

Objectieve taalmaten: praktische en methodologische overwegingen

Č. Niewold

Leerstoelgroep Psycholinguïstiek en Taalpathologie / Amsterdam Center for Language and Communication (ACLC), Universiteit van Amsterdam

Het belang van spontane-taalanalyse zou volgens Prins en Bastiaanse voor iedereen evident moeten zijn, zowel voor degenen die dagelijks de gevolgen van afasie aan den lijve ondervinden als voor de onderzoekers en therapeuten die zich met afasie bezighouden. Toch zullen degenen die zich onderzoeksmatig met spontane-taalanalyse bezighouden, onder wie ikzelf, niet zelden de indruk hebben dat de inspanningen die een dergelijke taalanalyse vergt in geen verhouding staan tot het uiteindelijke resultaat. De methodologische en statistische haken en ogen zijn talrijk, de tijdsinvestering is groot en in de onderzoeksliteratuur lijkt het wel alsof iedereen een eigen specialistische spontane-taalanalyse heeft bedacht. Daar komt nog eens bij dat de regels om de spontane-taalsamples te transcriberen en te analyseren soms alleen beschreven zijn in een ongepubliceerde handleiding in de bureaula van een onderzoeker, wat niet alleen nadelig is voor de herhaalbaarheid van de analyse, maar ook onwillekeurig twijfels oproept over de degelijkheid daarvan.

Het kritische overzicht dat Prins en Bastiaanse in hun artikel geven van de verschillende methoden die worden gebruikt voor de analyse van spontane taal bij afatische patiënten, brengt de voor- en nadelen van de belangrijkste methoden helder in kaart. Enkele opmerkingen en conclusies uit het artikel lenen zich echter nog wel tot enige nuancering of verdere discussie, met name waar het gaat over het gebruik van objectieve taalmaten.

Om te beginnen wordt in het artikel gewezen op *de geringe populariteit van objectieve taalmaten* onder bijvoorbeeld logopedisten. Dit zou een aanleiding kunnen zijn om er voor te zorgen dat het aantal te onderzoeken taalvariabelen zo laag mogelijk wordt gehouden. Bovendien moeten de variabelen makkelijk afgestemd kunnen worden op elke patiënt afzonderlijk, zodat de gebruikte taalmaten ook zo relevant mogelijk zijn voor de individuele patiënt.

Wat betreft de reductie van het aantal te onderzoeken taalvariabelen is de verwijzing van de auteurs naar de artikelen van Wagenaar e.a. (1975) en Vermeulen e.a.

Correspondentieadres: Č. Niewold, LSG Psycholinguïstiek en Taalpathologie, Faculteit der Geesteswetenschappen, Universiteit van Amsterdam, Spuistraat 210, 1012 VT Amsterdam.
e-mail: niewold@hum.uva.nl

(1989) interessant. In beide onderzoeken bleken de spontane-taalvariabelen die in de kwantitatieve analyses werden gebruikt tot een aantal factoren te clusteren. De vraag is echter hoe men dit theoretisch interessante resultaat zou kunnen toepassen in de klinische praktijk. Zou het mogelijk zijn, bijvoorbeeld op basis van de vijf gevonden clusters uit het artikel van Vermeulen e.a. (1989), om een set van een beperkt aantal taalmaten samen te stellen die een compleet beeld geven van de taalstoornis van de patiënt (de overige verschijnselen die binnen hetzelfde cluster worden gemeten leveren immers geen nieuwe informatie meer op)? En als dit inderdaad mogelijk is, welke taalmaat zou er dan binnen elk cluster moeten worden gekozen?

