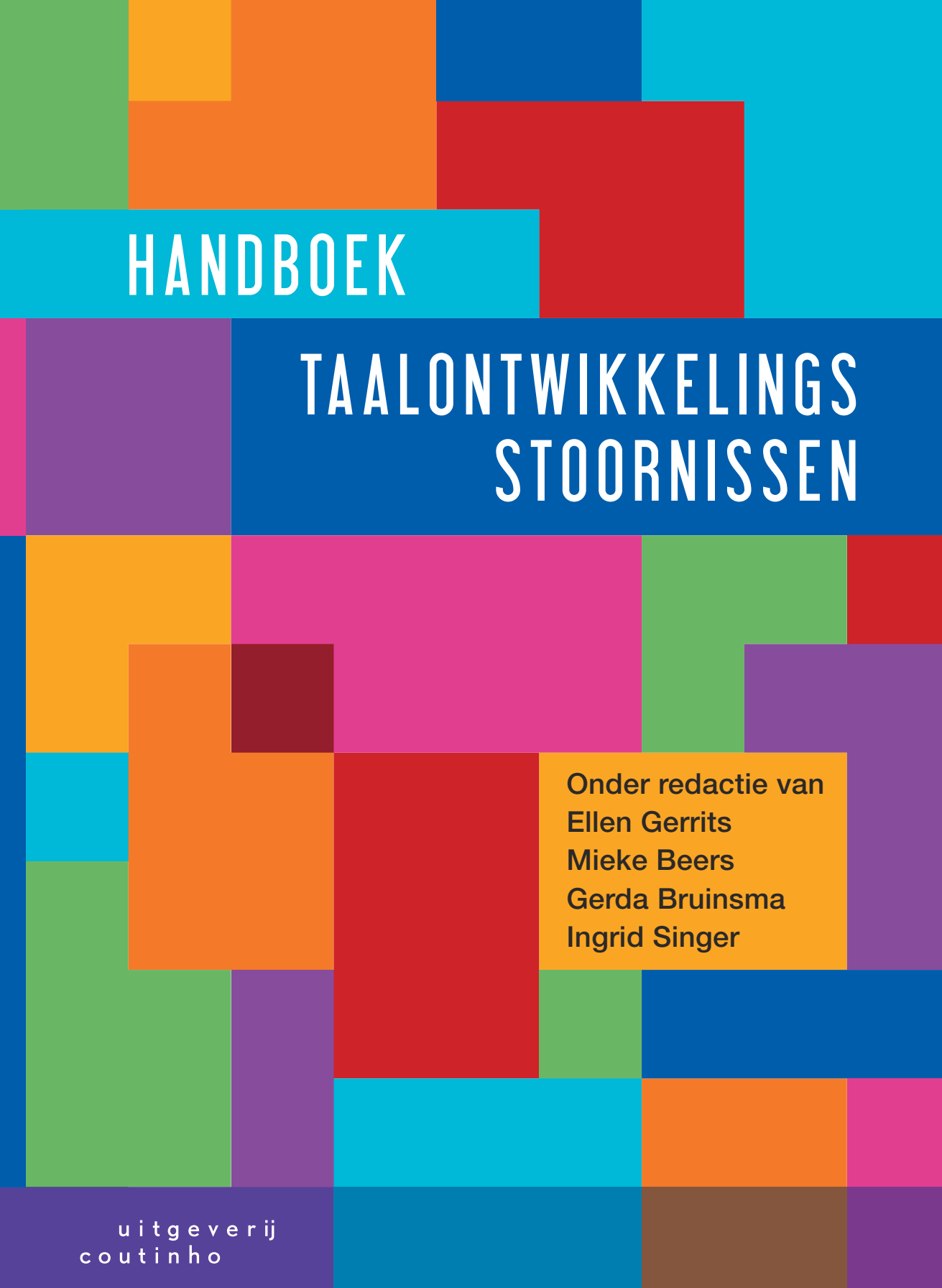




HANDBOEK

TAALONTWIKKELINGS
STOORNISSEN

Onder redactie van
Ellen Gerrits
Mieke Beers
Gerda Bruinsma
Ingrid Singer

uitgeverij
coutinho

Handboek taalontwikkelingsstoornissen

Ter herinnering aan Leen van den Dungen (1942-2008)

Haar gedrevenheid, deskundigheid, betrokkenheid bij kinderen met taalontwikkelingsstoornissen en passie voor het vak logopedie blijven een bron van inspiratie.



Deze publicatie is mede tot stand gekomen dankzij een bijdrage uit het Damsté-Terpstra Fonds.

Handboek taalontwikkelingsstoornissen

Onder redactie van:

Prof. dr. Ellen Gerrits
Dr. Mieke Beers
Gerda Bruinsma, MSc
Drs. Ingrid Singer

Met medewerking van:

Dr. Marja Borgers ■ Annelies Bron, MSc
Anniek van Doornik-van der Zee, MSc ■ Iris Duinmeijer, MA
Drs. Audrey Franssen ■ Drs. Martina de Groot ■ Else de Haan, MA
Drs. Freda Kingma-van den Hoogen ■ Dr. Margreet Langereis
Esther van Niel, MA ■ Drs. Marianne Rodenburg-van Wee
Dr. Annette Scheper ■ Drs. Claartje Slofstra-Bremer ■ Jenta Sluijmers, MSc
Dr. Anneke Smits ■ Francis van Tilburg ■ Dr. Anneke Vermeulen
Drs. Barbara Wegener Sleeswijk ■ Gertje de Wijkerslooth-van Wiechen

uitgeverij | C
coutinho

bussum 2023

www.coutinho.nl/handboektoes

Je kunt aan de slag met het online studiemateriaal bij dit boek.

Dit materiaal bestaat uit studievragen en antwoorden, voorbeelden van einddoelen, programma's en materialen, en observatielijsten.

© 2017 Uitgeverij Coutinho bv

Alle rechten voorbehouden.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan Stichting Reprorecht (www.reprorecht.nl). Voor de readerregeling kan men zich wenden tot Stichting UvO (Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties, www.stichting-uvo.nl). Voor het gebruik van auteursrechtelijk beschermd materiaal in knipselkranten dient men contact op te nemen met Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, www.stichting-pro.nl).

Eerste druk 2017, derde oplage 2023

Uitgeverij Coutinho

Postbus 333

1400 AH Bussum

info@coutinho.nl

www.coutinho.nl

Omslag: Jeanne design, Arnhem

Noot van de uitgever

Wij hebben alle moeite gedaan om rechthebbenden van copyright te achterhalen. Personen of instanties die aanspraak maken op bepaalde rechten, wordt vriendelijk verzocht contact op te nemen met de uitgever.

