

Logopedška obravnava otrok z razvojno jezikovno motnjo in pridruženo motnjo pozornosti s hiperaktivnostjo ali brez nje

Speech therapy treatment of children with developmental language disorder and associated attention deficit disorder with/without hyperactivity

Nuša Novak

Izvleček

Logopedi se v praksi srečujemo s širokim spektrom motenj na področju komunikacije, govora in jezika. Posameznim motnjam so pogosto pridružene tudi druge motnje na področju duševnega ali telesnega zdravja, ki vplivajo na potek diagnosticiranja in zdravljenja. Pri delu z otroško populacijo logopedi v praksi opažamo vse večje število otrok, ki imajo poleg motnje komunikacije ali govorno-jezikovne motnje tudi motnjo pozornosti s hiperaktivnostjo ali brez nje.

V prispevku predstavljamo klinični primer otroka z razvojno jezikovno motnjo in pridruženo motnjo pozornosti, ki je od starosti 3,3 leta do starosti 7,2 leta vključen v redno logopedsko obravnavo. V procesu diagnosticiranja smo uporabili standardizirane in nestandardizirane logopedске teste, ki so pokazali otrokov primanjkljaj na področju jezikovnega razumevanja in izražanja. Na podlagi testnih rezultatov smo oblikovali individualiziran načrt zdravljenja, ki je temeljil na spodbujanju vseh jezikovnih sistemov. Učenje je potekalo preko več senzornih kanalov, kot najučinkovitejši pristop usvajanja določene veščine pa se je izkazala kombinacija avditivno-vizualno podanih stimulusov, kot najučinkovitejša metoda dela pa metoda demonstracije. Po ponovni diagnostični oceni so rezultati testiranja pokazali otrokov napredek na področju jezikovnega razumevanja in izražanja, na podlagi kliničnega opazovanja pa opažamo tudi napredek na področju otrokove pozornosti.

Ključne besede: logoped, razvojna jezikovna motnja, motnja pozornosti, logopedsko diagnosticiranje in zdravljenje.

Abstract

In practice, speech therapists encounter various disorders in communication, speech and language. Individual disorders are often accompanied by mental or physical health disorders, which affect the course of diagnostics and therapy. When working with the child population of speech therapists in practice, we observe an increase in children who, in addition to communication disorder or a speech-language disorder, also have an associated attention disorder with/without hyperactivity.

The paper presents a clinical case of a child with developmental language disorder and associated attention disorder who is included in regular speech therapy treatment from 3.3 to 7.2 years old. In the diagnosis process, standardized and non-standardized speech therapy tests were used, which showed the child's deficit in language understanding and expression. Based on the test results, an individualized therapy plan was created, which was based on the stimulation of all language systems. Learning took place through several sensory channels; the combination of auditory-visual stimuli proved to be the most effective approach to mastering a particular skill, and the demonstration method was the most effective work method. The test results on the diagnostic re-assessment showed progress in language understanding and expression, and based on clinical observation, progress in the child's attention span is also noticeable.

Keywords: speech therapist, developmental language disorder, attention deficit disorder, speech therapy diagnostics and therapy

Uvod

Diagnozo razvojna jezikovna motnja (RJM) lahko postavimo pri otroku, ki izkazuje različne primanjkljaje na področju jezikovnih funkcij, hkrati pa ti primanjkljaji niso povezani z motnjo sluha, motnjo v duševnem razvoju, avtizmom ali drugimi nevrološki okvarami ter socialno-komunikacijskim prikrajšanjem. Ni nujno, da otroci z RJM primanjkljaje izkazujejo na vseh področjih govora in jezika, niti se pri različnih otrocih ne izkazujejo enaki vzorci jezikovnih primanjkljajev. RJM v grobem delimo v tri podkategorije, in sicer ekspresivno jezikovno motnjo, mešano ekspresivno-receptivno jezikovno motnjo in motnjo višjega jezikovnega procesiranja (1).

