

In antwoord op uw schrijven...

Evvy Visch-Brink¹, Sandra Wielaert²

¹*ErasmusMC, Rotterdam*, ²*Rijndam revalidatiecentrum Rotterdam*.

De tweedeling stoornisgerichte en functionele therapie is een ‘hot topic’, zeker in revalidatiekringen, waar uiteraard de belemmeringen waarvoor een patiënt in het dagelijks leven komt te staan, de inhoud en duur van het revalidatietraject bepalen. In de ideale situatie zouden we in een relatief korte tijdsspanne exact weten welke functionele taalhandelingen problemen opleveren, hoe dat komt en wat je eraan kunt doen. Er zou een scala van tests zijn, genormeerd naar leeftijd en opleidingsniveau, waarin taalhandelingen in het dagelijks leven natuurgetrouw worden nagebootst met verschillende moeilijkheidsgraden: het lezen van krantenberichten, het begrijpen van snel uitgesproken mededelingen, het snel reageren op een gestelde vraag, het vertellen van een verhaal, waarbij de patiënt herhaaldelijk onderbroken wordt.

De gevonden stoornissen zouden de anamnestiche klachten van patiënt en partner feilloos reflecteren en richting geven aan het linguïstische en neuropsychologische vervolgonderzoek: heeft de patiënt die een krantenbericht niet goed kan interpreteren en een gestelde vraag met een samengestelde zin niet begrijpt een semantische stoornis - begrijpt hij de inhoudswoorden niet?- heeft hij een alexie en een stoornis in het auditieve korte geheugen – is er wellicht een grammaticale stoornis? Is zijn taalbegrip sterk afhankelijk van de functionele setting of maakt de context niet veel uit? Voor iedere combinatie functionele stoornis + vastgestelde onderliggende oorza(a)k(en) zou een therapie beschikbaar zijn, waarvan de effectiviteit was aangetoond in relatie tot de alledaagse taalhandelingen, waarbij de patiënt onmiddellijk het gevoel zou hebben dat de essentie van zijn probleem werd aangepakt.

Maar helaas...vanwege ‘het gebrek aan’, vooral aan testmateriaal waarmee het functionele taalgebruik onderzocht kan worden, en aan effectief gebleken therapie-methoden met een duidelijke relatie naar alledaagse taalhandelingen (dit kunnen zowel cognitief linguïstische als direct functionele methoden zijn), gelden voorlopig nog een aantal vragen: Sluit stoornisgerichte cognitief linguïstische therapie wel aan bij de in principe functionele doelstelling van afasietherapie? (zie Faber-Feiken en Jonkers) Heeft het zin om in dit stadium van onderzoek naar de effectiviteit van afasietherapie niet of slecht geëvalueerde functionele therapie-methoden toe te passen? (zie Witte) Is de staat van de andere cognitieve functies dan de taal, bijvoorbeeld de ‘leerbaarheid’ cruciaal voor het welslagen van afasietherapie? (zie Eling).

In ons therapieschema hebben wij geprobeerd aan te geven, welke plaats cognitief-linguïstische therapie inneemt bij het streven naar een functionele doelstelling. Cognitief-linguïstische therapie wordt vooral gegeven in de eerste fase: Specificatie. De patiënt die nog enigszins verbaal kan communiceren en bij wie duidelijke stoornissen aanwezig zijn op het gebied van de linguïstische niveau's: semantiek, syntaxis, morfologie en/of fonologie, krijgt cognitief-linguïstische therapie gericht op een of meer van deze linguïstische niveau's. Bij de therapeutische oefeningen gaat het echt om het verbeteren van zijn vaardigheden binnen deze niveau's. De therapie is niet functioneel: de moeilijkheidsgraad wordt bepaald door de linguïstische theorie en niet door de aard van de context. Het geleerde wordt niet toegepast in een communicatieve situatie. Dit gebeurt pas in de fase 'Integratie', hetgeen deze fase functioneel maakt. De informatie-overdracht telt en niet het aantal fonematische parafasieën. In deze fase stuurt de logopedist als deskundige de patiënt in zijn communicatieve gedrag, voor de patiënt is dit nog duidelijk een leersituatie. In de derde fase 'Generalisatie' wordt het communicatieve gedrag van de patiënt getoetst en begeleid in een natuurlijke situatie: in gesprekken met de partner en in een zo mogelijk 'echte' context, bijvoorbeeld een winkel. Volgens deze benadering hebben zowel de stoornisgerichte cognitief-linguïstische therapie als de meer functionele benaderingen een duidelijke plaats in het geheel. En zij zijn duidelijk verschillend van aard. Op zich valt deze beschrijving samen met de indeling in de domeinen stoornis/activiteiten/participatie (ICF) waarmee de therapiedoelen geëvalueerd worden.

