

1 Logopedische diagnostiek bij kinderen met een taalontwikkelingsstoornis

Janneke de Waal-Bogers

Beeld: ZouZou/Shutterstock



1.1 Inleiding

Kinderen met een taalontwikkelingsstoornis (TOS) vormen de grootste patiëntengroep van logopedisten in Nederland (database NVLF, 2014). TOS is de meest voorkomende ontwikkelingsstoornis. Ongeveer 7% van de kinderen op de basisschool heeft een TOS (NVLF, 2020a). In dit hoofdstuk wordt een kader geschetst voor logopedische diagnostiek bij kinderen met een TOS. Eerst wordt kort toegelicht wat de stoornis inhoudt. Verschillende vormen van diagnostiek worden beschreven en geplaatst binnen het Methodisch Logopedisch Handelen. In dit hoofdstuk wordt gesproken over diagnostisch onderzoek door 'de logopedist'. Onderzoek naar TOS kan echter ook worden uitgevoerd door bijvoorbeeld een klinisch linguïst.

1.2 Taalontwikkelingsstoornis

Als de taalontwikkeling van een kind niet vergelijkbaar verloopt met de taalontwikkeling van leeftijdsgenootjes, het kind verwerft bijvoorbeeld bepaalde taalvaardigheden later dan leeftijdsgenoten, wordt gesteld dat de taalontwikkeling van het kind achterloopt ten opzichte van de normgroep (Feiter & Pleun; in Burger, Van de Wetering en Van Weerdenburg, 2012). Men spreekt dan van een *taalachterstand* (Gerrits & Van Niel, 2012). Nader onderzoek is dan nodig om te bepalen wat hiervan de oorzaak is (Feiter & Pleun; in Burger, Van de Wetering en Van Weerdenburg, 2012).

Een taalachterstand kan door verschillende factoren verklaard worden. Een veelvoorkomende oorzaak van een taalachterstand is een *blootstellingsachterstand*, waarbij het kind te weinig talige input heeft gehad. Er kan ook sprake zijn van ontwikkelingsproblematiek of een zintuiglijke beperking waardoor de taal van het kind zich niet goed ontwikkelt. Er wordt dan gesproken van een *niet-specifieke taalontwikkelingsstoornis* (NVLF, 2017).

VOORBEELD 1.1

Micha komt uit Polen. Hij is met zijn ouders in Nederland komen wonen toen hij vier jaar was. Micha is nu zes jaar. Hij spreekt thuis met zijn ouders Pools en op school Nederlands. De leerkracht geeft aan dat Micha het Nederlands nog niet zo goed beheerst. Hij heeft nog te weinig talige input gehad in het Nederlands om net zo goed Nederlands te spreken als zijn leeftijdsgenootjes. Micha heeft een blootstellingsachterstand.

VOORBEELD 1.2

Sanne is acht jaar. Haar taalontwikkeling verloopt zorgelijk. Ze praat niet duidelijk en haar zinnen zijn vaak niet compleet. Het vervoegen van

werkwoorden lukt haar niet goed. Ook het begrijpen van taal is lastig. Sanne draagt aan beide oren een hoortoestel omdat ze beiderzijds een behoorlijk gehoorverlies heeft. Dit heeft ze sinds haar geboorte. Sanne heeft een niet-specifieke taalontwikkelingsstoornis.

Als er geen (duidelijke) aanwijsbare oorzaak is voor de achterstand in de ontwikkeling van de taal van het kind, kan een diagnose *specifieke taalontwikkelingsstoornis* overwogen worden. Deze diagnose werd vaak afgekort als s-TOS, maar sinds 2012 is de afkorting TOS de aangewezen afkorting. Gerrits & Van Niel (2012) hebben hierbij een duidelijk begrippenkader geschetst (zie kader 1.1).

