

# INITIËLE LOGOPEDISCHE DIAGNOSTIEK BIJ RECHTERHEMISFEERLESIES

F. Paemeleire

In deze klinische bijdrage wordt ingegaan op de logopedische diagnostiek bij patiënten met een rechterhemisfeerlesie. Eerst worden aan de hand van de resultaten van een recent enquêteonderzoek in Vlaanderen (Doumen & Silverans, 2002) enkele knelpunten in kaart gebracht. Vervolgens wordt het Rechter Hemisfeer Communicatie Onderzoek (Dharmaperwira-Prins, 2000) besproken en geëvalueerd. Tenslotte wordt een mogelijk model voor logopedische diagnostiek bij rechterhemisfeerpatiënten voorgesteld. De 5 onderdelen van de diagnostiek worden beknopt besproken: intake, onderzoek van linguïstische, extra-linguïstische en niet-linguïstische stoornissen en de familieanamnese. Deze praktische bijdrage probeert voor logopedisten een aanzet te vormen tot het meer objectiveren van communicatiestoornissen na een rechterhemisfeerlesie.

## KEY WORDS

Diagnostiek, rechter hemisfeer, acute fase

## INLEIDING

Ondanks hun adequate linguïstische vaardigheden zijn patiënten met een rechterhemisfeerlesie (RHL) vaak beperkt in hun communicatie (Myers, 1997). In complexe communicatieve situaties vertonen ze soms een reeks afwijkende maar moeilijk te kwantificeren gedragingen. In een gesprek houden ze weinig oogcontact en hebben problemen met beurt-nemen. Sommigen hebben tijdens een gesprek moeite met de dubbele betekenissen van een woord of vatten alles letterlijk op. Anderen verdwalen in irrelevante details en maken gedachtesprongen bij een discussie. Bij het lezen en schrijven wordt soms de linkerkant van het blad verwaarloosd en patiënten lijken zich daar niet over te bekommeren. De spraak is monotoon en afgevlakt en het ontbreekt hen aan gelaatsexpressie en lichaamstaal.

In de literatuur over de communicatiestoornissen na een RHL is er geen consensus met betrekking tot terminologie en taxonomie. In deze bijdrage willen we geen compleet overzicht geven van de mogelijke symptomen na een RHL hiervoor verwijzen we de geïnteresseerde lezer naar de werken van Myers (1999) en Tompkins (1995).

Met betrekking tot diagnostiek en behandeling zitten de meeste logopedisten wat in hun maag met deze

patiënten zeker wanneer ze geen duidelijke dysartrie vertonen. Ze vertonen duidelijk communicatieve problemen maar de aard en oorzaak van deze problemen is niet duidelijk. Wat de diagnostiek betreft zijn logopedisten grotendeels aangewezen op vertalingen van buitenlandse testbatterijen en zelfontwikkelde evaluatiemethoden. Er zijn weinig instrumenten beschikbaar en deze zijn meestal psychometrisch zwak (Tompkins, 1995).

In 2002 probeerden Doumen & Silverans de logopedische diagnostiek en behandeling bij rechterhemisfeerpatiënten in Vlaanderen aan de hand van een vragenlijst in kaart te brengen. Op basis van 53 vragenlijsten (responsrate 35%) die ingevuld werden door logopedisten, werkzaam in ziekenhuizen en revalidatiecentra, werden enkele opmerkelijke resultaten bekomen. De helft van de respondenten geeft aan dat er in hun basisopleiding geen aandacht werd besteed aan de communicatieve gevolgen van een rechterhemisfeerdysfunctie. Aan het onderdeel logopedische diagnostiek werd volgens minder dan 20% voldoende aandacht besteed. Slechts één derde van de respondenten stelt de diagnose op basis van een (meestal niet voor deze populatie ontwikkelde) test. Bijna 60% van de respondenten geeft aan niet op de hoogte te zijn van het bestaan van het Rechter Hemisfeer Communicatie Onderzoek (zie verder). Concluderend stelden zij dat er een grote nood bestaat aan duidelijke informatie, aangepaste diagnostische middelen en praktische richtlijnen voor therapie.

## RECHTER HEMISFEER COMMUNICATIE ONDERZOEK (2000)

Gestandaardiseerde logopedische diagnostiek is bij deze populatie in Vlaanderen quasi onbestaand. Voor een vrij volledig overzicht van (voornamelijk Engelstalige) testinstrumenten verwijzen we naar Tompkins (1995). We merken hierbij reeds een duidelijke dichotomie tussen linguïstisch (zie ondermeer Bryans, 1989) en neuropsychologisch (zie ondermeer Pimental & Kinsbury, 1989) georiënteerde testbatterijen.

In 2000 kwam het Rechter Hemisfeer Communicatie Onderzoek van Dharmaperwira-Prins op de markt.

### Beschrijving

Het Rechter Hemisfeer Communicatie Onderzoek (RHCO) bestaat uit 2 grote delen. Het eerste deel is de Rechter Hemisfeer Communicatie Batterij welke bestaat uit de onderdelen observatie, anamnese, 2 screeningstaken (zin luidop lezen en een doorstreeptaak) en 9 testtaken. We geven een overzicht van de subtests.

