

# 1

## Theoretische achtergronden van afasietherapie: opvattingen en kenmerken

---

*Philine E.G. Berns en Sandra M. Wielaert*

In een boek over afasietherapie behoort naar onze mening aandacht te worden geschonken aan wat afasietherapie eigenlijk is. In dit hoofdstuk bekijken wij afasietherapie vanuit verschillende invalshoeken. We beschrijven een aantal veronderstelde mechanismen in de afasietherapie, namelijk reactivatie, reorganisatie en compensatie. Vanuit historisch perspectief wordt een aantal theoretische stromingen ofwel scholen beschreven, die gedurende een periode de gangbare opvattingen over afasie en afasietherapie beheersten. In de beschrijving van deze scholen volgen we de indeling van Howard en Hatfield (1987).

Vervolgens geven we een toelichting op de begrippen 'stoornisgerichte therapie' en 'functionele therapie'. Hoewel deze termen in de dagelijkse logopedische praktijk veel worden gebruikt, bedoelt niet iedereen hetzelfde ermee. Als laatste beschrijven we de ontwikkelingen op het gebied van de analyse van het therapieproces, zoals die wordt beschreven door Byng en Horton (2001).

Laat duidelijk zijn dat wij geen voorkeur uitspreken voor één bepaalde benadering in de afasietherapie. Per individuele cliënt zal de logopedist de vele factoren die op het therapieproces van invloed zijn, moeten afwegen om tot een keuze voor een behandeling te komen. We beginnen met de beschrijving van het takenpakket van de logopedist die met cliënten met afasie werkt.

### **Takenpakket**

De logopedist die werkt met cliënten met afasie krijgt in de beroepsuitoefening te maken met de volgende taken (Ferguson e.a., 1999; Byng, 1995):

- onderzoek naar aard en ernst van de taalstoornis en naar de gevolgen van de taalstoornis op het dagelijks leven (activiteiten-/participatieniveau);
- behandeling van de cliënt met als doel de gestoorde taal te herstellen;
- stimuleren van het gebruik van alle andere communicatiemiddelen om verloren mogelijkheden te compenseren;
- begeleiding van de cliënt en zijn systeem (psychosociale ondersteuning) in het aanpassen aan de veranderde (communicatieve) omstandigheden.

Om deze doelen te bereiken, doorloopt de logopedist het proces van anamnese, diagnostiek, behandeling en evaluatie. Deze processen zijn beschreven in de *Logopedische Standaarden* (NVLf, 1996). Deze standaarden zijn door een werkgroep binnen de NVAT nader uitgewerkt voor cliënten met neurologische taal- en spraakstoornissen (NVAT, 2000). Deze uitwerking bevat concrete aanwijzingen voor onderzoeks- en therapieactiviteiten, geordend naar de ernst van de afasie en de fase van het herstel. De activiteiten van de logopedist zullen zich bij een cliënt met een lichte afasie zes weken *post onset* richten op bijvoorbeeld het herstel van een licht syntactisch probleem. Terwijl bij een cliënt met een ernstige afasie, een jaar post onset, de aandacht meer uitgaat naar het leren omgaan met de resterende taalvaardigheden en met de compensatiemogelijkheden voor de afasie, zowel door de cliënt als door de omgeving.

## Mechanismen in de afasietherapie

Afasietherapie is het meest effectief als de behandeling past bij de herstelfase van de cliënt. Globaal gesproken zal in de acute fase worden aangesloten bij het (spontaan) herstel van talige functies. Bij het herstel van talige functies bedoelen wij dat de cliënt weer geheel of gedeeltelijk gebruik kan maken van functies die na het CVA (tijdelijk) verloren waren gegaan.

Verschillende auteurs beschrijven welke mechanismen een rol spelen bij diverse vormen van herstel. Vaak worden in deze beschrijvingen dezelfde termen op verschillende manieren gebruikt. Glindemann en Springer (1995) beschrijven bijvoorbeeld drie basismechanismen van functioneel herstel in de hersenen (restitutie, substitutie en compensatie) en koppelen deze aan de klinische herstelfasen, namelijk de acute fase, de stoornisspecifieke revalidatiefase en de chronische fase. Howard en Hatfield (1987) gebruiken de termen restoratie, reconstitutie en compensatie voor het beschrijven van therapiestrategieën. Doordat termen verschillend worden gebruikt, ontstaat spraakverwarring. Naar onze mening is de uitleg van Code (2001) wel verhelderend. Hij beschrijft de termen restoratie, reorganisatie en compensatie in het kader van een multi-factorieel proces van herstel van afasie. Hij noemt twee processen van herstel, namelijk restoratie (of restitutie) van functie en compensatie (of substitutie) voor functie. Reorganisatie is hierbij het onderliggend mechanisme, dat werkt op neuraal, cognitief en gedragsniveau. Bezien vanuit het gedragsniveau kan de therapeut op al deze niveaus de reorganisatie beïnvloeden.