ISBN 978 90 469 0401 5

NUR 896

Woord vooraf

Met dit handboek willen wij actuele kennis over taalontwikkelingsstoornissen (TOS) uit de internationale wetenschappelijke literatuur toegankelijk maken voor professionals die betrokken zijn bij de signalering, diagnostiek, behandeling en begeleiding van kinderen met TOS. Wij hopen met dit handboek een bijdrage te kunnen leveren aan de deskundige begeleiding van deze kinderen, zodat zij zich optimaal kunnen ontplooiën en kunnen deelnemen aan de maatschappij.

Bij het ontwikkelen van dit nieuwe state-of-the-art handboek hebben wij ons laten inspireren door het boek dat jarenlang gold als hét handboek voor het werkveld: *Kinderen met taalontwikkelingsstoornissen* van Van den Dungen en Verboog (1991). Leen van den Dungen was psycholinguïst en lange tijd werkzaam als docent aan de opleiding Logopedie van de Hogeschool Utrecht. Daarnaast was zij grondlegger van belangrijke nascholingscursussen voor logopedisten over diagnostiek en behandeling van kinderen met TOS. Zij heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de professionalisering van de behandeling van kinderen met TOS in Nederland.

Het naslagwerk dat nu voor u ligt, is uitgegeven door Coutinho in samenwerking met een redactie van de Hogeschool Utrecht en een grote groep auteurs die zijn uitgenodigd een bijdrage te leveren vanwege hun expertise. De eindverantwoordelijkheid voor de inhoud van het boek ligt bij de redactie.

De redactie wil graag haar dank uitspreken aan allen die een rol hebben gespeeld bij de totstandkoming van deze uitgave. Allereerst bedanken wij Coutinho voor het in ons gestelde vertrouwen. Daarnaast bedanken we de Hogeschool Utrecht voor het faciliteren van de redactiewerkzaamheden. We bedanken opleidingsmanager Judith Smit voor het ondersteunen van ons initiatief en het actief meedenken over mogelijkheden om dit boek te realiseren. De belangstelling van onze collega's van de afdeling Logopedie was een enorme stimulans.

We bedanken de auteurs voor hun inhoudelijke bijdrage. Dit boek was er niet geweest zonder de bijdragen van Marja Borgers, Annelies Bron, Annie van Doornik-van der Zee, Iris Duinmeijer, Audrey Franssen, Martina de Groot, Else de Haan, Freda Kingma-van den Hoogen, Margreet Langereis, Esther van Niel, Marianne Rodenburg-van Wee, Annette Scheper, Claartje Slofstra-Bremer, Jenta Sluijmers, Anneke Smits, Francis van Tilburg, Anneke Vermeulen, Barbara Wegener Sleswijk en Gertje de Wijkerslooth-van Wiechen. Onze dank gaat ook uit naar de kritische meelezers die commentaar hebben gegeven op de verschillende versies van de hoofdstukken: Rianneke Crielaard, Sanne

Diepeveen, Anniek van Doornik-van der Zee, Esther van Niel, Barbara Wegener Sleeswijk, Karin Verhey, Karin Wiefferink, Eveline Wouters, Margo Zwitserlood en Rob Zwitserlood. Ook Inge Klatte, die de redactie in de laatste fase heeft ondersteund, verdient een woord van dank.

Het verschijnen van dit boek is mede mogelijk gemaakt door een subsidie van het Damsté-Terpstra Fonds, dat tot doel heeft de kwaliteit van logopedische zorg te helpen bevorderen door nieuwe inzichten te stimuleren, werkwijzen te helpen verbeteren en projecten met betrekking tot de logopedische praktijk en de preventieve zorg te ondersteunen. Wij bedanken het bestuur van het Damsté-Terpstra Fonds voor de ondersteuning.

Wij hopen van harte dat de lezer van deze uitgave net zoveel plezier beleeft aan het toepassen van de informatie in de praktijk als wij hadden bij het verzamelen en bundelen hiervan.

Ellen Gerrits
Mieke Beers
Gerda Bruinsma
Ingrid Singer

voorjaar 2017

Inhoud

	Inleiding	13
	Online studiemateriaal	16
1	Taalontwikkelingsstoornissen	17
	Inleiding	17
1.1	Terminologie taalontwikkelingsstoornissen	18
	Ellen Gerrits	
1.1.1	Definitie specifieke taalontwikkelingsstoornissen	20
1.2	Classificatie van taalontwikkelingsstoornissen	23
	Ellen Gerrits	
1.3	Prevalentie en incidentie	24
	Ellen Gerrits	
1.4	Prognose	26
	Ellen Gerrits, Ingrid Singer & Esther van Niel	
1.4.1	Risicofactoren	29
1.5	Impact van taalontwikkelingsstoornissen op ontwikkeling en welbevinden	32
	Ellen Gerrits & Ingrid Singer	
1.6	Oorzaken van taalontwikkelingsstoornissen	33
	Ellen Gerrits	
1.6.1	Etiologie	35
1.6.2	Neurobiologie	36
1.6.3	Cognitie	36
1.6.4	Gedrag	39
1.7	Taalinput en taalontwikkelingsstoornissen	40
	Ingrid Singer & Ellen Gerrits	
1.7.1	Meertaligheid	40
1.7.2	Blootstellingsachterstand of taalontwikkelingsstoornis?	44
1.7.3	Taaldeprivatie	47

2	Kenmerken van taalontwikkelingsstoornissen	53
	Inleiding	53
2.1	Kenmerken van taalontwikkelingsstoornissen bij baby's en peuters (0-4 jaar)	54
	<i>Claartje Slofstra-Bremer</i>	
2.1.1	Taalontwikkelingsstoornissen bij baby's	56
2.1.2	Taalontwikkelingsstoornissen bij peuters	59
2.2	Kenmerken van taalontwikkelingsstoornissen bij kinderen van 4-8 jaar	65
	<i>Marja Borgers</i>	
2.2.1	De taalontwikkeling in de leeftijd van 4-8 jaar	66
2.2.2	Taalproblemen van kinderen met een taalontwikkelingsstoornis	75
2.3	Kenmerken van taalontwikkelingsstoornissen bij kinderen van 9-12 jaar	88
	<i>Martina de Groot</i>	
2.3.1	Morfosyntaxis	88
2.3.2	Semantiek	89
2.3.3	Pragmatiek	92
2.3.4	Metalinguïstisch vermogen	93
2.3.5	Consequenties voor onderwijsparticipatie	95
2.4	Kenmerken van taalontwikkelingsstoornissen bij pubers en adolescenten (12 jaar en ouder)	96
	<i>Iris Duinmeijer & Audrey Franssen</i>	
2.4.1	Prevalentie	97
2.4.2	Morfosyntaxis	98
2.4.3	Semantiek	101
2.4.4	Pragmatiek	102
2.4.5	Problemen in de informatieverwerking	103
2.4.6	Schoolse (taal)vaardigheden	104
2.4.7	Sociale, emotionele en psychologische kenmerken	105
3	Diagnostiek	109
	Inleiding	109
3.1	Signalering en screening	112
	<i>Mieke Beers & Esther van Niel</i>	
3.1.1	Terminologie	113
3.1.2	Procedures van signalering en screening	114
3.1.3	Instrumenten voor signalering en screening	116
3.1.4	Effectiviteit van signalering en screening	119
3.2	Anamnese	121
	<i>Barbara Wegener Sleswijk & Gertje de Wijkerslooth-van Wiechen</i>	
3.2.1	Anamnesevragen	122