Otroci z motnjo pozornosti s hiperaktivnostjo ali brez nje (v nadaljevanju ADHD) izkazujejo primanjkljaje na področju pozornosti, impulzivnosti in hiperaktivnosti. Simptomi ADHD se običajno pojavijo pred otrokovim sedmim letom starosti in so izraženi v večji meri kot pri vrstnikih iste starosti. Za potrditev diagnoze morajo simptomi vztrajati vsaj šest mesecev in biti izraženi v vsaj dveh življenjskih okoljih (vrtec, dom itd.). Simptomi so izraženi do te mere, da ovirajo otrokovo vsakodnevno funkcioniranje in učenje (2, 3). Hkrati lahko ti otroci izkazujejo primanjkljaje na področju jezikovnega funkcioniranja, predvsem na področju pragmatike. Pogosto prekinjajo pogovor in se vmešavajo v pogovor drugih ljudi, težje sledijo in menjajo teme pogovora ter pogosto odgovarjajo neskladno z vprašanji. Njihov način govora je lahko preglasen. Vsi ti neučinkoviti vidiki komunikacije in jezika lahko vodijo v konflikt s komunikacijskim partnerjem (3, 4). ADHD je motnja, ki vpliva na pozornost, mišljenje, učenje in socialno interakcijo, vse te veščine pa so ključne za razvoj jezika (5).

V preteklih desetletjih je bilo opravljenih več raziskav, v katerih so preučevali heterogene skupine otrok z govorno-jezikovno motnjo in ADHD. Po epidemi-

ološki raziskavi iz leta 1989 ima 30 % otrok z odstopanji na področju govora ali jezika tudi ADHD (6). V drugih raziskavah opisujejo, da soobstoj motenj lahko variira od 8 % do 90 %, najpogosteje od 20 % do 60 % (7). Na podlagi teh raziskav raziskovalci zaključujejo, da so jezikovne motnje in ne nujno tudi govorne motnje, najtesneje povezane z ADHD (7).

Leta 2007 so opravili raziskavo, v kateri so sodelovali otroci z govorno motnjo, otroci z jezikovno motnjo in kontrolna skupina otrok brez govorno-jezikovne motnje. V raziskavi smo želeli ugotoviti razlike v izraženosti simptomov ADHD med posameznimi skupinami otrok. Rezultati raziskave so pokazali, da so simptomi ADHD najbolj izraženi pri otrocih z jezikovno motnjo. Raziskovalci so na podlagi rezultatov zaključili, da so ti otroci izpostavljeni večjemu tveganju ADHD kot otroci z govorno motnjo in kontrolna skupina (8).

Barker in Cantwell (9) sta izpostavila tri možne vzroke soobstoja psihiatričnih motenj in govorno-jezikovnih motenj. Prvi, redkejši vzrok je, da je ADHD vzrok govorno-jezikovne motnje. Drugi možni vzrok je, da govorno-jezikovna motnja povzroči psihiatrično motnjo ali je osnova njenega nastanka. Tretji možni vzrok je skupna etiologija obeh motenj, vezana predvsem na razvoj strukturnih nepravilnosti možganov, določene bolezni ali obporodno poškodbo. Westby in Cutler trdita, da soobstoj govorno-jezikovnih motenj in ADHD izvira iz skupnega predhodnika obeh motenj, morda temperamentnih ali nevroloških značilnosti, povezanih s pomanjkljivostmi v uravnavanju vedenja (10). Riccio in Hydn na podlagi več raziskav zaključujeta, da se motnji ne pojavljata v odnosu vzrok– posledica, temveč se javljata hkrati, vsaka zase (11).

V primeru hkratnega obstoja RJM in ADHD je logopedsko obravnavo bolj kompleksna z vidika diagnosticiranja in zdravljenja, saj težje ocenimo, kateri primanjkljaji so posledica ene motnje in

kateri so posledica druge motnje. Naloga logopeda je, da prepozna značilnosti posameznih motenj ter jim prilagodi postopek diagnosticiranja in zdravljenja (3). Za logopeda je pomembno sodelovanje z drugimi strokovnjaki v timu (klinični psiholog, psiholog, pedopsihiater, specialni pedagog idr.), ki obravnavajo otroka. Tako v procesu diagnosticiranja kot v procesu zdravljenja je nujno tudi tesno sodelovanje z otrokovimi starši oziroma skrbniki.

