

Stoornisgerichte en/of functionele afasietherapie? Een commentaar

Lieve De Witte

Afasiepraktijk, Antwerpen

Vooraleer me verder te verdiepen in de huidige discussie omtrent de twee belangrijkste stromingen binnen de afasietherapie vormt een summier overzicht van de historiek binnen de afasietherapie aan de hand van de diverse scholen (= groep therapeuten met gemeenschappelijke inzichten over de aard van afasie en het herstelverloop) mijns inziens een anekdotische, doch verhelderende aanvulling.

Na een periode van prominente aanwezigheid van het afasieonderzoek in de laatste helft van de 19^{de} eeuw (Broca, Wernicke, Lichtheim, Jackson) en het begin van de 20^{ste} eeuw (Marie, Goldstein, Head) volgde een periode van verminderde interesse in afasie en afasietherapie. Het is echter pas sinds de jaren '50-'60 dat, onder invloed van verschillende maatschappelijke en socio-economische factoren, een toenemende belangstelling voor afasie en afasietherapie merkbaar werd. In Amerika ontstond toen de stimulatieschool (Wepman, Schuell) waarbij de belangrijkste taak van de afasietherapeut erin bestond de afaticus zo veel mogelijk te stimuleren om zijn taalkennis te activeren en weer te leren gebruiken. Rond diezelfde periode ontwikkelden zich, onder invloed van de behavioristische leerpsychologie, de geprogrammeerde instructiemethoden. De Melodic Intonation Therapy, in Boston ontwikkeld door Sparks en Holland (1976) is wellicht de meest bekende therapievorm waarbij geprogrammeerde instructie gehanteerd wordt. Een aparte vermelding verdient de functionele reorganisatieschool van de Russische neuropsycholoog Alexander Luria (1902-1977) waarbij Luria's concept in essentie gebaseerd is op de visie van Pavlov (klassieke conditionering) die stelt dat complex psychologische functies zoals spreken, schrijven, lezen,... het resultaat zijn van een integraal functioneren van verschillende anatomische systemen van onderling verbonden hersenzones. Laesies van deze zones leiden tot een desorganisatie van het desbetreffend anatomisch systeem en aldus tot een stoornis van de functies die daarop gebaseerd zijn. Binnen deze school richtte de therapie zich op functionele reorganisatie wat in de praktijk betekende dat de therapie bestond uit een mix van stimulatietherapie en geprogrammeerde instructie. Deze drie scholen i.c. de stimulatieschool, de behavioristische school en de functionele reorganisatieschool, vertegenwoordigen grotendeels de groep van niet-linguïstisch, 'symptoomgerichte' (in tegenstelling tot 'stoornisgerichte') afasietherapieën waarbij het afasiesymptoom als uitgangspunt voor therapie gehanteerd

wordt. Daartegenover staan de linguïstisch georiënteerde therapieën waarbij men er van uitgaat dat afasie enkel effectief behandeld kan worden op voorwaarde dat de onderliggende linguïstische verwerkingsprocessen in kaart gebracht kunnen worden. Binnen de linguïstisch georiënteerde therapie situeren zich de ontwikkeling van de neurolinguïstische en de cognitief-neuropsychologische school die respectievelijk rond eind jaren '60 (Hécaen & Dubois) en midden jaren '70 (Marshall & Newcombe) tot ontwikkeling kwamen. De neurolinguïstische school focuste zich voornamelijk op de analyse van neurologische spraak-en taalstoornissen in een puur linguïstische typologie (semantiek, syntaxis, morfologie, fonologie, pragmatiek) en het vaststellen van anatomo-klinische correlaties. Bijgevolg gaat de neurolinguïstisch georiënteerde afasietherapie uit van de veronderstelling dat de stoornissen in het taalgebruik van patiënten rechtstreeks teruggevoerd kunnen worden op laesies in het neurologisch systeem of op processen in de hersenen en zijn de therapieprogramma's bedoeld voor afatici met een zelfde linguïstisch probleem vb. een semantisch probleem. Binnen de cognitief-neuropsychologische school tracht men het onderliggend deficit nog preciezer in kaart te brengen. Op basis van taalverwerkingsmodellen ontstaan uit onderzoek bij normale sprekers, formuleert de onderzoeker een hypothese over de relatie tussen de gestoorde module en het taalgebruik van de afaticus waardoor nog meer gerichte therapie mogelijk is. Zowel de neurolinguïstische als de cognitief-neuropsychologische benadering behoren tot de groep van stoornisgerichte therapieën waarbij therapie plaatsvindt op basis van het onderliggend deficit en niet meer op basis van het klinisch symptoom. Samen met de ontwikkeling van de neurolinguïstische visie ontstond in de jaren '70 een toenemende interesse voor pragmatiek wat aanleiding gaf tot het ontstaan van de pragmatische school. Therapie richt zich hier uitsluitend op het verbeteren van functionele communicatie aan de hand van groepstherapie, conversatieanalyse, rollenspel. De PACE-methode (Promoting Aphasics Communicative Effectiveness), ontwikkeld door Davis en Wilcox in 1985 is wellicht de meest bekende therapievorm binnen de pragmatische school. Naast de pragmatische school situeert de recente ontwikkeling van de sociale school zich eveneens binnen de functionele therapie waarbij tijdens therapie de klemtoon vooral ligt op begeleiding van de 'cliënt' en zijn omgeving. Zowel de pragmatische als de sociale school situeren zich dus binnen de functionele afasietherapie.