Code beschrijft hoe de processen met elkaar zijn verweven aan de hand van een therapie, die beschreven werd voor drie cliënten met agrafie (Hatfield, 1989, in Code, 2001). Deze drie cliënten met agrafie kunnen geen functiewoorden, maar nog wel inhoudswoorden schrijven. Er wordt een strategie aangeleerd, die is bedoeld om bepaalde inhoudswoorden in plaats van functiewoorden te gebruiken (bijvoorbeeld *inn* voor *in*, *hymn* voor *him*). Op het niveau van de taak (schrijven van functiewoorden) is er sprake van restoratie, omdat de taak weer kan worden uitgevoerd. Dit is het gevolg van een reorganisatie van het taalsysteem. Binnen dit systeem, op het niveau van de subsystemen, wordt het gestoorde subsysteem (de toegang tot geschreven functiewoorden) gecompenseerd door een intact subsysteem (de toegang tot geschreven inhoudswoorden).

Compensatie kan op een onbewust niveau plaatsvinden (Kolk, 2000, in Code, 2001), bijvoorbeeld op het niveau van het neurologisch of cognitief systeem. Dit systeem heeft de eigenschap bepaalde schade te compenseren, waardoor functies uitvoerbaar blijven. Dit soort compensatie is niet waarneembaar voor een individu, in tegenstelling tot de compensatie die

plaatsvindt door het bewust toepassen van een strategie ter vervanging van een verloren functie, zoals bijvoorbeeld gebaren maken bij gestoord benoemen. In deze laatste betekenis is compensatie-gedrag het gebruik van de functies tekenen of gebaren maken of het gebruik van een communicatieondersteunend hulpmiddel (Hux e.a., 1994). De compensatie van verloren functies past in het algemeen bij de chronische fase van herstel.

Links e.a. (1996) gebruikt de termen reactivatie en reorganisatie van functies binnen het kader van het taalverwerkingsmodel. Als voorbeeld van reactivatie noemt zij het herstellen van het auditief taalbegrip met behulp van het Auditief Taalbegripsprogramma (Bastiaanse e.a., 1986). Het Visuele Cue Programma (Van de Sandt, 1986) is volgens Links een voorbeeld van reorganisatie, waarbij de zinsstructuur wordt hersteld via het gebruik van een externe oppervlaktestructuur. Zij interpreteert ook compensatie binnen de grenzen van een taalmodel, waarbij een cliënt bijvoorbeeld kan compenseren voor een stoornis in een leesroute door een andere route te gebruiken.

Faciliteren is een veel gebruikte term in diverse therapeutische disciplines. In algemene zin wordt er 'vergemakkelijken' of 'in staat stellen' mee bedoeld. Deze term wordt nauwkeurig uitgelegd door Howard e.a. (1985): als een patiënt een woord niet kan vinden, en een *cue* heeft een duidelijk groter effect op het vinden van het woord dan het effect dat extra tijd heeft, dan is die cue een succesvolle *prompt*. Als na een prompt het woord ook duidelijk beter wordt gevonden zonder prompt, in vergelijking met items die niet gecued zijn en dit gebeurt binnen een periode van 20 minuten tot 24 uur, dan is er sprake van facilitatie. Als een prompt een facilitator blijkt te zijn en je gebruikt deze meermalen gedurende een periode, dan spreek je van een therapie-techniek.

## Scholen in de afasietherapie

De huidige wijze van afasietherapie wordt beïnvloed door verschillende disciplines en onderzoeksgroepen die zich in de loop der jaren met afasie hebben beziggehouden. Om het huidige therapeutische handelen beter te begrijpen, is enige kennis van de historische ontwikkeling nodig. Hoewel afasie al in de Egyptische oudheid is beschreven, is de beschrijving van therapie pas op gang gekomen in de vorige eeuw. Afasie is een symptoom van een ziekte, de therapie komt daarom voort uit de medische wereld. Ook tegenwoordig is de afasietherapie stevig verankerd in de medische wereld, gericht op het herstel van de patiënt. We zullen later in dit hoofdstuk zien dat dit medische uitgangspunt steeds vaker aanleiding is tot discussie.

De diverse benaderingen van afasietherapie worden beschreven aan de hand van zogenaamde scholen. Een school is "een groep therapeuten die bepaalde gemeenschappelijke aannames heeft over de aard van afasie en het proces van therapie" (Howard & Hatfield, 1987). Wij beschrijven alleen die scholen die voor de Nederlandse situatie relevant zijn. Het zal duidelijk worden dat vele aspecten van therapeutisch handelen te herleiden zijn tot het gedachtegoed van deze scholen.

