

# Functionele of stoornisgerichte therapie: keus of geen keus

Judith Faber-Feiken<sup>1</sup> en Roel Jonkers<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Centrum voor Revalidatie-UMCG, locatie Beatrixoord, NAH-team*

<sup>2</sup> *Afdeling Taalwetenschap, Rijksuniversiteit Groningen, Groningen Graduate School for Behavioral and Cognitive Neurosciences*

## Inleiding

In hun uitgebreide en heldere overzicht van de verschillende vormen van stoornisgerichte en functionele therapie bij verworven afasie merken Visch-Brink en Wielaert terecht op dat de vaak felle discussies over een keuze voor een van de twee vormen van therapie zich buiten onze landsgrenzen afspelen. Zoals ook blijkt uit de vele verwijzingen naar recent onderzoek worden zowel de stoornisgerichte als de functionele therapie regelmatig toegepast in Nederland en worden de resultaten ervan beschreven. De auteurs geven aan dat er hierbij geen eenduidige keuze voor een van de twee vormen van therapie hoeft te worden gemaakt, maar dat er eerder sprake is van een continuüm, waarbij het ene uiterste gevormd wordt door de stoornisgerichte therapie en het andere uiterste door de functionele therapie. Volgens ons is het echter onterecht dat de auteurs deze tweespalt aanbrengen. Ten eerste is het de vraag of beide therapieën losgekoppeld kunnen worden, ten tweede of dat zou moeten. Het door de auteurs aangehaalde onderzoek van Pulvermuller et al. (2001) is hierbij een mooi voorbeeld. Visch-Brink en Wielaert duiden de hierin beschreven therapie ten onrechte aan als een zuiver functionele therapie die als uitkomst zowel een verbetering van de linguïstische als van de functioneel-communicatieve capaciteiten van de onderzochte patiënten te weeg bracht. Het onderzoek zelf betreft namelijk het oefenen van gesprekken in de vorm van een kwartetspel waarbij zowel semantisch als fonologisch aan doelwoorden verwante woorden werden gebruikt. Het onderzoek toont volgens ons juist aan dat er sprake is van een gecombineerde benadering van linguïstische en functionele therapie en dat een dergelijke therapie effectief kan zijn. Hieronder willen we nader ingaan op een dergelijke tweezijdige benadering van taalstoornissen.

## Stoornisgerichte therapie versus functionele therapie

Visch-Brink en Wielaert geven een duidelijke uiteenzetting van wat in de literatuur verstaan wordt onder stoornisgerichte therapie en functionele therapie. Gesteld wordt dat stoornisgerichte therapie tracht de (toegang tot) de aangetaste functies te herstellen. De functionele benadering richt zich op het hanteren van de stoornis in de context. Zoals gezegd, zijn de auteurs het erover eens dat beide benaderingen nuttig zijn. "Het maken van een keuze doet afbreuk aan beide benaderingen: ze zijn complementair." Opvallend is echter dat de schrijvers het zelf wel als twee heel verschillende therapieën beschouwen. Ze discussiëren in welke volgorde de therapieën het beste kunnen worden afgenomen en welk effect de ene therapie heeft op de andere. Ze worden helaas niet beschreven als twee aspecten van een therapie die vanzelfsprekend bij elkaar horen.