3.3	Diagnostiek	126
	Barbara Wegener Sleeswijk & Gertje de Wijkerslooth-van Wiechen	
3.3.1	Uitgangspunten voor diagnostiek	126
3.3.2	Observatie	129
3.3.3	Genormeerde vragenlijsten	133
3.3.4	Taaltests	135
3.3.5	Spontanetaalanalyse	149
3.4	Diagnose volgens ICF-model en klinische redenering	165
	Anniek van Doornik-van der Zee & Mieke Beers	
3.4.1	ICF-model	165
3.4.2	Ernst van de stoornis	170
3.4.3	Van diagnostiek naar diagnose, advies en behandelplan	173
4	Uitgangspunten voor taaltherapie	177
	Inleiding	177
4.1	Doelen en kaders	177
	Gerda Bruinsma	
4.1.1	Doel van taaltherapie	178
4.1.2	Het behandelplan opstellen	180
4.1.3	Benaderingswijzen	188
4.1.4	Meertalige taaltherapie	192
4.2	Therapiemodellen en samenwerking met ouders en professionals	193
	Ingrid Singer & Gerda Bruinsma	
4.2.1	Directe versus indirecte therapie	195
4.2.2	Groeps- versus individuele behandeling	196
4.2.3	Dosering van therapie	198
4.2.4	Samenwerking met ouders	199
4.2.5	Samenwerking met professionals	201
4.3	Activiteiten, materialen en therapeutische technieken	205
	Gerda Bruinsma & Annelies Bron	
4.3.1	Activiteiten en materialen	206
4.3.2	Algemene therapeutische technieken	210
4.3.3	Therapeutische technieken in de verschillende benaderingswijzen	212
4.3.4	Bekrachtiging	221
4.3.5	Generalisatie	221
4.3.6	Leren toepassen van technieken in de taaltherapie	222

5	Interventies en werkvormen per taalaspect	225
	Inleiding	225
5.1	Therapie gericht op fonologie	226
	<i>Mieke Beers & Anniek van Doornik-van der Zee</i>	
5.1.1	Fonologische therapie algemeen	230
5.1.2	Fonologische therapie per taalontwikkelingsfase	233
5.1.3	Behandelmethode van Hodson en Paden	235
5.1.4	Behandelmethode Metaphon	236
5.1.5	Overige fonologische therapieën	238
5.2	Therapie gericht op morfosyntaxis	240
	<i>Annette Scheper & Francis van Tilburg</i>	
5.2.1	Vroeglinguale fase	244
5.2.2	Differentiatiefase	248
5.2.3	Voltooiingsfase	258
5.3	Therapie gericht op lexicon en semantiek	261
	<i>Marianne Rodenburg-van Wee</i>	
5.3.1	Vroeglinguale fase	262
5.3.2	Differentiatiefase	266
5.3.3	Voltooiingsfase	273
5.4	Therapie gericht op pragmatiek	278
	<i>Martina de Groot</i>	
5.4.1	Vroeglinguale fase	278
5.4.2	Differentiatiefase	280
5.4.3	Voltooiingsfase	284
5.4.4	Sociaal-communicatieve vaardigheden: van differentiatiefase tot adolescentie	290
5.5	Taaltherapie bij kleuters: foneembewustzijn	293
	<i>Anneke Smits</i>	
5.5.1	Doelen	295
5.5.2	Werkwijzen	295
5.5.3	Bijdrage aan de taaltherapie	302
6	Zorgevaluatie en effectonderzoek	305
	Inleiding	305
6.1	Evaluatie van de behandeling	305
	<i>Ellen Gerrits & Else de Haan</i>	
6.1.1	Zorgevaluatie: input, proces, output en outcome	306
6.1.2	Evaluatiecycli	308
6.1.3	ICF-model als uitgangspunt van evaluatie	309
6.1.4	Het cliëntperspectief in evaluatie	313

6.2	Effectiviteit van logopedische interventie bij taalontwikkelingsstoornissen	314
	<i>Jenta Sluijmers, Ingrid Singer & Ellen Gerrits</i>	
6.2.1	De evidentiepiramide	315
6.2.2	Kantttekeningen bij effectiviteitsonderzoek taaltherapie	316
6.2.3	Opbrengst van evidence-based logopedie	318
6.2.4	Relevante klinische richtlijnen	319
7	Autismespectrumstoornissen, slechthorendheid en dyslexie	329
	Inleiding	329
7.1	Autismespectrumstoornissen (ASS)	329
	<i>Freda Kingma-van den Hoogen</i>	
7.1.1	Kenmerken van taalontwikkelingsstoornissen bij ASS	330
7.1.2	Implicaties voor diagnostiek	334
7.1.3	Implicaties voor behandeling	337
7.2	Invloed van slechthorendheid en doofheid op de gesproken taal	339
	<i>Anneke Vermeulen & Margreet Langereis</i>	
7.2.1	Ontwikkeling van het spraakverstaan bij slechthorende en dove kinderen	340
7.2.2	Ontwikkeling van gesproken taal bij slechthorende en dove kinderen	342
7.2.3	Implicaties voor diagnostiek en behandeling	347
7.2.4	Taaltherapie bij kinderen met CI	348
7.3	Taalontwikkelingsstoornissen en dyslexie	350
	<i>Anneke Smits</i>	
7.3.1	Dyslexie	351
7.3.2	Samen voorkomen van dyslexie en taalontwikkelingsstoornissen	353
7.3.3	Voorspellers van dyslexie	355
7.3.4	Implicaties voor diagnostiek	356
7.3.5	Implicaties voor behandeling	357
	Literatuur	363
	Register	413
	Over de auteurs	421

Inleiding

In dit *Handboek taalontwikkelingsstoornissen* wordt op basis van internationale wetenschappelijke literatuur een overzicht gegeven van signalering, diagnostiek, behandeling en begeleiding van kinderen met taalontwikkelingsstoornissen (TOS). Het boek is bedoeld voor iedereen die als professional betrokken is bij de signalering, diagnostiek, behandeling en begeleiding van kinderen met TOS van 0 tot 18 jaar. Het richt zich met name op logopedisten en studenten aan de opleidingen Logopedie. Kennis van de normale taalverwerving en bekendheid met taalkundige termen worden verondersteld bij de lezers.

