide te maken (Adler, 1990; Taylor & Clark, 1994).

### 3.4 DIAGNOSTIEK BIJ JONGERE KINDEREN

Binnen het werkveld van de diagnostiek lijkt er een overwaardering voor genormeerde tests te bestaan, ook ten aanzien van eentalige Nederlandstalige kinderen. Genormeerde tests geven de diagnosticus soms schijnzekerheid. Aangezien kwantitatieve normatieve (test)gegevens bij meertalige kinderen niet of nauwelijks gebruikt kunnen worden, is het de kunst kwalitatieve gege- vens te verzamelen uit andere bronnen, om daarmee een beeld te verkrijgen van de problematiek. De diagnosticus kan informatie verzamelen door docu-

mentenstudie, anamnese, observatie en testen (Cheng, 1997). Het is van belang om op zoek te gaan naar bewijs van taalpathologie, of naar bewijs dat van pathologie geen sprake is. Bewijs van taalpathologie kan men zoeken in linguïstische aspecten, in gedragsmatige aspecten, en door vergelijking met kinderen in (min of meer) dezelfde situatie, zie tabel 1.

In deze paragraaf wordt alleen ingegaan op de gedragsmatige aspecten en op de vergelijking met andere kinderen. Het linguïstische aspect komt in 3.5 aan de orde.

Tabel 1.

	documenten	anamnese	tests	(video) observatie
linguïstisch	beschrijvingen van taalprestaties en taalgebruik op school of kinderopvang	ouders bevragen op taalontwikkeling in de thuistaal	Toets Tweetaligheid <sup>1</sup> TAK <sup>2</sup> Lexilijsten <sup>3</sup>	analyse van uitingen met hulp van tolk
gedrag	gedragsbeschrijving door onderzoeker en idem door anderen	specifieke gedragingen passend bij taalpathologie (zie hieronder)	niet beschikbaar	specifieke gedragingen passend bij taalpathologie (zie hieronder)
vergelijking met andere kinderen	verslag van school of kinderopvang	ouders en opvang hiernaar vragen	normen bij toetsen	laten spelen en praten met brusje of vriendje en dat observeren

1 De toets geeft inzicht in de tweetaligheid van Turkse, Marokkaanse en Antilliaanse kleuters. De toets bestaat uit de taken klankonderscheiding, woordenschat, cognitieve begrippen, zinsvorming en tekstbegrip.

2 TAK = Taaltoets Alle Kinderen, deze Nederlandstalige test bevat vergelijkingsdata voor kinderen die Nederlands als tweede taal leren.

3 Lexilijst = onderdeel van de Schlichting test voor Taalproductie, een lijst met woorden, waarop de ouders kunnen aangeven welke woorden het kind al zegt. Lijsten in het Turks en Tarifit-Berbers zijn ontwikkeld en nu in de normeringfase, echter nog niet beschikbaar (juni 2004).

Wat betreft de gedragsaspecten kan een jong kind met een taalstoornis het volgende gedrag vertonen:

- Het wil kennelijk meer uitdrukken dan het kan, toont zich gefrustreerd.
- Het kan zich niet, of onvoldoende, verstaanbaar maken.
- Het krijgt daardoor woedeaanvallen, of trekt zich terug uit de communicatie.
- Het gebruikt compensatiestrategieën, zoals het gebruik van gebaren of een extra expressieve gezichtsuitdrukking.
- Er is sprake van onvloeiendheden/aarzelingen in de spraak.
- In extreme gevallen kan er sprake zijn van (selectief) mutisme.

Als het kind dit gedrag in alle situaties in beide talen vertoont bevestigt dit de diagnose 'taalstoornis'.

Wat betreft de vergelijking met andere kinderen is het belangrijk om het kind te vergelijken met:

- andere kinderen in hetzelfde gezin en
- andere kinderen op de peuterspeelzaal of op school.

In beide gevallen is voorzichtigheid geboden, want niet altijd zijn de omstandigheden van kinderen dezelfde. Verschillen in omstandigheden binnen een gezin door de jaren heen, zoals in welk land men verblijft of dat de ouders in een bepaalde periode al dan niet de taal van de omgeving spreken, kunnen leiden tot verschillen in de opvoeding van de opeenvolgende kinderen in de kinderrij. Ook spreken de oudere kinderen in een gezin soms beter Nederlands dan de thuistaal en gebruiken Nederlands met het jongere kind. In zo'n geval wordt de dominantie van het Nederlands voor dat jongere kind versterkt. Ook vergelijking binnen de 'peer group' moet met voorzichtigheid plaatsvinden, want in de ene familie kan meer taalstimulatie plaatsvinden dan in een andere familie.

Toch zijn de genoemde vergelijkingen van belang. Vooral bij de vroege taalontwikkeling kunnen er opvallende verschillen zijn die ouders soms ook uit zichzelf melden: 'Met de oudste had ik toen ze net twee jaar oud was al hele gesprekken, maar met X zijn er altijd misverstanden; ik begrijp vaak niet wat hij wil zeggen.'

School en peuterspeelzaal kunnen een belangrijke bron van informatie zijn, omdat ze kinderen met elkaar kunnen vergelijken. Op veel scholen zijn er programma's om de taalontwikkeling te stimuleren. Bij deze programma's worden regelmatig toetsen worden afgenomen, om na te gaan of het kind het geleerde heeft onthouden. Het gaat om programma's zoals Piramide, Taal

voor Kleuters, Taalplezier en Taalschaal (zie [www.cito.nl](http://www.cito.nl)). Een lage uitslag van deze toetsen kan dienen als aanwijzing dat een taalprobleem bestaat.