Een indeling in scholen lijkt te veronderstellen dat het therapieproces van school tot school zou kunnen verschillen, maar het is niet zeker dat deze aanname juist is. De literatuur over de scholen is niet expliciet over het therapieproces. Gedragstherapie en in mindere mate stimulatietherapie hebben bijvoorbeeld vooral aandacht voor hoe je therapie geeft, dus voor de *methode*. Psycholinguïstische therapie heeft vooral aandacht voor *therapietaken*. Beide vormen van beschrijving van therapie zijn niet toereikend om duidelijk te maken hoe de interactie tijdens de

therapie verloopt. Want gegeven de methode en de taken, en zelfs gegeven dezelfde ervaring van verschillende therapeuten, zal er in de therapie toch niet hetzelfde gebeuren.

### **Behavioristische school**

Een belangrijk uitgangspunt in de behavioristische school is dat therapie als een proces van opnieuw leren wordt gezien. Aanhangers vinden het zoeken naar de theoretische basis van afasie niet belangrijk en concentreren zich vooral op de gebruikte methoden, die zijn gerelateerd aan de theorie van operante conditionering.

Binnen deze school wordt gewerkt met een geprogrammeerde instructie: specificeer doelgedrag en specificer precies wat de patiënt wel en niet kan. In kleine stapjes wordt naar het doelgedrag toe gewerkt. Correcte responsen worden direct duidelijk bekrachtigd en in de loop van het programma wordt de bekrachtiging langzaam minder. In het programma mogen stappen worden overgeslagen als deze niet nodig blijken, of mag juist terug worden gegaan als er problemen optreden. Een methode die duidelijk past binnen deze opvatting is de ook in het Nederlands vertaalde Melodic Intonation Therapy (Van der Lugt-Van Wiechen & Verschoor, 1987).

Sparks & Deck (1994) beschrijven een aantal principes binnen taaltherapie die niet alleen de therapeutische uitgangspunten voor de Melodic Intonation Therapy vormen, maar die ook zeer goed passen en duidelijk herkenbaar zijn binnen de meeste actuele vormen van stoornisgerichte taaltherapie. Het gaat om de volgende principes:

- stapsgewijze toename van de moeilijkheid van taken, door gebruik van specifiek linguïstisch materiaal en door het verminderen van de hulp van de therapeut;
- het herhalen van een eerdere stap – zonder dit expliciet mee te delen – op het moment dat blijkt dat de cliënt een bepaald niveau niet beheerst;
- wijze van bekrachtigen door de therapeut. Er moet gebruik worden gemaakt van een bescheiden wijze van reageren: niet uitgebreid verbaal, wel met aandacht. Een bemoedigende knik kan voldoende zijn;
- hoge therapiefrequentie.

### **Stimulatieschool**

De stimulatieschool ontstond na de Tweede Wereldoorlog in de Verenigde Staten, naar aanleiding van de behandeling van de gewonde soldaten in de legerhospitaals. Belangrijkste namen uit deze school zijn Wepman en Schuell. Zij ontwikkelden een theorie over de organisatie van taal, op welke wijze afasie deze organisatie kan verstoren, en hoe je therapie kunt geven. Immers: “What you do about aphasia, depends on what you think about aphasia” (Schuell, 1974, in Duffy, 1994).

Volgens Schuell vormt het auditief taalbegrip de kern van het taalsysteem. Met het auditief taalbegrip als uitgangspunt, ontwikkelde zij vele oefeningen en therapeutische technieken. Algehele stimulatie van taalaspecten was daarbij het sleutelwoord.

Binnen deze school zijn vele volgelingen. Een belangrijke naam is Egon Weigl uit het voormalige Oost-Duitsland. Volgens hem waren bij afasie de taalcapaciteiten intact, maar bevond de stoornis zich in de input- en outputmodaliteiten. Hij ontwikkelde een facilitatieproces dat hij deblokken noemde. Howard en Hatfield (1987) omschrijven dit proces als: “Het gebruik van een woord of een syntactische structuur in een ongestoorde taak, kan ervoor zorgen dat dit woord tijdelijk beschikbaar wordt in een gestoorde modaliteit. Deze beschikbaarheid duurt enkele minuten. Maar als het woord wordt geproduceerd in de gestoorde modaliteit, kan de respons tot twee jaar beschikbaar blijven. Per individu moet het patroon van deblokken worden uitgezocht, omdat sommige taken zich beter lenen voor deblokken dan andere. De deblokke-

rende stimulus moet voorafgaan aan de te deblokken *performance*, en de patiënt moet zich niet bewust zijn van het deblokken.”