Logopedsko diagnosticiranje

Standardizirani in nestandardizirani testi, ki jih logopedi uporabljamo v praksi, niso posebej prilagojeni populaciji otrok, ki imajo poleg motnje komunikacije, govora in jezika tudi ADHD. Glede na naravo motnje so rezultati lahko nezanesljivi (3). Motnja pozornosti posega v določene tipe nalog, ki zahtevajo vzdrževanje pozornosti, inhibicijo, načrtovanje in organizacijo, kar lahko vodi do pomembno slabših rezultatov. Dosežki pri nalogah, ki hkrati zahtevajo jezikovne in kognitivne zmožnosti, so pri otrocih z ADHD lahko nižji (7). Smiselno je, da za realno oceno govorno-jezikovnih zmožnosti izvedbo testa prilagodimo. Teste, ki so obsežni in monotoni, lahko razdelimo na manjše enote in jih otroku predstavljamo postopno z vmesnimi premori. Otroci z ADHD nimajo uvida v svoje napake, zato pri testu ne prosijo za ponovitev naloge (3). Na podlagi kliničnega opazovanja presodimo, ali je neuspešnost posledica ADHD ali jezikovnega primanjkljaja. Če je vzrok ADHD, lahko posamezne naloge ponovimo, čeprav pravila testiranja tega ne dovoljujejo. Nalogo lahko preverimo tudi na kasnejših obravnavah brez strahu pred učinkom učljivosti izvedbe nalog. Ko ocenimo, da otrok ne zmore več slediti testu in so njegovi napačni odgovori posledica motnje pozornosti, moramo test prekiniti. Test nadaljujemo po premoru ali pri naslednji obrav-

navi. Vse prilagoditve izvedbe testa in zunanje spodbude moramo jasno opredeliti v diagnostičnem poročilu (3).

Pomemben diagnostični postopek v procesu diagnosticiranja otrok s kombiniranimi motnjami v razvoju je klinično opazovanje, ki nam da informacijo, ali so rezultati odraz ene ali druge motnje. Poleg rezultata testa moramo opredeliti splošno otrokovo vedenje ob testiranju (impulzivnost, zasanjanost, pasivnost, neosredotočenost), v socialni interakciji, prosti igri in podobno, saj nam to lahko da več informacij o otrokovem funkcioniranju kot dejanski rezultati testa (3).

Natančno logopedsko diagnosticiranje je pomembno za načrtovanje zdravljenja, ki je individualizirano, torej prilagojeno vsakemu otroku posebej. Pri otrocih, ki so v obravnavo vključeni dlje, je smiselno, da po določenem obdobju teste ponovimo, da ocenimo napredek oziroma spremljamo stanje.

Logopedska terapija

Po izvedbi poglobljenega diagnosticiranja ter analizi anamnestičnih podatkov in mnenj drugih strokovnjakov, ki delajo z otrokom, sledi načrt logopedske terapije. Načrt obsega cilje, uporabljene metode dela, pogostost in trajanje obravnave, načrtovanje potrebnih terapevtskih pripomočkov ter sprotno vrednotenje izvedbe obravnave (4). V terapiji upoštevamo načelo od lažjega k težjemu ter od konkretnega k abstraktnemu. Vedno pričnemo z zdravljenjem odstopanj, pri katerih pričakujemo hitrejši napredek in so ključna za določeno razvojno starost otroka. Pri tem upoštevamo otrokove sposobnosti in interese.

Pred začetkom vsake logopedske obravnave poskrbimo, da v terapevtskem prostoru izločimo vse moteče elemente, ki lahko ovirajo otrokovo pozornost. Kljub temu poskrbimo, da ustvarimo prostor, ki je za otroka prijeten in mu omogoča optimalno učenje.

V terapevtskem procesu moramo biti posebej pozorni že pri podajanju navodil. Otroci z motnjo pozornosti težko počakajo do konca in pogosto začnejo reševati naloge, preden navodilo podamo v celoti. Njihovi odgovori so zato lahko nepravilni ali celo nimajo povezave s prvotnim vprašanjem (9). Otroka moramo usmeriti, da navodilo posluša do konca. To lahko dosežemo tako, da primemo otrokovo roko in z otrokom vzpostavimo očesni stik. Ko je navodilo končano, otroku jasno nakažemo, da lahko prične z delom.

