

Conceptuele kaders

Het assessment, de behandeling en de begeleiding van PMEA zijn in de loop van de jaren grondig veranderd. De methodieken in GLOBAMIX zijn een praktische uitwerking van de conceptuele kaders die de huidige visie op het assessment en de behandeling van PMEA weergeven. Ter afsluiting van deze inleiding geven we een overzicht van deze conceptuele kaders. Voor de referenties verwijzen we naar de verschillende onderdelen van GLOBAMIX deel 1 en 2, waar deze onderwerpen al aan bod kwamen.

Het **ICF-model** is de rode draad doorheen ons handelen bij PMEA. We werken vanuit een holistisch biopsychosociaal model waarbij de levenskwaliteit van de persoon altijd centraal staat. Een goede therapeutische relatie en het vermijden van frustrerende assessment- en therapiemomenten zijn hierbij cruciaal.

Ernstige afasie is **bijna altijd een chronische stoornis**. We moeten dus aanvaarden dat er grenzen zijn aan het herstel dat te verwachten is. De logopedische behandeling - hoe effectief en intensief ook - zal nooit de ernstige gevolgen van het niet-aangeboren hersenletsel teniet kunnen doen. Naast de rol van trainer op stoornisniveau nemen we dus ook altijd de rol van educator en coach op.

Niet-talige cognitieve stoornissen (aandacht, geheugen, executieve functie-stoornissen, enz.) zijn eerder regel dan uitzondering bij PMEA. Om goed te communiceren moeten er zowel goede talige als niet-talige cognitieve functies zijn. Compenseren vraagt veel van niet-talige cognitieve functies zoals geheugen, inzicht in het eigen functioneren en probleemoplossend vermogen. Stoornissen in deze functies bepalen het leerniveau tijdens de behandeling (bv. omgevingsaanpassing, foutloos leren, vaardigheidstraining, strategietraining, enz.). Omdat deze functies zo belangrijk zijn voor de inhoud van de logopedische behandeling moeten we er zelf veel kennis over hebben en is daarnaast samenwerking met andere disciplines (zoals neuropsychologen, ergotherapeuten, enz.) cruciaal.

Het stellen van de diagnose 'ernstige afasie' is op zich niet moeilijk. De stoornissen zijn namelijk heel duidelijk en kunnen dus tijdens een korte *bedside screening* gedetecteerd worden. Wanneer we traditionele assessmentinstrumenten bij deze populatie afnemen is dit frustrerend voor beide partijen. Er moet namelijk vaak gesproken gereageerd worden. Ook de instructies zijn te complex waardoor bij alle taken eigenlijk ook steeds het taalbegrip wordt getest. Daarnaast moet de PMEA heel vaak een antwoord aanwijzen, wat voor veel mensen moeilijk is. Traditionele assessmentinstrumenten bevestigen de communicatieve incompetentie van de persoon en de bekomen gegevens zijn niet betrouwbaar en weinig informatief. We kunnen dus beter een **dynamisch assessment**, gespreid over verschillende sessies, uitvoeren. De doelstellingen hierbij zijn het onderzoeken van de restmogelijkheden, het exploreren van het effect van ondersteuning/cueing en het bepalen van de leerbaarheid.

De problemen met de mondelinge communicatie zijn het meest duidelijke kenmerk van de ernstige afasie. Het is bijna altijd de wens van de PMEA en zijn gesprekspartners om te oefenen op 'beter spreken'. Andere stoornissen zoals een zwak taalbegrip of niet-talige cognitieve stoornissen worden vaak minder door hen opgemerkt. In de behandeling wordt echter '**beter communiceren' eerder dan 'beter spreken'** als algemene doelstelling vooropgesteld. Het grootste herstel bij PMEA situeert zich namelijk op het vlak van taalbegrip en communicatieve mogelijkheden en niet op het vlak van de mondelinge taalproductie. Het is een valkuil om bij PMEA veel tijd te besteden aan het oefenen van de mondelinge productie door methodieken zoals het produceren van automatische reeksen (bv. dagen van de week, tellen van 1 tot 10, enz.), aanvullen van vormvaste uitingen (bv. oost west ..., peper en ...), met overdreven intonatie/melodie produceren van uitingen, zingen en andere zogenaamde deblokkeringstechnieken. Het klopt dat er zo behoorlijk wat taal uitgelokt kan worden maar deze mogelijkheden transfereren helaas niet naar de niet-automatische taal (daarvoor zijn meestal de noodzakelijke semantische en fonologische vaardigheden niet beschikbaar). Deze deblokkeringstechnieken zijn tijdens de *bedside screening* diagnostisch zinvol om bijvoorbeeld een comorbide spraakpraxie te detecteren. Therapeutisch voegen ze echter niet veel toe aan de behandeling, behalve misschien