- navertellen van een verhaal (onmiddellijke reproductie)
- lezen en schrijven van persoonlijke informatie (invullen van een formulier met persoonlijke gegevens waaronder naam en adres)
- opnoemen (semantische verbal fluency taak)
- noemen van visueel-distinctieve kenmerken van levende wezens of dingen (vb. "Waarin onderscheidt een den zich van loofbomen?")
- expressieve prosodie (evaluatie van dynamisch en temporeel accent van expressieve linguïstische en emotionele prosodie)
- receptieve linguïstische prosodie (beoordelen van een zin als zijnde een mededeling of een vraag)
- navertellen van een verhaal (uitgestelde reproductie)
- 6 afbeeldingen in de juiste volgorde leggen (tot een logisch verhaal wordt bekomen)
- schriftelijk beschrijven van het verhaal van de 6 afbeeldingen.

Het tweede deel van het RHCO is de Rechter Hemisfeer Communicatie Vragenlijst die nagaat welke communicatiestoornissen optreden in het dagelijkse leven van de patiënt. De vragenlijsten beslaan 6 pagina's en dienen na de afname van de test

ingevuld te worden. Er zijn 2 parallelle lijsten: één voor de patiënt zelf en één voor de familie/verzorger. De resultaten van beide onderdelen worden vervolgens geïnventariseerd in het 'overzicht van rechterhemisfeerstoornissen'. Het diagnostisch proces eindigt in het opstellen van een standaard onderzoeksverslag.

### Kritische opmerkingen

Volgende kritische bemerkingen zijn een synthese van eigen ervaringen met de afname van deze testbatterij en gegevens van een eindwerkscriptie die aan de Arteveldehogeschool werd gemaakt rond het RHCO (Doumen & Silverans, 2002).

#### Positieve kritieken

- Het is een Nederlandstalig, gestandaardiseerd onderzoeksinstrument voor een specifieke doelgroep.
- Bepaalde taken zijn functioneel (vb 'invulformulier') en bieden onrechtstreeks suggesties voor behandeling.
- De vragenlijsten zijn goed opgesteld en onderling gemakkelijk te vergelijken.
- Bij de test is een uitgebreid theoretisch gedeelte gevoegd waardoor iemand met weinig ervaring in de problematiek zich snel kan inwerken.
- Tenslotte is de testbatterij goedkoop, gemakkelijk te verkrijgen in de handel, in duidelijke taal geschreven en zeer goed gestructureerd.

#### Negatieve kritieken

- Het is niet helemaal duidelijk op welke basis nu net deze taken voor de testbatterij werden geselecteerd. Zo ontbreken volgens ons onder meer het beschrijven van een complexe situationele prent en het luidop lezen van een tekst. We vinden ook dat er in de testbatterij te weinig aandacht wordt besteed aan geassocieerde neuropsychologische stoornissen zoals aandachtstoornissen, die mogelijks een oorzakelijk verband met de communicatiestoornis hebben. Verder zijn niet alle taken even relevant en de formulering is niet altijd eenduidig. Bij de taak 'opnoemen van visueel distinctieve kenmerken' bijvoorbeeld wordt aan de patiënt gevraagd "Door welk kenmerk onderscheidt een tijger zich vooral van andere katachtige dieren?". Meermaals wezen patiënten én collega's ons op de onduidelijkheid van deze vraag. Bepaalde taken zoals 'afbeeldingen in

juiste volgorde leggen' leveren ook voor normale ouderen problemen op.

- Wat de testafname betreft is het ontbreken van duidelijk afbreekregels het voornaamste punt van kritiek. Bij afname van taak 8 (afbeeldingen in juiste volgorde leggen) bijvoorbeeld werden we reeds geconfronteerd met patiënten die eindeloos nieuwe (en steeds foutieve) combinaties uitprobeerden.
- Bepaalde testitems maken gebruik van typisch Noord-Nederlandse woorden en zorgen zo voor nodeloze verwarring en irritatie bij Vlaamse patiënten.
- De uitwerking van een volledig RHCO neemt vrij veel tijd in beslag. Berekenen van de beknoptheidsindex bijvoorbeeld is niet alleen tijdsintensief, maar men kan zich ook de vraag stellen wat de meerwaarde is gezien de voorlopige normeringen.
- Verder vinden we het aantal items van bepaalde subtests nogal beperkt om conclusies te trekken over het al dan niet afwijkend zijn (vb. amper 4 items voor de subtest 'intonatie bij naspreken').
- Er zijn slechts voorlopige en onvolledige normeringen maar dit geldt helaas voor de meeste testbatterijen voor rechter hemisfeer patiënten.
- Uit het onderzoek van Doumen & Silverans (2002) tenslotte bleek dat slechts een minderheid van de logopedisten die het RHCO afnemen hun behandeling baseert op de resultaten van het onderzoek.

Concluderend kan worden gesteld dat het RHCO ondanks een aantal punten van kritiek een zekere nood lenigt binnen de logopedische diagnostiek. Uit onze klinische ervaring blijkt dat het RHCO als enig diagnostisch middel onvoldoende is. Als reactie hierop stellen wij nu een model voor logopedische diagnostiek voor zoals dat gehanteerd wordt in het AZ Maria Middelaars (Gent).

## MODEL LOGOPEDISCHE DIAGNOSTIEK

We formuleren eerst enkele algemene opmerkingen met betrekking tot de diagnostiek bij deze populatie en overlopen vervolgens alle taken.