Faber-Feiken en Jonkers pleiten voor een grotere integratie van stoornisgerichte en functionele therapie. Zij beschouwen 'stoornisgericht' en 'functioneel' als twee aspecten van één therapie beschrijven aan de hand van een praktijkvoorbeeld een gecombineerde toepassing van beide benaderingen. Wij zijn het er mee eens dat afhankelijk van het totaalbeeld van de patiënt de fasering van beide therapieën niet altijd noodzakelijk is en dat in bepaalde gevallen beide benaderingen geïntegreerd kunnen worden: bij een patiënt die gemengde linguïstische stoornissen heeft en weinig gemotiveerd is voor therapie, kan het goed zijn om linguïstische oefeningen direct te combineren bijvoorbeeld een rollenspel. Elke afasietherapie is een 'therapie op maat'. Naar onze mening rekken Faber-Feiken en Jonkers de definitie van stoornisgerichte therapie echter teveel op. Zij labelen de constraint-induced therapie (Pulvermuller et al. 2001) als een combinatie van stoornisgerichte en functionele therapie. Zo ook de aanpassing van de gesprekspartner aan de mogelijkheden van de patiënt in de door hen aangegeven mogelijke basisinterventies bij afasietherapie. Het is inderdaad zo hoewel zij dat in het laatste geval niet specificeren, dat er bij deze vormen van therapie ergens gebruik (kan) word(en) gemaakt van linguïstische kennis. Bij de constraint-induced therapie is bij het kwartetspel o.a. voor woorden gekozen die een nauwe fonologische verwantschap vertonen, bovendien wordt de patiënt gedwongen om door middel van bijvoorbeeld adjectieven kaarten van elkaar te onderscheiden. Elementen uit de verschillende linguïstische niveau's, fonologie, semantiek en syntaxis –de linguïstiek in algemene zin-, worden aangewend om het bereiken van de doelstelling te faciliteren: expliciet zijn in verbale uitingen door de communicatieve mogelijkheden te beperken

(de 'constraints'). Het doel is geformuleerd op vaardigheidsniveau: de patiënt kan beter verbaal communiceren. Echter het feit dat er binnen de therapie gebruik wordt gemaakt van linguïstische kennis, maakt een therapie niet per definitie stoornisgericht. In tegenstelling tot de REST-therapie hetgeen wij in de termen van Faber-Feiken en Jonkers eerder een voorbeeld noemen van een gecombineerde stoornisgerichte en functionele therapie, is in de evaluatieve studie van Pulvermuller et al. de therapie toegepast bij een qua linguïstische stoornis ongeselecteerde patientengroep. Het materiaal in de therapie is linguïstisch onderbouwd ten behoeve van een functioneel doel, er is echter geen aansluiting bij de stoornis van de patiënt. zoals bij de REST-therapie wel het geval is, waar bij agrammatische patiënten syntactische middelen worden ingezet om de communicatie te verbeteren.

De door Faber-Feiken en Jonkers onderscheiden vormen van basisinterventies lijken zinvol. Wij hopen dat zij deze benadering in de toekomst uitwerken met voorbeelden van therapie, zodat duidelijk wordt welke elementen deze interventies tot 'basis' maakt en wanneer je welke interventies toepast: m.a.w. wat het 'naast elkaar zetten' van de basisinterventies in relatie tot stoornisgerichte en functionele therapie precies inhoudt. Het praktijkvoorbeeld illustreert voor een deel hun benadering. Terecht stellen zij dat in de eerste fase de communicatie zo optimaal mogelijk moet zijn. Echter, hetgeen zij noemen: het geven van adviezen aan het personeel en het gebruik van communicatie-ondersteunende middelen, stuit in de praktijk vaak op grote problemen. Wij citeerden reeds Simmons-Mackie & Kagan (1999) die een onderscheid maken tussen 'goede' en 'slechte' gesprekspartners. Voor een 'slechte' gesprekspartner zijn communicatie-adviezen niet genoeg. Er zou veel meer aandacht moeten zijn voor training van het personeel in het voeren van gesprekken met patiënten met een ernstige afasie, waarbij ze getraind worden in de Supported Conversation –techniek (SCA). Men zet het gesprek als het ware 'in de steigers' in Nederland vergelijkbaar met een schriftelijk ondersteund gesprek. Deze aanpak is, ook al kan hier eveneens een linguïstische opbouw in zitten, naar onze mening zeer functioneel en louter gericht op de communicatie in een sociale context. Faber-Feiken en Jonkers zullen deze therapie waarschijnlijk, als een onderdeel van de basisinterventies: 'aanpassing aan de gesprekspartner' gecombineerd stoornisgericht en functioneel noemen.