Over de functionele doelstelling van afasietherapie namelijk 'het verbeteren van de communicatie tussen patiënt en zijn omgeving' bestaat inderdaad een algehele consensus. Toch rijst nog steeds de vraag welke parameters (type therapie, sequentie therapie, frequentie therapie, tijdsduur therapie,...) het therapieresultaat al dan niet gunstig beïnvloeden. In dit artikel krijgen we een duidelijke omschrijving van het theoretisch en praktisch kader van de stoornisgerichte en functionele therapie. Bovendien introduceren de auteurs een interessante denkoefening waarbij ze zich de vraag stellen naar de complementariteit van de stoornisgerichte en functionele therapie en besluiten met een aanbeveling voor een ideale therapeutische situatie (vb. REST) waarin zowel de stoornisgerichte als functionele aspecten van therapie verweven en complementair zijn. Hieromtrent zou ik toch graag een aantal bevindingen/bedenkingen willen formuleren. Zonder ons verder te verdiepen in de eindeloze discussie tussen voor-en tegenstanders van 'group-study' en 'single case approach' zijn er –zoals in het artikel terecht wordt

opgemerkt- ‘plenty case-reports’ gepubliceerd die de effectiviteit van stoornisgerichte therapie onomwonden, ondubbelzinnig objectiveren. Het onderzoek naar de effectiviteit van functionele therapie kampte en kampt vaak nog steeds met methodologische problemen. Desalniettemin, in het recente verleden resulteerden een aantal ‘geciteerde’ studies (Elman en Bernstein-Ellis, 1999; Worrall en Yiu, 2000; Pulvermuller et al., 2001) in een positief rapport ten aanzien van de effectiviteit van bepaalde methodieken binnen de functionele therapie. Zeer recent concludeerde ook Meinzer et al. (2005) –analoog aan Pulvermuller et al. (2001)- dat een intensieve ‘constraint-induced aphasia therapy’ zowel een positieve functionele maar ook een positieve cognitief-linguïstische impact heeft. Eerdere studies toonden reeds het omgekeerde effect aan namelijk de functionele impact van een cognitief-linguïstische therapie. Groot verschilpunt is echter dat de effectiviteitsstudies in verband met de functionele afasietherapie steeds uitgevoerd worden bij ‘chronic aphasics’. Bijvoorbeeld in de studie van Pulvermuller et al. (2001) fluctueert de duur van de afasie bij de onderzochte patiëntenpopulatie tussen vier en twintig jaar post-onset. Dit houdt in dat de functionele therapie meestal volgt na een zeer lange periode van afwezigheid van enige vorm van talig therapeutisch handelen. Bovendien blijft nog steeds de vraag bestaan of de geboekte vooruitgang enkel gerealiseerd kan worden met de ‘tijdsintensieve’ functionele therapie en of andere ‘economisch interessantere’ therapievormen zoals bijvoorbeeld computer- of interactieve internettraining (Mortley et al., 2004) niet hetzelfde positieve effect veroorzaken. Bijgevolg bestaat er tot op dit moment –voor zover mij bekend- onvoldoende, ondubbelzinnige evidentie omtrent de effectiviteit van uitsluitend functioneel handelen in de revalidatiefase (post spontaan herstel periode), dit in tegenstelling tot de ondubbelzinnige evidentie voor linguïstisch georiënteerde therapie in de revalidatiefase en de chronische fase. De pertinente vraag naar de complementariteit van beide therapeutische stromingen is –to my opinion- ‘a step too far’. Tot nader onderzoek is het mijns inziens aangewezen te opteren voor de ‘zekere weg’ namelijk het hanteren van de cognitief-linguïstische benadering binnen het specificatie-en integratiestadium van de therapie met het oog op de reactivatie en reorganisatie van de talige functies. Dat een linguïstisch georiënteerde therapie inderdaad aanleiding geeft tot een reorganisatie van het talig netwerk blijkt reeds uit diverse neurobiologische studies omtrent cerebrale plasticiteit (Musso et al., 1999; Boller, F., Meinzer et al., 2005,...). Voorwaarde is echter wel –zo blijkt uit literatuurdata en wordt bevestigd door mijn klinische ervaring- dat deze therapie ‘zeer intensief’ (enkele uren per week) gebeurt. Onderzoek van Bhogal et al. (2003) toont trouwens aan dat een zeer intensieve stoornisgerichte therapie in de acute fase en de revalidatiefase meer efficiënt blijkt te zijn dan ‘a less intensive therapy over a longer period of time’. Bovenstaande data ondersteunen mijn huidig standpunt: als een intensieve linguïstisch georiënteerde therapie in de acute fase en de revalidatiefase inderdaad effectief blijkt te zijn en als deze therapie dan ook nog aanleiding geeft tot een cerebrale talige reorganisatie, dan kunnen we hieruit toch logischerwijs deduceren dat deze structureel cerebrale veranderingen op hun beurt een verbeterde functionele communicatie tot stand brengen. In een recente studie van Bakheit et al. (2005) werd trouwens de functionele impact van de stoornisgerichte therapie psychometrisch bevestigd dat door de objectivatie van een positieve correlatie tussen de scores op de ‘Western Aphasia Battery’ en de ‘Communicative Effecti-