### 3.5 DIAGNOSTIEK BIJ OUDERE KINDEREN

Voor meertalige kinderen boven de acht jaar zijn er in Nederland weinig kant-en-klare diagnostische instrumenten. Hulpmiddelen bij de diagnose zijn onder andere:

- 1 beschrijving van de normale taalontwikkeling (kenmerken en mijlpalen) in iedere taal die het kind spreekt;
- 2 beschrijving van de taal van kinderen met taalstoornissen in elke taal die het kind spreekt; en
- 3 beschrijving van de taalkenmerken van meertalige kinderen met en zonder taalstoornissen die in Nederland opgroeien.

Ad 1. De taalontwikkeling van zich normaal ontwikkelende eentalige kinderen is al in een aantal talen uitgebreid beschreven. De verwerving van het Nederlands wordt onder andere in Gillis en De Houwer (1998) beschreven, de verwerving van het Turks in Topbas (1997), de verwerving van onder andere het Turks en het Engels in Slobin (1985) en de verwerving van het Spaans in onder andere Gudeman (1981) en Romero (1985). Voor meertalige kinderen hebben die beschrijvingen echter beperkingen, omdat de taalontwikkeling van een meertalig kind niet vergeleken kan worden met de eentalige ontwikkeling in elke taal (Grosjean, 1989). Deze beschrijvingen kunnen wél gebruikt worden – mits met gepaste voorzichtigheid, rekening houdend met factoren zoals taalverlies en taalvariatie – bij kinderen die vanaf hun geboorte met twee talen opgroeien die ze continu, regelmatig en vaak horen. Ze doorlopen met elk van de twee talen een soortgelijk ontwikkelingsproces dat sterk doet denken aan het ontwikkelingsproces van eentalige kinderen in elk van die talen apart. De verschillende mijlpalen worden gerealiseerd op dezelfde leeftijden als bij eentalige kinderen (De Houwer, 1998). Kennis over de taalontwikkeling van eentalige kinderen kan ook gebruikt worden om kinderen te onderzoeken die eerst één taal leren en daarna met een tweede taal te maken krijgen. Deze kinderen leren hun eerste taal zoals eentalige kinderen dat doen.

Hoe kan de onderzoeker de taalontwikkeling in verschillende talen met elkaar vergelijken? In de eerste plaats kan de diagnosticus beoordelen of het kind de mijlpalen die in iedere taal bij zijn leeftijd horen, heeft bereikt. Verder kan de diagnosticus gebruik maken van een maatstaf zoals de Gemiddelde Lengte van de Uiting (GLU) in woorden of in morfemen als vergelijkingsbasis

voor de taalproductie. Zo kan dit aspect van de taalontwikkeling vergeleken worden bij bijvoorbeeld een kind dat Engels en Nederlands verwerft, twee Germaanse talen waarvoor GLU-normen bestaan voor verschillende leeftijden (Van den Dungen & Verbeek, 1994; Bloom, 1980). Als echter de structurele kenmerken van talen sterk verschillen, zoals bij Nederlands en Turks, is een algemene taalmaatstaf zoals GLU in woorden niet bruikbaar. Een maatstaf zoals GLU in morfemen kan dit probleem oplossen. Hiervoor moet de diagnosticus beide talen beheersen of gebruikmaken van een gespecialiseerde tolk. Dit is momenteel een probleem in Nederland. Weinig diagnostici beheersen de talen van de kinderen die ze onderzoeken en de tolken beschikken niet over de benodigde kennis. Bovendien neemt het tellen van morfemen veel tijd in beslag.

Ad 2. De beschrijving van de taal van kinderen met taalstoornissen, in elke taal die het kind spreekt, is een andere bron van informatie die de diagnosticus kan gebruiken. De profielen van taalstoornissen verschillen echter per taal. Zo is een van de opvallende kenmerken in de taalproductie van Italiaans en Spaans sprekende kinderen met taalstoornissen hun beperkte gebruik van functiewoorden zoals lidwoorden en cliticae.\* Ook weglatingen en substituties komen meer voor bij Spaanstalige kinderen met taalstoornissen (Bosch & Serra, 1998; Merino, 1983) dan bij kinderen zonder taalstoornissen. Van de onderzochte verbuigingen lijken de meervoudsverbuiging van zelfstandige naamwoorden (Merino, 1983) en de verbuiging van werkwoorden in de derde persoon meervoud (Bosch & Serra, 1998; Merino, 1983) problematischer te zijn voor kinderen met taalstoornissen dan voor kinderen zonder taalstoornissen.

Voor Franssprekende kinderen met taalstoornissen blijkt het vervoegen van de mannelijke vorm van de derde persoon enkelvoud *il* (= hij) de grootste moeilijkheid te zijn (Plaza & Le Normand, 1996).

De morfosyntactische problemen geïdentificeerd bij Nederlandstalige kinderen met taalstoornissen bestaan uit onder andere fouten in de woordvolgorde, in de congruentie tussen onderwerp en werkwoord en in het gebruik van lidwoorden (De Jong, 1999).

Het verschil in profielen hoeft geen probleem te vormen voor de diagnose. Het foutenpatroon wordt bepaald en geïnterpreteerd op basis van de kenmerken van taalstoornissen in iedere taal. Een grondig inzicht in de taalstoornis-

\* Clitica is een zwakke vorm van een voornaamwoord dat geen accent kan dragen en niet aan het begin van een zin of na een pauze kan staan, bijvoorbeeld 'me' in 'ik heb me bezeerd'.

sen in verschillende talen eist onderzoek van taalgestoorde kinderen in veel talen. Gelukkig gebeurt dat de laatste decennia voor verschillende talen, onder andere het Servo-Kroatisch, het Hongaars en het Japans (Leonard, 1998). Helaas is er nog weinig bekend over taalstoornissen in de talen waarmee diagnostici in Nederland het meeste te maken hebben, zoals Turks, Arabisch, Berbers, Hin(dustan)i, Papiamento en Twi.