De diagnose TOS kan worden gesteld bij kinderen vanaf drie jaar. Bij jonge kinderen kunnen er problemen in de taalontwikkeling zijn zonder dat er zicht is op de oorzaak hiervan. Zo kan er sprake zijn van problematiek die de taalontwikkeling negatief beïnvloedt. Deze onderliggende problematiek kan nog niet opgemerkt zijn of er kan alleen sprake zijn van een vermoeden van onderliggende problematiek. Bij kinderen tot drie jaar wordt daarom aanbevolen terughoudend te zijn met het stellen van de definitieve diagnose TOS en te spreken van een *vermoedelijke TOS*. (Dit is iets anders dan een *mogelijke TOS*, zie paragraaf 1.4.1). Vanaf de leeftijd van drie jaar kan met meer zekerheid TOS worden vastgesteld, mits tijdens de diagnostiek de inclusie- en exclusiecriteria zijn aangehouden (zie paragraaf 1.2.1 en 1.2.2). Als er over de oorzaak van de taalproblematiek onvoldoende duidelijkheid bestaat, dan wordt er ook bij kinderen ouder dan drie jaar gesproken van een vermoedelijke TOS (NVLF, 2017).

VOORBEELD 1.3

Dylano is twee en een half jaar. Hij spreekt nog steeds niet, ook brabbelt hij niet. Na logopedisch onderzoek vermoedt de logopedist dat er bij Dylano sprake is van een TOS. Gezien zijn leeftijd, nog geen drie jaar oud, stelt de logopedist de diagnose vermoedelijke TOS.

VOORBEELD 1.4

Paolo is zeven en een half jaar. Hij is door de logopedist onderzocht omdat hij veel moeite heeft met het volgen van de lesstof in de klas. Uit het logopedisch onderzoek blijkt dat de taalontwikkeling van Paolo achterloopt ten opzichte van leeftijdsgenootjes. De logopedist ziet ook opvallendheden in de communicatie. Zo maakt Paolo geen oogcontact en begrijpt hij taalgrapjes niet. Moeder vertelt dat Paolo twee neefjes heeft met autisme. De logopedist vermoedt dat er niet alleen sprake is van taalproblematiek, maar dat er mogelijk sprake is van onderliggende ontwikkelingsproblematiek en stelt daarom de diagnose vermoedelijke TOS.

Specifieke taalontwikkelingsstoornis (TOS)

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 van taalvaardigheid (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. Omdat er geen verklaring vanuit een afwijkend verloop van de (zintuiglijke) ontwikkeling van het kind, of onvoldoende taalaanbod is wordt er meestal gesproken van een specifieke taalontwikkelingsstoornis (TOS).

Niet-specifieke taalontwikkelingsstoornis

Er is sprake van een niet-specifieke stoornis als de taalachterstand wordt veroorzaakt door een andere, op de voorgrond staande zintuiglijke of ontwikkelingsstoornis. Voorbeelden zijn een autismespectrumstoornis of het syndroom van Down.

Blootstellingsachterstand

Een blootstellingsachterstand is een taalachterstand die veroorzaakt wordt door (kwalitatief) onvoldoende blootstelling aan taal vanuit de omgeving. Dit komt in Nederland naar schatting voor bij ongeveer 25% van de kinderen (ITJ, 2012; in Gerrits & Van Niel, 2012). Deze vorm van taalachterstand komt vooral voor bij gezinnen waar thuis geen of nauwelijks Nederlands wordt gesproken of in Nederlandstalige gezinnen waar het taalklimaat ontoereikend is. Door beperkte kennis van de Nederlandse taal kunnen deze kinderen niet optimaal profiteren van het onderwijsaanbod en blijven hun prestaties achter. De thuistaal is dan meestal wel goed ontwikkeld, maar door onvoldoende input van het Nederlands blijft de vaardigheid in deze (tweede) taal achter. Wanneer ook de thuistaal niet goed ontwikkeld is, kan er sprake zijn van TOS. TOS kan dus ook voorkomen bij meertalige kinderen.

*Overgenomen uit Gerrits & Van Niel, 2012.

