

Grenzen aan ontwikkelingsm

Het belang van cluster 2 onderwijs voor kinderen met ESM; op zoek naar een eigen identiteit

De effecten van taaltherapie zijn niet voor alle kinderen even groot. Voor ongeveer 30%-40% van de kinderen is verbetering te verwachten. Dit betekent dat ook veel kinderen blijvende taalproblemen hebben. Positieve effecten van taaltherapie worden hoofdzakelijk bereikt voor het zesde jaar. Belangwekkend is in dit verband het recent gepubliceerde eindrapport van het Erasmus MC en de NSDSK over de effecten van vroegtijdige onderkenning van taalontwikkelingsstoornissen. Sieneke Goorhuis geeft haar visie op de consequenties voor het cluster 2 onderwijs. Zij betoogt dat voor peuters en kleuters de nadruk zal moeten liggen op het remediëren van de taalproblemen en voor midden- en bovenbouwleerlingen op de omgangsredzaamheid.

PROF.DR. SIENEKE GOORHUIS-BROUWER

Steeds meer wordt duidelijk dat er kanttekeningen gemaakt moeten worden bij het alom heersende optimisme dat door vroegtijdige opsporing van allerlei ontwikkelingsproblemen en het vroeg in kunnen zetten van een behandelstrategie, kinderen volledig geremedieerd kunnen worden.

De beïnvloedbaarheid van de vroegkinderlijke ontwikkeling kent ook grenzen. Natuurlijk zijn jonge kinderen gebaat bij stimulans uit de omgeving: blijft die achterwege, dan komt ontwikkeling eenvoudig niet op gang. De vroegkinderlijke ontwikkeling is echter ook voor een groot gedeelte een ontpoppingsproces, waarbij de rijping van het centrale en perifere zenuwstelsel een belangrijke rol speelt. De vroegkinderlijke ontwikkeling kent daarom algemene patronen en persoonlijke accenten. De algemene patronen hebben te maken met biologie (rijping, aanleg en temperatuur). De persoonlijke accenten met opvoeding en karakter. Door de combinatie van rijping, aanleg, temperament, opvoeding en karakter kent de vroegkinderlijke ontwikkeling een grote variabiliteit (Brouwer, 2006, van Geert 2006).

Die variabiliteit is er tussen kinderen met in principe dezelfde ontplooiingsmogelijkheden. Daarnaast is er de variabiliteit tussen kinderen met verschillende ontplooiingsmogelijkheden.

Om een voorbeeld te geven van de taalontwikkeling.

Dezelfde ontplooiingsmogelijkheden

Wanneer een kind de aanleg heeft om de taal goed te leren, hoeft het niet zo te zijn dat het op vierjarige leeftijd al foutloos spreekt. Goed verstaanbaar spreken ontwikkelt zich tussen drie en zes jaar. Dit is bijvoorbeeld uitgedrukt in de Groninger Diagnostische Spreeknormen (GDS) (Goorhuis-Brouwer, 2005), zie tabel 1.

De GDS laat zien dat er een onderscheid wordt gemaakt tussen **taalontwikkeling**, uitgedrukt in uitinglengte en **spraakontwikkeling**, uitgedrukt in verstaanbaarheid.

Dit heeft te maken met het feit dat het tempo waarin door kinderen klanken en klankverbindingen goed worden uitgesproken sterk kunnen verschillen. Vaak hangt dit samen met het tempo waarin de motoriek zich ontwikkelt. Kinderen met een wat tragere motorische ontwikkeling zijn vaak ook wat later met een goed uitgestempelde uitspraak dan kinderen met een vlotte motorische ontwikkeling.

Verschillende ontplooiingsmogelijkheden

Kinderen die een zwakke aanleg hebben om de taal te leren, bijvoorbeeld op basis van een congenitaal bepaald zwak taalleervermogen, of op basis van een cognitieve beperking zullen zich niet langs de lijnen van de GDS ont-

Tabel 1. Groninger Diagnostische Spreeknormen (GDS).

Uitingen	Leeftijd
Brabbelen	< 9 maanden
Jargon	9 - 12 maanden
Brabbelen met af en toe een herkenbaar woord	12 - 18 maanden
Enkele woordjes, éénwoorduitingen	18 - 24 maanden
Twee-woorduitingen	2;0-2;6 jaar
Twee-en drie-woorduitingen	2;6-3;0 jaar
Drie tot vijfwoorduitingen; Verstaanbaarheid ongeveer 50%	4;6-5;6 jaar
Enkelvoudige zinnen, géén goede woordvolgorde; Verstaanbaarheid ongeveer 75%	3;6-4;6 jaar
Enkelvoudige zinnen, goede woordvolgorde; Verstaanbaarheid ruim 75%	3;0-3;6 jaar
Grammaticaal juiste zinnen, ook samengesteld; Goed verstaanbaar.	> 5;6 jaar

ogelijkheden

wikkelen. Voor hen is vaak extra taalstimulans nodig.