### Algemene opmerkingen

- Gebaseerd op onze klinische ervaring, menen wij dat bij deze populatie de logopedische diagnos-

tiek onmiddellijk dient te starten, dus vanaf het moment dat de patiënt enigszins medisch gestabiliseerd is. De communicatieproblemen zijn dan immers het meest duidelijk en dienen als baseline genomen te worden. Zo vermijdt men dat er problemen zoals een matig neglect over het hoofd worden gezien. Veel patiënten met een RHL komen niet bij de logopedist terecht vermits de patiënt zich vaak weinig of niet bewust is van de aanwezigheid, ernst en aard van de problemen (anosognosie). Ten tweede kunnen de problemen meestal niet goed gekaderd worden door de omgeving wat aanleiding geeft tot een niet goed gedifferentieerde klacht waardoor de patiënt niet naar de logopedist wordt doorverwezen ('hij spreekt toch goed?!').

- Een tweede opmerking betreft de selectie van patiënten die in aanmerking komen voor een uitgebreide diagnostiek. Hier geldt de regel 'meten is weten, gissen is missen'. In tegenstelling tot patiënten met een linkerhemisfeerletsel, is een traditionele bedsidescreening niet geschikt om te bepalen of er sprake is van een communicatief probleem. De onderdelen van een dergelijke screening, zijn de klacht van de patiënt, spontaan gesprek en nagaan van de linguïstische basisvaardigheden (taalbegrip, naspreken, benoemen, lezen en schrijven), zijn niet sensitief voor de typische stoornissen bij een rechterhemisfeerpatiënt. Wij menen dan ook dat alle patiënten met een (aanzienlijke) rechterhemisfeerdysfunctie aan een beknopte testing moeten onderworpen worden. Deze gegevens dienen steeds aangevuld te worden met een familieanamnese en/of omgevingsanamnese.
- Een uitgebreide diagnostiek, gespreid over verscheidene sessies, bij patiënten met een vermoeden van een communicatief probleem heeft meerdere voordelen. Ten eerste bevordert het aanzienlijk het inzicht van de patiënt en de omgeving in de stoornissen. Onderzoeken kan in dit opzicht beschouwd worden als onderzoekend behandelen. Ten tweede levert de logopedist vanuit de eigen diagnostische resultaten en therapeutische ervaringen een essentiële bijdrage aan het ontslagbeleid van de patiënt in de acute fase. Samen met de overige disciplines (ergo, verpleegkundigen, ...) kan aldus de zelfredzaamheid van de patiënt in kaart gebracht worden.
- Een volgende opmerking betreft de selectie van de taken die deel uit maken van de initiële testing.

In wat volgt wordt geen volledigheid beoogd maar zijn wel taken geselecteerd in functie van hun directe invloed op communicatie en/of hun mogelijke link met behandeling. Andere interessante testtaken zoals interpreteren en produceren van gebaren en gelaatsuitdrukkingen, begrip van humor, stoornis in begrijpen en uiten van emoties en dergelijke maken geen deel uit van onze standaard testing.

### Doelstellingen

We geven de belangrijkste doelstellingen van onze diagnostiek in de acute fase bij patiënten met een RHL en het vermoeden van een communicatieprobleem.

- Het stellen van de differentiaaldiagnose wel/geen communicatiestoornis bij een patiënt met een rechterhemisfeerlesie
- Het verschaffen van inzicht in de problematiek aan alle betrokken partijen (therapeut, patiënt en omgeving)
- Het in kaart brengen van de aard, ernst en functionele impact van de communicatiestoornis
- Het selecteren van de patiënten die in aanmerking komen voor verdere logopedisch opvolging.

### Overzicht van de taken

Een overzicht van de 5 onderdelen van de initiële diagnostiek is te vinden in tabel 1. De testbatterij bestaat uit geselecteerde taken uit bestaande testbatterijen en uit taken die eenvoudig zelf kunnen aangemaakt worden.

Intake
1 Interview (bandopname)
2 Beschrijven complexe situationele prent (BDAE)
3 Luidop lezen en navertellen tekst (DYVA)
4 Klacht van de omgeving
Onderzoek linguïstische stoornissen
1 Benoemtaken (PALPA 52, Graded Naming Test)
2 Token Test (AAT)
Onderzoek extra-linguïstische stoornissen
1 Macrostructuur (RHCO, logische reeks)
2 Prosodie (RHCO)
3 Alternatieve betekenissen (BOX)
4 Verzwegen betekenis (Tvk)
Onderzoek niet-linguïstische stoornissen
1 Neglect (doorstreeptaak, lijnbisectietaak, kloktest)
2 Lezen en schrijven (neglect alexie & agrafie, visueel afferente agrafie)
3 Aandachts- en geheugenstoornissen
Familieanamnese

Tabel 1: Onderdelen initiële logopedische diagnostiek bij vermoeden van communicatiestoornissen na een rechterhemisfeerlesie

### Intake

Myers (1997) onderscheidt 3 onderdelen in het eerste contact met de patiënt: een interview, beschrijven van een complexe situationele prent en luidop lezen op tekstniveau.