Ad 3. Kennis van taalkenmerken van meertalige kinderen met en zonder taalstoornissen die in Nederland opgroeien is schaars. De volgende studies geven informatie over de normale ontwikkeling van meertalige kinderen in Nederland die naast het Nederlands een of meer andere talen verwerven, zoals Tarifit-Berber (E-tramdani, 2003) en Turks (Aarssen, 1996; Appel 1984; Boeschoten & Verhoeven, 1986; Lalleman 1986; Schaufeli 1991; Vermeer, 1986; Verhoeven & Vermeer, 1985; Van de Craats, 2000 en Strating, 2000). Helaas beschrijven de meeste van deze studies alleen de taalontwikkeling van deze kinderen in het Nederlands.

Over de kenmerken van meertalige taalgestoorde kinderen in Nederland is weinig bekend. Het onderzoek van Steenge, Verhoeven en Van Balkom (2002) pioniert op dit gebied. Dat onderzoek probeert de linguïstische competentie in het Nederlands als tweede taal van kinderen van Turkse, Marokkaanse en Surinaamse afkomst met ernstige spraak-taalmoeilijkheden (ESM) te vergelijken met die van autochtone leeftijdgenoten met ESM. Ook wordt bij de Turkse groep met ESM nagegaan wat de relatie is tussen taalproblemen in de moedertaal en in het Nederlands als tweede taal.

Voor een uitgebreide beschrijving van praktische aspecten van de diagnostiek van oudere meertalige kinderen zie onder andere Kayser (1998) en Julien (2004).

#### **4 Samenwerking met een tolk**

Tolken zijn onmisbaar bij spraak-taaldiagnostiek van meertalige of anderstalige kinderen. Bij de samenwerking met een tolk is van belang te onthouden dat de onderzoeker altijd verantwoordelijk blijft voor de diagnostiek. Tolken kunnen naast het gebruikelijke tolkwerk de volgende taken verrichten:

- (onder toezicht) afnemen van taaltests;
- uitlokken van spontane taal;
- (assisteren bij) transcriptie van uitingen;
- assisteren van de onderzoeker bij de taalanalyse van die transcriptie.



De voorkeur gaat uit naar professionele tolken, bijvoorbeeld tolken van het Tvcn (Tolk- en Vertaalcentrum Nederland). Als voor de taal die het kind spreekt geen formele tolk beschikbaar is, kan het noodzakelijk zijn met informele tolken (familie, bekenden) te werken.

Zowel bij een formele als bij een informele tolk vraagt deze manier van werken veel van de onderzoeker, van de tolk en van de samenwerking tussen beide partijen.

Idealiter volgt de tolk een speciale opleiding om dit werk te kunnen doen. Bovendien moet volgens een vast protocol gewerkt worden. Pert en Stow (2003) geven een voorbeeld van hoe een deel van zo'n protocol eruit kan zien. Dit protocol beschrijft de manier waarop de onderzoeker taaluitingen in een vreemde taal met hulp van een tolk kan analyseren. In Nederland is zowel de opleiding als het protocol in ontwikkeling (Blumenthal, 2004).

## 5 Acceptatie van een taalhandicap: is dit cultureel bepaald?

Niet alle ouders beschouwen een beperkte taalvaardigheid als een probleem. Verscheidene culturen hebben een eigen definitie van wat normaal is en wat een handicap is. Het begrip 'taalstoornis' is voor veel allochtone ouders (en trouwens ook voor autochtone ouders) totaal onbekend. De ideeën die ouders hebben over de oorzaken van de taalstoornis en de noodzakelijke maatregelen om de stoornis op te heffen zijn grotendeels afhankelijk van hun culturele achtergrond (Helman, 1998; Eastmond, 2000). Een andere factor die acceptatie van een taalstoornis beïnvloedt is het niveau van scholing van de ouders. Ouders met weinig scholing hebben soms een beperkter inzicht in de rol van taal in de schoolcarrière van hun kinderen. Dit maakt de acceptatie van het probleem en samenwerking met een eventuele therapeut moeilijk.

In Nederland bestaan speciale voorzieningen voor kinderen met spraak- en taalmoeilijkheden, zoals logopedische therapie en scholen voor kinderen met spraak- en taalstoornissen. In veel maatschappijen waar een groot deel van deze ouders vandaan komt, wordt aan taalontwikkeling niet hetzelfde belang gehecht als in Nederland. Bovendien is taaltherapie hen niet bekend en speciaal onderwijs is alleen bedoeld voor kinderen met een 'ernstiger' handicap zoals blindheid, doofheid, een laag cognitief niveau of psychiatrische problemen. Voor deze ouders is het verwijzen van hun kind dat in hun ogen geen of slechts een gering probleem heeft, naar een school binnen het speciaal onderwijs vaak moeilijk te accepteren, omdat ze van die scholen een heel negatief beeld hebben. Ze kennen het Nederlandse onderwijssysteem niet en beschouwen het als een schande als hun kind in het speciaal onderwijs

geplaatst wordt. Het gevolg is dat ze zich tegen het systeem verzetten of het advies van logopedische behandeling of aanmelden voor speciaal onderwijs niet opvolgen.

De Zweedse studie van Salameh (2003) toont aan dat het risico op onderbreken van de behandeling door 'niet-verschijnen' aanzienlijk hoger is bij meertalige kinderen dan bij eentalige kinderen. Onze ervaring doet vermoeden dat dit ook in Nederland het geval is.