Visch-Brink en Wielaert stellen bijvoorbeeld dat functionele therapie persoonlijker is dan stoornisgerichte therapie. Ze noemen de beschrijving van Worrall (1999) om dit aan te tonen. Deze kenschetst de functionele therapie aan de hand van een aantal punten. Deze punten zouden volgens ons ook voor een groot deel kunnen en moeten gelden voor stoornisgerichte therapie. Als er bijvoorbeeld tijdens de therapie wordt uitgegaan van de hulpvraag van de patiënt, kunnen ook bij een stoornisgerichte therapie doelen opgesteld worden in samenspraak met de patiënt. Bij stoornisgerichte therapie moet eveneens rekening gehouden worden met de sterke (linguïstische) mogelijkheden van de patiënt. Verder kan ook stoornisgerichte therapie holistisch worden toegepast: men kan gebruik maken van elk communicatiekanaal of elke aanpassing. Om het gestelde toe te lichten is het belangrijk dat stoornisgerichte therapie ruimer wordt gezien dan therapie die alleen gericht is op het herstel van aangedane delen van de taalverwerking. Er zijn ons insziens bij afasietherapie vijf mogelijke basisinterventies: 1. therapie gericht op herstel van een gestoorde module / route (=reactivatie), 2. therapie gericht het aanleren van een strategie (bijvoorbeeld gebruik maken van modules en routes die nog wel intact zijn om een gestoorde module / route alsnog aan te spreken (=reorganisatie), 3. therapie gericht op het leren gebruik maken van een andere route en/ of module om een zelfde communicatief doel te bereiken (=compensatie), 4. aanpassing van de gesprekspartner(s) om eenzelfde communicatief doel te bereiken door alsnog een gestoorde route voldoende te stimuleren of juist door een andere modaliteit aan te spreken en 5. communicatiehulpmiddelen inzetten. In principe kunnen alle genoemde basisinterventies naast elkaar worden ingezet, waarbij bij alle, behalve bij de vierde genoemde interventie, de fases 'specificatie', 'integratie' en 'generalisatie', zoals beschreven door Visch-Brink en Wielaert, worden doorlopen. Op deze wijze kan elke communicatieve hulpvraag van de patiënt worden benaderd en vormen stoornisgerichte therapie en functionele therapie een geheel. Hierbij willen we nog toevoegen dat terecht wordt opgemerkt dat er meer feedback zou moeten worden gezocht bij de (neuro)psychologie. Dit geldt al enigszins voor de fase 'integratie', maar vooral voor de fase 'generalisatie'. Als de patiënt binnen deze fase problemen ondervindt, zou dit mogelijk veroorzaakt kunnen worden door bijko-

mende (neuro)psychologische stoornissen. Daarom is het van essentieel belang dat die neuropsychologische stoornissen in kaart worden gebracht (middels observatie of onderzoek) en dat ook op dat vlak stoornisgericht te werk wordt gegaan.

Men zou zich zelfs af kunnen vragen of het wel nodig is testen te ontwikkelen om het functionele eindresultaat te meten. Het voorbeeld dat Visch-Brink en Welaert gebruiken om de behoefte aan genormeerde meetinstrumenten aan te geven, toont volgens ons het tegengestelde aan. Als patiënten problemen ondervinden bij het lezen van teksten, terwijl ze op zinsniveau geen linguïstische leesstoornissen laten zien, kan dat veroorzaakt worden door verschillende (neuro)psychologische problemen, zoals geheugenproblemen, visueel neglect, aandachtsproblemen, versnelde mentale vermoeidheid enzovoort. Men kan zich afvragen welke toegevoegde waarde hierbij een tekstbegripstaak heeft. In een dergelijk geval zou het meer waarde hebben om te toetsen of bij de betreffende patiënt, door de aanpak of door het ermee leren omgaan, het (neuro)psychologische probleem is verminderd en/of het van te voren gestelde functionele doel, bijvoorbeeld het kunnen lezen van een briefkaart, de krant of de ondertiteling, is behaald.

### **Een praktijkvoorbeeld**

In het algemeen doorlopen mensen met afasie een langdurig revalidatieproces. Direct na het CVA zal een patiënt nog niet voor ogen hebben wat zijn einddoelen zullen worden. Ook de behandelaars weten dit nog niet. Het herstel kan per patiënt verschillend verlopen en einddoelen zijn zeer persoonlijk. Toch hebben de meeste patiënten direct na opname een hulpvraag voor de eerstvolgende periode: in deze eerste fase moet de functionele communicatie voor dat moment zo optimaal mogelijk zijn.