Wat is functioneel? Zoals Byng reeds in 1995 signaleerde, gaan beschrijvingen van therapie vaak mank aan het gebruik van specifieke termen. Faber-Feiken en Jonkers merken terecht op dat de aanpak van Worrall (1999) evenzeer toepasbaar is op stoornisgerichte als op functionele therapie. Zij koppelt het woord 'functioneel' niet aan de methode, maar aan de wens van de patiënt. In overleg met de 'client' wordt de functionele doelstelling bepaald. Zij geeft aan, dat een 'stoornisgerichte interventie' in de zin van 'functieherstel' een functionele aanpak kan zijn. Met deze formulering wordt duidelijk dat de discussie die gevoerd wordt soms een semantische kan zijn en niet zozeer de therapeutische aanpak betreft. Want wat is nu functioneel? In de classificatie van de WHO wordt onderscheid gemaakt in functies en structuren, activiteiten en participatie. De respectievelijke problemen hierin worden gelabeld als stoornissen in functie (of structuren), beperkingen in activiteiten en problemen in participatie (het voormalige handicapniveau van de ICDH-2). Fysiotherapeuten en ergotherapeuten

spreken in het verlengde hiervan over training van functies, als een training op stoornisniveau teneinde de stoornis te verminderen of op te heffen. Soms wordt hierbij ook de term ‘functietraining’ gehanteerd. Bij dit laatste zal de logopedist echter niet aan semantische of fonologische training denken. De term ‘functietraining’ wordt zelden of nooit gebruikt in de afasietherapie.

De Witte vindt functionele training ‘een stap te ver’ en kiest voor de zekere weg van functietraining, waaronder cognitief-linguïstische therapie valt. Gezien de resultaten van de reeds verrichte effectiviteitsstudies (Cicerone et al. 2000, 2005), is dit voorlopig nog de juiste keuze. De studies, waarmee de effectiviteit van cognitief-linguïstische therapie is aangetoond overtreffen in aantal en in resultaat de studies, waarin functionele therapie wordt geëvalueerd. Zij handelt hierbij volgens het medisch model, waarbij de keuze tussen verschillende vormen van therapie louter en alleen bepaald wordt door de gemeten effectiviteit. Hierbij sluit zij zich aan bij de Brain Injury-Interdisciplinary Special Interest Group (BI-ISIG) van het American Congress of Rehabilitation Medicine die cognitief-linguïstische therapie tot ‘practice standard’ verklaard heeft. Bovendien merkt zij terecht op dat de studies over het effect van functionele therapie patiënten betreffen die in de chronische fase verkeren en vaak een tijd lang ‘therapieloos’ waren; de gemeten effectiviteit geldt hierdoor niet voor de klinische praktijk waar intensieve therapie meestal in een eerdere fase, de eerste 6 maanden, wordt gegeven. Het grotere aantal cognitief-linguïstische studies impliceert een groter aantal studies, waarbij het therapie-effect in de acute fase (0-3 maanden) vergeleken is met het therapie-effect in de post-acute fase (3-6 maanden) post onset. Meta-analyses, waarbij single-case, multiple case en gerandomiseerde trials betrokken zijn, wijzen uit dat het effect van therapie in de eerste 3 maanden twee keer zo groot is als het effect van therapie in de daaropvolgende 3-6 maanden (Robey 1994, 1998; Basso 2003). De interactie van therapie met het spontaan herstel is hierbij cruciaal. De acute fase, waarin het natuurlijke herstel van de aangedane neurale circuits plaatsvindt, wordt beschouwd als de optimale conditie voor het herstel van de cognitief-linguïstische functies (Code 2001). De aanname is dat cognitief-linguïstische therapie, op het juiste moment toegepast, de reorganisatie processen in het brein sterk kan beïnvloeden. Met de Rotterdamse Afasie Therapie Studie (RATS-1) is de effectiviteit aangetoond van semantische en fonologische therapie, toegepast tussen 4 maanden en een jaar post onset (Doesborgh et al. 2004): in een ‘evidence-based’ review van afasietherapie is deze studie beoordeeld met een 1b evidentie (er zijn 4 evidentieniveaus: variërend van 1a, ‘strong evidence’ tot 4, ‘conflicting evidence’). De conclusie luidt: ‘There is moderate evidence that task-specific semantic therapy improves semantic activities and that task-specific phonological treatment improves phonological activities’ (Teasell et al. 2005). Dit vonden wij reden genoeg om het effect van cognitief-linguïstische therapie: i.e. semantische en fonologische therapie in de acute fase te onderzoeken. Het onderzoek hiernaar in de vorm van een gerandomiseerde trial (RATS-2) start binnenkort. De resultaten gelden niet voor patiënten met een ernstige c.q. globale afasie. Dit is een aparte groep patiënten die een specifieke benadering behoeft, waarbij meer nog dan bij de patiënten met een matig ernstige of lichte afasie rekening gehouden moet worden met bijkomende stoornissen die