Ouders hebben meer kennis nodig over taalontwikkeling in het algemeen en van de consequenties van een slechte taalontwikkeling voor het sociale leven en de schoolcarrière van het kind in het bijzonder. Ook kennis over het onderwijssysteem, vooral over het speciaal onderwijs, zal bijdragen aan grotere acceptatie van het probleem en betere samenwerking tussen ouders en de school, hulpverleners en behandelaars. Overigens sluit de wens van ouders om kinderen op het normale basisonderwijs te houden aan bij het huidige overheidsbeleid 'Weer samen naar school'. Met behulp van het zogenaamde 'rugzakje' kunnen kinderen binnen het reguliere basisonderwijs de hulp krijgen die zij nodig hebben.

## **6 Logopedische behandeling van meertalige kinderen met spraak- en taalstoornissen**

### **6.1 SAMENWERKING MET DE OUDERS**

Het succes van de behandeling hangt onder andere af van medewerking door de ouders en de houding en overtuigingen van de behandelend logopedist. Volgens Pachter en Weller (1993) is het niveau van acculturatie van de ouders vaak beslissend voor het resultaat van de behandeling. Acculturatie kan gedefinieerd worden als veranderingen in het oorspronkelijke culturele patroon door het contact met de andere cultuur. Tegenwoordig wordt acculturatie niet meer gezien als eenrichtingproces maar als proces van wederzijdse invloeden. Dit betekent binnen de logopedische behandeling dat zowel de logopedist als de ouders kennis moeten hebben van en begrip moeten tonen voor elkaars cultuur, houding en overtuigingen.

Om samenwerking met de ouders te bevorderen, moet de logopedist bij aanvang van de behandeling achterhalen wat hun gevoelens en verwachtingen zijn over de behandeling, en misverstanden daarover proberen weg te werken. Het is belangrijk dat de logopedist laat zien dat meertaligheid wordt gewaardeerd en dat de ouders trots mogen zijn dat ze hun kinderen de gelegenheid bieden meertalig zijn. De logopedist kan de ouders betrekken bij de behande-

ling door hen deze te laten bijwonen en uitleg te geven over wat en waarom iets gebeurt. Veel (allochtone) ouders hebben het gevoel dat logopedisten alleen maar met hun kinderen spelen en vinden de behandeling verloren tijd voor het kind en voor zichzelf. De logopedist zou de ouders moeten aanmoedigen zo veel mogelijk spontaan met het kind te praten en veel te benoemen. Veel ouders hebben baat bij begeleiding over hoe ze de taal van het kind kunnen stimuleren. Ouders kunnen inspiratie opdoen over manieren om taal te stimuleren door de werkwijze van de logopedist te observeren tijdens de behandeling.

## 6.2 BEHANDELING

De logopedist moet erachter zien te komen in hoeverre de stoornis het dagelijkse leven van het kind hindert. De logopedist zal bij het opstellen van een behandelplan prioriteit moeten geven aan de feitelijke behoeften van het kind. Niet alleen de *belemmering*, de functionele consequentie van het probleem, maar ook de *handicap*, de sociale gevolgen van het probleem, moet aangepakt worden. Een communicatieve benadering is de beste methode om meertalige kinderen met een taalstoornis te behandelen.

Men moet rekening houden met de sociale en culturele context waarin meertalige kinderen opgroeien. Het communicatiepatroon dat thuis wordt gehanteerd is een belangrijke factor in de aanpassing van het kind aan het communicatiepatroon op school met de leerkracht en de andere kinderen. Een van de taken van de logopedist is de communicatie tussen ouders en kind te observeren en te proberen te achterhalen welke interactiestrategieën door hen met succes worden gebruikt. De logopedist moet de ouders aanmoedigen die strategieën vaker te gebruiken.

Brice (2002) benadrukt pragmatiek als een vitaal aspect van taal dat aandacht nodig heeft bij meertalige kinderen met taalstoornissen. Volgens hem beïnvloeden algemene taalproblemen vaak pragmatische vaardigheden. Problemen ontstaan onder andere bij initiëren en voeren van een gesprek en luisteren naar een gesprekspartner. Brice stelt voor een deel van de logopedische behandeling te laten bestaan uit het aanleren van luistervaardigheden en vaardigheden als begroeten, vragen stellen, initiëren en voeren van een gesprek en topic-handhaving. Het taalgebruik in de klas, bijvoorbeeld verbale en geschreven instructies, is vaak bepaald door de cultuur en zou aandacht moeten krijgen bij de behandeling van meertalige kinderen met spraak- en taalstoornissen.

Veel behandelmethoden die zich concentreren op taalproductie zijn meer dan alleen het plannen van zinnen en uitvoeren van mechanische oefeningen; er wordt ook nadruk gelegd op de grammaticale, semantische, of pragmatische functie van de structuren die worden geleerd. Terwijl de kinderen zich bekwamen in de productie van de doelvormen, leren ze zo ook de context waarin die worden gebruikt. Strategieën in het onderwijs van het Nederlands als tweede taal zijn effectief, bijvoorbeeld *total physical response* (TPR), conversatiestrategieën en invuloefeningen ('close activities'). Zie Roseberry-McKibbin (2002) voor een meer gedetailleerde beschrijving van strategieën.

Ook op het gebied van de fonologie zijn er verschillende behandelmethoden die na aanpassing gebruikt kunnen worden in de behandeling van sprekers van verschillende talen. De Methaphon-therapie, bijvoorbeeld, hoewel ontwikkeld voor eentalige Engelstalige kinderen, is geschikt voor meertalige kinderen. De methode wordt immers na enkele aanpassingen met succes gebruikt in Zweden, Wales en Nederland (Howell & Dean, 1998).

Indirecte behandeling (= behandeling via de ouders) is net zo belangrijk als directe behandeling (door de logopedist). Veel ouders hebben behoefte aan advies over de taalinput thuis. Vaak moeten ze gerustgesteld worden over de manier van communiceren thuis. Deze hoeven ze niet te veranderen door bijvoorbeeld te proberen met hun kind in het Nederlands te praten zoals helaas vaak geadviseerd wordt. Verder is het meestal niet nodig het aantal talen waaraan het kind wordt blootgesteld te verminderen (Ara & Thompson, 1989).