Wat betreft de afstemming op de individuele patiënt stellen Prins en Bastiaanse zelf al dat klinische ervaring met afasie een vereiste is bij kwantitatieve spontane-taalanalyses, omdat het bij lang niet alle patiënten nuttig is om alle variabelen te scoren. Ik sluit me graag bij dat standpunt aan, maar vraag me tegelijkertijd af of het dan niet handig zou zijn om enkele standaardsetjes met taalmaten te ontwikkelen voor verschillende categorieën patiënten, waarbij met een eenvoudig te hanteren criterium vooraf bepaald kan worden welk setje het best gebruikt kan worden. Een dergelijke vereenvoudiging en de daarmee samenhangende reductie van de benodigde analysetijd zouden de drempel voor het gebruik van objectieve taalmaten aanzienlijk kunnen verlagen, waardoor de taalmaten hopelijk ook meer gebruikt zullen worden. Bovendien zal de uiteindelijke keuze van objectieve taalmaten hierdoor iets meer afhankelijk worden van de afatische stoornis van de patiënt en iets minder van de klinische ervaring van de logopedist. Zelf ben ik momenteel bezig met het vaststellen van een criterium voor verschillende categorieën afasiepatiënten in de acute fase (dat is de eerste periode na een CVA, waarin de patiënten nog in het ziekenhuis liggen), maar ik sluit niet uit dat voor de chronische fase weer heel andere criteria kunnen gelden.

Het volgende discussiepunt bij het gebruik van spontane-taalanalyses is *het aantal geanalyseerde woorden*. Prins en Bastiaanse constateren dat 300 woorden een betrouwbaar aantal woorden is om te gebruiken in een spontane-taalanalyse. Uit eigen klinische ervaring weet ik dat het bijvoorbeeld in de acute fase bij veel patiënten moeilijk is om tot een gesprek van 300 woorden te komen, met name als er sprake is van niet-vloeiende afasie. Zou het in die gevallen niet zinvol zijn om toch een lager standaard aantal woorden te kiezen? Hiermee zou het weliswaar moeilijker zijn om groepen met elkaar te vergelijken, maar de ontwikkeling van de individuele patiënt kan in ieder geval nog bekeken worden. Het alternatief (de spontane taal van een patiënt die minder dan 300 woorden produceert buiten beschouwing laten) kan leiden tot een scheef beeld van de afasiepopulatie; zeker in de acute fase zullen de patiënten met de minste problemen het meest geanalyseerd worden als een minimaal spontane-taalsample van 300 woorden als selectiecriterium wordt gebruikt.

In het artikel wordt ook gesproken over de manier waarop *veranderingen in de spontane taal* kunnen worden gemeten. Prins en Bastiaanse merken op dat het niet duidelijk is in hoeverre kwantitatieve spontane-taalanalyses geschikt zijn om verande-

ringen in de spontane taal te meten bij individuele patiënten en dat het niet mogelijk zou zijn om een simpele chi-kwadraattoets uit te voeren, zoals men bij een testuitslag kan doen. Om te bepalen in hoeverre het taalgebruik van een afasiepatiënt afwijkt van normaal, zou men bovendien dienen te beschikken over een grote hoeveelheid spontane-taalstalen van gezonde sprekers.

Mijn vraag is nu: waarom zou het niet mogelijk zijn om bij bepaalde objectieve taalmaten een chi-kwadraattoets uit te voeren als men de veranderingen in de spontane taal bij individuele patiënten wil meten? In Visch-Brink e.a. (1999) wordt dit bijvoorbeeld gedaan voor het aantal fonematische parafasieën in paren samples van elk 300 woorden. Misschien zal de chi-kwadraattoets niet bij alle taalmaten gebruikt kunnen worden, maar dat neemt niet weg dat het in principe mogelijk is.

De hoeveelheid spontane-taalsamples van gezonde sprekers die nodig is om te bepalen in hoeverre het taalgebruik van een afasiepatiënt afwijkt van normaal, varieert ook per taalmaat. Voor verschijnselen die zeldzaam zijn bij gezonde sprekers, maar frequent bij bepaalde afatische patiënten, zal een controlegroep van een twintigtal personen waarschijnlijk volstaan, terwijl taalmaten die ook bij gezonde sprekers sterk kunnen verschillen per persoon, per gesprek en per gespreksonderwerp (zoals de type-token ratio) veel lastiger te normeren zullen zijn.