Het boek richt zich op kinderen met een specifieke TOS. Voor de leesbaarheid is ervoor gekozen om de aanduiding ‘specifiek’ weg te laten, behalve waar deze relevant is, zoals bij de uitleg van de definitie. Dit sluit aan bij de praktijk, waar meestal eenvoudigweg de term ‘TOS’ gebruikt wordt als een specifieke TOS wordt bedoeld. Daarnaast wordt ervan uitgegaan dat de uitgangspunten van diagnostiek en behandeling van kinderen met een specifieke TOS vaak ook van toepassing zijn op kinderen met een niet-specifieke TOS. In het laatste hoofdstuk wordt ingegaan op diagnostiek en behandeling van kinderen met een autisme stoornis, kinderen met gehoorverlies en kinderen met dyslexie.

In dit boek zijn actuele wetenschappelijke kennis en inzichten samengevat en vertaald naar de Nederlandse praktijk. Die vertaalslag is nodig omdat bijvoorbeeld internationale effectstudies vaak gaan over groepsinterventies, terwijl logopedisten in ons land dikwijls monodisciplinair en individueel werken met kinderen met TOS. Steeds wordt expliciet aangegeven of voorgestelde instrumenten en methodieken voor diagnostiek en behandeling wetenschappelijk onderbouwd zijn of niet, zodat de logopedist dit boek kan gebruiken om haar *evidence-based* handelen te ondersteunen. Het evidence-based handelen omvat meer dan alleen de toepassing van wetenschappelijke evidentie. Daarom bevat dit boek ook kennis uit de praktijk: best practices die zijn ontwikkeld door logopedisten met jarenlange ervaring met kinderen met TOS. Daarnaast komt in veel hoofdstukken het cliëntperspectief aan de orde, waarbij het gaat om het perspectief van het kind met TOS zelf en van zijn ouders. Hiermee wordt beoogd de toepassing van alle drie de pijlers van evidence-based logopedie te faciliteren: het gebruik van het beste wetenschappelijke bewijs, ervaringen uit de beroepspraktijk en de wensen van de cliënt bij het nemen van beslissingen over zijn of haar behandeling. De toepassing van evidence-based logopedie is

noodzakelijk om verantwoorde behandeling en begeleiding te kunnen bieden aan kinderen met TOS.

De hoofdstukken in dit boek hebben een vergelijkbare opbouw. Elk hoofdstuk begint met een inleiding en elke paragraaf start met een casus uit de praktijk om het onderwerp te illustreren. De paragrafen worden afgesloten met een samenvatting. Hoofdstuk 1 vormt een uitzondering: vanwege het theoretische karakter is hier voor een afwijkende indeling gekozen met slechts één casus.

Hoofdstuk 1 beschrijft algemene theorie met betrekking tot TOS. Er wordt ingegaan op terminologie, classificatie, prevalentie en incidentie, en prognose. Ook de grote impact van TOS op de ontwikkeling van een kind wordt beschreven. Er wordt stilgestaan bij mogelijke oorzaken van TOS, hoewel daarover nog maar weinig bekend is. Een gebrekkige taalinput is zelden de oorzaak van TOS, maar de taalontwikkeling hangt wel samen met de talige input die een kind krijgt. In paragraaf 1.7 wordt daarom ingegaan op de taalinput, met name op situaties waarin een kind meer dan één taal aangeboden krijgt en situaties waarin nauwelijks sprake is van taalaanbod.

Hoofdstuk 2 gaat in op de kenmerken en gevolgen van TOS per leeftijdsfase van baby tot adolescent. De kenmerken worden per taalniveau beschreven voor zowel taalbegrip als taalproductie. Afhankelijk van de leeftijdsfase komen schooltaal en het onderscheid tussen gesproken en schriftelijke taal aan bod. Daarnaast wordt een relatie gelegd met specifieke kenmerken van de ontwikkelingsfase, bijvoorbeeld spelontwikkeling en pubergedrag.

Het behandelproces is het belangrijkste onderwerp van dit handboek. De hoofdstukken 3 tot en met 7 zijn er geheel aan gewijd. Met de term 'behandeling' wordt in dit boek het gehele behandelproces bedoeld, van de signalering en aanmelding bij de logopedist tot en met het beëindigen van de therapie. In andere naslagwerken wordt de term 'behandeling' soms alleen gebruikt voor de fase waarin daadwerkelijk therapie wordt gegeven. Die fase wordt in dit boek aangeduid met 'taaltherapie'.

In hoofdstuk 3 worden de eerste fasen van het behandelproces beschreven: signalering, anamnese, en onderzoek en diagnostiek. Uiteraard staat het ICF-model hierbij centraal.

Hoofdstuk 4 en 5 gaan uitgebreid in op taaltherapie. In hoofdstuk 4 is er aandacht voor algemene aspecten van taaltherapie, zoals het behandelplan, therapiemodellen en therapeutische technieken, waarna in hoofdstuk 5 uitgebreid wordt stilgestaan bij de therapie voor de verschillende taalaspecten die in het linguïstische model gehanteerd worden: fonologie, morfosyntaxis, lexicon en

semantiek, en pragmatiek. Omdat leesproblemen samenhangen met taalproblemen is ook een paragraaf opgenomen over interventies om beginnende geletterdheid te stimuleren (paragraaf 5.5). In hoofdstuk 5 wordt een indeling gehanteerd die samenhangt met het taalniveau. Hierbij worden kinderen in de vroeglinguale fase (kinderen die niet of nauwelijks spreken), kinderen in de differentiatiefase (met een taalniveau van 2 tot 6 jaar) en kinderen in de voltooiingsfase (met een taalniveau vanaf 6 jaar) afzonderlijk behandeld. Er worden geen concrete therapievormen uitgewerkt. Daarvoor wordt verwezen naar literatuur en therapieprogramma's.

Hoofdstuk 6 behandelt de laatste fase van het behandelproces: de evaluatie van de taaltherapie. Verder wordt aandacht besteed aan de mogelijkheden van de logopedist om de zorg aan kinderen met TOS te evalueren en te verbeteren. Daarnaast wordt in dit hoofdstuk uitgebreid ingegaan op de effectiviteit van taaltherapie. Hoewel in alle hoofdstukken veel aandacht is voor de wetenschappelijke onderbouwing van interventies bij TOS, wordt hier expliciet uiteengezet wat er bekend is over de werkzaamheid van taaltherapie bij TOS en wordt vermeld of de effectiviteit is aangetoond met wetenschappelijke studies van voldoende kwaliteit.