### 6.3 IN WELKE TAAL MOET DE BEHANDELING PLAATSVINDEN?

De keuze van de taal van de behandeling is geen makkelijke omdat de meeste logopedisten eentalige Nederlandstaligen zijn. Ook de logopedisten die meertalig zijn en de talen spreken die het kind spreekt, moeten kiezen in welke taal ze behandelen. Hierover verschillen de meningen. Volgens onder anderen Perozzi en Sanchez (1992) zou logopedische behandeling voor meertalige kinderen met taalstoornissen moeten plaatsvinden in hun moedertaal. De achtergrond voor deze aanbeveling kan gevonden worden in Cummins' 'linguistic interdependence hypothesis' (Perozzi & Sanchez, 1992). Volgens Cummins' hypothese bevordert het onderwijs in de moedertaal de verwerving van cognitieve en linguïstische vaardigheden in de tweede taal. Door het toepassen van deze hypothese op kinderen met een taalstoornis kan bijgevolg worden geconcludeerd dat taaltherapie in de moedertaal gegeven zou moeten worden.

Een ander standpunt geeft Roseberry-McKibbin (2002) die verdedigt dat meertalige kinderen met een taalstoornis behandeling in beide talen zouden moeten krijgen zodat vaardigheden in de eerste taal worden onderhouden en verbeterd terwijl de tweede taal wordt geleerd. Volgens haar zullen kinderen in deze ideale situatie sneller en beter leren en minder taalverlies ervaren.

Een fundamentele vraag die de logopedist zich moet stellen is: Wat zijn de voordelen, nadelen en consequenties van elke keuze? Helaas zijn er nog weinig antwoorden op deze vraag. De studie van Salameh (2003) geeft de logopedist belangrijke informatie voor de keuze voor een of voor beide talen voor de behandeling. Zij vond dat bijna alle niet-taalspecifieke fonologische processen in de beide talen van de kinderen in die studie (Zweeds en Arabisch) werden aangetroffen. Ons inziens pleit dit voor het behandelen van de betreffende fonologische processen in een van de talen, in de verwachting dat de nieuw aangeleerde vaardigheid zich zal uitstrekken naar de andere taal. Neem het hypothetische voorbeeld van een tweetalig Nederlands en Arabisch sprekend kind dat op de leeftijd van vijf jaar de processen 'devoicing' en 'fronting' nog gebruikt. Wij weten dat de processen 'devoicing' en 'fronting' twee processen zijn die Arabisch sprekende kinderen met en zonder taalstoornissen gebruiken (Ammar, 1991; Dyson & Amayreh, 2000). Deze processen komen ook voor bij eentalige Nederlandstalige kinderen (Beers, 1995). We kunnen verwachten dat transfer van het geleerde naar het Arabisch zal optreden als de Nederlandstalige logopedist deze fonologische processen in het Nederlands behandelt. Als hetzelfde kind een bepaald fonologisch proces vertoont in het Arabisch maar niet in het Nederlands, ligt het voor de hand dat de behandeling om dat proces op te heffen in het Arabisch zou moeten plaatsvinden. Dat zou met hulp van de tolk of van de ouders moeten gebeuren.

Samenvattend hangt de keuze voor de behandeltaal hangt onder andere af van de mogelijkheden van de logopedist en van de vraag of de problemen zich in één of in beide talen voordoen. Voor die keuze moet de individuele situatie aandachtig geanalyseerd worden. Ook de mening van de ouders is belangrijk. Ara en Thompson (1989) vinden dat de taalkeuze voor de behandeling uiteindelijk bij de familie van het kind moet liggen.

Een combinatie van directe behandeling in het Nederlands met indirecte behandeling in de moedertaal lijkt ons in veel gevallen een adequate en pragmatische keuze. De eentalige Nederlandstalige logopedist kan de ouders begeleiden om de thuistaal te stimuleren op dezelfde wijze als tijdens de behandeling de Nederlandse taal wordt gestimuleerd.

#### 6.4 WANNEER STOPT DE LOGOPEDIST MET DE BEHANDELING?

In het algemeen vertoont een kind met een ‘gewone’ achterstand in de taalontwikkeling van een tweede taal een snelle vooruitgang. In de studie van Salameh (2003) behaalden de kinderen zonder stoornis in de voorschoolse periode na anderhalfjaar blootstelling aan het Zweeds hoge scores in Zweedse grammatica. Het aantal fonologische processen verminderde behoorlijk. Dit was niet het geval met de kinderen met een ernstige taalstoornis. Salameh concludeert dat die periode van anderhalf tot twee jaar om de tweede taal te verwerven potentieel klinisch significant is bij de diagnose van taalstoornissen bij meertalige kinderen. Als kinderen na deze periode nog ernstige problemen hebben, zou dit een reden zijn om de taalontwikkeling nader te laten onderzoeken.

Als een kind in behandeling is, verwacht men dat hij voldoende vooruitgang vertoont binnen een periode van een half tot één jaar. Na een half jaar behandeling door de logopedist moet het kind opnieuw getest worden. De taalprestaties op dat moment moeten vergeleken worden met de taalprestaties van een halfjaar eerder, gebruikmakend van dezelfde meetinstrumenten. Als de vooruitgang voldoende is, kan de behandeling stoppen. Als de vooruitgang onvoldoende is zou het kind doorverwezen moeten worden voor verder multidisciplinair onderzoek.

Net als bij eentalige kinderen hoeft de behandeling niet pas te stoppen als het kind geen problemen meer vertoont. Er wordt gekeken naar verschillende aspecten, zoals of er sprake is van transfer naar spontane situaties, of het kind lekker in zijn vel zit en in hoeverre de taalproblemen belemmerend zijn voor de communicatie en het leerproces op school.