1. Het **interview** dient te bestaan uit open vragen waarin gepeild wordt naar oriëntatie, klachten van de patiënt en inzicht in de problematiek. De spontane conversationele taal wordt opgenomen en vervolgens geanalyseerd. Een mogelijke checklist hierbij kan men vinden in het RHCO welke bestaat uit: algemene observatiegegevens, spraak, taalvorm, pragmatiek en expressieve prosodie. Bij patiënten met een dysartie wordt het Frenchay Dysartrie Onderzoek afgenomen (Lambert, 1996).
2. Vervolgens vraagt men aan de patiënt om te **beschrijven** wat er op een **complexe situationele prent** gebeurt. Hiervoor maken we onder meer gebruik van de klassieke prent van de 'koekjesdiefstal' uit de Boston Diagnostic Aphasia Examination (Goodglass & Kaplan, 1972). Voor een uitgebreide scoring van deze taak verwijzen we naar het systeem van Myers en Brookshire (1996).
3. Het eerste contact met de patiënt eindigt met het **luidop lezen van een tekst**. Hiervoor maken we gebruik van een A4 versie van de tekst 'Loos alarm op het strand' uit het DYVA-onderzoek (Dharmaperwira-Prins, 1998). Bij de interpretatie zijn we beducht op prosodische stoornissen en symptomen van neglect. Vervolgens laten we de patiënt kort de essentie van het gelezen verhaal navertellen.
4. Tenslotte is het uiterst belangrijk zicht te krijgen op de **klacht van de omgeving** (zie verder). In een uitgebreide familieanamnese wordt gepeild naar het premorbide communicatiegedrag en de huidige problemen die de omgeving ondervindt in het contact met de patiënt.

Op basis van de resultaten op deze vier onderdelen, wordt beslist of de patiënt met de RHL al dan niet in aanmerking komt voor verdere logopedische opvolging. Indien verdere logopedische diagnostiek aangewezen is, wordt de patiënt ook (via de arts) doorverwezen voor een algemeen neuropsychologisch bilan. We geven nu een overzicht van de verschillende taken die tijdens de standaard diagnostiek aan bod komen.

### Onderzoek linguïstische stoornissen

1. Linguïstische stoornissen op zich worden voor-

namelijk geassocieerd met linkerhemisfeerlesies. Patiënten met een RHL kunnen echter ook woordvindingsproblemen vertonen, al zijn deze minder frequent en duidelijk dan bij fatische patiënten (Tompkins, 1995). Standaard nemen we bij deze populatie de **benoemtaak** uit de PALPA af (Kay et al., 1996). Voordeel van de taak is dat de woordfrequentie gecontroleerd werd, de beperkte sensitiviteit is het grootste nadeel. Bij een randscore nemen we de Graded Naming Test (Mc Kenna & Warrington, 1983), een benoemtaak voor laagfrequente woorden, af. Nadeel van deze test is dan weer de grote invloed van intelligentie. Bij de interpretatie van de benoemtaken letten we voornamelijk op het voorkomen van visueel gerelateerde fouten, semantische verwarringen en detailbenoeming.

2. Vervolgens wordt de subtest 'Token Test' van de Akense Afasietest (1992) afgenomen. Dit om taalbegripsproblemen op zich uit te sluiten (gekruste afasie). Uiteraard dient bij de interpretatie rekening gehouden te worden met een hele reeks bijkomende stoornissen zoals neglect, hemianopsie en problemen met werkgeheugen.

#### Onderzoek extra-linguïstische stoornissen

Het grote probleem bij de evaluatie van wat men noemt de extra-linguïstische' stoornissen is het feit dat we niet beschikken over normatieve data van deze 'hoger niveau vaardigheden' (Tompkins, 1995). Wij onderscheiden in onze testing 4 verschillende probleemgebieden.

1. Een eerste groep communicatiestoornissen hebben te maken met de **macrostructuur**. Hieronder verstaat Myers (1997) het algemene thema, de centrale boodschap van een verbaal discours of een visuele gebeurtenis (zoals een situatieplaat). Dergelijke patiënten vertonen problemen met het centrale thema, de opbouw, de volgorde, de volledigheid, de bondigheid en de coherentie van een verhaal. Ter evaluatie gebruiken we het onderdeel 'navertellen van een verhaal' uit het RHCO en laten we de patiënt een reeks prenten, die een logische reeks vormen, beschrijven (vb. reeks 'sequencing' van de Color Cards). In bijlage 1 is een prestatievoorbeeld bij het navertellen van een verhaal opgenomen (Paemeleire, 2002). Voor de inhoudsanalyse van dit taalstaal maken we gebruik van de categorieën voorgesteld door Cherney et al. (1997). Deze auteurs onderschei-

den twee groepen informatie: een groep van relevante, niet-redundante en correcte informatie eenheden enerzijds en een groep van niet-betekenisvolle informatie eenheden (waardoor de communicatie gestoord verloopt) anderzijds. Categoriëren van de weergegeven informatie laat toe de patiënt later met deze taak te herevalueren.

#### Betekenisvolle informatie-eenheden

- essentiële informatie: relevante informatie-eenheden bestaande uit de belangrijkste details welke a priori geselecteerd werden (in het verhaal van het RHCO zijn dit er 30)
- elaboraties: informatie-eenheden die bijkomende informatie verschaffen bovenop wat a priori is vastgelegd als norm.