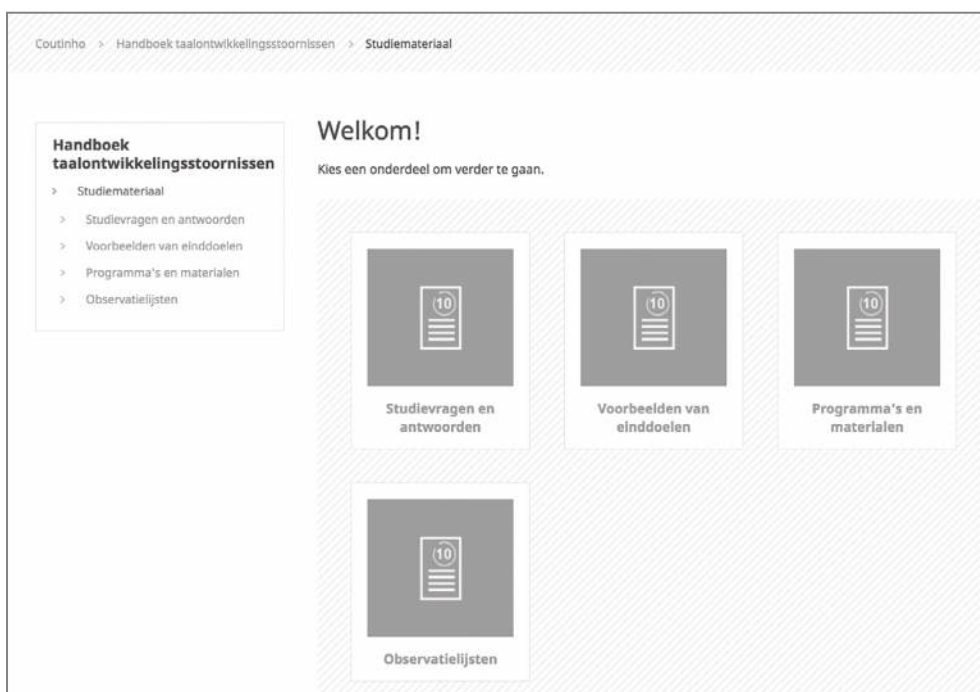
Hoofdstuk 7 tot slot beschrijft kenmerken, diagnostiek en therapie bij drie specifieke groepen kinderen met TOS: kinderen met autismespectrumstoornissen (ASS), dove en slechthorende kinderen, en kinderen met dyslexie. Bij de beschrijving van kenmerken, diagnostiek en behandeling wordt aangegeven waarin de taalontwikkeling van deze kinderen zich onderscheidt van die van andere kinderen met TOS en welke consequentie de comorbide stoornis heeft voor diagnostiek en behandeling.

In verband met de leesbaarheid wordt in dit boek steeds 'zij' gebruikt om de logopedist aan te duiden, omdat in het vakgebied logopedie veel vrouwen werkzaam zijn. Met 'zij' wordt uiteraard 'hij/zij' bedoeld. Geregeld wordt in het boek gesproken over 'ouders'. Daarmee wordt steeds 'ouders/verzorgers' bedoeld.

Online studiemateriaal

Op www.coutinho.nl/handboektos vind je het online studiemateriaal bij dit boek. Dit materiaal bestaat uit:

- studievragen en antwoorden
- voorbeelden van einddoelen
- programma's en materialen
- observatielijsten



1

Taalontwikkelingsstoornissen

Inleiding

David (19 jaar) heeft van jongs af aan taaltherapie gehad en speciaal onderwijs gevolgd voor kinderen met spraak- en taalproblemen. Toch heeft hij nog steeds een taalontwikkelingsstoornis. David maakt incomplete, eenvoudige zinnen. Hij gebruikt verkeerde woorden, zoals ‘gerecepteerd’ waar hij waarschijnlijk ‘geaccepteerd’ bedoelt. David vertelt dat hij zinnen vaak niet goed begrijpt doordat ze ‘een dubbele betekenis’ kunnen hebben (Koninklijke Auris Groep, 2009). Tijdens het congres TaalStaal (2012) vertelt hij dat zijn taalontwikkelingsstoornis het lastig maakt om echte vrienden te hebben en een baan te krijgen en te houden. Hij ervaart veel miscommunicatie met instanties zoals het UWV, omdat al het contact via e-mail verloopt en hij niet kan bellen. Gelukkig zijn er altijd mensen om hem heen die hij om hulp kan vragen als hij iets niet begrijpt. David concludeert zelf echter: ‘Een taalprobleem blijf je altijd houden.’

Deze casus is misschien niet het meest voor de hand liggende voorbeeld voor een boek over kinderen met taalontwikkelingsstoornissen (TOS). Meestal gaat casuïstiek over jonge kinderen met TOS. De casus-David illustreert echter dat TOS kan betekenen dat iemand zijn hele leven taalzwak is, en dat dit een grote impact heeft op onderwijs- en arbeidsparticipatie en negatieve gevolgen heeft voor het functioneren in de maatschappij en het intermenselijk contact.

Toch is TOS dikwijls een onzichtbare stoornis. Volgens Bishop (2010) is het opvallend hoe weinig mensen weten wat TOS is, terwijl dyslexie en autisme relatief bekende stoornissen zijn. Dit ligt niet aan de aantallen kinderen met deze stoornissen, want er zijn veel minder kinderen met autisme dan met TOS (de prevalentie is 1% versus 7%). In Groot-Brittannië is een pr-campagne gestart om de bekendheid van TOS te vergroten, wat moet leiden tot meer begrip en betere zorg. Voor deze RALLI-campagne (*Raising Awareness for Language*

Learning Impairment) zijn talloze filmpjes over TOS gemaakt die op YouTube zijn gepubliceerd.

Ook in Nederland is TOS een relatief onbekende stoornis. TOS wordt hier vaak verward met een blootstellingsachterstand (een taalachterstand veroorzaakt door beperkte input van het Nederlands) en er wordt verwacht dat deze vanzelf wel overgaat. De beroepsvereniging voor logopedisten (NVLF) en de zorg- en onderwijsinstellingen voor kinderen met TOS proberen samen met kennisinstellingen zoals hogescholen en universiteiten meer bewustzijn te kweken. Dit heeft onder meer geresulteerd in een toename van het aantal artikelen over TOS in populaire dagbladen.