Bij meertalige kinderen is het niet realistisch een perfecte beheersing van de Nederlandse taal te verwachten als de logopedist het kind ‘loslaat’. Een studie van Verhoeven en Vermeer (1985) laat zien dat Turkse kinderen dezelfde ontwikkelingsstadia volgen als eentalige Nederlandstalige kinderen, alleen langzamer. Hoe ouder de kinderen waren, hoe sneller de ontwikkeling van hun Nederlands. De resultaten van de Turkse groep kwamen echter nooit op hetzelfde niveau als dat van de Nederlandse kinderen. Integendeel, de tendens was dat het verschil tussen de twee groepen met de tijd groter werd. Dezelfde resultaten werden gevonden door Vermeer (1986) en een Zweedse studie van Kalnak (Salameh, 2003) liet hetzelfde zien.

Ook maken meertalige kinderen fouten die kenmerkend zijn voor meertalige kinderen in het algemeen en voor sprekers van een bepaalde taal (zie o.a. Julien, 2004 en E-ramdani, 1999). De logopedist moet daarom niet te lang doorgaan met behandelen in een poging deze problemen op te heffen. In het algemeen zijn dit problemen die de verstaanbaarheid en de communicatie niet hinderen. Deze kinderen moeten buiten de therapie verder geholpen worden door bijvoorbeeld te zorgen voor een omgeving waar zij voldoende communicatie-ervaring in de doeltaal krijgt.

## 7 Advies geven over de hantering van de talen thuis

Er is weinig bekend over de sociale consequenties van taalstoornissen in het algemeen en minder over de consequenties voor meertalige kinderen. Goede bestudering van de individuele situatie van ieder kind is dan ook noodzakelijk om advies aan ouders te kunnen geven over de hantering van de verschillende talen thuis. Essentieel onderdeel hiervan is per geval te onderzoeken wat hierover de gevoelens en meningen van kind en ouders zijn.

De natuurlijke situatie, ook het meest gebruikelijk, is dat ouders die taal gebruiken waarmee ze het best met hun kind communiceren. Dat is vaak hun moedertaal. Voor kinderen met en zonder taalstoornissen is het van extreem belang dat ze zo veel mogelijk blootgesteld worden aan correcte en gevarieerde taal. Als de ouders niet in staat zijn een correcte en gevarieerde taal te bieden in het Nederlands, spreekt het vanzelf dat het vaak gegeven advies 'spreek Nederlands thuis' hier niet van toepassing is. De moedertaal is immers de taal waarin de meeste ouders die correcte en gevarieerde taal aan hun kinderen kunnen bieden.

Aan ouders die het Nederlands beperkt beheersen is een andere belangrijk advies om zelf Nederlands te leren; vooral als zij van plan zijn om in Nederland te blijven. Dit moet voorkomen dat een communicatiekloof tussen hen en hun kinderen ontstaat doordat de kinderen het Nederlands steeds beter gaan beheersen en de moedertaal veelal steeds slechter.

## 8 Aanbevelingen voor verdere studie en verbetering van de huidige praktijk

Wij besluiten met aanbevelingen voor de verbetering van de diagnostiek en behandeling bij meertalige kinderen in Nederland.

Zoals we hebben laten zien, kunnen taalstoornissen bij meertalige kinderen niet worden gediagnosticeerd noch behandeld binnen een traditioneel

eentalige aanpak. Het is dus nodig data te verzamelen van meertalige kinderen mét en zonder taalstoornissen zodat meer accurate verwijz-, test- en behandelprocedures toegepast kunnen worden. Ook moet de kennis die er is beter benut worden. Meer specifiek doen wij de volgende voorstellen.

- 1 Er dient nauwer contact en samenwerking te komen tussen instellingen die diagnose uitvoeren van spraak- en taalstoornissen en mogelijke verwijzers (o.a. consultatiebureaus, huisartsen, KNO-artsen, peuterspeelzalen en scholen). Voorlichting aan deze verwijzers zal het risico vermindern op te late verwijzing van meertalige kinderen met mogelijke spraak- en taalstoornissen.
- 2 Sociolinguïstische en culturele aspecten van de verschillende etnische groepen in Nederland moeten standaard onderwezen worden binnen de opleiding logopedie. Zo zullen nieuwe generaties logopedisten meer inzicht krijgen in de situatie en behoeften van kinderen uit andere culturen.
- 3 Meertaligen in Nederland moeten gestimuleerd worden om een opleiding tot logopedist te volgen. Een Turks en Nederlands sprekende logopedist die een Turks kind onderzoekt en behandelt, zal beter dan een eentalige Nederlandse logopedist in staat zijn het kind te behandelen. Ook het contact met en de indirecte behandeling door de ouders zal makkelijker verlopen.

## Literatuur

- Adler, S. (1990). Multicultural Clients: Implications for the SLP. *Language, Speech, and Hearing Services in School*, 21, 135-9.
- Aarssen, J. (1996). *Relating events in two languages: acquisition of cohesive devices by Turkish-Dutch bilingual children at school age*. Tilburg: Tilburg University Press.
- Ammar, W. (1991). *Articulation disorders in Arabic-Speaking Children*. Dissertation Department of Phonetics, University of Alexandria.
- Appel, R. (1984). *Immigrant children learning Dutch: sociolinguistic and psycholinguistic aspects of second language learning*. Doordrecht: Foris.
- Appel, R., Cruson, C., & Muysken, P. (1980). *Taalproblemen van buitenlandse arbeiders en hun kinderen*. Muiderberg: Dick Coutinho.
- Ara, F., & Thompson, C. (1989). Intervention with bilingual pre-school children. In D.M. Duncan (ed.). *Working with Bilingual Language Disability*. New York: Schapman and Haal (p. 132-53).
- Avoird, T. van der, Broeder, P., & Yagmur, K. (2001). *Meertaligheid in Den Haag. De status van allochtone talen thuis en op school*. Amsterdam: European Cultural Foundation.