Zoals gesteld in het artikel, communiceert de patiënt de eerste periode met name met het personeel van de betreffende instelling. Als er sprake is van ernstige taalbegrips- en productieproblemen, met als onderliggende linguïstische hoofdoorzaak bijvoorbeeld een gestoorde semantiek, dan zal de therapie moeten bestaan uit verschillende facetten. Deze richt zich dan ten eerste op het herstel van de semantische functies (reactivatie) en het leren omgaan met dit semantisch probleem. Dit kan bijvoorbeeld door bij woordvindingsproblemen een omschrijving of een synoniem te geven of het bedoelde te tekenen of te gebaren om de boodschap alsnog over te brengen (compensatie) óf om zichzelf te faciliteren (reorganisatie). Daarnaast richt de aandacht zich op de omgeving door bijvoorbeeld een persoonlijk communicatieadvies op te stellen. In dit geval zou een advies kunnen zijn, dat het belangrijk is dat de gesprekspartner als hij niet wordt begrepen door de patiënt, nog eens in andere woorden uit moet leggen wat hij bedoelt. Verder kunnen er indien nodig communicatieondersteunende middelen worden ingezet, aangepast op het niveau van de patiënt en de persoonlijke communicatiewensen van dat moment. Een en ander kan dan meteen functioneel uitgetprobeerd en geoefend worden in de context waarin het nodig is. Na een vooraf vastgestelde periode wordt getoetst of het doel, een verbeterde communi-

catie met het personeel, behaald is. Tijdens een dergelijk evaluatiemoment kunnen wederom nieuwe hulpvragen van de patiënt in kaart worden gebracht, waarop nieuwe functionele doelstellingen worden vastgesteld. De oefeningen ten behoeve van het herstel van de onderliggende stoornis kunnen daarna een vervolg krijgen indien er vooruitgang is gemeten. De benodigde aanvullende oefeningen om het nieuwe functionele doel te behalen worden dan aangepast.

Uit dit voorbeeld blijkt dat stoornisgerichte en functionele therapie continu door elkaar lopen. Er is feitelijk sprake van één therapie in een doorlopend geheel die in verschillende facetten wordt aangeboden.

### **Evaluatie van therapie**

Ook wanneer functionele en stoornisgerichte therapie gezamenlijk ingezet worden blijft het belangrijk de uitkomsten van de therapie goed te evalueren. Helaas besteden Visch-Brink en Wielaert weinig aandacht aan de evaluatie van functionele therapie. Stoornisgerichte therapie kan in alle gevallen met valide en betrouwbare instrumenten worden geëvalueerd. Deze evaluatie bestaat vaak uit het afnemen van linguïstische tests die gericht zijn op de behandelde onderdelen, maar die niet tijdens de therapie aan de orde zijn gekomen. Daarnaast worden vaak controletest afgenomen die gericht zijn op andere onderdelen van het taalvermogen, zodat de rol van spontaan herstel kan worden uitgesloten. Tenslotte is spontane taalanalyse een belangrijk middel om eventuele vooruitgang te meten.

Op het gebied van de functionele communicatie kan alleen de ANTAT (Blomert et al. 1995) worden gebruikt, maar deze beperkt zich tot twee maten, namelijk verstaanbaarheid en begrijpelijkheid.

Visch-Brink en Wielaert constateren dat bij de effectmeting van de cognitief-linguïstische (of stoornisgerichte) therapie vaak een functionele maat ontbreekt. Valide methodes om vooruitgang te meten op het gebied van verbale communicatie ontbreken echter eveneens. Bij het meten van de effecten van functionele therapie wordt daarom vaak vooruitgang op een subjectieve manier onderzocht. Een voorbeeld van een dergelijke effectmeting vinden we bij Boles (1998). Hij gebruikt een discourse analyse om aan te tonen dat een patiënte met een afasie van Broca na een functionele therapie vooruitgang heeft geboekt op het gebied van de functionele communicatie, terwijl er geen vooruitgang was op linguïstische tests. De therapie bestond uit 14 sessies waarbij de patiënte gesprekken voerde over vaste onderwerpen met een partner. Vier maten werden beoordeeld, namelijk de spreeknelheid, de bijdrage aan de conversatie, het aantal woorden per uiting en het aantal zelfverbeteringen. De beoordeling vond plaats bij zowel de patiënt als bij de partner en de verwachting was dat de patiënt op alle maten hoger zou gaan scoren en de partner lager naarmate de sessies vorderden en dit bleek ook de uitkomst van het onderzoek. Volgens Boles is de door hem beschreven analyse een betrouwbare manier om het effect van functionele therapie te meten. In werkelijkheid echter blijkt deze manier grote tekortkomingen te