Dit eerste hoofdstuk vormt de basis voor de volgende hoofdstukken over kenmerken, diagnostiek en behandeling van TOS. In paragraaf 1.1 wordt het begrip 'TOS' gedefinieerd en wordt de terminologie beschreven. De classificatie van de stoornis, de prevalentie en incidentie, de prognose en de impact worden besproken in paragraaf 1.2 tot en met 1.5. Verschillende verklaringen voor TOS komen aan bod in paragraaf 1.6. Het hoofdstuk sluit af met een paragraaf over de invloed van taalinput op de taalverwerving, waarbij wordt ingegaan op de gevolgen van taaldeprivatie, meertalig taalaanbod en meertalige taalverwerving.

1.1 Terminologie taalontwikkelingsstoornissen

Ellen Gerrits

Kinderen met TOS hebben een zwakke taalvaardigheid. Ze hebben moeite met taal in alle modaliteiten, zoals gesproken taal (productie en begrip), geschreven taal en gebarentaal. De zwakke taalvaardigheid kan zich manifesteren in één of meer linguïstische taalaspecten: fonologie, semantiek, (morfo)syntaxis en pragmatiek.

Er zijn verschillende benamingen voor deze stoornis, bijvoorbeeld taalachterstand, vertraagde spraak- en taalontwikkeling, dysfatische ontwikkeling, en ernstige spraak- en taalmoeilijkheden (ESM). Die veelheid aan termen is geen uniek Nederlands probleem. Ook internationaal is er geen consensus over het label voor kinderen met TOS. Volgens Bishop (2014) levert een survey zelfs 132 verschillende labels op. Ook over het gebruik van de term *Specific Language Impairment* (SLI), het Engelstalige equivalent van 'specifieke TOS', is geen overeenstemming. De term 'SLI' wordt vooral genoemd in wetenschappelijke artikelen en wordt nauwelijks gebruikt door professionals of ouders. Professionals zoals schoollogopedisten gebruiken de term *Speech, Language and Communication Needs* (SLCN) (onder andere Roulstone, Wren, Bakopoulou, Goodlad & Lindsay, 2012).

Een verklaring voor de diversiteit aan termen is wellicht de verscheidenheid in achtergrond en kaders van professionals die werken met kinderen met TOS. Het gebruik van de termen *needs* of ‘ondersteuning’ is afkomstig uit het onderwijs, het gebruik van *impairment* of ‘stoornis’ is afkomstig uit de medische wereld. In een themanummer over labeling van TOS in de *International Journal of Language & Communication Disorders* (onder andere Reilly, Bishop & Tomblin, 2014) wordt het belang benadrukt van het consistent gebruik van één label in de communicatie naar kinderen, ouders, beleidsmakers en professionals in de zorg en het onderwijs. Eenduidige labeling draagt bij aan een grotere maatschappelijke bekendheid van de stoornis, betere signalering en meer begrip van specifieke TOS. Daarnaast zorgt eenduidige terminologie voor meer (h)erkenning van de expertise en rol van de professionals die werken met kinderen met TOS, zoals de logopedist.

In Gerrits en Van Niel (2012, 2013) is voorgesteld om in Nederland te kiezen voor het label ‘specifieke taalontwikkelingsstoornis’. De begrippen ‘specifiek’ en ‘taal’ maken hier duidelijk dat het taalprobleem op de voorgrond staat en niet verklaard wordt vanuit een andere stoornis, zoals een verminderd gehoor of een algemene ontwikkelingsachterstand. ‘Specifiek’ heeft voorkeur boven ‘primaire’ vanwege de connotatie met het primaire onderwijs, waarmee naar een bepaalde leeftijdsrange lijkt te worden verwezen. Het voorvoegsel ‘specifiek’ staat echter onder druk vanwege het relatief vaak voorkomen van meer algemene problemen met de verwerking en opslag van informatie bij kinderen met TOS, zoals een zwak geheugen en afwijkende auditieve waarneming (onder andere Schwartz, 2009). In Bishop (2014; zie ook Leonard, 2014) wordt beaamd dat een ‘zuivere’ TOS niet bestaat, maar wordt ook opgemerkt dat de overige problemen vaak subklinisch zijn. Het weglaten van het begrip ‘specifiek’ wordt afgeraden omdat daarmee het onderscheid met de meer algemene paraplueterm ‘TOS’ zou verdwijnen. Toch is dit gebeurd in de consensusstudie CATALISE over de terminologiekwestie (Bishop, Snowling, Thompson, Greenhalgh & CATALISE Consortium, 2016). Professionals uit Groot-Brittannië, de Verenigde Staten en Australië kozen hier voor de term *Developmental Language Disorder* (DLD). Deze term laat zich in het Nederlands goed vertalen door de term ‘taalontwikkelingsstoornis’. De toekomst moet uitwijzen of het gebruik van DLD breed wordt geïmplementeerd en of de (Angelsaksische) discussie over de terminologie hiermee is afgerond.

Het begrip ‘ontwikkeling’ is volgens Gerrits en Van Niel (2012) van belang om duidelijk te maken dat sprake is van een andere oorzaak en een ander taalprofiel dan bij verworven TOS. Voor volwassenen met TOS lijkt het woord ‘ontwikkeling’ misschien minder geschikt. Het refereert echter niet aan de leeftijd van de persoon, maar aan de aangeboren aard van de stoornis. Het woord ‘stoornis’ in plaats van ‘moeilijkheden’ of ‘problemen’ sluit aan bij het gebruik van de term *language disorder* in het classificatiesysteem van de DSM-5 (Ame-

rican Psychiatric Association, 2014). Hierin wordt *disorder* onder meer gedefinieerd als klinisch significant gedrag dat leidt tot beperkingen in het functioneren van een persoon. De combinatie taalgedrag en functioneren past in de huidige opvattingen in de gezondheidszorg, waarin de zelfredzaamheid en het dagelijks functioneren van mensen centraal staan en niet de stoornis (bijvoorbeeld in de *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) (RIVM, 2002)).

In 2014 zijn de zorg- en onderwijsinstellingen voor kinderen met ernstige spraak- en taalmoeilijkheden (ESM) ook overgestapt op het label 'TOS' (Stichting Balans, 2014). Met de landelijke keuze voor één label loopt Nederland internationaal voorop.

1.1.1 Definitie specifieke taalontwikkelingsstoornissen

Er zijn verschillende definities van een specifieke TOS in omloop. In vrijwel al deze definities komen twee aspecten terug:

- een achterstand in de taalverwerving;
- geen duidelijke verklaring voor deze achterstand.

In dit boek hanteren we de definitie van Gerrits en Van Niel (2012), die is samengesteld uit verschillende kortere (inter)nationale definities (onder andere Goorhuis & Schaerlaekens, 2000; Leonard, 2014; Paul & Norbury, 2012; Schaerlaekens, 2008; Van den Dungen & Verboog, 1991).