- Beers, M. (1995). *The Phonology of Normally Developing and Language-impaired Children*. PhD Dissertation University of Amsterdam, Amsterdam.
- Bishop, D. (1997). *Uncommon Understanding. Development and disorders of language comprehension in children*. Hove: Psychology Press.
- Bloom, L. (1980). Language development, language disorders, and learning disabilities: LD3. *Bulletin of the Orton Society*, 30, 115-33.
- Blumenthal, M. (2004, in voorbereiding), *Multidisciplinaire diagnostiek van spraak- en taalproblemen bij meertalige kinderen*. Den Haag, AC Den Haag.
- Blumenthal, M, & Julien, M. (2000). Geen diagnose zonder anamnese meertaligheid, *Logopedie en Foniatrie*, 72 (1), 13-17.
- Boeschoten, H.E., & Verhoeven, L.Th. (1986). Turkish language acquisition of Turkish children in the Netherlands. In A. Aksu-Koç & E. Erguvanli-Taylan (eds). *Proceedings of the Turkish Linguistics Conference (= Bo aziçi University Publications No. 400)*. Istanbul: Bog aziçi University (p. 269-280).
- Bosch, L., & Serra, M. (1998). Grammatical morphology deficits of Spanish-speaking children with Specific Language Impairment. *Amsterdam Series in Child Language Development*, 6, 33-45.
- Brice, A.E. (2002). The importance of classroom pragmatics to academic success. In A.E. Brice (ed.). *The Hispanic child: Speech, Language Culture and Education*. Boston: Allyn and Bacon (p. 105-15).
- Brice, A., & Brice, R. (2000). Language in the classroom: comparisons of four bilingual environments. *The South African Journal of Communication Disorders*, 47, 91-8.
- Bruck, M. (1982). Language impaired children's performance in an additive bilingual education program. *Applied Psycholinguistics* 3, 45-60.
- Campbell, G.L. (1995). *Concise Compendium of the world's languages*. Londen/New York: Routledge.
- Cheng, L.L. (1997). Diversity: Challenges and implications for assessment. *Journal of children's Communicative Development*, 19 (1), 53-61.
- Craats, I. van de (2000). *Conservation in the acquisition of possessive constructions; a study of second language acquisition by Turkish and Moroccan learners of Dutch*. Proefschrift Katholieke Universiteit Brabant, Tilburg.
- Crutchley, A., Botting, N., & Conti-Ramsden, G. (1997a). Bilingualism and specific language impairment in children attending language units. *European Journal of Disorders of Communication*, 32, 267-76.
- Crutchley, A., Conti-Ramsden, G., & Botting, N. (1997b). Bilingual children with specific language impairment and standardised assessments: preliminary findings from a study of children in language units. *International Journal of Bilingualism* 1, 117-34.

- Damico, J., & Hamayan, E. (1990). Implementing Assessment in the Real World. In E. Hamayan & J. Damico (eds). *Limiting Bias in the Assessment of Bilingual Students*. Austin: Texas Pro-Ed (p. 303-318).
- Dungen, L. van den, & Verbeek, J. (1994). *STAP-instrument (2<sup>e</sup> herz. dr.)*. Publicatie van het Instituut voor Algemene Taalwetenschap. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Dyson, A., & Amayreh, M. (2000). Phonological errors and sound changes in Arabic-speaking children. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 14 ( 2), 79-109.
- Eastmond, M. (2000). Refugees and health: Ethnographic approaches. In F. Ahearn (ed.). *The Psycho-social Wellness of Refugees: Issues in Qualitative and Quantitative Research*. Oxford: Berghan Press.
- Edwards, V. (1998). *The power of Babel: teaching and learning in multilingual classrooms*. Stoke-on-Trent: Trentham.
- E-ramdani, Y (1999). Tweektalige ontwikkeling in Context (2): het Berbers en het Nederlands van in Nederland wonende kinderen. *Anéla toegepaste taalwetenschap*, 1, 35-448.
- E-rramdani, Y (2003). *Acquiring Tarifit-Berber by children in the Netherlands and Morocco*. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- Extra, G., & Ruiter, J. de (2001). *Babylon aan de Noordzee. Nieuwe talen in Nederland*. Amsterdam: Bulaaq.
- Extra, G., & Yagmur, K. (2004). Meertaligheid in multicultureel Europa. *Levende Talen Tijdschrift*, 5(1), 13-8.
- Gillborn, D., & Gipps, C. (1996). *Recent research on the achievements of ethnic minority pupils*. London: Ofsted.
- Gillis, S., & Houwer, A. de (1998). *The acquisition of Dutch*. Amsterdam: John Benjamins publishing company.
- Grosjean, F. (1989). Neurolinguists, Beware! The Bilingual Person Is Not Two Monolinguals in One Person. *Brain and Language*, 36, 3-15.
- Gudeman, R.H. (1981). *Learning Spanish: A cross-sectional study of the imitation, comprehension and production of Spanish grammatical forms by rural Panamanians*. Unpublished doctoral dissertation University of Minnesota, Minneapolis.
- Heath, S.B. (1983). *Ways with words: language, life and work in communities and classrooms*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Helman, C. (1998). *Culture, Health and Illness*. (3rd ed.). Oxford: Butterworth Heinemann.
- Houwer, A. de (1998). Taalontwikkeling bij meertalige kinderen. In H.F.M. Peters e.a. (red.) (1997) *Handboek Stem-Spraak-Taalpathologie*. (hoofdstuk A7.4.2). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Howell, J., & Dean, E. (1998). *Fonologische Stoornissen: behandeling van kinderen volgens de Metaphon-therapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Jong, J. de (1999). *Specific language impairment in Dutch: inflectional morphology and argument structure*. Proefschrift Universiteit van Groningen, Groningen.