#### Niet-betekenisvolle informatie-eenheden

- irrelevanties: de meegedeelde informatie heeft te maken met het onderwerp maar is inconsistent met de taakvereisten (bijvoorbeeld interpretaties en opmerkingen)
- redundanties: dit zijn inhoudseenheden die geen nieuwe informatie toevoegen maar reeds gegeven informatie herhalen
- informatie naast het onderwerp: de informatie heeft totaal niets te maken met het onderwerp en de taak
- incorrecte informatie: inhoudseenheden die niet overeenkomen met de aangeboden stimulus (confabulatie).

2. **Prosodische stoornissen** kunnen onderverdeeld worden in emotionele (vb. emotionele modulaties van de zin 'ik ben kwaad') en linguïstische (vb. verschil tussen voorkomen en voorkomen). Beide problemen kunnen zowel receptief als expressief voorkomen. Evaluatietaken hiervoor zijn te vinden in het RHCO maar kunnen ook eenvoudig zelf aangemaakt worden: luidop lezen, naspreken en beoordelen van zinnen.
3. Uit de literatuur blijkt dat patiënten met een RHL vaak ook problemen hebben met de activeren van **alternatieve betekenissen** en dit op woord-, zins- en tekstniveau. Oefeningen uit het semantisch oefenprogramma BOX (Visch-Brink & Bajema, 2001) kunnen mits een kleine aanpassing hiervoor gebruikt worden. Een voorbeeld uit deel 4, niveau III: "Kan u het woord 'noten' op 2 manieren uitleggen?"

4. Patiënten met een RHL scoren ook vaak slecht op de subtest 'verzwegen betekenis' van de Taaltest voor Kinderen (1981) waarbij de fragmentarische en letterlijke interpretaties vaak opvallen. Opmerking hierbij is dat de test oorspronkelijk werd ontwikkeld voor kinderen wat duidelijk wordt in de tekenstijl en woordkeuze.

### Onderzoek niet-linguïstische stoornissen

1. Unilateraal (of hemispatiaal) **neglect** is een veel voorkomende stoornis na een rechterhemisfeerlesie. Het is een complexe stoornis waarbij patiënten "stimuli langs de contralaterale zijde van het hersenletsel verwaarlozen, er niet adequaat op reageren of er niet naar oriënteren niettegenstaande ze de motorische en sensorische mogelijkheden hebben om dit te doen" (Heilman et al., 1993). Er zijn veel gestandaardiseerde tests voor neglect op de markt maar de diagnose op zich is niet moeilijk te stellen. Men dient eenvoudigweg de hoeveelheid informatie die werd herkend of werd geproduceerd langs de rechterzijde te vergelijken met die van de linkerzijde (Myers, 1997). Neglect is echter geen geval van 'alles of niets' en patiënten vallen niet altijd op alle taken uit. We bieden eerst een doorstreeptaak aan (bijvoorbeeld uit RHCO) waarbij een doelstimulus temidden van afleiders moet worden geïdentificeerd en doorstreept (bijvoorbeeld doorstreept de letter A op een blad met letters). Een tweede taak is de lijnbisectie taak: de patiënt moet met een verticale lijn het midden van lijnstukken aanduiden. De lijnstukken hebben een verschillende lengte, staan willekeurig op het blad verspreid én hebben een lengte van tenminste 10 cm lang. Tenslotte nemen we de kloktest af. Hierbij vragen we de patiënt om de cijfers op een klok te tekenen en de wijzers op 10 na 10 te plaatsen. Bij een patiënt met een neglect wordt bij deze drie taken de linkerzijde in zekere mate verwaarloosd. Het grote verschil tussen een neglect en een hemianopsie is de mate waarin de patiënt voor zijn problemen probeert te compenseren.
2. Het **lezen en schrijven** kunnen na een RHL enkele typische stoornissen vertonen. Eerst en vooral is er het bovengenoemde neglect wat aanleiding geeft tot een **neglect alexie** en/of neglect agrafie. Neglect alexie wordt nagegaan door de patiënt zinnen en teksten te laten lezen. Hierbij worden letters, delen van woorden en woorden langs de

linker zijde weggelaten of vervangen (bijvoorbeeld 'belang-stelling' wordt 'tegen-stelling'). De problemen variëren enorm in ernst, in het ergste geval worden alleen de rechter woorden van een tekst gelezen en is de patiënt ook tevreden met het resultaat. Een **neglectagrafie** wordt nagegaan aan de hand van zinnendictiee en spontaan schrijven. Typische observaties hierbij zijn verwaarlozen van de linkerhelft van het blad en op het einde van een regel doorschrijven.

Men kan zich in deze context de vraag stellen: "Heeft de logopedist een taak bij het diagnosticeren en behandelen van neglect?". Ons antwoord hierop is volmondig ja! Ten eerste hebben neglectstoornissen een zeer grote invloed op communicatie (pragmatiek, lezen, schrijven). Ten tweede is er in diverse ziekenhuis- en revalidatie-settings een gebrek aan neuropsychologische diagnostiek én revalidatie waardoor andere disciplines (ergo, logo) hierbij worden ingeschakeld. Tenslotte evolueert neuropsychologische revalidatie steeds meer naar een multidisciplinair gebeuren waarbij de patiënt en zijn stoornis centraal staan en niet de discipline (Johnstone & Stonnington, 2001).