Soms zullen ze hierop goed reageren, soms ook niet. In dat laatste geval zullen we moeten accepteren dat de taalontwikkeling onvoldoende tot zwak blijft.

De aanleg om iets te leren kan sterk verschillend zijn. We onderscheiden (ver)bovengemiddeld, gemiddeld en (ver) benedengemiddeld functionerende kinderen.

Interventie

Binnen het cluster 2 onderwijs zullen veelal kinderen binnenkomen met een aangeboren zwak taalleervermogen. Met extra taalstimulans en een toegesneden didactisch klimaat hopen we ze zoveel taal bij te kunnen leren dat ze (weer) in het reguliere basisonderwijs kunnen gaan functioneren.

Wat zijn echter de effecten van die taalstimulans?

Wanneer we de effecten van gerichte taaltherapie op de taalontwikkeling bij kinderen met taalstoornissen/taalproblemen nader beschouwen, krijgen we een beeld dat aanleiding geeft tot bescheidenheid.

Bishop & Edmundson (1987) analyseerden de taalprestaties van 87 kinderen met taalproblemen op de leeftijd van 4, 4;6 en 5;6 jaar met behulp van taaltesten, zie tabel 4.

Alle kinderen kregen een of andere vorm van taaltherapie.

Bij 44 % van normaal intelligente kinderen verbeterde het taalfunctioneren tot een niveau passend bij de ontwikkelingsleeftijd. Bij de groep kinderen, waarbij ook de niet-verbale intelligentie zwak was, betrof dit slechts 11 %.

Tabel 2. Effecten van taaltherapie volgens Bishop & Edmundson, 1987 (n=87)

Soort taalprobleem op vierjarige leeftijd	Percentage kinderen dat op 5 jarige leeftijd was verbeterd
Geïsoleerd taalprobleem	44%
Samen met zwakke cognitie	11%

In een vervolgstudie (Stothard e.a. 1989) werd aangetoond dat de kinderen die op 5;6 jarige leeftijd nog een taalstoornis hadden, op 15-16 jarige leeftijd significante problemen hadden met alle aspecten van gesproken en geschreven taal.

Uit dit onderzoek komt naar voren dat, wil taaltherapie effect hebben het vroeg moet plaats vinden, maar dat zeker niet alle kinderen kunnen 'genezen'.

Glogowska e.a. (2000) analyseerden in een gerandomiseerde studie de vorderingen van 159 peuters (jonger dan



3;6 jaar) met een taalachterstand. De kinderen kregen òf logopedie òf er werd een "watchful waiting" strategie gevolgd. In deze laatste groep kregen de ouders wel taalstimuleringsadviezen.

Na 12 maanden had 70% van de kinderen nog taalproblemen. Er waren geen significante verschillen tussen de twee groepen wat betreft verbetering in de taalprestaties: 30% verbeterde hetzij op taalstimulering, hetzij door af te wachten. Knijff (2003) volgde 101 kinderen tussen 2 en 5 jaar met taalproblemen gedurende een jaar. Vrijwel alle kinderen kregen therapie, waarvan bij 67 kinderen logopedie en bij de andere kinderen een medische behandeling of een schoolkeuze advies. Van de 101 kinderen verbeterden er 36 (36%). Een verbetering werd gedefinieerd als een toename van tenminste 15 punten op een gestandaardiseerde taaltest (Reynell test voor taalbegrip en/of de Schlichting test voor taalproductie), hetgeen een verbetering van 1 SD betekent. Uitgesplitst naar verschillende vormen van therapie varieerde de verbetering van 28% – 44%, zie tabel 5.

Tabel 3. Percentage kinderen dat in één jaar significant verbeterde in taalprestaties.