- Julien, M. (2004). Kind en onderzoeker spreken niet dezelfde taal: mogelijkheden bij diagnostiek van spraak- en taalproblemen bij meertalige kinderen. *Logopedie en Foniatrie*, 76, 488-94.
- Kayser, H. (1998). *Assessment and intervention resource for Hispanic children*. San Diego: Singular Publishing Group.
- Lalleman, J. (1986). *Dutch language proficiency of Turkish children born in the Netherlands*. Proefschrift Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.
- Leonard, L. (1998). *Children with specific language impairment*. Cambridge, Mass: The MIT Press.
- Long, S. (1994). Language and bilingual-bicultural children. In V.A. Reed (ed.). *An introduction to children with language disorders*. New York: McMillan.
- Merino, B. (1983). Language development in normal and language handicapped Spanish speaking children. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 4, 379-400.
- Mohammad Hossein Keshavarz & David, I. (2002). *The International Journal of Bilingualism*, 6(3), 2555-2690.
- Montfort Supple, M. de (1996). Prologue: Beyond Bilingualism. *Topics in Language Disorders*, 16(4), 1-8.
- O'Connor, M.C. (1989). Aspects of differential performance by minorities on standardised tests: linguistic and sociocultural factors. In B.R. Gifford (ed.). *Test policy and test performance: education, language and culture*. London: Kluwer.
- Pachter, L., & Weller, S. (1993). Acculturation and Compliance with Medical Therapy. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, 14(3), 163-8.
- Perozzi, J.A., & Sanchez, M.L.C. (1992). The effect of instruction in L1 on receptive acquisition of L2 for bilingual children with language delay. *Language, Speech and Hearing Service in Schools*, 23, 348-52.
- Pert, S., & Stow, C. (2003). *A Translation Protocol for Speech and Language Therapists*. 5th CPLOL Conference, Edinburgh UK.
- Plaza, M., & Le Normand, M.T. (1996). Singular personal pronoun use: a comparative study of children with specific language impairment and normally French-speaking children. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 10(4), 299-310.
- Resing, W.C.M. e.a. (2002). *Indicatiestelling: condities en instrumenten in het kader van leerlinggebonden financiering*. Amsterdam: NDC-Boom.
- Romaine, S. (1995). *Bilingualism*. (2nd ed.). Oxford: Blackwell Publishers.
- Romero, M. (1985). *Verb acquisition in Spanish as a native language in Puerto Rico*. Unpublished doctoral dissertation New York University, New York.
- Roseberry-McKibbin, C. (2002). Principles and strategies in intervention. In A.E. Brice (ed.). *The Hispanic Child: Speech, Language, Culture and Education*. Boston: Allyn and Bacon.

- Salameh, E-K. (2003). *Language impairment in Swedish bilingual children – epidemiological and linguistic studies*. Studies in Logopedics and Phoniatrics nr 4. Lund University, Sweden.
- Salameh, E-K., Nettelbladt, U & Håkansson, G. (2002). Language impairment in Swedish bilingual children: a comparison between bilingual and monolingual children in Malmö. *Acta Paediatrica*, 91, 229-34.
- Schaufeli, A. (1991). *Turkish in an immigrant setting. A comparative study of the first language of monolingual and bilingual Turkish children*. Proefschrift Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.
- Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2000). *Vaardig communiceren in de gezondheidszorg, een evidence-based benadering*. Utrecht: Lemma.
- Slobin, I.D. (1985). *The cross-linguistic study of language acquisition* (vol. 2). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Steenge, J., Verhoeven, L., & Balkom, H. van (2002). Onderkenning van ernstige spraak-taalmoelijkheden bij meertalige kinderen. *Van Horen Zeggen*, 43 (1), 14-6.
- Strating, H. (2000). *Lexicale ontwikkeling in the Nederlands van autochtone en allochtone kleuters*. Proefschrift Katholieke Universiteit Brabant, Tilburg.
- Studio Taalwetenschap (2000). *Het multiculturele voordeel: meertaligheid als uitgangspunt*. Utrecht: Netherlands Graduate School of Linguistics.
- Taylor, O., & Clark, M. (1994). Culture and communication disorders: a theoretical framework. *Seminars in Speech and Language* 15 (2), 103-13.
- Topbas, S. (1997). Phonological acquisition of Turkish children: implications for phonological disorders. *European Journal of Disorders of Communication*, 32, 377-96.
- Trueba, H.T. (1991). The role of culture in bilingual instruction. In O. Garcia (ed.). *Bilingual education: Focusschrift in honor of Joshua A. Fishman* (vol. 1). Amsterdam: John Benjamins.
- Valdés, G., & Figueroa, R. (1994). *Bilingualism and testing: a special case of bias*. Norwood, NJ: Ablex.
- Verhoeven, L., & Vermeer, A.R. (1985). Ethnic group differences of oral proficiency of Dutch. In G. Extra & T. Vallen (eds). *Ethnic minorities and Dutch as a second language*. Dordrecht: Foris (p. 105-31).
- Vermeer, A.R. (1986). *Tempo en structuur van tweede-taalverwerving bij Turkse en Marokkaanse kinderen*. Proefschrift Katholieke Universiteit Brabant, Tilburg (p. 173-82). Met samenvattingen in het Engels, Marokkaans en Turks.
- Wei, L., Miller, N., & Dodd, B. (1997). Distinguishing communicative difference from language disorder in bilingual children. *Bilingual Family Newsletter*, 3-4.
- Winter, K. (2001). Numbers of bilingual children in speech and language therapy: Theory and practice of measuring their representation. *The International Journal of Bilingualism*, 5 (4), 465-95.