Otroci z RJM in pridruženo ADHD težje sledijo nalogam, ki zahtevajo izključno slušno pozornost. Avditivni (slušni) stimulus je stimulus, ki zahteva visoko stopnjo koncentracije, je hipen in običajno neponovljiv, zato je pomembno, da posamezna besedna navodila, vprašanja in naloge podajamo v zmanjšanem obsegu, da se otrok lažje osredotoči na bistvo. Za učinkovitejše prepoznavanje bistva informacije, navodila ali naloge ključno besedo poudarimo z večjo jakostjo oziroma glasnostjo govora ali s spremenjeno melodijo besede. Za boljše razumevanje naloge lahko na primeru pojasnimo, kakšen je pričakovan odgovor. Če navodilo hkrati vsebuje več kot en podatek, je smiselno, da ga ponovimo. V klinični praksi je pri delu z otroki z ADHD in težavami z razumevanjem jezika princip demonstracije oziroma razlage, podkrepnjene s konkretnim ali slikovnim gradivom. Tako otroku poleg slušnega stimulusa omogočimo tudi vidni stimulus, ki omogoča preverjanje in zadrževanje informacije.

Otrok z ADHD običajno nima uvida v svoj odgovor in pomanjkljivost informacije, ki jo poda (9), še toliko težje pa je, ko ima otrok tudi RJM in zato težko oblikuje odgovor. Kot učinkovit pristop se v praksi kaže ponavljanje otrokovega odgovora. Na ta način otrok povedano še enkrat sliši in lahko svoj odgovor popravi oziroma ga dopolni.

Spodbujanju vseh jezikovnih ravni je skupno, da otroku z RJM in ADHD

omogočimo učenje preko več senzornih kanalov hkrati – avditivnih, vizualnih, kinestetičnih in taktilnih. Otroka usmerjamo k odgledovanju naše besedne produkcije glasu, zloga, besede in stavka. Posamezne enote konkretno ali slikovno ponazorimo, lahko tudi z gesto, gibanjem in ritmiziranjem. Za učinkovito zaznavanje vizualno podanih informacij se poslužujemo strategije vodenja otrokove roke. Otrok sledi svojemu prstu, slušno zaznavo poveže z vidno, hkrati pa spodbujamo koordinacijo oko-roka. Pri zahtevnejših nalogah, ki zahtevajo večje sposobnosti organizacije pripovedi, otroku pomagamo tako, da pripravimo načrt pripovedi oziroma slikovno podkrepnjeno zaporedje. Na ta način otroku omogočimo jasno strukturo pripovedi in se izognemo nepotrebnim informacijam ali celo spremembi teme pripovedi.

Otroci z ADHD aktivnost pogosto prekinjajo in jo želijo zaključiti, preden je izvedena do konca. Ustrezna strategija je predhodni dogovor o poteku aktivnosti, njenem obsegu in premoru, ki sledi. Med premorom so najbolj priporočljive gibalne aktivnosti ali prosta igra, pri katerih se otrok sprosti in ne zahtevajo visoke stopnje pozornosti. Posamezno aktivnost delimo na manjše enote in jo tako prilagodimo otrokovim trenutnim zmožnostim. Časovni obseg usmerjene dejavnosti postopno podaljšujemo. Obseg usmerjene pozornosti je odvisen tudi od otrokovega interesa in njegove motiviranosti za posamezno nalogo. Zato je pomembno, da v terapiji upoštevamo otrokove interese in naloge oblikujemo v zanj čim bolj zanimivi obliki. Eden ključnih pogojev za vzdrževanje motivacije za delo pri otrocih je nedvomno uspeh. Poskrbimo, da zahtevnost nalog prilagajamo otrokovim trenutnim sposobnostim in zahtevnost postopno stopnjujemo.