sterk met het succes van de therapie kunnen interfereren. Het is zeer de vraag of deze patiënten gebaat zijn met een puur cognitief-linguïstische benadering.

Dit brengt ons bij de derde commentator (Eling), die benadrukt dat er in de cognitieve revalidatie weinig generalisatie is van stoornisgerichte therapie naar het hanteren van de stoornis in het dagelijks leven en de leerbaarheid van de patiënt centraal stelt. Wij citeren: 'Maar al te vaak blijken stoornisgerichte handelingen beperkt te blijven tot zittingen in de behandelkamer en wordt het succes op de geoefende taak gemeten en niet het effect in de dagelijks leven situatie'. Ook al is de RATS-1 studie een van de weinige effectiviteitsstudies en de enige gerandomiseerde trial die de verbale communicatie, gemeten met de Amsterdam-Nijmegen Test voor Alledaagse Taalvaardigheid, als uitkomstmaat heeft, deze test wordt inderdaad afgenomen in de behandelkamer en de patiënt is niet vervolgd in communicatieve situaties in het dagelijks leven. Toch lijkt deze test ecologisch zeer valide; er is een hoge correlatie gevonden met de partner-ANTAT, een versie, waarbij de partners de verbale communicatie van de patiënt bij verschillende communicatieve activiteiten, synchroon met hetgeen in de ANTAT wordt gevraagd en zelfs uitgebreider, moeten beoordelen. Zeker bij een gerandomiseerde trial, noodzakelijk voor een goede effectmeting, maar de deelname van veel centra en patiënten implicierend, zijn er beperkte mogelijkheden tot evaluatie. Eling pleit naar analogie van de cognitieve revalidatie voor het oefenen van strategieën om de handicap in het dagelijks leven te leren hanteren. Terecht geeft hij aan dat gegevens over de leerbaarheid van afatische patiënten grotendeels ontbreken. Deze 'leerbaarheid' is vanzelfsprekend zeer verweven met het 'aanslaan' van afasietherapie. Basso (2003) geeft aan dat er vooralsnog op basis van (summer) onderzoek is aangetoond dat de leermechanismen bij patiënten met een hersenbeschadiging niet afwijken van de leerprocessen van gezonde volwassenen. Recent zijn studies verschenen waarin aangetoond werd dat 'errorless learning', het geven van taken aan afatische patiënten waarbij nauwelijks of geen fouten gemaakt worden, effectiever is dan 'trial-and-error learning': therapie via oefeningen die relatief veel fouten ontlokken. In de praktijk wordt deze benadering echter nauwelijks toegepast.