Ook vanuit de stimulatieschool ontstond een aantal algemene principes die nog steeds worden gehanteerd, vooral in de eerste weken na het ontstaan van de afasie. Duffy (1994) noemt een aantal therapiekenmerken, afkomstig uit de opvattingen van de stimulatieschool:

- intensieve auditieve stimulatie is erg belangrijk; verschillende modaliteiten kunnen elkaar positief beïnvloeden;
- taken moeten worden afgestemd op het niveau van de cliënt. 60 à 80 % van de respons moet direct goed zijn, 20 à 40 % mag vertraagd of fout zijn;
- herhaling van de opdracht kan voor een betere respons zorgen;
- een juiste stimulus lokt een juiste respons uit, een foute respons is het gevolg van een onjuiste stimulus;
- feedback over de juistheid van een respons moet worden gegeven als die feedback positief effect kan hebben. Bij de meeste cliënten geeft feedback inzicht in het verloop van de therapie en werkt het motiverend;
- een therapieessie moet worden gestart met eenvoudige, bekende taken, zodat het zelfvertrouwen van de cliënt optimaal is, waardoor hij beter bestand is tegen moeilijkere taken;
- gezorgd moet worden voor gevarieerd en veel materiaal; het gaat niet om het aanleren van de inhoud van de items, maar om de manier waarop met het materiaal wordt omgegaan.

### **Pragmatische school**

Volgens deze opvatting moet in de therapie worden gestreefd naar optimaal gebruik van ongestoorde mogelijkheden ter compensatie van de gestoorde taalmodaliteiten. Deze opvatting werd geformuleerd rond 1975, tegelijk met de ontwikkeling van de neurolinguïstische visie. De aanpak is gebaseerd op de observatie dat afasiepatiënten in het dagelijks leven vaak veel beter communiceren dan op basis van hun taalvaardigheden mag worden verwacht (Holland, 1982). Er zijn onderzoeken geconstrueerd die zich richten op het in kaart brengen van de communicatieve mogelijkheden van de cliënt, zoals het Functional Communication Profile (FCP; Taylor-Sarno, 1969) en de Communicative Abilities in Daily Living (CADL-2; Holland e.a., 1998). Het Communicatie Profiel (Wielert & Visch-Brink, 1994) is de Nederlandse bewerking van het FCP. Een probleem bij de normering van deze instrumenten is, dat de vele factoren die invloed hebben op communicatie nauwelijks zijn te controleren.

In de therapie wordt vooral aandacht besteed aan het leren omgaan met de resterende vaardigheden in het dagelijks leven en het zoeken naar compensatiemogelijkheden. Ook aandacht voor de omgeving hoort bij de therapie. Rollenspel en groepstherapie worden in de therapie volgens deze school frequent toegepast. Een bekend voorbeeld van een therapie methode is Promoting Aphasics' Communicative Effectiveness (PACE; Davis & Wilcox, 1985).

### **Neurolinguïstische school**

Er wordt vanuit linguïstisch perspectief gekeken naar stoornissen op het gebied van semantiek, morfologie, syntaxis, fonologie en pragmatiek. Doel is om de patiënt in staat te stellen linguïstische processen toe te passen die nodig zijn bij het gebruiken van woorden, zinnen en tekst. De programma's zijn bedoeld voor groepen patiënten die hetzelfde linguïstische probleem hebben. Voorbeelden hiervan zijn de therapieprogramma's BOX (Visch-Brink & Bajema, 2001), FIKS (Van Rijn e.a., 2000; Van Rijn e.a., 2002), Visuele Cue Programma (Van de Sandt, 1986) en het Werkwoordprogramma op Woord- en Zinsniveau (Bastiaanse e.a., 1996).

## Cognitieve neuropsychologieschool

Na 1975 ontstond met het ontstaan van de cognitieve neuropsychologieschool een radicaal andere aanpak van afasie. Door modellen te gebruiken die afkomstig zijn uit het laboratorium-onderzoek met normale sprekers, zijn complexe theorieën over taalverwerking ontwikkeld. Het taalmodel van Ellis en Young (1988) is het meest bekend en wordt in de afasie gebruikt om hypothesen op te stellen over de relatie tussen stoornissen op bepaalde plaatsen in het model en de gestoorde taal van een individuele afasiepatiënt. Een belangrijk doel van deze school is inzicht krijgen in de normale, intacte cognitieve processen. Het principe van dissociatie speelt daarbij een belangrijke rol. Als patiënt x problemen heeft met taak 1, het herkennen van geschreven woorden, maar geen moeite heeft met taak 2, het herkennen van gesproken woorden, dan wordt een dissociatie verondersteld tussen taak 1 en taak 2. Je mag ervan uitgaan dat er twee verschillende sets van cognitieve processen werkzaam zijn voor deze twee taken, die ieder afzonderlijk gestoord kunnen zijn. Het echte bewijs voor twee afzonderlijke processen wordt pas geleverd als er een patiënt y wordt gevonden, die taak 1 juist ongestoord uitvoert en problemen heeft met taak 2. Dan wordt gesproken over een dubbele dissociatie (Ellis & Young, 1988).