Za dosego nekega cilja ter s tem razvoj določene veščine otroci z RJM in pridruženo ADHD potrebujejo večkratne ponovitve iste naloge. Ne poslužujemo se večkratne uporabe istega materiala

za razvijanje določene večšine, razen če otrok izkazuje posebno zanimanje zanj. Iste naloge moramo z vidika interesa in motivacije ponuditi z uporabo različnih pripomočkov in metod dela. Poleg ustvarjalnosti pri izbiri terapevtskega materiala je pomembna tudi hitra prilagodljivost logopeda otrokovim interesom. Vsako spontano igralno aktivnost lahko preoblikujemo tako, da uresničimo cilje komunikacije, govora in jezika.

Logoped v procesu obravnave poleg neposrednega dela z otrokom starše ali skrbnike izobrazuje o naravi motnje, jim svetuje ter jih seznanja s strategijami učenja, ki so učinkovite za njihovega otroka. Poleg ambulantne obravnave so ključnega pomena pristopi, ki se jih poslužujejo starši ali skrbniki v domačem okolju in pomembno vplivajo na otrokov celostni napredek.

Primer otroka z razvojno jezikovno motnjo in pridruženo motnjo pozornosti

V nadaljevanju predstavljamo dečka, ki je v Centru za duševno zdravje otrok in mladostnikov

Škofja Loka timsko obravnavan pri specializantki klinične logopedije, specialistki klinične psihologije in specialni pedagoginji. Starši dečka so se s prostovoljnim podpisom izjave o sodelovanju v raziskavi strinjali z vključenostjo dečka v raziskavo, ki je potekala v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije.

Na podlagi anamnestičnih podatkov, otrokovega splošnega vedenja in diagnostične ocene otrokovih komunikacijskih in govorno-jezikovnih zmožnosti smo oblikovali načrt terapije in ga prilagodili otrokovim trenutnim zmožnostim. Terapija je bila usmerjena v spodbujanje jezikovnega razumevanja in izražanja vseh jezikovnih sistemov. Cilji terapije so se med obrav-

navo spreminjali v skladu z otrokovim napredkom oziroma razvojno stopnjo.

Anamnestični podatki

Deček je bil v logopedsko ambulanto napoten s strani izbrane pediaterinje po opravljenem sistematskem zdravniškem pregledu pri 3. letu starosti.

Ob prvem logopedskem pregledu je bil deček star 3,3 leta. Mati je ob povzemanju anamnestičnih podatkov povedala, da je bil vedno komunikativen in neverbalno dovolj izrazen, da so lahko razumeli njegove komunikacijske namene. Prve besede je pričel uporabljati v starosti 18 mesecev. Govoril je veliko, a povsem nerazumljivo. Družinski člani so ga bolje razumeli šele od tretjega leta starosti dalje. Dečkov govor so primerjali z govorom starejše sorojenke in opažali, da se pri dečku govor razvija drugače. Mati je povedala, da je deček zelo živahen in da zato potrebuje veliko gibalnih aktivnosti. V spontani igri je posegal po različnih igračah, a je pri posamezni igri vztrajal le krajši čas. Pregledovanje knjig in poslušanje zgodb ga ni zanimalo, zato je knjige običajno le prelistal.

Otrokovo splošno vedenje

Deček je na obravnavo prihajal v spremstvu matere in vedno brez težav vstopil v ambulantni prostor. Ustrezno se je odzival pobudam ter vstopal v socialno interakcijo in komunikacijo. Očesni stik je vzdrževal krajši čas, sicer pa je s pogledom begal po prostoru. V uvodnem pogovoru je v večji meri ustrezno odgovarjal na vprašanja o sebi. Govoril je količinsko ustrezno, a z odstopanji na področjih fonologije, morfologije, semantike in sintakse. Posamezna vprašanja smo morali večkrat ponoviti ali jih poenostaviti oziroma jih povedati na drugačen način, da je deček razumel, kaj želimo od njega. Včasih je na vprašanje odgovoril nepravilno. Pri vprašanjih, ki jih ni razumel, je potreboval usmerjanje s ponujenimi odgovori. Med pogovorom sta bili opazni zmanjšana miselna fle-

ksibilnost in sposobnost preusmerjanja pozornosti, saj se je pri novem vprašanju še vedno vračal k pojasnjevanju prvega odgovora. Med obravnavami je bil deček drobnomotorično nemiren.

