

## PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/56845>

Please be advised that this information was generated on 2019-04-25 and may be subject to change.

## EN/EN! WAAROM? Een reactie

Paul Eling

*NICI, RU Radboud*

De titel van het stuk van Visch-Brink en Wielaart (V&W) is voorzien van een vraagteken maar mijn indruk van hun betoog is dat ze eigenlijk er een uitroepeten hadden willen plaatsen. Ik ga voorlopig er maar even van uit dat er een uitroep staat: 'Het maken van een of/of keuze doet naar onze mening afbreuk aan beide benaderingen; ze zijn complementair.', en ik zal dan ingaan op hun argumentatie. Alvorens die argumentatie onder de loupe te nemen, wil ik graag enkele andere punten aansnijden.

### **Terminologie**

V&W maken een onderscheid tussen een stoornisgerichte en een functionele therapie. In de cognitieve revalidatie gebruikt men vaak de tegenstelling: stoornisgericht vs aanpassingsgericht. Er zijn kleine verschillen. De term aanpassingsgericht verwijst meer naar de manier waarop een bepaald proces dan moet verlopen: lukt het niet linksom, dan maar rechtsom. De term 'functioneel' lijkt meer samen te hangen met de situatie waarin een bepaald gedrag vertoont moet worden. Daardoor komt al snel de tegenstelling wel of niet op communicatiegericht naar voren. Zoals V&W terecht stellen is dit eigenlijk een schijntegenstelling. Ook de behandeling van een stoornis kan op communicatie gericht zijn. Het kan, maar wat leert de praktijk? Wordt er naast een oefening op het niveau van de stoornis ook getracht om het positieve effect te laten generaliseren naar communicatieve situaties? Wordt daar expliciet aandacht aan besteed en wordt dat ook betrokken bij het evalueren van het effect van een stoornisgerichte behandeling? Maar al te vaak blijken stoornisgerichte behandelingen 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.

Naast de indeling stoornisgericht en functioneel, noemen V&W ook nog een indeling in stadia: specificatie, integratie en generalisatie. Wat de relatie tussen deze twee indelingsprincipes is, wordt niet uitgebreid toegelicht, maar ik krijg de indruk dat het stadium specificatie stoornisgericht is en het stadium generalisatie samenhangt met functionele behandeling. Rijst natuurlijk de vraag: en wat gebeurt er dan bij integra-

tie? Komt zo ‘het continuum’ van Berns en Wielaert tot stand? Enerzijds lijkt er nu een soort principiële discussie gevoerd te worden tussen of stoornisgericht of functioneel, die beantwoord wordt door V&W met ‘en/en’. Anderzijds lijken er indelingen door elkaar heen te worden gebruikt. Al met al wordt de discussie er hierdoor niet duidelijker op.

### **Cognitieve Revalidatie**

In de cognitieve revalidatie, en er is eigenlijk geen goede reden om de afasietherapie niet als een vorm daarvan te zien (zij het dat die vorm er al lang was voor men over cognitieve revalidatie begon na te denken), is de algemeen geaccepteerde visie dat stoornisgerichte behandelingen op zijn best zeer beperkte positieve effecten hebben. In het algemeen heeft een patiënt veel meer baat bij behandelingen die het inzicht van de patiënt en zijn omgeving vergroten en bij aanpassingsgerichte methoden, al dan niet bestaande uit concrete zaken als een taalzakboek. Het is zeker zo dat in de concrete klinische praktijk nog regelmatig gebruik wordt gemaakt van op stoornisgerichte oefeningen (vooral de pc-gestuurde programma’s), maar dat gebruik is vaak niet gebaseerd op adequaat (generalisatie!) empirisch onderzoek. Veel genoemde (en voor de hand liggende) argumenten tegen een stoornisgerichte behandeling zijn dat de stoornis in de regel niet of nauwelijks echt opgeheven kan worden omdat de beschadiging van het zenuwweefsel te omvangrijk is en dat positieve effecten van stoornisgerichte behandelingen (zo die al gevonden worden) niet of nauwelijks generaliseren naar situaties in het dagelijks leven. Op het gebied van revalidatie van aandachts- en geheugenstoornissen is het al geruime tijd gebruikelijk om de behandeling te beperken tot enkele aspecten die voor een bepaalde patiënt van belang zijn, bijvoorbeeld koken of boodschappen doen.