1.2.1 Inclusiecriteria

Om de diagnose TOS te kunnen stellen moet er diagnostisch onderzoek worden gedaan door een logopedist. De logopedist stelt tijdens het onderzoek vast of er wordt voldaan aan de *inclusiecriteria* voor TOS. Inclusiecriteria zijn

vastgestelde factoren waaraan moet worden voldaan om te kunnen bepalen dat er sprake kan zijn van een TOS. Deze inclusiecriteria zijn (NVLF, 2017):

1. De taalontwikkeling van het kind moet achterlopen ten opzichte van de normgroep, zonder dat hier een duidelijke verklaring voor is. De mate van de taalachterstand wordt vastgesteld middels de verkregen scores van een afgenomen taalttest (Gerrits *et al.*, 2017). Wat hierbij geldt als afwijkend wordt beschreven in de handleiding van de test zelf. Over het algemeen wordt een score die benedengemiddeld is of lager (meestal minimaal 1,0 tot 1,3 standaarddeviatie (SD) onder het gemiddelde) gezien als afwijkend, omdat er dan gesproken kan worden van een statistische afwijking van de normgroep (zie hoofdstuk 2). In paragraaf 1.4 wordt toegelicht hoe de onderzoeker de testcores plaatst in het kader van het algeheel functioneren van het kind, om te bepalen of de testcores klinisch relevant zijn.
2. Het kind ervaart problemen in het dagelijks functioneren (NVLF, 2017). Het kind is onvoldoende taalvaardig om te participeren in communicatieve situaties (bijvoorbeeld op school of thuis).
3. Er is bij het kind sprake van hardnekkige problematiek waarbij geen spontaan herstel van de problemen in de taalontwikkeling wordt verwacht (NVLF, 2017).

VOORBEELD 1.5

Sterre (zes jaar) praat, aldus haar moeder, nog onduidelijker dan haar jongere zusje. Ook begrijpt ze veel opdrachtjes niet. Hierdoor is het moeilijk voor haar in groep 2. Ze heeft ook veel ruzie met andere kinderen. Samen spelen gaat lastig, omdat Sterre moeilijk kan vertellen wat ze wil of wat ze bedoelt. De taalproblemen zorgen dus voor problemen in het dagelijks functioneren. Sterre volgt logopedie sinds ze vier jaar was. Er wordt gewerkt aan het verbeteren van de zinsbouw en het taalbegrip. Helaas ziet de logopedist weinig vooruitgang, de logopedische behandeling zorgt niet voor een inhaalslag. De taalproblemen zijn hardnekkig. De logopedist herhaalt het logopedisch onderzoek en constateert dat Sterre nog steeds significant achterloopt op leeftijdsgenootjes. Alle testcores zijn lager dan gemiddeld. Er wordt voldaan aan de inclusiecriteria TOS. De exclusiecriteria moeten nog wel worden uitgesloten (zie paragraaf 1.2.2).

1.2.2 Exclusiecriteria

Exclusiecriteria zijn kenmerken in de ontwikkeling van het kind die een diagnose TOS uitsluiten. Een diagnose TOS wordt gesteld op basis van exclusie van andere oorzaken. In de definitie van TOS (Gerrits & Van Niel, 2012, Kader 1.1) wordt een aantal exclusiecriteria genoemd: gehoorverlies, lage non-verbale intelligentie, afwijkingen aan de spraakorganen, duidelijk aanwijsbare neurologische afwijkingen, contactstoornissen, extreme taaldeprivatie of andere ongunstige taalaanbodsituaties. Om uit te sluiten dat er sprake is van andere

problematiek wordt verder onderzoek door andere disciplines aanbevolen (zie paragraaf 1.4), anders kan de diagnose TOS niet met zekerheid gesteld worden. Er kan dan het beste gesproken worden van een vermoedelijke TOS (NVLF, 2017).

VOORBEELD 1.6

De logopedist van Syrano denkt dat de taalproblemen van Syrano wijzen op een TOS. De exclusiecriteria moeten echter uitgesloten worden. Uit gehooronderzoek blijkt dat Syrano een goed gehoor heeft. Er lijkt geen sprake te zijn van andere ontwikkelings- of neurologische problematiek. Uit intelligentieonderzoek blijkt een lage intelligentie. De onderzoekend psycholoog stelt dat de taalontwikkeling past bij de ontwikkelingsleeftijd van Syrano. De logopedist vindt het daarom niet passend de diagnose TOS te stellen.

1.2.3 Subtypen van TOS

Kinderen met een TOS vormen een heterogene groep. De taalproblemen van kinderen met een TOS zijn zeer divers (Gerrits, 2017). De stoornis wordt om deze reden ook wel omschreven als een spectrumstoornis (Stevens, Vergne & Verhaar, 2019). Een gangbare grove indeling die gemaakt kan worden bij het classificeren van TOS is een verdeling in twee subtypen.