Deze school deed vooral in Engeland opgang en is daar sterk vertegenwoordigd. Kenmerkend is de aandacht voor de individuele patiënt. Belangrijke namen zijn Ellis en Young, Lesser en Howard. De invloed van de cognitieve neuropsychologie is ook in Nederland diep doorgedrongen, getuige deel I van dit boek. Er is een duidelijke wisselwerking met de linguïstische school, gezien de relatie tussen linguïstische niveaus en taalmodellen. De PALPA is in samenwerking met (klinisch) linguïsten ontwikkeld in Engeland en in 1995 verscheen de Nederlandse versie (Bastiaanse e.a., 1995). Ondanks het gevaar dat een taalverwerkingsmodel als een realistisch modulair systeem in het brein wordt opgevat en niet als een theoretisch verklaringsmodel, geeft het houvast bij het onderkennen van de complexiteit van linguïstische verschijnselen bij afasie.

## Sociale school

Aansluitend op ontwikkelingen in de laatste jaren, voegen wij hier de sociale school toe. Deze school borduurt voort op de verworven inzichten van de pragmatische school. Een aantal factoren heeft geleid tot een benadering van afasie met als uitgangspunt een sociaal model. Vanuit de beroepsgroep ontstond de vraag om vooral cliënten met een ernstige afasie alternatieven te bieden die een duidelijke relatie hebben met de communicatieve behoeften.

Deze ontwikkeling is relatief nieuw en daarom gaan we hier uitgebreid op deze school in. De doelen van de sociale school worden in het hoofdstuk *Life Participation Approach to Aphasia* (LPAA; Chapey e.a., 2001) duidelijk uiteengezet. LPAA is een algemeen model voor afasietherapie. Twee algemene uitspraken vormen de leidraad binnen de benadering die de sociale school voorstaat.

Ten eerste moeten cliënt en logopedist samen bepalen welke doelen de cliënt nastreeft wat betreft actieve deelname aan het dagelijks leven, en in hoeverre de afasie daarbij een obstakel is. De tweede uitspraak is dat cliënten met afasie, logopedisten en beleidsmakers een gezamenlijke bijdrage moeten leveren aan een afasievriendelijkere maatschappij. Hierdoor zal het voor mensen met afasie gemakkelijker zijn om hun *life-participation*-doelen te bereiken.

Kagan en Gailey (1993) stellen dat er aan een aantal voorwaarden moet worden voldaan om in een conversatie te kunnen participeren. Zij zien conversatie als een centraal element in de sociale interactie tussen mensen. Deze sociale interactie is een bindend element in onze samenleving en geeft een gevoel van veiligheid en identiteit. Wanneer sociale interactie ontbreekt, is de kans op een sociaal isolement groot. Aan de communicatieve vaardigheden van de cliënt en

aan die van de gesprekspartner en aan eventueel ondersteunend materiaal worden voorwaarden gesteld om een succesvolle conversatie te kunnen voeren. Vaak beperken gesprekspartners van afasiepatiënten zich tot een vraag-antwoordgesprek, waarin transactie van een specifieke boodschap plaatsvindt. Ze gaan daarmee voorbij aan het sociale, interactieve aspect van communicatie en conversatie.

Therapie en begeleiding van een cliënt met afasie volgens een sociaal model, ziet er dan ook anders uit dan we tot nu toe gewend zijn. De cliënt met afasie is een gelijkwaardige participant in communicatie en therapie. Vertegenwoordigers van deze school onderkennen dat naast de professionals ook de cliënten moeten wennen aan deze rol. In plaats van het ontvangen van therapie door de 'patiënt', die passend binnen het medisch model blijft hopen op herstel en die afhankelijk wordt van therapeuten, gaat de aandacht nu uit naar een 'cliënt' die leert leven met afasie. Afasie is een chronische aandoening en de cliënt wordt begeleid bij het zoeken naar een nieuwe identiteit (Pound, 1998).

Zowel de cliënt als de omgeving dienen zich aan te passen aan de veranderde communicatieve mogelijkheden. Sociale barrières moeten worden geslecht (Kagan & Gailey, 1993; Simmons-Mackie, 2001). Dit betekent concreet dat er naast de begeleiding van de cliënt en zijn directe omgeving ook veel aandacht wordt besteed aan voorlichting. De doelen van afasietherapie in een sociaal model zijn gericht op:

- vermeerderen van natuurlijke communicatie;
- verhogen van succesvolle participatie in authentieke situaties;
- zorgen voor begeleiding in de leefgemeenschap van de cliënt;
- verbeteren van communicatief vertrouwen en een positief zelfbeeld;
- voorlichting in brede zin.