### **Theorie**

V&W merken op dat de stoornisgerichte therapie wel een theoretisch kader heeft (waarmee ze waarschijnlijk doelen op psycholinguïstische modellen) en de functionele benadering niet. Dit geeft mij de mogelijkheid om de vraag te stellen hoe wetenschappelijk onderbouwd een therapie moet zijn. In dat kader wijs ik (bijvoorbeeld in colleges) vaak op het langdurige onderzoekstraject dat farmaceuten moeten afleggen om een bepaald geneesmiddel te introduceren. De standaard ligt erg hoog. Zoiets geldt niet voor afasietherapie of voor cognitieve revalidatie in het algemeen. De goede intenties en de hoop dat het effect positief zal zijn, en de idee dat het ‘onmogelijk’ schadelijke bijwerkingen kan hebben, lijken al voldoende om aan de slag te kunnen gaan. Aanhangers van een functionele benadering kunnen stellen dat er weliswaar geen inhoudelijk kader is om de validiteit van de functionele behandeling te toetsen, maar dat er wel degelijk onderzoek gedaan wordt naar de effectiviteit. Het werkt, al

weten we niet precies hoe. Die laatste inperking maakt dan ook direkt duidelijk dat we niet goed weten bij wie en wanneer het dan werkt. Het lijkt me een zwakke basis voor de op 'evidence' gerichte gezondheidszorg en wie weet wanneer de logopedisten en spraakpathologen op een soortgelijke manier als de fysiotherapeuten moeten aantonen dat hun klinische activiteiten zinvol zijn? Voor zowel de stoornisgerichte als de functionele benadering is er nog veel werk te doen.

Het moge dan zo zijn dat er psycholinguïstische theorieën zijn, maar is dat nu juist van groot belang als het gaat om revalidatie? Stoornisgerichte behandelingen –of het nu gaat om taal, aandacht of geheugen- kennen veelal een 'drill and practice' benadering, terwijl de aanpassingsgerichte behandeling meer gericht is op inzicht en het gebruik van (cognitieve of concrete) hulpmiddelen. De manier waarop iets geoefend wordt staat los van wat er geoefend wordt en het is van belang om vast te stellen welke leerprocedures het meest geschikt zijn voor welk doel. Men zou dan kunnen concluderen dat V&W gelijk hebben met hun stelling dat het een en/en zaak moet zijn. Ik zou dan nog wel daar tegen inbrengen dat het niet zozeer en/en hoeft te zijn voor één bepaald leerdoel, maar dat een bepaalde benadering meer past bij het ene doel en de andere benadering bij een ander doel. Ook 'en/en', maar anders.

### **Kwaliteit**

V&W stellen: 'de discussie in Nederland (en met name daarbuiten) is vaak gepolariseerd: er wordt gekozen voor stoornisgerichte of functionele therapie.' Zij leveren echter geen bewijs voor deze stelling. Ik kan me voorstellen dat in discussies men een uitgesproken positie in neemt. Betekent dit ook dat men in de dagelijks praktijk ook zo uitgesproken werkt of wordt de soep minder heet gegeten dan hij wordt opgediend? In het pragmatische Nederland waar koopman en dominee zo vaak hand in hand gaan en waar we zo vaak compromissen sluiten, kan ik me niet goed voorstellen dat de feitelijke situatie zo gepolariseerd is. Ook van de door V&W genoemde argumenten voor de keuze voor de ene of andere benadering is helaas onduidelijk waarop die gebaseerd zijn. In de inleidende paragraaf wordt over economische motieven gesproken maar de evidentie wordt pas in de discussie genoemd: Dit zou vooral een economische reden hebben: betalers en consumenten van zorg willen steeds meer bewijs zien van het kwalitatieve effect van de interventie op het dagelijks leven van de patiënt (Frattali 2000, Chapey e.a. 2001, Wade 2003, Taylor Sarno 2004). Dat men steeds meer vraagt naar het bewijs van een kwalitatief effect zou ik niet zondermeer economisch willen noemen. Een patiënt wil het liefs beter worden.

## Argumentatie

V&W schrijven dat ze in hun artikel de stelling onderbouwen dat het een en/en keuze moet zijn. Maar welke argumenten noemen ze dan? Eerst beschrijven ze allerlei vormen van taaltherapie. Daarbij worden behandelingen in drie stadia besproken, specificatie, integratie en generalisatie. Via de achterdeur worden zo behandelingen genoemd die stoornisgericht zijn (in de specificatiefase) en functioneel zijn (de generalisatiefase). Maar dat die behandelingen er zijn, is nog geen argument dat het DUS en/en moet zijn. Het is een beschrijving van wat er is, van wat men doet, maar het zijn geen argumenten voor hun stelling.