Vorm van therapie	n	Verbetering	Percentage
Logopedie	n = 32	9/32	28%
Medische behandeling	n = 9	4/ 9	44%
Ontwikkelingsbegeleiding	n = 1	0	
Combinaties	n = 43 (+35 logopedie)	17/43	40%
Expectatief	n = 16	6/16	37%
Totaal	n = 101	36/101	36%

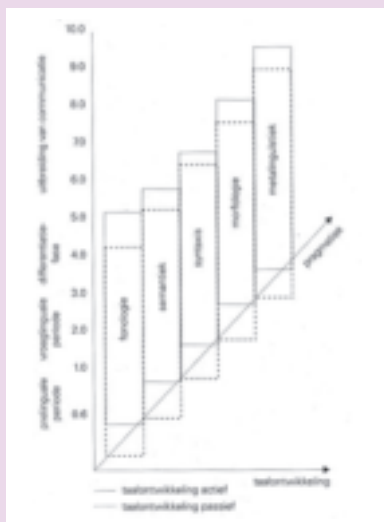
Een NIVEL rapport (Leemrijse e.a., 2004) noemt op basis van een analyse van 21 effectstudies met betrekking tot taalinterventies bij kinderen met een taal/leerachterstand een verbetering bij 35% van de kinderen.

Een recent door mij uitgevoerd statusonderzoek bij 43 kinderen, waarvan de ouders zéér tevreden waren over de taalvorderingen van hun kind, toonde aan dat 13 van de 43 kinderen (30%) ook daadwerkelijk een sprong hadden gemaakt in de taalontwikkeling (1 SD), de anderen waren stabiel gebleven in hun taalscores.

**WIL TAALTHERAPIE EFFECT
HEBBEN, DAN MOET ZE
VROEG PLAATSVINDEN**

Hoe kan het toch dat in de dagelijkse praktijk vaak zo positief wordt gedaan over het effect van taalstimuleringsprogramma's of taaltherapie? Vergeten we dat een kind ouder wordt en dat de vaardigheden ten aanzien fonologie, de semantiek, de syntaxis, de morfologie, de metalinguïstiek als ook van de pragmatiek alleen al door de leeftijd toenemen?, zie figuur 1 (Goorhuis & Schaerlaekens, 2000).

Figuur 1. Taalontwikkeling



Uit de verschillende onderzoeken valt af te leiden dat bij kinderen met taalproblemen relatief veel kinderen, ondanks begeleiding, stabiel blijven in hun taalprestaties. Een kleine groep kinderen, 30 – 40% kan verbeteren. Bovendien wordt duidelijk dat na de leeftijd van ongeveer 6 jaar nog aanwezige taalproblemen blijvend zullen zijn (Stoohard e.a. 1989).

Dit betekent dat het signaleren en diagnosticeren van taalachterstanden bij jonge kinderen van groot belang is. Taal wordt geleerd in de eerste jaren van het leven en de geleerde taal wordt neuroanatomisch verankerd op de hersenschors in een mentale taalatlas (Goorhuis & Schaerlaekens, 2000). Tijdige screening en diagnostiek kunnen ertoe bijdragen dat taalstimulering of taaltherapie ruim vóór het zesde jaar wordt ingezet.

HET CLUSTER 2 ONDERWIJS ZAL EEN DUIDELIJK PRODUCT MOETEN NEERLEGGEN

Omdat slechts een klein deel van de kinderen door extra aandacht of therapie vooruit zal gaan, moeten de vorderingen geëvalueerd worden. Bij kinderen die niet of weinig vooruitgaan, kan beter zo snel mogelijk omgezien worden naar aangepast onderwijs (cluster 2), waar de kinderen geaccepteerd worden ten aanzien van taalprestaties en waar de didactiek, naast toegesneden taalstimulans, vooral gericht is



op het ontwikkelen van praktische vaardigheden. Hierdoor kunnen gedragsproblemen worden voorkomen en kunnen de kinderen zich een plaats in de maatschappij verwerven (Coster, 2001).

Perspectief voor het cluster 2 onderwijs

Het cluster 2 onderwijs zal, net als de andere schooltypen, een duidelijk product neer moeten leggen.

Voor jonge kinderen kan dat nog gezocht worden in de specifiek toegesneden taalstimulans, waarbij ook gebruik gemaakt kan worden van ondersteunende gebaren. Bij peuters en kleuters kan gebruik gemaakt worden van Totale Communicatie.

“Totale communicatie is het gebruik van alle middelen die aangewend kunnen worden om de communicatie met het kind tot stand te brengen, te handhaven en te optimaliseren. Onder deze hulpmiddelen valt het gebruik van praten, luisteren, gebaren, vingerspellen, mimiek, kijken/gelaatgerichtheid, lichaamstaal, schrijven, pictogrammen en lezen” (Gerritsen & Wijkamp, 2004).

