
Spontane-taalanalyse bij afasie

J. Saerens

Afdeling Neurolinguïstiek, Academisch Ziekenhuis Middelheim, Antwerpen

Het gebruik van spontane-taalanalysetechnieken bij afasiepatiënten is in de klinische praktijk nooit erg populair geweest. De redenen hiervoor zijn zowel praktisch als theoretisch. De meeste ervan kunnen teruggebracht worden tot vragen naar het wanneer, wat, hoe en waarom van spontane-taalanalyse.

Wanneer kan men spontane-taalanalyse uitvoeren?

In zijn essentie heeft deze vraag zowel betrekking op de situatie van de patiënt als die van de onderzoeker en de therapeut.

Zeker in de eerste periode na het optreden van een vasculaire of traumatische afasie kan een belangrijke spontane verbetering optreden. De diagnosticus/therapeut zal zich in dit stadium vaak beperken tot de relatief eenvoudig scorebare 'kwalitatieve' linguïstische analyse zoals die van de AAT of de BDAE, wil hij of zij niet het risico lopen de volgende dag analyses te hebben uitgevoerd op een afasie die ondertussen sterk veranderd is. Spontane-taalanalyse lijkt klinisch dan ook slechts van toepassing op het ogenblik dat de afasie voldoende stabiel is. Tenminste in België zal er op dat ogenblik reeds een logopedische therapie zijn gestart.

Zoals Prins en Bastiaanse vermelden zijn er bij het gebruik van deze schalen wat problemen met het vaststellen van een eventuele evolutie. Deze dient ofwel kwalitatief te zijn ofwel uit te drukken in arbitraire kenmerken als 'meer dan een derde van...' en 'minder dan tweederde van...', principes die erg veel ruimte laten voor interpretatie, zeker wanneer de gescoorde fragmenten om praktische redenen niet konden worden geregistreerd of beter nog op videofilm vastgelegd. Het is in mijn ervaring niet ongewoon dat een zeer ervaren onderzoeker na het meermaals beluisteren van een tekstfragment veel meer parafasieën opmerkt dan hij aanvankelijk dacht er gehoord te hebben. Ook stereotypen en agrammatische uitingen worden soms pas duidelijk bij meervoudige repetitie van een fragment. Het gebruik van dit soort schalen lijkt dan ook slechts nuttig wanneer ze gescoord worden na meervoudige beluistering.

In latere stadia van de afasie, wanneer de evolutie niet meer zo groot is, is dit soort schalen veel te beperkt om het expressieve taalgedrag van de patiënt te beschrijven.

De vraag heeft ook betrekking op de therapeut. Een van de redenen waarom spontane-taalanalyse niet erg populair is, heeft te maken met een welbekend tijdsprobleem bij de onderzoeker of de therapeut. Het uitschrijven van tekstfragmenten, laat staan het analyseren ervan, is zeer tijdrovend en dient te gebeuren onmiddellijk aansluitend op de afname van het staal. Daarbij is het niet steeds duidelijk wat de patiënt nu eigenlijk heeft gezegd, zodat niet zelden overleg met meerdere collega's nodig is om tot een betrouwbaar resultaat te komen. In een wetenschappelijke werkomgeving is dit geen probleem, voor een zelfstandig werkende therapeut is het daarentegen bijna onbegonnen werk (zeker als de praktische consequenties van de analyse niet evident zijn).

Wat / hoe onderzoekt men eigenlijk?

Het is opvallend dat Prins en Bastiaanse bij het begin van hun artikel geen definitie geven van wat spontane taal is en dat ze zich beperken tot omschrijvingen van hoe het in de praktijk gemeten wordt. Overigens wordt bij de spontane-taalanalyse vooral onderzoek gedaan naar de expressieve aspecten van de taal en meer bepaald naar wat door de patiënt gezegd wordt. Andere aspecten en modaliteiten van de spontane taal komen vaak niet of nauwelijks aan bod (bij voorbeeld taalbegrip, reactie op vragen, non-verbale reacties, etc.).