'Een specifieke taalontwikkelingsstoornis is een neurobiologische ontwikkelingsstoornis van genetische oorsprong die gekenmerkt wordt door een taalontwikkeling die beduidend achterblijft bij die van leeftijdgenoten, met inbegrip van de normale interindividuele variaties daarin, binnen de regionale en sociale variëteit van de taal die het kind aan het verwerven is. TOS kan voorkomen in zowel het taalbegrip als de taalproductie en in alle aspecten (fonologie, semantiek, (morfo)syntaxis en pragmatiek) en modaliteiten (gesproken taal, geschreven taal en gebarentaal). Een specifieke TOS staat op zichzelf; er is geen duidelijke verklaring voor. Het kind heeft geen gehoorverlies, geen lage non-verbale intelligentie, geen afwijking aan de spraakorganen, geen duidelijk aanwijsbare neurologische afwijkingen en geen contactstoornis, en staat niet bloot aan extreme deprivatie of andere ongunstige taalaanbodssituaties.'

In de definities wordt zelden iets gezegd over de ernst van TOS. De inclusiecriteria zijn minder helder beschreven dan de exclusiecriteria. Reilly et al. (2014) merken terecht op dat er dringend behoefte is aan diagnostische inclusiecriteria. Deze criteria moeten helderheid geven over de talige kenmerken bij TOS en de impact hiervan op participatie en functioneren. Een eerste stap is gemaakt

in een Nederlandse consensusstudie waarin ‘rode vlaggen’ in taal en communicatie worden beschreven van kinderen van 1 tot 7 jaar oud (Visser-Bochane, Gerrits, Van der Schans, Reijneveld & Luinge, 2016). De diagnose TOS wordt gesteld op basis van uitkomsten van gevalideerde taaltests, observaties en het klinisch oordeel. Bij taaltests wordt als inclusiecriterium de standaarddeviatie van het normatieve gemiddelde gehanteerd; meestal is een score van ten minste 1,0 tot 1,3 standaarddeviaties (SD) onder het gemiddelde een inclusiecriterium voor de diagnose van (specifieke) TOS en indicatie voor taaltherapie ($-1,3$ SD is quotiëntscore 80, percentiel 10, grens niveau D/E volgens de Cito-normering). Een kind dat lager scoort dan 1 standaarddeviatie onder het gemiddelde laat immers een statistische afwijking van de normgroep zien (de gemiddelde taalscore van leeftijdgenoten). Het is aan de logopedist om te bepalen of de statistisch lagere score ook klinisch relevant is. In alle gevallen bepalen ook andere factoren, zoals de klinische blik van de logopedist, de hulpvraag van ouders en/of de leerkracht, de communicatieve redzaamheid, het spontane taalgebruik en het functioneren van het kind thuis en op de peuterspeelzaal of op school of het kind in aanmerking komt voor taaltherapie.

Een exclusiecriterium dat onder vuur ligt, is het criterium ‘normale’ non-verbale intelligentie. In veel landen is dit een belangrijk criterium voor diagnose en/of indicatie voor een zorgtraject of ondersteuning in onderwijs. Voor het stellen van de diagnose wordt vaak als criterium een non-verbaal IQ (NVIQ) van 85 of hoger gebruikt. Er wordt verondersteld dat TOS dan niet verklaard kan worden door een algemene ontwikkelingsachterstand. Een NVIQ van minstens 85 lijkt echter vrij hoog. Pas vanaf een IQ lager dan 70 spreken we namelijk van een lichte ontwikkelingsachterstand (IQ tussen 50 en 70). De doelstelling van indicatiecriteria voor zorg of onderwijs is die kinderen te selecteren die echt baat hebben bij extra ondersteuning gericht op taal en communicatie. Er blijkt echter geen consensus te zijn over de selectiecriteria. In Ierland is het indicatiecriterium voor ondersteuning in een speciale taalklas bijvoorbeeld een gemiddeld NVIQ > 90 (Department of Education and Science, 2007), terwijl in Nederland het criterium voor het speciaal onderwijs voor kinderen met TOS een NVIQ > 70 is.

In de meta-analyse van Gallinat en Spaulding (2014) worden verschillende argumenten tegen het gebruik van een IQ-criterium opgevoerd. Zo blijkt dat het non-verbaal IQ daalt naarmate kinderen met TOS ouder worden en dat het gemiddeld 8 quotiëntpunten ($0,69$ SD) lager is dan dat van kinderen met een gemiddelde taalvaardigheid. In Conti-Ramsden, Botting, Simkin en Knox (2001) bijvoorbeeld bleek slechts 1% van de 7-jarige kinderen met TOS een NVIQ lager dan 70 te hebben, maar bij follow-up op 11-jarige leeftijd was dit gestegen naar 28%. Stothard, Snowling, Bishop, Chipchase en Kaplan (1998) onderzochten dertig kinderen die op 5;6-jarige leeftijd TOS en een gemiddeld NVIQ hadden nogmaals toen zij 15 jaar waren. Van deze kinderen had 20%

toen een ondergemiddeld NVIQ. Het lijkt aannemelijk dat die toename samenhangt met TOS: ook voor het begrijpen en uitvoeren van non-verbale taken zijn immers verworven taalkennis en verbaal redeneren (*inner speech*) nodig. Daarnaast wordt ook bij non-verbale tests vaak gebruikgemaakt van verbale instructie (Paul & Norbury, 2012). Een tweede belangrijke conclusie van de meta-analyse van Gallinat en Spaulding (2014) is dat taaltherapie ook effectief is bij kinderen met een lager IQ (gemiddeld NVIQ tussen 70 en 85), zoals aangetoond is in de studie van Fey, Long en Cleave (1994).

Een hieraan gerelateerd probleem is het hanteren van een discrepantie criterium, het zogenoemde *cognitive referencing*. Dat wil zeggen dat het NVIQ significant hoger moet zijn dan de taalscores; er moet als het ware een kloof bestaan tussen de prestaties op het gebied van taalvaardigheid en het algemene leervermogen van het kind. Leonard (2014) beargumenteert dat dit criterium vaak onbetrouwbaar is vanwege de eigenschappen van de gestandaardiseerde tests die hiervoor gebruikt worden: de normscores zijn bepaald met verschillende groepen kinderen en de betrouwbaarheidsintervallen zijn groot en overlappen elkaar vaak, waardoor geen sprake is van een echte discrepantie. Daarnaast kunnen kinderen op verschillende momenten en op verschillende tests een andere score laten zien en wordt er daarom de ene keer wel en de andere keer geen discrepantie vastgesteld (Norbury, Tomblin & Bishop, 2008). Het is ook onduidelijk welke combinaties van tests je moet kiezen voor cognitive referencing. Kinderen met TOS kunnen bijvoorbeeld relatief goed scoren op een woordenschattest en juist laag op een test voor morfosyntaxis; je verwacht dus veel eerder een discrepantie bij een vergelijking van die laatste uitkomst met het NVIQ (Paul & Norbury, 2012). Norbury et al. (2008) zijn van mening dat dit criterium klinisch niet relevant is, aangezien er geen verschillen lijken te zijn in de spontane taalprofielen en de reactie op taaltherapie tussen kinderen met TOS met en zonder deze discrepantie. Bovendien suggereert dit criterium dat er ook iets aan de hand is met kinderen met een NVIQ van 120 en een taalquotiënt van 100, en dat is een onwenselijke interpretatie.