veness Index'. Op basis van bovenstaande bevindingen pleit ik momenteel toch eerder voor een sequentieel toepassen van stoornisgerichte en functionele therapie waarbij de functionele therapie een essentiële bijdrage levert op het vlak van compensatie van de 'verloren functies' onder de vorm van alternatieve of communicatieondersteunende hulpmiddelen. Vermits het momenteel nog steeds 'dansen op een slappe koord' blijft, is verder aanvullende, methodologisch verantwoorde empirische evidentie noodzakelijk. In dat verband is het aangewezen de onderzoeksvragen op te splitsen in verschillende deelvragen zodat geleidelijk aan een consensus kan ontstaan rond diverse deelhypothesen. Zo niet, dreigt men verzeild te raken in een patstelling waarbij men de functionele therapie een eerlijke kans tot verdere uitbouw van een theoretisch kader en methodieken ontzegt.

Bibliografie

- Bakheit, A.M., Carrington, S., Griffiths, S., Searle, K. (2005). High scores on the Western Aphasia Battery correlate with good functional communication skills. *Disabil Rehabil.*, 27, 287-291.
- Basso, A. (2003). *Aphasia and its therapy*. Oxford : University press.
- Bhagal, S.K., Teasell, R.W., Foley, N.C., Speechley, M.R. (2003). Rehabilitation of aphasia. *Top Stroke Rehabil.*, 10, 66-76.
- Boller, F. (2004). Rational basis of rehabilitation following cerebral lesions : a review of the concept of cerebral plasticity. *Funct Neurol.*, 19, 65-72.
- Elman, R.J., Bernstein-Ellis, E. (1999). The efficacy of group communication treatment in adults with chronic aphasia. *JSHR*, 42, 411-419.
- Howard, D., Hatfield, F.M. (1987). *Aphasia therapy : historical and contemporary issues*. Hillsdale : Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Meinzer, M., Djunda, D., Barthel, G., Elbert, T., Rockstroh, B. (2005). Long-term stability of improved language in chronic aphasia after constraint-induced aphasia therapy. *Stroke*, 36, 1462-1466.
- Meinzer, M., Elbert, T., Wienbruch, C., Djundja, D., Barthel, G., Rockstroh, B. (2004). Intensive language training enhances brain plasticity in chronic aphasia. *BMC Biol.*, 25, 20.
- Mortley, J., Wade, J., Enderby, P., Hughes, A. (2004). Effectiveness of computerised rehabilitation for long-term aphasia : a case series study. *Br J Gen Pract.*, 54, 856-857.
- Musso, M., Weiller, C., Krebel, S., Muller, S.P., Bulau, P., Reyntjes, M. (1999) Training induced brain plasticity in aphasia. *Brain*, 122, 1781-1790.
- Prins, R.S., Bastiaanse, R. (1997). Afasie : symptomatologie en wetenschappelijke inzichten. In : Peters, H.F.M., *Stem-, spraak-en taalpathologie*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem, 1997.
- Pulvermuller, F., Neininger, B., Elbert, T., Mohr, B., Rockstroh, B., Koebbel, P., Taub, E. (2001). Constraint-induced therapy of chronic aphasia after stroke. *Stroke*, 32, 1621-1626.
- Roth, H.L. (2002). Finding Language in the Matter of the Brain : Origins of the Clinical Aphasia Examination. *Seminars in Neurology*, 22, 335-348.
- Wielert, S., Berns, P. (redactie) (2003). *Status afasietherapie : gevalsbeschrijvingen uit de klinische praktijk*. Lisse : Swets & Zeitlinger.
- Worrall, L., Yiu, E. (2000). Effectiveness of functional communication therapy by volunteer for people with aphasia following stroke. *Aphasiology*, 14, 911-924.