Diagnosticiranje

Celotno logopedsko diagnosticiranje smo opravili v treh zaporednih obravnavah. Uporabili smo standardiziran test Lestvica splošnega govornega razvoja (LSGR-LJ; Marjanovič Umek L, Kranjc S, Bajc K, Fekonja U, 2008) in nestandardizirane teste za ocenjevanje govorno-jezikovnih sposobnosti Word finding vocabulary test (WFVT), Action picture test (APT) in Oceno artikulacije govora (OAG; Globačnik B, 1999).

Deček je na Lestvici govornega razumevanja (del LSGR-LJ) pri starosti 3,3 leta dosegel 45 točk, kar kaže na pomembno odstopanje na področju jezikovnega razumevanja glede na njegovo kronološko starost. Dobro je razumel enostavna, rutinska navodila, besede za poimenovanje delov telesa in vsakodnevnih predmetov, pojme za prostorske odnose in količino, slabše pa je razumel slovnično bolj kompleksna navodila ter pojme za barvo in obliko. Na Lestvici govornega izražanja (del LSGR-LJ) je pri starosti 3,3 leta dosegel 23 točk, kar kaže pomembno odstopanje od pričakovanega glede na njegovo kronološko starost tudi na področju izražanja. Odstopanja je izkazoval na področju oblike (fonologija, morfologija, sintaksa), vsebine (semantika) in uporabe jezika (pragmatika). Dečkov spontani govor je bil količinsko primeren ter ustreznega tempa in glasnosti, a jezikovno in vsebinsko poenostavljen. Pri starosti 3,3 leta je imel deček na podlagi testa OAG razvite glasove, pričakovane za kronološko starost. Na testu besednjaka WFVT je deček dosegal rezultate pod pričakovanjem glede na kronološko starost. Težave je imel s priklicem pogostih besed. Predmete na sliki je poimenoval z besedami, ki so bile po strukturi nepopolne, večkrat pa se je posluževal tudi cirkumlukcij. Pri testu APT je obli-

koval kratke stavke, ki so bili slovnično neustrezni v smislu izpuščanja funkcijskih besed, zamenjanega vrstnega reda besed v stavku ter napačne uporabe sklona in števila. Stavke je med seboj povezoval v slabše organizirano celoto.

Na podlagi kliničnega opazovanja smo ugotovili, da deček izkazuje tudi odstopanja na področju pragmatike v smislu manj tekočega pogovora, težave z menjavo komunikacijskih vlog ter začetka in nadaljevanja ter ustreznosti teme pogovora.

Med diagnosticiranjem so bili pri dečku jasno izraženi znaki motnje pozornosti – vzdrževanje pozornosti, zmanjšana fleksibilnost in usmerjanje na testno gradivo, drobnomotorični nemir in potrebe po pogostih prekinitvah aktivnosti. Za izvedbo testov v celoti je potreboval veliko spodbud, vodenja in usmeritev. Na testno gradivo se je lahko osredotočil za krajši čas, nato s pa je s pogledom begal po prostoru ali delo prekinjal z govorom. Tudi pri ponujeni igri v času odmora je vztrajal kratek čas, nato pa je pričel hoditi po prostoru in ga raziskovati. Naloge, pri katerih ni zmož slediti navodilom, smo ponovili po premoru ali smo s testiranjem prekinili in ga nadaljevali na naslednji obravnavi.

Na podlagi opisanih rezultatov, dobljenih z uporabo standardiziranega testa, nestandardiziranih testov, ki so kazali odstopanja na področju jezikovnega razumevanja in izražanja, ter kliničnega opazovanja lahko potrdimo, da gre pri dečku za razvojno jezikovno motnjo, in sicer za podtip mešana receptivna-ekspresivna motnja.

Dečkovo motnjo pozornosti je po zaključeni diagnostični oceni potrdila klinična psihologinja.