Het product dat voor peuters en kleuters geleverd kan worden zou als volgt omschreven kunnen worden: **Het (zo mogelijk) remediëren van de taalproblemen**

Dit kan gebeuren door in een acceptierend sociaal-emotioneel klimaat, in een goede didactische setting, via totale communicatie, te werken aan de opbouw van het spraak- en taalsysteem.

Het beleid is er dan op gericht om het kind goed te leren spreken, zich goed te leren uitdrukken (“doen”), om van daaruit de denkontwikkeling te stimuleren (“denken”), om vervolgens op die basis in de wereld te durven functioneren (“durven”). Een leerweg van doen, naar denken, naar durven.

GRENZEN AAN ONTWIKKELINGSMOGELIJKHEDEN

Bij midden- en bovenbouwleerlingen zal men vaak van een blijvend spraaktaalprobleem uit moeten gaan en zal het doel niet zozeer zijn om het kind tot leeftijdsadequaat taalgebruik te krijgen, als wel het kind, ondanks zijn taalhandicap, vaardigheden te leren die bij kunnen dragen aan de maatschappelijke ontplooiing. Ondanks de taalhandicap moet het kind zich leren handhaven in de sociale omgeving, het kind moet blijven durven. Daarom geldt voor oudere kinderen een leerweg van durven, naar denken en doen.

BLIJVEN ERVAREN DAT JE NIET GOED KAN PRATEN WERKT AVERECHTS

Het product dat voor de midden- en bovenbouwleerlingen geleverd kan worden zou als volgt omschreven kunnen worden: **Omgangsredzaamheid**.

Onder omgangsredzaamheid valt o.a.:

- kunnen aangeven van gemoedstoestanden
- kunnen omgaan met persoonlijk welbevinden en niet-welbevinden
- kunnen afwegen van belangen
- kunnen omgaan met conflicten
- kennis hebben van omgangsregels
- zelfpresentatie.

Al deze vaardigheden kennen verbale en niet-verbale ontwikkelingsmogelijkheden (toneel, dramatische expressie, muziek, mime enz.)



Samenvatting

De effecten van taaltherapie zijn niet voor alle kinderen even groot. Voor ongeveer 30%-40% van de kinderen is verbetering te verwachten. Dit betekent dat ook veel kinderen blijvende taalproblemen hebben. Positieve effecten van taaltherapie worden hoofdzakelijk bereikt voor het zesde jaar.

Voor het cluster 2 onderwijs heeft dit consequenties. Voor peuters en kleuters zal de nadruk moeten liggen op het remediëren van de taalproblemen, voor midden- en bovenbouwleerlingen op de omgangsredzaamheid.

Vanuit het zelfvertrouwen dat op basis van deze vaardigheden kan worden opgebouwd, kan ook de noodzakelijke leerstof die het kind nog onder de knie moet krijgen worden aangeboden en geleerd. Een belangrijke voorwaarde om met de kinderen aan het werk te kunnen, is dat aangesloten wordt bij de ervaringswereld van het kind en dat, in kleine groepjes de leerkracht aanschouwelijk onderwijs geeft.

Wanneer bij oudere ESM kinderen de leerstof of de taaltrainingsprogramma's centraal blijven staan kan het kind nog slechts negatieve ervaringen opdoen. Blijven oefenen op taalmethoden die toch niet begrepen worden werkt averechts. Blijven ervaren dat je niet goed kan praten werkt averechts en blijven ervaren dat de wereld ongestructureerd is omdat je die onvoldoende in taal kunt uitdrukken werkt ook averechts.

Centraal in het onderwijsprogramma staat het kind met de taalhandicap dat, door specifiek toegesneden zorg, zich sociaal-emotioneel toch kan redden en van daaruit in staat is om ook nog schoolse kennis te verwerven. Speciaal ook de sterke ontwikkelingskanten van het kind dienen gestimuleerd te worden.

Auteursinfo

Prof. Dr. S.M. Goorhuis-Brouwer is bijzonder hoogleraar spraak- en taalpathologie bij kinderen en werkzaam bij de afdeling KNO van het Academisch Ziekenhuis Groningen (AZG)

Correspondentieadres:

Academisch Ziekenhuis Groningen

Afdelingen KNO en MTA

Postbus 30001

9700 RB Groningen

E-mail: s.m.goorhuis.brouwer@kno.azg.nl

Een literatuurlijst kan worden opgevraagd bij de redactie en is te vinden op de websites van Siméa en FENAC.