Vanzelfsprekend richt de diagnostiek zich eveneens op de sociale impact van afasie. De volgende categorieën van diagnostiek worden geopperd door Simmons-Mackie (2001):

- perspectief van de cliënt en zijn omgeving (bijvoorbeeld door middel van interviews, CETI);
- psychosociale en kwaliteit-van-leven-schalen;
- professionele beoordeling van de communicatie (bijvoorbeeld de ANTAT, Conversatie-analyse (Whitworth e.a., 1997));
- functionele communicatieschalen (bijvoorbeeld FCP, CADL, ASHA FACS (Frattali e.a., 1995)).

Hoewel de sociale school zich vooral richt op de chronische fase en de nazorg (Sevat & Heesbeen, 2000), zijn er vertegenwoordigers van deze school die vanaf het eerste begin van de afasie voor deze aanpak pleiten. Worrall (1995) en McCooey e.a. (2000) beschrijven een functionele aanpak in de ziekenhuisfase, waarin zoveel mogelijk wordt aangesloten bij de dagelijkse communicatie en waarbij de cliënt direct leert omgaan met de communicatieve beperkingen in de communicatie van dat moment.

## **Stoornisgerichte en functionele therapie**

Het past hier om in te gaan op de veelvoorkomende indeling van stoornisgerichte versus pragmatische en functionele therapie. Met stoornisgerichte therapie wordt taaltherapie bedoeld, vaak georganiseerd op basis van een taalmodel, uitgevoerd in de therapiekamer in contact tussen therapeut en cliënt. Pragmatische of functionele therapie is gericht op herstel van communicatie

in het dagelijks leven, gepland in overleg met de cliënt en op basis van een inventarisatie van de communicatieve behoefte van deze cliënt en zijn belangrijkste gesprekspartners. De therapie wordt uitgevoerd in rollenspelachtige situaties of in de werkelijke communicatiesituatie (Berns, 2002). Natuurlijk zijn er verschillen tussen deze vormen van therapie. Zo beschreven is het duidelijk dat ze niet op dezelfde plaats staan als we een continuüm veronderstellen waarop je deze therapieën zou kunnen plaatsen. De uiteinden van dit continuüm worden gevormd door enerzijds stoornisgerichte, linguïstische therapie en anderzijds participatiegerichte, functionele therapie.

Wat bepaalt de plaats van verschillende vormen van therapie binnen dat continuüm?

Worrall en Frattali (2000) leggen een link tussen de ICF-dimensies en context. De dimensies van de International Classification of Functioning (ICF, WHO, 2001) zijn stoornissen op het niveau van het lichaam, activiteiten op het niveau van de persoon als geheel, en participatie op het niveau van de persoon in zijn omgeving met culturele en sociale invloeden. De hoeveelheid context die betrokken is bij een therapie, bepaalt de mate van stoornisgerichtheid (bij weinig context) of van functionele gerichtheid (bij veel context). Hoe stoornisgerichter een onderzoek of therapie is, hoe minder persoonlijke en omgevingscontext daarbij betrokken is. Bij weinig context zijn er maar weinig variabelen die invloed hebben, die zijn dus maximaal te controleren. Op het niveau van activiteiten is de betrokkenheid van de context veel groter, en op het niveau van participatie is de invloed van de context maximaal.

Verschillende therapievormen staan op verschillende plaatsen op het genoemde continuüm. Het is duidelijk dat het om een glijdende schaal gaat. In Nederland is het de praktijk dat zogenaamde stoornisgerichte therapie vooral in de acute en revalidatiefase wordt toegepast. Als blijkt dat er op stoornisniveau geen vooruitgang meer is, ontstaat er meer aandacht voor het leren omgaan met de resterende taalvaardigheden en de uitbreiding van communicatieve mogelijkheden door andere ondersteunende vaardigheden in te zetten. Natuurlijk is dit geheel afhankelijk van de ernst van de afasie van de cliënt. De overgang naar een functionele aanpak zal bij een cliënt met een ernstige globale afasie waarschijnlijk eerder plaatsvinden dan bij een cliënt met een lichte afasie. Kenmerken van functionele communicatietherapie zijn (Worrall, 1999) de volgende:

- wat er in de therapie gebeurt moet een directe relatie hebben met het doel, dat in samenspraak met de cliënt en zijn communicatiepartners is vastgesteld;
- het oefenmateriaal en de oefensituaties moeten afkomstig zijn uit de omgeving van de cliënt;
- de aanpak moet worden afgestemd op voorkeuren, sterke en zwakke punten van elke individuele cliënt;
- elk communicatiemiddel of elke omgevingsaanpassing die bij de cliënt werkt, moet worden gebruikt;
- de cliënt moet in staat worden gesteld zo onafhankelijk mogelijk toegang te krijgen tot diensten en informatie.