Terapija

Po opravljeni diagnostični oceni je deček nadaljeval z redno logopedsko terapijo, ki je potekala enkrat mesečno. Deček je na terapije prihajal redno, vedno v spremstvu matere. Mati se

je v obravnavi izkazala kot ustrezen terapevtski partner, saj je dosledno upoštevala navodila, povezana s spodbujanjem govorno-jezikovnega razvoja in znanja, pridobljena na terapijah uspešno prenašala v domače okolje.

Logopedska terapija je bila usmerjena v spodbujanje jezikovnega razumevanja in izražanja vseh jezikovnih sistemov, tj. fonologijo, morfologijo, sintakso, semantiko in pragmatiko. Na področju fonologije smo krepili detekcijo in diskriminacijo glasov ter produkcijo glasov, na področju morfologije krepitev besedne strukture, na področju sintakse produkcijo gramatično ustreznih povedi, na področju semantike razumevanje in uporabo besed ter na področju pragmatike uporabo jezika v spontanih in igralnih komunikacijskih izmenjavah. Učenje je potekalo preko vseh senzornih kanalov, kot najbolj učinkovit način pa se je izkazala hkratna uporaba slušno in vidno podanih informacij. Določeno veščino je vadil z različnimi pripomočki. Pri vodeni aktivnostih je bil pogosto impulziven, težko je počakal na vrsto ali je želel z dejavnostjo prekiniti. Za boljše razumevanje posameznih navodil je pogosto uporabil metodo demonstracije. Po prikazu je deček nalogo razumel, jo izvedel in bil pri tem uspešen. Za dokončevanje zahtevnih aktivnosti je potreboval premore in spodbude. Slikovno gradivo v ambulantni situaciji so doma podkrepili s konkretnimi predmeti in tako omogočili boljše razumevanje predvsem bolj abstraktnih pojmov.

Pri oblikovanju daljše pripovedi so bile dečku v veliko pomoč slikovne predloge, s katerimi je lahko ohranjal potek pripovedi, vključil vse bistvene podatke in oblikoval smiselno celoto.

Ugotovitve

Dečku je že v predšolskem obdobju po zapisniku multidisciplinarnega tima CZO v vrtcu pripadala dodatna strokovna logopedska pomoč. Ker vrtec ni uspel pridobiti ustreznega izvajalca, je

deček še vedno, trenutno pri starosti 7,2 leta, vključen v redno ambulantno logopedsko obravnavo.

Na podlagi ponovljene diagnostične ocene dečka pri kronološki starosti 6,7 leta smo ugotovili, da je deček dobro napredoval na področju govornega razumevanja in izražanja. Na Lestvici jezikovnega razumevanja (del LSGR-LJ) je dosegel 93 točk, kar pomeni rahlo odstopanje od normativnega razvoja, na Lestvici govornega izražanja (del LSGR-LJ) pa 80 točk, kar prav tako pomeni rahlo odstopanje od normativnega razvoja. Na področju artikulacije deček ni izkazoval odstopanj od pričakovanega glede na kronološko starost. Dobro je napredoval tudi na področju besedne strukture in obsega besednjaka. Deček oblikuje daljše povedi, ki so vsebinsko bolj ustrezne, a slovnično še odstopajo od pričakovanega. Predvsem v daljših povedih še zamenja vrstni red besed v stavku ali uporabi napačno sklanjatev besede. Bolj uspešen je pri oblikovanju smiselne pripovedi, stavke med seboj povezuje v bolj ustreznem zaporedju, prav tako zmore vključiti informacije, ki so pomembne za razumevanje vsebine. Na področju pragmatike se bolj uspešno vključuje v pogovor z odraslo osebo, smiselno začenja in nadaljuje temo pogovora in lažje počaka, da pride na vrsto. Deček je pomembno napredoval tudi na področju pozornosti, predvsem z vidika obsega. Sedaj je na usmerjeno aktivnost lahko osredotočen tudi dvajset minut brez potrebnega premora.

Zaključek

V prispevku predstavljamo primer otroka z RJM in pridruženo motnjo pozornosti. Za uspešno logopedsko obravnavo je potrebno, da logoped pozna značilnosti obeh motenj, da v procesu diagnosticiranja lahko presodi, katere značilnosti otroka sodijo k eni motnji in katere k drugi. Poleg uporabe standardiziranih in nestandardiziranih testov je pomemben diagnostični pri-

stop klinično opazovanje otroka v različnih usmerjenih ali spontanih situacijah, saj lahko na ta način dobimo realno oceno otrokovih komunikacijskih ter govorno-jezikovnih zmožnosti.