Een tweede stoornis die bij het onderzoek van het schrijven duidelijk kan worden is de **visuele afferente agrafie**. Bij het schrijven is er een gebrekkige visuele feedback waardoor de patiënt als het ware 'blind' schrijft. Dit manifesteert zich als een neiging om tijdens het schrijven af te zakken naar de rechter onderzijde van het blad, moeite met het handhaven van een rechte lijn en een neiging tot weglaten of redupliceren van letters of delen van letters (Ellis & Young, 1988). De problemen komen het meeste voor bij een opeenvolging van gelijkende of identische letters of delen van letters (bijvoorbeeld "m"). In figuur 1 is het schrijven van een patiënte met een visueel afferente agrafie na een posterieure RHL weergegeven.

3. **Aandachts- en geheugenstoornissen** komen vaak voor na een RHL en kunnen een duidelijke invloed hebben op het algemeen functioneren en het communiceren in het bijzonder. Wij menen dan ook dat er voor de logopedist een taak weggelegd is bij het functioneel evalueren van geheugen en aandacht. Het is echter niet de focus van dit artikel om hierop dieper in te gaan. Voor duidelijke informatie rond aandachts- en geheu-

*Maria Magdalena was een vrome vrouw.  
Wij beschikken over de nodige accommodatie.  
Dat bewijsstuk is van kapitaal belang.*

Figuur 1: de visuele afferente agrafie (Paemeleire, 2000). De doelzinnen zijn:

- Maria Magdalena was een vrome vrouw
- Wij beschikken over de nodige accommodatie
- Dat bewijsstuk is van kapitaal belang

genstoornissen verwijzen we graag na de Nederlandstalige werken van Deelman et al. (1997) en Vingerhoets & Lannoo (1998).

De verschillende soorten geheugen- en aandachtstoornissen worden nagegaan tijdens een neuropsychologische testing. Een goed interdisciplinair overleg is evenwel in deze context aangewezen vermits het vrij zinloos is de communicatiestoornissen te behandelen zonder zicht te hebben op het algemeen neuropsychologisch functioneren. Aan de hand van twee concrete voorbeelden maken wij de wisselwerking tussen neuropsychologische functiestoornissen en communicatie duidelijk. Een patiënt met geheugenstoornissen zal hoe dan ook problemen vertonen met de macrostructuur van een verhaal. Hij zal moeite hebben met het handhaven van een onderwerp, het vasthouden van de verhaallijn en in sommige gevallen confabuleren om de geheugenhiaten op te vullen. Een tweede voorbeeld zien we bij patiënten met aandachtstoornissen die bijvoorbeeld niet opmerken dat de gesprekspartner de schouders ophaalt wat de boodschap 'dat interesseert mij niet' impliceert. Een patiënt die deze informatie niet opneemt, past zijn communicatie niet aan en vertoont aldus een pragmatische communicatiestoornis.

### Familieanamnese

Bij de interpretatie van de testgegevens is het belangrijk drie verschillende informatiebronnen met elkaar te vergelijken: de testresultaten van de logopedist, de klachten van de patiënt zelf en de klachten van de omgeving. Bij patiënten met een rechterhemisfeer communicatiestoornis liggen deze drie wel eens ver uit elkaar. Anosognosie is een veelvoorkomende stoornis en de klacht van de patiënt geeft ons dus een goed beeld van het inzicht in de eigen problematiek.

Om de klacht van de omgeving in kaart te brengen kan gebruik gemaakt worden van de vragenlijst uit het RHCO. Uit de praktijk blijkt wel dat de vragenlijst nogal omvangrijk is en dat mede hierdoor veel familieleden afhaken. Het lijkt ons dan ook aangewezen de vragen te overlopen in een gesprek met de partner van de patiënt. De familie kan ons belangrijke informatie verschaffen over de premorbide communicatieve stijl.

De klachten van de omgeving maken verder de functionele impact van de stoornissen duidelijk.

De overeenkomst van de omgevingsklachten met de logopedische testresultaten is vaak laag. Baron et al. (1999) toonden aan dat familieleden en professionelen de pragmatische communicatievaardigheden van de patiënt niet eenduidig beoordelen. De logopedisten uit dit onderzoek overdiagnosticeerden enerzijds en slaagden er anderszijds niet in bepaalde - volgens de familie veranderende pragmatische gedragingen - te identificeren. Dit recente onderzoek toonde duidelijk de meerwaarde aan van een goede familieanamnese bij deze populatie aan. Bovenstaande logopedische gegevens dienen uiteraard aangevuld te worden met multidisciplinaire gegevens van onder meer ergotherapie en verpleegkunde. Zo wordt bijvoorbeeld de impact van een neglect duidelijk op de andere activiteiten van het dagelijks leven. Uiteraard is bovenstaand model slechts een algemeen kader voor de diagnostiek dat op basis van de resultaten verder met bijkomende taken individueel moet uitgebreid worden.

### BESLUIT

De communicatieve en gedragsveranderingen na een rechterhemisfeerlesie zijn vaak subtiel en steeds moeilijk te kwantificeren. Een snelle multidisciplinaire diagnostiek aangevuld met een uitgebreide

familieanamnese is aangewezen. Het RHCO heeft zeker zijn waarde binnen de logopedische diagnostiek maar is volgens ons niet echt geschikt als integraal en exclusief diagnostisch middel. Gezien onze onvrede bij de huidige testinstrumenten, stellen we voor om patiënten uitgebreid te testen aan de hand van zelf samengestelde testbatterijen. In dit artikel hebben we een beknopt overzicht gegeven van een mogelijk model voor logopedische diagnostiek. Wij beoogden hierbij geen volledigheid maar wel een beeld te schetsen van hoe de logopedische diagnostiek er in de praktijk kan uitzien.