hebben. Boles merkt namelijk zelf al op dat controledata voor de vier categorieën niet aanwezig zijn en dat dus de verwachtingen alleen op een klinisch oordeel zijn gebaseerd. Bovendien past hij geen statistische vergelijkingen toe tussen de verschillende momenten waarop het effect wordt gemeten. Het klinisch oordeel zelf is bovendien niet eenduidig. Het toenemen van de spreeknelheid wordt bijvoorbeeld als een verbetering gezien, maar daarbij hoort ook een afname van de spreeknelheid van de partner. Er is geen enkele reden om aan te nemen dat de partner langzamer zou gaan spreken, als de spreeknelheid van de patiënt toeneemt. Hetzelfde geldt voor het aantal woorden per uiting. Meer woorden per uiting duiden op verbetering, maar betekenen in de methode van Boles dat de partner minder woorden per uiting gaat gebruiken. Kortere zinnen van een partner worden eerder verwacht wanneer een patiënt moeite heeft met het begrijpen van langere zinnen en in dat geval zou dus een afname van het aantal woorden per uiting bij de partner juist niet op verbetering duiden. De toename van het aantal zelfverbeteringen ten slotte kan als positief gezien worden, omdat de patiënt beter in de gaten heeft dat hij of zij fouten maakt, maar het kan net zo goed betekenen dat er meer gelegenheden zijn waarin verbeteringen voorkomen, omdat er meer fouten worden gemaakt.

Een dergelijke effectmeting is volgens ons exemplarisch voor veel studies naar functionele therapie. Functionele maten zouden idealiter een rol moeten spelen bij de effectmeting van therapie. De door Visch-Brink en Wielaert aangehaalde Rijndam Scenariotest (RIJST, Van de Sandt-Koenderman, in press) lijkt perspectief te bieden, om niet alleen functionele communicatie in kaart te brengen, maar deze test zou in de toekomst misschien ook aangewend kunnen worden om het effect van therapie te meten. Zo lang er echter nog geen valide en objectieve methodes bestaan, kan effectmeting zich beter beperken tot linguïstische tests en spontane-taalanalyse.

## Conclusie

Samenvattend kunnen we zeggen dat we in tegenstelling tot Visch-Brink en Wielaert de stoornisgerichte therapie en de functionele therapie niet los van elkaar willen zien, maar veel meer als één therapeutisch geheel. De vraag over met welke therapie gestart moet worden zou niet aan de orde hoeven te zijn. Volgens ons kan alleen dan een goed therapieplan worden opgezet als er voortdurend wordt uitgegaan van functionele probleemstellingen van de individuele patiënt met daarbij een goed inzicht in de onderliggende stoornis, zowel linguïstisch, functioneel als (neuro)psychologisch. Men moet hierover voortdurend in gesprek blijven met de patiënt en zijn directe omgeving. Per probleemstelling moet een duidelijk te evalueren doel opgesteld worden, waarbij om dit doel te bereiken indien mogelijk alle genoemde basisinterventies worden ingezet. Daarbij kunnen de drie fases (specificatie, integratie en generalisatie) worden doorlopen. Belangrijk aspect bij een dergelijke aanpak blijft een voortdurende evaluatie van de therapie. Volgens ons ontbreken er op dit moment objectieve maten om het effect van functionele therapie te meten. Vooral nog is het gebruik van linguïstische methodes voor het meten van het therapie-effecten daarom te prefereren.

**Nieuwe literatuur**

Boles, L. (1998) Conversational Discourse analysis as a method for evaluating progress in aphasia A case report. *Journal of Communication disorders* 31 261 274.