Logopedsko zdravljenje otrok z RJM in pridruženo motnjo pozornosti je individualizirano in prilagojeno otrokovim razvojnim zmožnostim. Značilno je, da otroci z motnjo pozornosti med zdravljenjem potrebujejo pogostejše prekinitve aktivnosti. Učinkovit način podaljševanja usmerjene pozornosti je, da otroku na začetku vsake obravnave predstavimo potek in obseg dejavnosti. Otrok se tako lahko na dejavnost bolj osredotoči, saj ve, da po zaključku sledi premor z igre. Ker otroci z motnjo pozornosti težje sledijo izključno slušnim stimulusom, jih podkrepimo z demonstracijo, primerom in konkretnim ali slikovnim gradivom, s čimer otroku omogočimo multisenzorno učenje. Hkrati poskrbimo, da ohranjamo otrokovo zanimanje in njegovo motivacijo za dejavnosti, saj le na ta način dosežemo učinkovito učenje. Cilji logopedskega zdravljenja se med obravnavo spreminjajo v skladu z otrokovim napredkom.

Literatura

1. Hall EN. Developmental language disorders. Seminars in Pediatric Neurology 1997; 7(2): 77–85.
2. El Sady RS, Nabeith AA, Mostafa AEM, Sadek AA. Language impairment in attention deficit hyperactivity disorder in preschool children. The Egyptian Journal of Medical Human Genetics 2013; 14: 383–9.
3. Heyer LJ. The responsibilities of speech-language pathologist toward children with ADHD. Seminars in Speech and Language 1995; 16(4): 275–88.
4. Ifdil I, Lira E, Elfi C, Nimla Z, Rima P, Alfina S. Speech therapy: an alternative approach for attention deficit hyperactivity disorder treatment in early childhood. Advances in Social Science, Education and Humanities Research (ASSEHR) 2017; 169: 173–7.
5. Rutter M. The role of cognition in child development and disorder. British Journal of Medical Psychology 1987; 60: 1–16.
6. Beitchman JH, Hood J, Rochon J, Peterson M. Empirical Classification of Speech/Language Impairment in Children II. Behavioral Characteristics. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 1989; 28(1): 118–23.
7. Oram J, Fine J, Okamoto C, Tannock R. Assessing the language of children with ADHD. American Journal of Speech-Language Pathology 1999; 8: 72–80.
8. McGrath ML, Hutaff-Lee C, Scott A, Boada R,

Shriberg DL, Pennington FB. Children with comorbid speech sound disorder and specific language impairment are at increased risk for attention-deficit/hyperactivity disorder. Journal of Abnormal Child Psychology 2008; 36: 151–63.

9. Baker L, Cantwell PD. Comparison of Well, Emotionally Disordered, and Behaviorally Disordered Children with Linguistic Problems. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 1987; 26(2): 193–6.

10. Westby EC, Cutler KS. Language and ADHD: Understanding the bases and treatment of self-regulatory deficits. Topics in Language Disorders 1994; 14(4): 58–76.

11. Ricco AC, Hynd WG. Developmental Language Disorders in Children: Relationship with Learning Disability and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. School Psychology Review 1993; 22(4): 696–709.

Nuša Novak, prof. spec. ped., logoped,
specializantka klinične logopedije

(kontaktna oseba / *contact person*)

Center za duševno zdravje otrok in mladostnikov

OZG OE ZD Škofja Loka

Stara cesta 2, 4220 Škofja Loka,

Slovenija

e-naslov: nusa.novak@zd-loka.si

prispelo / *received*: 27. 2. 2023

sprejeto / *accepted*: 15. 5. 2023

Novak N. Logopedska obravnava otrok z razvojno jezikovno motnjo in pridruženo motnjo pozornosti s hiperaktivnostjo ali brez nje. Slov Pediatr 2023; 30(3): 142–147. <https://doi.org/10.38031/slovpediatr-2023-3-05>.