SAMENVATTING

Kinderen met TOS zijn kinderen met een zeer zwakke taalvaardigheid. Ze hebben moeite met taal in alle modaliteiten, zoals het spreken en begrijpen van gesproken taal en het lezen en schrijven. Internationaal is er veel discussie omtrent de terminologie van TOS en de diagnostische in- en exclusiecriteria. Het gebruik van eenduidige labeling draagt bij aan een grotere maatschappelijke bekendheid van de stoornis, betere signalering en meer begrip voor de persoon met TOS.

1.2 Classificatie van taalontwikkelingsstoornissen

Ellen Gerrits

Kinderen met TOS vormen een heterogene groep. Hun taalproblemen variëren in ernst en linguïstisch profiel. Een kind kan bijvoorbeeld relatief sterk zijn in woordenschat (semantiek) en moeite hebben met de (morfo)syntaxis of in beide aspecten een grote achterstand vertonen. Pogingen om subgroepen kinderen te identificeren op basis van testcores of een klinisch oordeel (onder andere Leonard, 2014; Van Daal, Verhoeven & Van Balkom, 2004) hebben niet tot een internationaal classificatiesysteem geleid.

De heterogeniteit van deze groep wordt ook veroorzaakt door verschuivingen in de talige kenmerken van TOS als gevolg van leeftijd en groeiende taalverwerving. Op jonge leeftijd vallen bijvoorbeeld vooral de onverstaanbaarheid en de kleine woordenschat op, op oudere leeftijd met name het onsamenvattend vertellen en de incorrecte grammatica en zinsbouw (zie hoofdstuk 2). Er is dus sprake van een dynamisch profiel. Conti-Ramsden en Botting (1999) illustreren dit in een follow-upstudie van een groep kinderen met TOS die was ingedeeld in vijf subclusters op basis van statistische analyses van testcores en het oordeel van de leerkracht. Toen ze een jaar later opnieuw werden getest, bleek dat veel van deze kinderen niet meer pasten in het cluster waarin ze waren ingedeeld.

Ondanks de heterogeniteit van de groep kinderen met TOS wordt in de meeste studies uitgegaan van twee subtypen (Leonard, 2014):

- kinderen met een taalproductiestoornis en een relatief goed taalbegrip;
- kinderen met zowel een taalproductie- als een taalbegripsstoornis.

Deze subtypen worden voor elk individueel kind nader gespecificeerd door een beschrijving van het linguïstische profiel. Soms wordt nog een derde subtype genoemd, dat kinderen met een relatief geïsoleerde fonologische stoornis betreft.

Over een classificatie in gradaties van ernst van TOS bestaat geen consensus. Om iets te zeggen over de ernst worden nu meestal genormeerde taaltests gebruikt. In de handleiding van deze taaltests worden soms wel suggesties gedaan voor een ernstclassificatie, maar deze classificaties kunnen onderling verschillen en komen vaak niet overeen met de indeling die gehanteerd wordt in genormeerde intelligentietests. Bovendien blijkt uit de studies van Spaulding, Swartwout Szulga en Figueroa (2012) en Spaulding (2012) dat er geen empirische evidentie is voor de bruikbaarheid van testcores voor de classificatie van de ernst van TOS. Zij laten zien dat de ernst van TOS varieert als functie van de taaltest die wordt gebruikt: bij hetzelfde kind is bij de ene test het oordeel 'milde' TOS en bij de andere test 'ernstige', zelfs als hetzelfde taalaspect wordt

bevraagd. Dit komt overeen met ervaringen in de praktijk: veel logopedisten weten precies op welke tests kinderen met TOS zwak of juist minder zwak zullen presteren.

Daarnaast kunnen we ons afvragen of de ernst van TOS bepaald kan worden met alleen een taaltestscore. De ernst wordt mede bepaald door de impact van TOS op het dagelijks functioneren van het kind. Professionals spreken in dit verband vaak over communicatieve redzaamheid (en de beperking hierin). Dit past bij de uitgangspunten van de International Classification of Functioning, Disability and Health (RIVM, 2002), waarin ook het perspectief van het menselijk handelen en de deelname aan het maatschappelijk leven worden meegenomen door de gevolgen van de stoornis te beschrijven voor participatie en activiteiten. Daarnaast bevat de ICF een lijst met externe factoren die van invloed kunnen zijn op elk aspect.

De inhoud en de evaluatie van de logopedische zorg bij jonge kinderen richt zich vooralsnog vooral op de spraak- en taalvaardigheid (stoornisniveau in ICF-model). Ouders en kinderen worstelen echter vaak vooral met vragen omtrent de communicatieve redzaamheid van een kind (Law, Roulstone & Lindsay, 2015). Logopedisten hebben nog onvoldoende mogelijkheden om het functioneren van het kind op participatie- en activiteitsniveau in kaart te brengen (Gerrits, Beers & Singer, 2015). Bestaande instrumenten, zoals FOCUS (*Focus on the Outcomes of Communication Under Six*; Thomas-Stonell, Oddson, Robertson, Walker & Rosenbaum, 2013; vertaald in het Nederlands door Singer, Zuiker, Klatte en Gerrits, 2016), zijn vooralsnog niet gevalideerd voor gebruik in Nederland.

SAMENVATTING

Kinderen met TOS vormen een heterogene groep vanwege variatie in de ernst van de achterstand in bepaalde aspecten van hun taalontwikkeling. Daarnaast is het taalprofiel van een individueel kind vaak dynamisch, omdat de taalvaardigheid verandert naarmate het kind ouder wordt. Er bestaat geen consensus over een classificatie in gradaties van de ernst van TOS. Wel wordt vaak gesproken van twee subtypen, namelijk kinderen met alleen een taalproductiestoornis en een relatief goed taalbegrip en kinderen met zowel een taalproductie- als een taalbegripsstoornis.

1.3 Prevalentie en incidentie

Ellen Gerrits

Het prevalentiecijfer maakt duidelijk hoeveel mensen op een bepaald moment een bepaalde ziekte of aandoening hebben. Meestal wordt dit uitgedrukt in een percentage. Het prevalentiecijfer kan gebruikt worden om een inschatting te maken van de benodigde zorg en de onderwijsbehoefte. De prevalentiecijfers