Prins en Bastiaanse maken onderscheid tussen 'semi-spontane taal' en 'spontane taal'. Zelfs met die restricties kan men zich de vraag stellen of de expressie van de patiënt wel zo spontaan is als wordt gesuggereerd. Om het taalstaal later te kunnen analyseren dient het op een of andere manier geregistreerd te worden, een gegeven waarvan de patiënt zich bewust is en waar hij zich om ethische redenen alleen al bewust van moet zijn. Het artificiële van de dialoog wordt daarbij nog versterkt door het feit dat de onderzoeker in de eerste plaats iets wil leren over hoe de patiënt iets probeert duidelijk te maken en minder over wat hij wil duidelijk maken. Hij of zij probeert dan ook de patiënt zo lang mogelijk ononderbroken aan het woord te laten. Niet zelden zit de volwassen patiënt verkrampd in een houding die eerder aan een student op een examen doet denken dan aan iemand die probeert een dialoog gaande te houden. Dit gedrag wordt overigens niet alleen gezien wanneer de gesprekspartner een taaltherapeut is, maar ook wanneer een conversatie met een familielid wordt opgenomen. De interessantste en meest karakteristieke stukjes dialoog worden meestal gehoord wanneer de registratie is stopgezet. Het punt is met andere woorden dat de analyse, alle goede bedoelingen ten spijt, uitgevoerd zal worden op een artificieel databestand. Op zichzelf is dit niet zo erg zolang men zich hiervan bewust is en niet te verregaande conclusies wil trekken.

Op het uitgeschreven bestand worden vaak een aantal tellingen verricht. Wat geteld wordt, zijn niet zelden oppervlakkige verhoudingen (bij voorbeeld de gemiddelde zinslengte) die dienen getoetst te worden aan bij voorkeur regionale gemiddelden waarbij het vroegere *idiolect* en/of de vroegere spreekstijl van de patiënt een relatief onbekende factor is. Of men door middel van deze oppervlakkige verhoudingen het

typische spreekgedrag van patiënt in kaart kan brengen, is zeer de vraag. Zeker de te verwachten regionale verschillen maken dat het aanleggen van controlegroepen een zeer arbeidsintensieve opdracht en vaak niet te realiseren doelstelling is. Waar het duidelijke afwijkingen betreft (zoals agrammatisme, parafasieën) is dit minder een probleem, maar wat doe je met een afatisch schrijver die mondeling ellenlange zinnen produceert (waarbij de onderzoeker denkt dat hij dit doet om een anomie te camoufleren) maar die uiteindelijk toch gezegd heeft wat hij meende te moeten zeggen?

Tenslotte moet hier worden vermeld dat de linguïstische terminologie die bij de spontane taalanalyse wordt gebruikt een *toegepaste* en *geoperationaliseerde* terminologie is. Wanneer besluit men dat er geen pragmatische stoornis is, wanneer er ondertussen bibliotheken gevuld werden met discussies over wat pragmatiek nu eigenlijk is?

Waarom spontane-taalanalyse?

Uiteindelijk blijft de vraag waarom de onderzoeker zich al deze moeite zou veroorloven wanneer hij niet weet welke praktische conclusies hij hieruit moet trekken? Op wetenschappelijk vlak is dit geen probleem, voor de individuele taaltherapeut daarentegen wel.

Bovenstaande opmerkingen mogen niet geïnterpreteerd worden als een pleidooi tegen spontane-taalanalyse; ze willen ten hoogste vragen stellen over de actuele bruikbaarheid en het nut ervan in de klinische praktijk. In het wetenschappelijk onderzoek daarentegen zal men een aantal van de hierboven vermelde variabelen veel beter kunnen beheersen en zal men er veel meer tijd voor kunnen uittrekken om de analyse grondiger uit te voeren en lang na te denken over de conclusies die men eruit kan trekken. Dit voordeel is de clinicus niet gegeven.