het uitlokken van een kort succesmoment (waardoor er vaak ook onrealistische verwachtingen gecreëerd worden). Deblokkeringstechnieken zijn voorbehouden voor personen met ernstige spraakapraxie en maar een beperkte onderliggende afasie. Als er toch gewerkt wordt op gesproken expressieve mogelijkheden dan is dit met een heel beperkte set van persoonlijk relevante woorden of korte uiting (bv. naam van een nieuwe kleinkind, begroeting, enz.). Deze behandeling moet intensief zijn en de effectiviteit ervan moet regelmatig geëvalueerd worden. Als de verschillende partijen verschillende verwachtingen hebben over de behandeling is het bijzonder belangrijk de **therapie doelstellingen transparant** te maken en te **onderhandelen** met de PMEA en/of zijn naasten.

De behandeling kan uit heel verschillende onderdelen bestaan:

- optimaliseren van leervoorwaarden door middel van non-verbale training (bv. gesprekspartners trainen, voorwerpen aannemen, gelijke visuele stimuli matchen, oogcontact en beurtname stimuleren, enz.)
- verbeteren van de gestoorde taalfuncties aan de hand van stoornisgerichte training (bv. taalbegripstraining met persoonlijk relevant materiaal, cognitief-linguïstische therapie gericht op semantiek en/of fonologie, enz.)
- de persoon beter leren communiceren met behulp van strategieën en hulpmiddelen
- de omgeving afasievriendelijker maken (bv. hulpmiddelen voorzien, zorgverleners opleiden, rustige omgeving creëren, enz.)
- de gesprekspartners ondersteunen, informeren (psycho-educatie) en trainen (communicatiepartnertraining)
- de persoon ondersteunen en coachen bij coping en aangepaste sociale participatie

De behandeling heeft pas echt toegevoegde waarde als ze ook een impact heeft op het functioneren van de persoon buiten het behandellokaal en als dit effect behouden blijft na het stoppen van de behandeling. Logopedische behandeling is altijd beperkt in de tijd. We moeten er dus voor zorgen dat de persoon en de naasten tijdens die periode leren om **communicatief zo zelfstandig mogelijk** te functioneren.

De ernstige afasie heeft ook een **grote impact op alle personen rondom de PMEA**. Zij zijn essentiële partners in de behandeling. De afasie heeft ook op hun leven een enorme impact en dit op verschillende domeinen (relationeel, sociaal, financieel, rolverdeling, praktisch, enz.). Wat de communicatie betreft blijven PMEA meestal behoren tot de groep van de zogenaamde '**communicatiepartner-afhankelijke communicatoren**'. Dit wil zeggen dat ze voor hun dagelijkse communicatie (deels) afhankelijk zijn van de cueing en hulp van hun naasten. Een vuistregel bij het betrekken van naasten bij de behandeling is: "Laat de naasten alleen het gedrag zien dat jij wil dat ze ook gaan doen". Dit betekent concreet dat we de naasten geen stoornisgerichte behandeling laten meevolgen. Anders bestaat het gevaar dat zij hier onze pedagogische stijl in hun dagelijkse communicatie overnemen. Deze verhouding leerkracht-leerling moet vermeden worden omdat zij voor een disbalans in de relatie tussen de PMEA en de naasten zorgt. Het is ook niet de bedoeling dat partners opgeleid worden tot co-therapeut, wel dat we ze trainen om een **ondersteunende communicatiepartner** te zijn. Een eerste stap hierbij is het geven van educatie. Het is echter een valkuil om te denken dat mensen hun communicatiegedrag veranderen door het lezen van een informatiefolder of het krijgen van communicatietips. Dit vereist een één op één *hands on* training. Hierbij ligt de focus op '*intensive modelling*' (we doen voor hoe je de communicatie kan ondersteunen), bespreken van hun communicatiegedrag tijdens interacties en effectief inoefenen van enkele individuele strategieën samen met de PMEA. Naast het trainen van de naasten hebben we een belangrijke taak om ook de professionele zorgverleners rondom de PMEA te trainen (bv. door hun communicatiegedrag te coachen op de werkvloer).

Het faciliteren van **ondersteunde communicatie** is dus een belangrijk onderdeel van de behandeling. Vroeger werden er vaak communicatiehulpmiddelen zoals een bord, boek, app of *high tech* communicatiehulpmiddel standaard geïntroduceerd in de behandeling. Eenvoudige hulpmiddelen focussen zich meestal op het duidelijk maken van basisbehoeften. Meer complexe hulpmiddelen zijn meestal opgebouwd aan de hand van een semantisch geordend visueel en/of talig vocabularium. Helaas blijkt zowel het zelfstandige gebruik door de persoon als het langetermijngebruik