- Bij een expressieve TOS is er sprake van een relatief goed taalbegrip. De taalproblemen manifesteren zich vooral op het gebied van taalproductie.
- Bij een expressief-receptieve TOS zijn er zowel op het gebied van taalbegrip als taalproductie problemen (Gerrits, 2017).

Om een passend behandelplan op te stellen dient de therapeut een goed zicht te hebben op de sterke en zwakke kanten van de taalontwikkeling van het kind. Het denken in subtypen kan hierbij helpen. Hierbij is het belangrijk om te realiseren dat door spontane ontwikkeling van het kind en therapie gericht op de taalproblematiek het talige profiel van een kind kan veranderen. Hierdoor kan de uitingvorm van de TOS veranderen (NVLF, 2017).

VOORBEELD 1.7

Priscilla is zeven jaar en heeft een expressief-receptieve TOS. Ze heeft een kleine woordenschat, zowel actief als passief. Het begrijpen van korte opdrachtjes gaat moeizaam. Haar zinsbouw is onvoldoende. De therapeut besluit de logopedische interventie in eerste instantie te richten op het vergroten van het taalbegrip.

VOORBEELD 1.8

Storm, acht jaar, begrijpt wat er tegen hem gezegd wordt heel goed. Moeder geeft aan dat ze heel moeilijk begrijpt wat Storm tegen haar zegt. Storm maakt zijn zinnen niet af. Hij gooit woorden door elkaar en vergeet woorden in de zin. Uit het logopedisch onderzoek blijkt dat Storm expressieve taalproblemen heeft. Het taalbegrip is inderdaad gemiddeld ontwikkeld. De logopedist start met therapie gericht op het verbeteren van de zinsbouw.

1.3 Diagnostiek in het kader van het Methodisch Logopedisch Handelen

Methodisch Logopedisch Handelen (MLH) ligt ten grondslag aan het zorgverleningsproces van de logopedist (NVLf, 2016). Vanaf het moment dat het kind met taalproblemen zich aanmeldt bij de logopedist tot aan de afsluiting van de logopedische behandeling, worden acht stappen doorlopen waardoor het handelen van de logopedist doelgericht en systematisch is (Kuiper, 2017):

1. Aanmelding/screening: de cliënt meldt zich aan bij de logopedist; er vindt een intakegesprek plaats.
2. Anamnese-gesprek, waarbij de logopedist vragen stelt over de aard en ernst van het functioneringsprobleem van de patiënt.
3. Logopedisch onderzoek.
4. Analyse van de anamnese- en onderzoeksgegevens, het vaststellen van een diagnose, besluit tot wel of niet behandelen.
5. Opstellen van het behandelplan met behandeldoelen.
6. Uitvoeren van de behandeling.
7. Evaluatie van de behandeling.
8. Afsluiting van de behandeling indien aan de hulpvraag beantwoord is en er geen nieuwe hulpvraag is.

Stap 3 van het MLH beslaat de werkwijze van de logopedist tijdens het logopedisch onderzoek. Na de anamnese formuleert de logopedist een voorlopige diagnose (Kuiper, 2017). Bij kinderen met een hulpvraag op taalgebied wordt in deze fase vóór de definitieve diagnosestelling de voorlopige diagnose *mogelijke ROS* gegeven, zie Tabel 1.1 (NVLf, 2017). De logopedist bepaalt op basis van deze voorlopige diagnose hoe het logopedisch onderzoek vormgegeven wordt. Aan de hand van het onderzoek probeert de logopedist vervolgens een beeld te krijgen van de problemen die het kind ervaart. Hiervoor gebruikt de logopedist de International Classification of Functioning, Disability and Health-Logopedie (ICF-L).

TABEL 1.1

Gebruik van terminologie tijdens het logopedisch onderzoek en het stellen van de logopedische diagnose aan de hand van de fasen van het Methodisch Logopedisch Handelen.