Een sterkere interactie tussen neuropsychologie, linguïstiek en logopedie is noodzakelijk om inzicht te krijgen in het optimale therapieproces. De noodzaak tot samenwerking is zo mogelijk nog dringender op het gebied van effectiviteitsonderzoek. Faber-Feiken en Eling merken terecht op dat bij de interpretatie van de testresultaten binnen de afasiologie voorbijgegaan wordt aan het herstel van andere cognitieve functies dan de taal en spraak, zoals aandacht en geheugen. Ook al lijkt de samenwerking tussen linguïstiek en logopedie op het gebied van de afasiologie optimaal, zeker in Nederland wordt het onderzoek op dit gebied voornamelijk verricht door de eerstgenoemde discipline. Een meer intensieve deelname van de (academisch gevormde) logopedie kan ervoor zorgen dat de trial-en-error fase waarin het onderzoek naar de functionele therapie nu verkeert, aanleiding geeft tot gerichte onderzoeksvragen die door de discipline die het meest geconfronteerd wordt met de gevolgen van de afasie voor het taalgedrag in het dagelijks leven, zelf beantwoord worden. De materie van de functionele therapie lijkt weerbarstiger dan de cognitief-linguïstische richting. Bij

de functionele therapie en de evaluatie daarvan wordt het abstraherend vermogen van de patiënt zo mogelijk nog meer aangesproken dan bij de cognitief-linguïstische therapie: functioneel taalgebruik in een behandelkamer is per definitie paradoxaal, als het niet over het verzetten van een afspraak gaat. De grip op de cognitief-linguïstische therapie en het inzicht in de effectiviteit hiervan is op dit moment voldoende om de therapie redelijk systematisch te kunnen toepassen, de functionele therapie en de evaluatie hiervan is een uitdaging voor de toekomst.

Bibliografie

- Basso A. (2003) *Aphasia and its therapy*. Oxford: University Press, 2003.
- Byng S. (1995) What is aphasia therapy? In: C Code & D Muller (eds). *Treatment of aphasia: from theory to practice*. London: Whurr.
- Code C. Multifactorial processes in recovery from aphasia: developing the foundations for a multileveled framework. *Brain and Language* 77: 25-44, 2001.
- Cicerone KD, Dahlberg C, Kalmar K e.a. (2000). Evidence-based cognitive rehabilitation: recommendations for clinical practice. *Arch Phys Rehabil* 81, 1569-615
- Cicerone KD, Dahlberg C, Kalmar K e.a. (2005). Evidence-based cognitive rehabilitation: updated review of the literature from 1998 through 2002. *Arch Phys Med Rehabil* 86, 1681-1692.
- Doesborgh SJC, van de Sandt-Koenderman WME, Dippel DWJ, van Harskamp F, Koudstaal PJ, Visch-Brink EG (2004). Effects of semantic treatment on verbal communication and linguistic processing in aphasia after stroke: A randomised controlled trial. *Stroke*, 35, 141-146.
- Fillingham, J.K., Sage, K. & Lambon Ralph, M.A. (2005). Further exploration and an overview of errorless and errorful therapy for aphasic word-finding difficulties: the number of naming attempts during therapy affects outcome. *Aphasiology*, 19 (7), 597-614.
- Kagan A (1998). Supported conversation for adults with aphasia: methods and resources for training conversation partners. *Aphasiology*, 12, 816-830.
- Pulvermuller F, Neiniger B, Albert T e.a. (2001). Constraint-induced therapy of chronic aphasia after stroke, *Stroke*, 32, 1621-1626.
- Robey RR (1994). The efficacy of treatment for aphasic persons: A meta-analysis. *Brain and Language* 47,582-608, 1994
- Robey RR (1998). A meta-analysis of clinical outcomes in the treatment of aphasia. *Journal of Speech and Hearing Research* 41, 172-187.
- Ruiter M, Kolk H, Holtus P (2003). Compensatoire strategietraining voor chronisch agrammatisme na een beroerte: Bevindingen pilot onderzoek. *Stem- Spraak- en Taalpathologie*, 11, 192-199.
- Simmons-Mackie NN & Kagan A (1999). Communication strategies used by 'good' vs 'poor' speaking partners of individuals with aphasia. *Aphasiology*, 13, 807-820.
- Springer S (2003). Reduced Syntax Therapy (REST) A compensatory approach to agrammatism, in: I Papanthasiou & R De Bleser (Eds) *The Sciences of Aphasia: From Therapy to Theory*, Amsterdam, 149-160.
- Teasell R, Bhogal S, Salter K, Foley N, Orange JB, Speechley M. *Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation: Aphasia*. 6th edition. 2004.
- WHO (2001) <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>
- Worrall L (1999). *Functional Communication Therapy Planner*. Oxon: Winslow Press.