Een laatste punt waar we even de aandacht op wensen te trekken is de terugbetaling van de behandeling van de communicatiestoornissen na een rechter-hemisfeerlesie. Bij patiënten zonder een bijkomende dysartrie is geen terugbetalingsregeling van kracht. Misschien moet ook hier de overgang van taal en spraak naar communicatie gemaakt worden.

## REFERENTIES

- Baron, C., Goldsmith, T. & Beatty, P. (1999). Family and Clinician Perceptions of Pragmatic Communication Skills Following Right Hemisphere Stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation* 5(4), 55-63.
- Bryan, K.L. (1989). *The Right Hemisphere Language Battery*. Kibworth, England: Far Communications.
- Cherney, L.R., Drimmer, D.P. & Halper, A.S. (1997). Informational content and unilateral neglect: a longitudinal investigation of five subjects with right hemisphere damage. *Aphasiology*, vol 11, no 4/5, 351-363.
- Deelman, B.G. et al. (1997). *Klinische neuropsychologie*. Boom uitgeverij, Amsterdam.
- Dharmaperwira-Prins, R. (1989). *Dysartrie en Verbale apraxie*. Swets & Zeitlinger B.V., Lisse.
- Dharmaperwira-Prins, R. (2000). *Communicatiestoornissen bij rechterhemisfeer-dysfunctie & Rechter Hemisfeer Communicatie Onderzoek (RHCO)*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Doumen, B. & Silverans, V. (2002). *Communicatieve en cognitieve disfuncties na een rechterhemisfeerletsel. Onderzoek naar logopedische diagnostiek en behandeling van rechterhemisfeerpatiënten en de ontwikkeling van een informatiebrochure*. Eindwerkschrift voorgedragen aan de Arteveldehogeschool onder promotorschap van Paemeleire, F. & Vansweevelt, A.
- Ellis, A. & Young, A. (1996). *Human Cognitive Neuropsychology*. Psychology press, UK.
- Goodglass, H. & Kaplan, E. (1972). *The assessment of aphasia and related disorders*. Lea & Feburig, Philadelphia.
- Graetz, De Bleser & Willems (1992). *De Akense Afasietest*. Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Heilman, K.M., Watson, R.T., Valenstein, E. (1993). Neglect and related disorders. *Clinical Neuropsychology*. Ed. Heilman, K.M. en Valenstein, E. Oxford University Press, Oxford.
- Johnstone, B., Stonnington, H. (2001). *Rehabilitation of neuropsychological disorders*. Psychology Press, UK.
- Kay, J., Lesser, R. & Coltheart, M. (1996). Psycholinguistic assessments of language processing in aphasia (PALPA): an introduction. *Aphasiology*, vol 10 (2), 159-215.
- Lambert & Rutten (1996). *Het Frenchay Dysartrie Onderzoek (FDO)*. Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Mc Kenna & Warrington (1983). *The Graded Naming Test*. Geen uitgever.
- Myers, P. & Brookshire, R. (1996). Effect of visual and interferential variables on scene descriptions by right-hemisphere-damaged and non-brain-damaged adults. *Journal of speech and Hearing research* 39(4), 870-880.
- Myers, P. (1997). Right Hemisphere Syndrome. In Lapointe, L. (eds), *Aphasia and related neurogenic language disorders*. Thieme (p 201225).
- Myers, P. (1999). Right Hemisphere damage. Disorders of Communication and Cognition. Singular Publishing, London.
- Paemeleire, F. (2000). *Klinische neuropsychologie*. Niet uitgegeven cursus Arteveldehogeschool, Gent.
- Paemeleire, F. (2002). *Neurolinguïstiek & psycholinguïstiek*. Niet uitgegeven cursus Arteveldehogeschool, Gent.
- Pimental, P.A. & Kingsbury, N.A. (1989). *Mini Inventory of Right Brain Injury*. Austin, Tx: pro-ed.
- Taaltest voor Kinderen (1981). Subtest 'test voor verzweegen betekenis'. Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Tompkins, C.A. (1995). *Right Hemisphere Communication Disorders: theory and management*. Singular Publishing Group, Inc San Diego, California.
- Vingerhoets, G., Lannoo, E. (1998). *Handboek neuropsychologie*. Uitgeverij Acco, Leuven.
- Visch-Brink, E.G. & Bajema, I.M. (2001). BOX. Swets & Zeitlinger, Lisse.

## DANKWOORD

Met oprechte dank aan A. Vansweevelt (UZA) en Björn Doumen & Veerle Silverans (Arteveldehogeschool) voor het verzamelen van de data in verband met het RHCO.