Fase in het Methodisch Logopedisch Handelen	Terminologie diagnostiek
1. Aanmelding/screening	Mogelijke TOS
2. Anamnesegegesprek	
3. Logopedisch onderzoek	
4. Analyse van de anamnese- en onderzoeksgegevens, het vaststellen van een diagnose	Opties: <ul style="list-style-type: none"> • Vermoedelijke TOS • TOS • Geen TOS, mogelijk andere problematiek

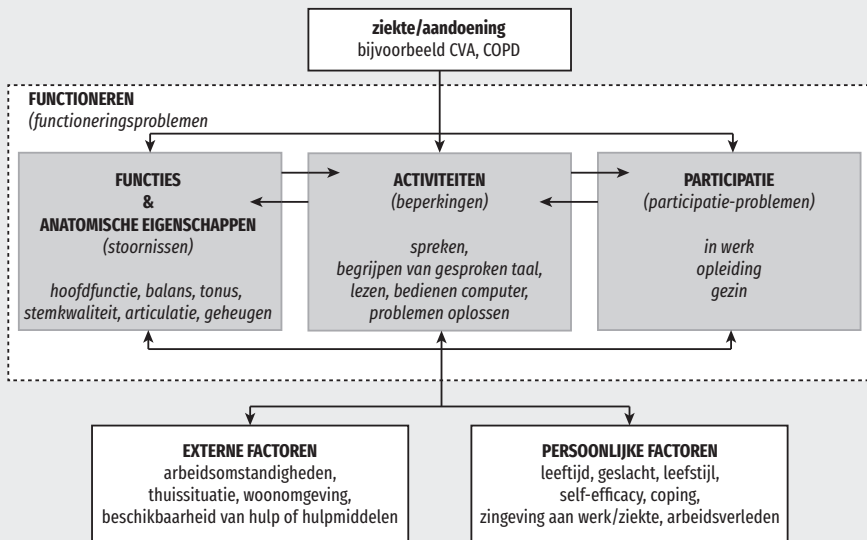
Stap 4 van het MLH beschrijft hoe de logopedist dient te handelen bij het analyseren van de onderzoeksgegevens. Na het logopedisch onderzoek stelt de logopedist een diagnose TOS vast op basis van de verzamelde onderzoeksgegevens. Dit gebeurt nooit alleen op basis van de scores op een taalttest, maar dient te gebeuren op basis van uitkomsten van taaltesten en observaties. De logopedist dient hierbij, om tot een correct klinisch oordeel te komen, onderzoeksgegevens te hebben verzameld op alle niveaus van het ICF-L (NVLF, 2017). Het ICF-L wordt in kader 1.2 toegelicht.

Q KADER 1.2 INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH-LOGOPEDIE (ICF-L)

Om de gezondheidstoestand van patiënten te omschrijven wordt gebruik gemaakt van het classificatiesysteem International Classification of Functioning, Disability and Health-Logopedie (ICF-L). Hiermee wordt niet alleen een stoornis omschreven, maar ook het effect van deze stoornis op het functioneren van een patiënt. Het ICF-L beschrijft niet alleen persoonlijke factoren maar ook de context waarin de patiënt zich bevindt. Hierdoor vormt het een compleet denkkader voor het klinisch redeneren van de logopedist, het opstellen van een juiste diagnose

en een passend behandelplan (Kuiper, 2017; Doornik-Van der Zee & Beers, 2017).

Het ICF-L beschrijft het functioneren van de mens op drie niveaus: het lichaam (uitgedrukt in lichaamsfuncties en anatomische eigenschappen), het perspectief van het menselijk handelen (activiteiten) en het perspectief van de maatschappij (participatie). Hierop zijn persoonlijke factoren, externe factoren en mogelijk aanwezige ziektes/aandoeningen van invloed (Kuiper, 2017). Het ICF-L is schematisch weergegeven in figuur 1.1.



FIGUUR 1.1 International Classification of Functioning, Disability and Health-Logopedie (Van Hemert, 2008).

Op *stoornisniveau* kan de logopedist beschrijven in hoeverre het kind taalvaardigheden beheerst. Dit kan zij doen aan de hand van de logopedische onderzoeksgegevens zoals kwantitatieve testgegevens. Ook relevante gegevens over de zintuiglijke en motorische ontwikkeling van het kind en de functionaliteit van het gehoor en spraakorganen kunnen hier opgenomen worden (Doornik-Van der Zee & Beers, 2017).