Het is duidelijk dat hier een concept wordt beschreven, waarin groot belang wordt gehecht aan de inbreng van de cliënt bij het bepalen van de doelen van samenwerking. De cliënt weet waaraan hij werkt en gedurende de therapie is het voor hem duidelijk waarom hij een bepaalde oefening doet.

De scheidslijn tussen stoornisgerichte en functionele therapie is niet zo duidelijk. Het gaat bij elke therapie uiteindelijk om het effect ervan op het dagelijkse communiceren. De gevalsbeschrijving van Brink uit dit boek is een mooi voorbeeld van het effect dat stoornisgerichte therapie kan hebben op het zelfstandig functioneren in het dagelijks leven.



Natuurlijk zijn er vormen van therapie die zich meer aan de functionele kant van het therapiecontinuüm bevinden, waar de hoeveelheid context die in de therapie meespeelt groter is. In dit boek is de gevalsbeschrijving van Wiegiers en Sibon daarvan een goed voorbeeld. Bongartz (1998) beschrijft een programma dat als doel heeft de verbale begrijpelijkheid tussen de cliënt en zijn primaire gesprekspartners te verbeteren. Hij maakt gebruik van conversatieanalyse, PACE, rollenspel en dialoog oefeningen om aangeleerde strategieën toe te passen.

De ontwikkeling van de functionele therapie gaat nog steeds door. Het verlaten van het medische model en de overgang naar een sociaal model, zoals onder *Sociale school* is beschreven, geeft een steeds prominentere plaats aan de persoonlijke context en de omgevingscontext van de cliënt. Binnen die visie past het dat de omgeving onderwerp van de therapie gaat worden, zodat die zich aanpast aan de eisen die de cliënt stelt. Ontwikkelingen in die richting zijn bijvoorbeeld het trainen van conversatiepartners (Kagan, 1998), aandacht voor de werkomgeving van de cliënt met afasie (Penn & Jones, 2000) en begeleiding van de partner van de cliënt aan de hand van autobiografische gegevens van de partners (Pound e.a., 2001).

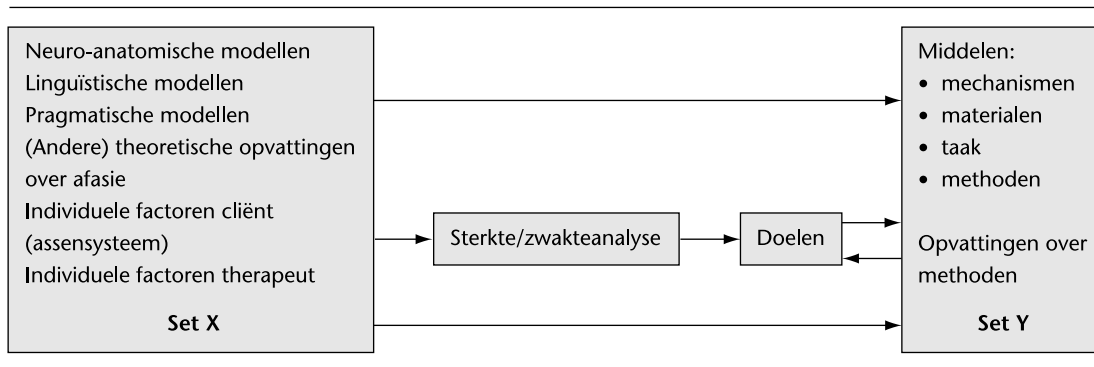
## **Kenmerken van het therapieproces in taaltherapie**

In het voorgaande is gesproken over opvattingen en zienswijzen, werkwijzen en methoden. Hoe verhouden deze zaken zich tot elkaar? Verklaren ze wat er in de therapie gebeurt? Hoe breng je een opvatting in praktijk? Hoe presenteer je een taak?