In de conclusie van het artikel komt ook *de test-hertest betrouwbaarheid van de objectieve taalmaten* ter sprake. We weten hier inderdaad weinig van, maar dat is in sommige opzichten ook niet zo verwonderlijk.

Om te beginnen dient men zich af te vragen bij wie de test-hertest betrouwbaarheid moet worden gemeten. Bij gezonde proefpersonen of stabiele chronische afasiepatiënten (die bijvoorbeeld langer dan een jaar afatisch zijn) kan met enige zekerheid worden aangenomen dat de variatie niet aan het herstel van een taalstoornis ligt. Het meten van de test-hertest betrouwbaarheid zou bij die groepen dan ook heel goed mogelijk moeten zijn. Het probleem is echter dat je een goede test-hertest betrouwbaarheid die gemeten is bij gezonde proefpersonen of chronisch afatische patiënten niet mag veronderstellen bij herstellende afasiepatiënten (bijvoorbeeld in de acute fase). Niet alleen zullen de gespreksonderwerpen niet precies hetzelfde zijn ('hoe komt het dat u in het ziekenhuis ligt?'), maar ook zou de variatie binnen de groep herstellende afatische patiënten heel anders kunnen zijn dan bij de andere proefpersonen. Zo zou bijvoorbeeld de invloed van vermoeidheid op de taalperformance van gezonde proefpersonen en chronische afasiepatiënten veel kleiner kunnen zijn dan op die van herstellende acute afatische patiënten.

Ook het direct meten van de test-hertest betrouwbaarheid bij herstellende patiënten biedt geen uitkomst, want dan stuit men op het probleem dat men met het meten van de test-hertest betrouwbaarheid juist wilde voorkomen: wordt de gevonden variatie bij een herstellende patiënt veroorzaakt door het feit dat je nooit twee keer exact hetzelfde spontane-taalsample zult verzamelen (een variatie binnen bepaalde normen), of door het herstel (of de achteruitgang) van de patiënt? Dit probleem zou men kunnen beperken door bijvoorbeeld wekelijks op twee achtereenvolgende da-

gen te meten en dan de variatie tussen de twee dagen te vergelijken met de variatie binnen een week. De aanname die daarbij wordt gemaakt, namelijk dat het spontane herstel tussen twee opeenvolgende dagen niet zo groot zal zijn, kan echter alsnog problematisch blijken. Zodra er meer dan enkele uren zijn verstreken tussen de verschillende meetmomenten, zou je er al niet meer van uit mogen gaan dat een factor als 'de mate van herstel' exact hetzelfde is gebleven.

Samenvattend

Het belang van spontane-taalanalyse is weliswaar evident, maar zou mijns inziens nog kunnen toenemen als objectieve taalmaten efficiënter (selectiever, eenvoudiger, sneller) gebruikt kunnen worden door logopedisten en onderzoekers. Ook de methodologische en statistische afwegingen zouden in de toekomst meer aandacht mogen krijgen. Bepaalde normen die voor groepsonderzoek van chronische afasiepatiënten zijn ontwikkeld, zullen misschien aangepast moeten worden om ook individueel onderzoek van de meeste patiënten in de acute fase mogelijk te maken.

Literatuur

- Vermeulen, J., Bastiaanse, R. & Van Wageningen, B. (1989). Spontaneous speech in aphasia: a correlational study. *Brain and Language*, 36, 252-274.
- Visch-Brink, E., Niewold, C., Brouwer, T., Prins, R. & Van Harskamp, F. (1999). Symptomatology of crossed aphasia after a second lesion in the left hemisphere. *Brain and Language*, 69, 382-384.
- Wagenaar, E., Snow, C. & Prins, R. (1975). Spontaneous speech of aphasic patients: a psycholinguistic analysis. *Brain and Language*, 2, 281-303.