In de paragraaf 'Evaluatie-onderzoek' komen wel argumenten aan de orde. Er blijkt redelijk goed onderzoek gedaan te zijn naar de effectiviteit van cognitief-linguïstische therapie en die zou standard practice moeten zijn. Onderzoek naar de functionele benadering is niet zo simpel te doen, is ook nog zelden op een methodologische verantwoorde wijze uitgevoerd. Maar dit kan voor V&W dan toch geen argument zijn dat het 'en/en' moet zijn?

V&W werpen de zeer interessante vraag op of de twee benaderingen elkaar kunnen versterken. Juist in het kader van hun stelling dat het 'en/en' zou moeten zijn, zou het van belang kunnen zijn als het niet zozeer zou gaan om twee soorten behandeling voor twee soorten problemen, maar wanneer er ook nog een interactie van beide soorten behandeling zou kunnen zijn. Dat zou een sterk argument voor het combineren zijn. V&W bespreken een studie die laat zien dat een cognitief-linguïstische therapie een positief effect kan hebben op een instrument dat iets functioneels beoogt te meten. Dat betekent misschien nog niet dat de verhoogde prestatie op die test toch ook aan (verbeterde) cognitief-linguïstische processen toegeschreven kan worden. Er is dan niet sprake van een interactie maar van een positief effect van een behandelde stoornis in een communicatieve situatie. V&W noemen een ander voorbeeld, namelijk een onderzoek waarin een functionele therapie een positief effect heeft op cognitief-linguïstische maten. Er is in de beide genoemde studies evenwel geen interactie van benaderingen; er worden niet 2 soorten therapie gegeven die elkaar ook nog eens positief blijken te beïnvloeden. Zoiets zou ik dan zien als een interactie. De twee door V&W genoemde studies lijken te suggereren dat je op de ene manier kunt behandelen en in het andere domein positieve effecten kunt vinden. Sterker, dat kan zowel de ene kant op (stoornisgericht behandelen en een functioneel voordeel) en de andere kant op. Een dergelijk resultaat (maar we hebben het hier wel over twee voorbeeld studies) zou er misschien meer voor pleiten dat je niet en/en hoeft te doen: je krijgt het voordeel op het andere gebied er bij!

Het is van groot belang om de vraag te blijven stellen hoe afasietherapie het best ingericht kan worden. Afasie is een zeer globaal label dat een groot scala aan verschijnselen dekt en om die reden is het gevaarlijk om de discussie in zijn algemeenheid te

voeren. De theoretische kaders voor de cognitieve revalidatie, inclusief de afasietherapie zijn volgens mij nog nauwelijks zichtbaar. Het is één ding om een theorie te hebben over hoe bijvoorbeeld het spraakproces normaal verloopt. Maar daaruit kan men niet afleiden hoe het beste een stoornis in dat systeem behandeld kan worden. De manier waarop dat systeem zich ontwikkeld heeft (in de kindertijd) kan niet overgedaan worden: niet alleen is het onderliggende instrument beschadigd maar ook is de plasticiteit die nodig was om taal te leren niet meer aanwezig. Om die reden zie ik een psycholinguïstische of neurolinguïstische theorie niet als een revalidatie-theorie. Meer dan aan een theorie over het normale model heb ik behoefte aan ideeën over wat leerbaar is en op welke manier dat het beste gaat: moet er sprake zijn van gestoorde functies trainen, uitleg geven over de aard van de stoornis of kan beter maar gelijk geprobeerd worden om een patiënt iets te laten doen, impliciet, procedureel leren, of moeten we voor sommige zaken vooral gebruik maken van hulpmiddelen? Ik begrijp dat in de klinische praktijk pragmatische keuzes gemaakt worden om iets te doen en dat niet gewacht kan worden tot het definitieve antwoord uit onderzoek komt rollen. Ik begrijp ook dat de procedures die bij geneesmiddelen onderzoek verplicht zijn niet voor de afasietherapie gehanteerd kunnen worden. Pragmatisch gezien heb ik niet veel problemen met het idee van V&W dat het 'en/en' moet zijn. Gezond verstand is ook een behoorlijk kompas en niet zelden een eerste aanzet voor een wetenschappelijke benadering. Wanneer we evenwel een serieuze discussie willen voeren over 'of/of' dan wel 'en/en', dan moeten er ook wel serieuze argumenten op een rij gezet worden en die argumenten zullen in de regel bestaan uit goed opgezette studies. De tijd is er meer dan rijp voor lijkt me.