De literatuur over afasietherapie is niet zo gedetailleerd dat duidelijk is welk materiaal wordt gebruikt, welke items, welke cues en feedback worden gegeven en wat er wordt gedaan als de gewenste reactie uitblijft. Tijdens een therapie neemt een therapeut constant beslissingen, maar op basis van welke criteria worden deze beslissingen genomen? Hoe bepalen we of wij goed zitten? Hoe evalueren we of de therapie goed was, en indien niet, welk deel moeten we aanpassen: het doel, de taak, onze interactie met de patiënt of het materiaal? Vele van deze beslissingen worden intuïtief genomen; ze worden zelden geëxpliciteerd. Vaak noemen therapeuten dit proces klinische intuïtie of het resultaat van ervaring. De implicatie van deze twee antwoorden is dat je niets kan doen om een goede (afasie)therapeut te worden: of 'je hebt het' of 'je moet oud zijn' (Byng, 1993). Het wordt hoog tijd dat wat er gebeurt in de therapie, de interactie tussen therapeut en cliënt, expliciet wordt beschreven. Er moet onderzoek worden gedaan naar de relatie tussen de interactie in de therapie, de doelen, de taken, en het materiaal. Pas als er meer duidelijk is over de relatie tussen deze componenten, is het mogelijk vragen te beantwoorden over hoe therapie wordt gegeven en of er een relatie is tussen de wijze van therapie geven en de uitkomst van de therapie.

Horton en Byng doen een poging therapie te beschrijven (Byng & Horton, 2001; Horton & Byng, 2000a) vanuit het perspectief van zowel de theorie (door te expliciteren welke factoren van invloed zijn op het therapieproces) als de praktijk (door het analyseren van daadwerkelijk gegeven therapie). Horton en Byng (2000b) beschrijven een structuur van taaltherapie die grotendeels overeenkomt met de beschrijving van het methodisch handelen volgens de logopedische standaarden. In een nadere uitwerking van deze structuur, expliciteren zij welke factoren van invloed zijn op de keuze voor een bepaalde therapie. In figuur 1 wordt deze structuur schematisch weergegeven.

In set X worden factoren genoemd die van invloed zijn op een sterkte-zwakte-analyse. Deze analyse gaat aan de therapiekeuze vooraf. Het gaat hier niet alleen om individuele aspecten van



**Figuur 1** Overzicht van factoren die de therapie beïnvloeden

de cliënt, zoals de informatie die wordt verzameld volgens het eerder beschreven assensysteem, maar ook om individuele aspecten van de therapeut, procedures en protocollen die in de instelling worden gehanteerd, gehanteerde modellen (neuro-anatomische, linguïstische, pragmatische modellen) en theoretische opvattingen over afasie.

Deze sterkte-zwakte-analyse leidt in overleg met de cliënt tot het vaststellen van een aantal doelen. Aan deze doelen wordt in de therapie gewerkt door de inzet van middelen, zie set Y. Hieronder wordt het veronderstelde mechanisme verstaan zoals hiervoor reeds is besproken: materialen, taken, methoden en opvattingen over methoden. Bijvoorbeeld een geprogrammeerde instructie, behavioristische aanpak, leertheorieën.

Soms wordt direct vanuit set X overgestapt op de middelen. Het is dus mogelijk therapie te geven zonder een sterkte-zwakte-analyse uit te voeren en zonder duidelijke doelen voor ogen te hebben. Dit betekent dat een therapeut 'intuïtief' therapie kan geven zonder doelgericht te werken. Bij voorkeur zullen de componenten uit set X echter eerst invloed uitoefenen op de sterkte-zwakte-analyse en van daaruit op de doelen.

De inhoud van de verschillende componenten en de onderlinge verbanden zijn volledig afhankelijk van de specifieke therapie die wordt beschreven. Ter illustratie: stimulatietherapie volgens de opvatting van Schuell wordt geleid door een sterkte-zwakte-analyse op basis van Schuell's theoretische opvatting over afasie en is gebaseerd op de uitkomsten van de Minnesota-test die door Schuell is ontwikkeld. Wanneer je als therapeut fatische symptomen relateert aan taalverwerkingsmodellen en neuropsychologische principes, dan bepaalt dit uitgangspunt de keuze van het onderzoeksmateriaal en de therapiemiddelen.

### Beschrijvingsmodellen voor stoornisgerichte therapie

Uitgaande van de bovengenoemde structuur en een nog verdere verfijning van verschillende componenten, beschrijven Horton & Byng (2000a) het Aphasia Therapy Interaction Coding System (ATICS). Dit is een hiërarchisch coderingssysteem waarmee de interactie tussen cliënt en therapeut kan worden geanalyseerd en de uitingen van cliënt en therapeut in detail worden gecodeerd.

Door therapieessies volledig uit te schrijven en alle uitingen volgens het systeem te coderen, kan worden gezocht naar verschillen en overeenkomsten tussen de sessies en tussen therapeuten.

In een eerste onderzoek met dit systeem is door Horton & Byng (2000a) gekeken naar wat er in de therapie gebeurt als door een cliënt een incorrecte respons wordt gegeven. Het blijkt dat op een incorrecte respons vaak met informerende of corrigerende uitingen wordt gereageerd, en