## CORRESPONDENTIEADRES

Frank Paemeleire, Logopedist AZ Maria Middelaars



Gent & Docent Arteveldehogeschool, opleiding logopedie, Sint-Lievenspoortstraat 143, 9000 Gent, E-mail: frank.paemeleire@arteveldehs.be

## BIJLAGE

### Informatie eenheden uit de subtaak navertellen van het RHCO.

(1) een man (2) ging boodschappen doen (3) hij verloor daarbij (4) zijn portemonnee (5) maar merkte dit niet (6) bij de kassa (7) moest hij een tijdje wachten (8) omdat een klein (9) meisje (10) er erg lang over deed om af te rekenen (11) de man werd ongeduldig (12) en zei kwaad (13) 'kun je niet een beetje opschieten?' (14) het meisje kreeg een kleur (15) en haastte zich weg (16) toen hij aan de beurt was (17) merkte hij pas dat hij zijn portemonnee was verloren

(18) hij moest zijn boodschappen laten staan (19) en ging naar huis (20) toen hij al een uurtje thuis was (21) ging de bel (22) voor de deur stond het kleine meisje van de winkel (23) ze had zijn portemonnee gevonden (24) met zijn adres erin (25) en kwam die nu terugbrengen (26) de man voelde zich erg opgelucht (27) en ook beschaamd (28) hij kocht voor haar (29) een mooi (30) boek.

### Onmiddellijke reproductie van een patiënt met een RHL (Paemeleire, 2002).

*Een meisje moest een boodschap doen en ze wil een boek kopen waarschijnlijk hé en ze heeft haar portemonnee niet bij en de man zegt: "Geen enkel probleem! Ik zal u een boek geven of zoiets". Het meisje gaat naar huis, gaat bij die man en biedt hem een boek aan en zegt - ja daar komt het op neer - : "dat is voor uwe fair play want ge moest dat niet gedaan hebben".*

# LOGOPEDIE EN INCLUSIEF ONDERWIJS

E. Van Honacker, A. Van Roy, M. Wensch

Inclusief onderwijs heeft te maken met begrippen als participatie, betrokkenheid, erbij horen en verbondenheid. Participeren doet men niet enkel door lijfelijk aanwezig te zijn in het klasgebeuren, maar ook door interacties met anderen aan te gaan. Communicatie is een middel om mee te doen aan allerlei activiteiten, om relaties en vriendschappen op te bouwen en te onderhouden en om de omgeving te beïnvloeden. Dit maakt communicatie binnen inclusief onderwijs heel belangrijk. Hier is een belangrijke rol voor ons, logopedisten - zowel als therapeut als persoonlijk assistent -, weggelegd.

## KEY-WORDS

inclusief onderwijs, logopedie, communicatie

## WAT IS INCLUSIEF ONDERWIJS?

Inclusief onderwijs betekent dat de gewone school zich open stelt voor alle kinderen, zowel hoogbegaafde kinderen, kinderen met leerproblemen en/of handicap, kinderen met een andere huidskleur, kinderen met een apart (moeilijk?) karakter, ... In een inclusieve school zitten de kinderen in eenzelfde school en klas bij elkaar en krijgen ze samen les, ongeacht hun verschillen. Kinderen met specifieke onderwijsbehoeften zijn in regel met hetzelfde onderwerp bezig als de andere kinderen in de klas, maar op hun niveau. Als het rekenen is, dan rekenen zij ook. De nodige hulp wordt in een inclusieve school naar het kind toe gebracht (Lebeer & De Vroey, 1999).

## ACHTERGROND VAN INCLUSIE EN INCLUSIEF ONDERWIJS

De achtergrond van inclusie vindt men onder andere terug in een aantal internationale verdragen die het mensenrechtenparadigma in hun vaandel dragen. Tussen 1971 en 1992 werden er hier een aantal stappen ondernomen om personen met een handicap te integreren in de maatschappij. De Standard Rules for Equal Opportunities for the disabled van de Verenigde Naties (1993) omvat een aantal regels ter preventie van discriminatie van kinderen en volwasse-

nen met een handicap. Onderwijs en opleiding worden hier gezien als belangrijke hefboomen waarlangs kinderen met een handicap kunnen participeren in de maatschappij (Van Hove? 1999). Inclusief onderwijs zou eerder regel dan uitzondering moeten zijn. Dit houdt onder andere in dat de scholen zich zouden moeten aanpassen met flexibele programma's, voldoende ondersteuning, training van leerkrachten, betrekken van de ouders, ... (VLOR, 1998).

In 1994 kwamen een aantal regeringen bijeen op de UNESCO conferentie over 'speciaal onderwijs'. Men kwam een "Kaderplan voor Actie" overeen om inclusief onderwijs te realiseren (Salamanca-statement). Net als de Standard Rules for Equal Opportunities for the disabled stelt men dat inclusie de norm zou moeten zijn. Alle onderwijsministeries zouden de nodige maatregelen moeten nemen om ervoor te zorgen dat kinderen en jongeren met een handicap naar de buurtschool kunnen gaan. Landen met weinig of geen speciaal onderwijs zouden inclusieve scholen moeten creëren en geen speciale (VLOR, 1998). De Europese verdragen van Maastricht en Amsterdam hebben het over het voorkomen van sociale uitsluiting en willen de nodige maatregelen nemen om discriminatie op basis van cultuur of belemmering te weren. Op basis van deze verdragen kunnen mensen hun recht opeisen om op een gewone school te kunnen blijven en om een beroep te kunnen doen op de nodige steun die regeringen normaal aan 'speciale' kinderen besteden (VLOR, 1998).

*Tenslotte zijn de teksten van het HELIOS II-programma (1993-1996) voor integratie van mensen met een belemmering van de Europese Commissie vooruitstrevend wat de idee van inclusie betreft: niet alleen onderwijs zou inclusief moeten zijn, maar de*