Op *activiteitsniveau* kunnen problemen worden beschreven zoals het moeilijk begrijpen van gesproken boodschappen en duidelijk spreken (Doornik-Van der Zee & Beers, 2017). Problemen op activiteitsniveau kan de logopedist bijvoorbeeld in kaart brengen aan de hand van een foutenanalyse van testgegevens. Op deze manier krijgt de logopedist kwalitatieve gegevens vanuit de

test. Ook kan hiervoor bijvoorbeeld een spontane taalanalyse gebruikt worden.

Op *participatieniveau* wordt beschreven welke problemen het kind ervaart bij het functioneren in een communicatieve context. Kinderen met een TOS ervaren bijvoorbeeld participatieproblemen bij het functioneren thuis, op school, bij het omgaan met vriendjes of het functioneren op de (sport)club (Doornik-Van der Zee & Beers, 2017).

Om een inschatting te maken van de ernst van de TOS dient de logopedist de gegevens op stoornisniveau te vergelijken met de ervaren problemen op activiteiten- en/of participatieniveau. Dit alles wordt beïnvloed door de *persoonlijke en externe factoren* (Doornik-Van der Zee & Beers, 2017). Onder persoonlijke factoren en externe factoren vallen factoren die

invloed hebben op het functioneren. Bij TOS kunnen persoonlijke factoren bijvoorbeeld leeftijd, zelfredzaamheid of meertalig opgroeien zijn. Relevante externe factoren kunnen bij TOS de thuissituatie, beschikbaarheid van hulp of hulpmiddelen en het soort onderwijs zijn (NVLF, 2010).

De diagnose die de logopedist stelt dient een beschrijvende diagnose te zijn

waarbij niet alleen gegevens op stoornisniveau worden weergegeven maar ook een beschrijving van de problemen op activiteiten- en/of participatieniveau worden weergegeven met daarbij indien nodig de persoonlijke factoren (Doornik-Van der Zee & Beers, 2017). Dit vraagt van de logopedist dat er tijdens het logopedisch onderzoek wordt gekeken naar de eerder beschreven niveaus in het ICF-L.

1.4 Diagnostiek van TOS

Na het diagnostisch onderzoek stelt de logopedist de diagnose TOS vast op basis van de verzamelde onderzoeksgegevens. Dit zijn niet uitsluitend de scores op een taalttest. Volledige diagnostiek gebeurt op basis van de informatie uit de afgenomen anamnese, de uitkomsten van verschillende taalttesten en interpretatie van de observaties van communicatieve situaties met het kind. Om tot een correct klinisch oordeel te komen, dienen er dus onderzoeksgegevens verzameld te worden op alle niveaus van het ICF-L-model (NVLF, 2017).

Hierbij wordt ook bepaald of de resultaten uit de onderzoeken de hulpvraag van het kind (of zijn ouders) kunnen verklaren, of de testgegevens passen bij het geobserveerde spontane taalgebruik, of het ervaren probleem in het talige functioneren wordt veroorzaakt door externe dan wel persoonlijke factoren en of de testresultaten een representatieve weergave zijn van de talige mogelijkheden van het kind. Dit proces van bevestigen, uitsluiten en verifiëren wordt klinisch redeneren genoemd.

Het ICF-L wordt gebruikt om verbanden te leggen tussen de onderzoeksresultaten. Zo kan de onderzoeker een compleet beeld krijgen van de mogelijk aanwezige TOS, de effecten van deze TOS op het dagelijks functioneren van het kind en de factoren die de taalontwikkeling kunnen belemmeren en/of de taalproblemen in stand houden. Ook vormt het ICF-L een basis bij het opstellen van een behandelplan. (Gerrits *et al.*, 2017).

Naast het vaststellen van een TOS bepaalt de logopedist ook de ernst van de TOS. De ernst van een TOS kan niet alleen worden bepaald door een taalttest. De ernst van de problemen die het kind ervaart in zijn dagelijks functioneren worden tenslotte niet alleen veroorzaakt door de achterstand die het kind laat zien ten opzichte van de normgroep, maar ook door de mate waarin het kind zich met zijn talige mogelijkheden kan redden. Dit noemt men *communicatieve redzaamheid*. Niet alleen de problemen in de taalontwikkeling zijn hierbij van invloed, maar ook externe factoren zoals de manier waarop ouders